

Tableau de bord central

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

Le défi de l'accès à l'an 2

LES COLLABORATIONS

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

❖ De la Direction de la programmation et coordination

- Pierrette Rolland, responsable, Michèle Bérubé, Micheline Lefebvre, conseillères aux établissements, **Services multicientèles de courte durée;**
- André Cimon, responsable, André Trépanier, chef de service, Claire Amyot, Danièle Dorval, Denise Sirois et Cornélia Steavu, conseillères aux établissements, **Secteur des Services multicientèles de première ligne et Services aux personnes âgées;**
- Diane Gauthier, chef de service, Michel Roberge, Donald Foidart, conseillers aux établissements, Manon Rainville, conseillère-cadre, Guylaine Ranger, technicienne en administration, **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, Pierre Provencher, Carole Lécuyer, conseillers aux établissements, Marie-Andrée Picard, technicienne en recherche, Lisette Martin, secrétaire.

❖ De la Direction des relations avec la communauté

- Claude Toupin, coordonnatrice, Ronald McNeil, conseiller-cadre, Diane Savage, technicienne en administration, **Service conseil et aide à la clientèle;**
- Hélène Gendron, chef de service par intérim, Michel Désilet, analyste, **Service des systèmes d'information et de l'informatique.**

❖ De la Direction des ressources humaines

- Ghislaine Tremblay, adjointe au directeur, Michel Beauchemin, programmeur. Christiane Rouleau, coordonnatrice, Luc Quintal, conseiller aux établissements, **Secteur planification et mobilité régionale des personnes salariées,** Lisette Shaffer, conseillère aux établissements, **Secteur planification et développement régional du personnel d'encadrement.**

❖ De la Direction des immobilisations et finances

- Louis Morache, agent de planification, **Recherche et développement,** Johanna Lapierre et Lina Lemaître-Auger, techniciennes en administration, **Services financiers.**

AVIS AUX LECTEURS

➤ *Tableau de bord révisé*

À l'origine, 26 indicateurs ont été retenus pour suivre le «Plan 1998-2002 ». Quatre indicateurs sont définitivement abandonnés. Il s'agit du « délai d'accès pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive », des « visites ambulatoires entre 8 et 22 heures dans les urgences », des « jeunes en difficulté suivis conjointement par les centres jeunesse et les CLSC » et, enfin, les « heures consacrées au perfectionnement et à la formation de la main d'œuvre ». Aucun système d'information ne supporte la collecte de données pertinentes pour ces indicateurs. Les relevés ad hoc réalisés auprès des établissements offrent des données, soit partielles, soit limitées, ne permettant pas l'analyse escomptée.

Par ailleurs, la Direction des ressources humaines a identifié 4 nouveaux indicateurs liés aux priorités du Défi de l'accès 1998-2002 ». Au total, nous suivons donc 26 indicateurs.

Malheureusement, dans l'actuelle édition, les 3 indicateurs traités par la Direction de la Santé publique ne peuvent être présentés. La base de données requise (MED-ECHO) n'est pas encore disponible. Les indicateurs d'impact sur la santé seront publiés dans un tiré à part.

➤ *Évolution du traitement de certains indicateurs*

Nous invitons le lecteur à être prudent dans la comparaison des résultats des indicateurs publiés le 14 avril 2000 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, nous les signalons dans le texte ou en note de bas de page.

SOMMAIRE

RAPPEL DE LA DÉMARCHE	9
<i>Présentation du rapport</i>	9
L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	11
<i>Synthèse des résultats</i>	34
LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ	37
<i>Synthèse des résultats</i>	49
LE POINT DE VUE DES USAGERS.....	51
<i>Synthèse des résultats</i>	59
LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES.....	61
<i>Synthèse des résultats</i>	71
LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE.....	73
<i>Synthèse des résultats</i>	83

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 permet 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 le 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 du Service des études et de l'évaluation. À l'exception de la récente Direction des affaires médicales, les 5 autres directions de la Régie régionale participent 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 troisième édition du Tableau de bord est en fait un état de situation de l'an 2 du Plan, soit 1999-2000. 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 23 indicateurs stratégiques selon les 5 principaux axes de suivi

-  **L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES**
-  **LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ**
-  **LE POINT DE VUE DES USAGERS**
-  **LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES**
-  **LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE**

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Cet axe de suivi comprend 7 indicateurs, que nous présentons dans l'ordre qui suit

- ◇ le nombre de personnes en attente pour des chirurgies:
 - en cardiologie et pour des interventions en cardiologie tertiaire,
 - en orthopédie,
 - en ophtalmologie;
- ◇ le nombre de personnes en attente pour des traitements en radio-oncologie;
- ◇ l'accès aux services en déficience intellectuelle;
- ◇ le taux d'admission pour une première demande en CHSLD et en ressource non institutionnelle;
- ◇ le délai moyen d'accès pour une première demande d'hébergement en CHSLD et en ressource non institutionnelle;
- ◇ 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 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. La Régie régionale demande au Ministère un développement récurrent de 3,91M\$ dans le cadre du Plan 1998-2002. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à 12 140 600 \$¹, dont 8,2 M\$ ont été ajoutés en avril 2000. Des budgets sont alloués aux centres hospitaliers en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'utilisateurs en attente.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur comprend 2 paramètres:

- ❑ **Le nombre d'utilisateurs en attente** équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour un pontage ou un remplacement valvulaire à une date déterminée (date du relevé).
- ❑ **Le pourcentage d'utilisateurs en attente de plus d'un mois** correspond au rapport entre le nombre d'utilisateurs différents qui attendent depuis plus d'un mois pour une chirurgie (numérateur) et le total des utilisateurs différents en attente à la date déterminée (dénominateur).

RÉSULTAT(S) :

La liste d'attente

Au **9 septembre 2000**, 646 personnes sont inscrites en liste d'attente pour un pontage ou un remplacement valvulaire. 57% des utilisateurs attendent depuis plus d'un mois. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente augmente (130 utilisateurs de plus) et le pourcentage de personnes en attente de plus d'un mois également (augmentation de 5%). Le volume de clients en attente est supérieur au volume enregistré en septembre 1998 (235 utilisateurs de plus) et le pourcentage de personnes en attente de plus d'un mois également (5,5% de plus).

Les chirurgies planifiées et réalisées

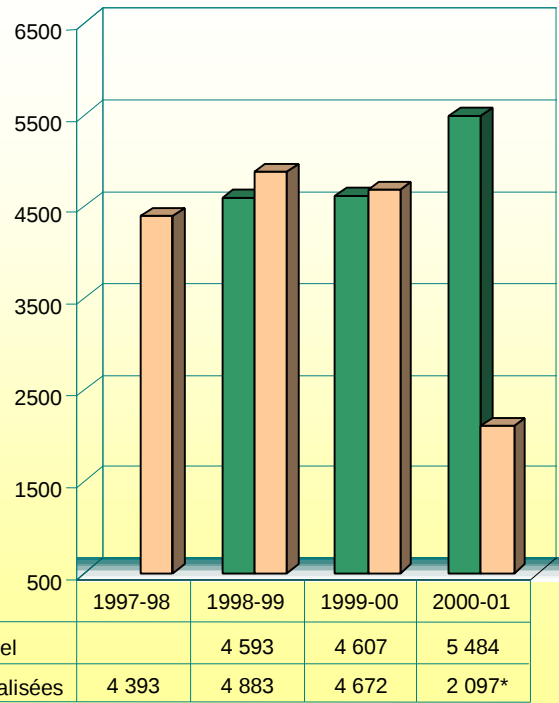
En **septembre 2000**, les 2 097 chirurgies réalisées représentent 38 % de l'objectif annuel fixé (5484 chirurgies). En 1999-2000, les chirurgies réalisées (4 672) sont supérieures aux chirurgies planifiées (4607).

CONSTAT(S) :

Le nombre d'adultes en attente pour des chirurgies cardiaques ne cesse d'augmenter. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance. D'une part, la croissance de la demande peut être attribuable à l'augmentation des indications cliniques de chirurgies. Elle peut être également liée à l'augmentation des interventions diagnostiques en cardiologie tertiaire qui alimentent la liste d'attente en chirurgie cardiaque. D'autre part, la disponibilité relative des ressources, notamment le manque d'anesthésistes, de personnel infirmier et de lits de soins intensifs amènent des difficultés de production. Enfin, mentionnons que la Régie régionale dispose, depuis l'informatisation des données sur les listes d'attente en chirurgie cardiaque, d'une information de meilleure qualité.

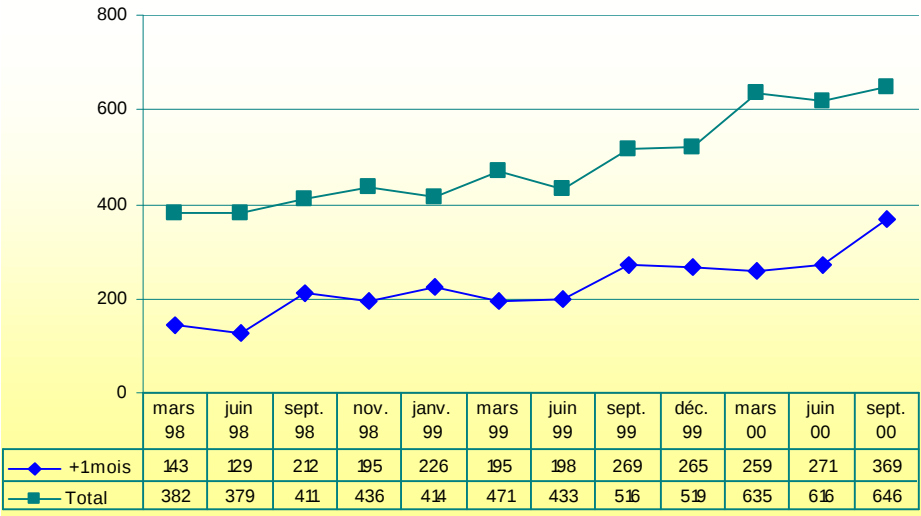
¹ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p. 12. L'état de situation sur les données financières a été réalisé en juin 2000.

Chirurgies planifiées et réalisées
Pontage ou remplacement valvulaire

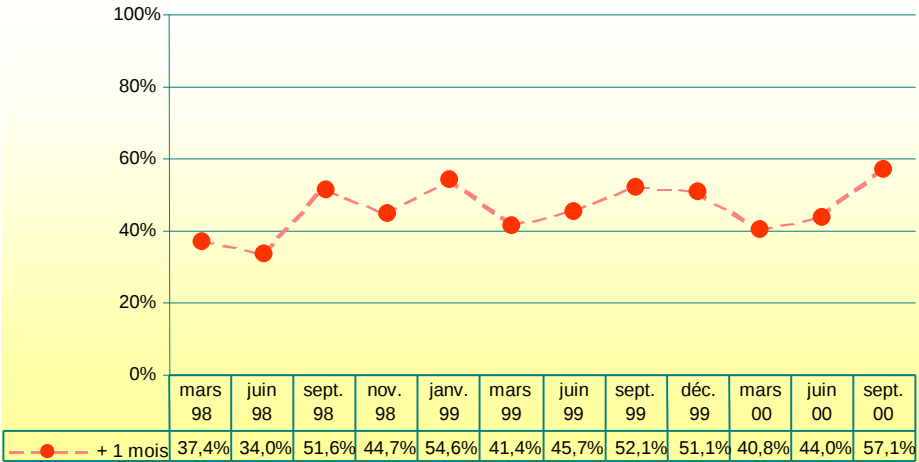


* Avril à septembre 2000.

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 multicientèles 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 de défibrillateurs dans un délai maximal de 3 mois. La Régie régionale demande au Ministère un budget récurrent de 4,14M\$ dans le cadre du Plan 1998-2002. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à 2 464 100 \$². Des budgets sont alloués aux centres hospitaliers en lien avec des objectifs spécifiques d'interventions et du nombre d'utilisateurs en attente.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur comprend 2 paramètres: **le nombre d'utilisateurs en attente** équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour la pose d'un tuteur ou d'un défibrillateur à une date déterminée (date du relevé); **le nombre d'utilisateurs en attente de plus de trois mois**.

RÉSULTAT(S) :

Tuteurs :

Au **9 septembre 2000**, 137 adultes attendent pour la pose d'un tuteur, dont 12 personnes depuis plus de 3 mois. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente augmente (29 utilisateurs de plus). Le volume de clients en attente se compare au volume enregistré en septembre 1998 (143 utilisateurs). Notons qu'il n'y avait pas d'attente de plus de trois mois en septembre 1998 et 1999.

En **septembre 2000**, les 3 664 interventions réalisées représentent 56% de l'objectif annuel fixé (6548 interventions). En 1999-2000, les interventions réalisées (6 506) ont dépassé de 65 % celles planifiées (3935 interventions).

Défibrillateurs:

Au **9 septembre 2000**, 3 adultes attendent pour la pose ou le remplacement d'un défibrillateur, mais il n'y a pas d'attente de plus de 3 mois. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente a baissé (5 utilisateurs de moins), il en est de même par rapport à septembre 1998 (7 utilisateurs de moins). Il est à noter que la majorité des interventions est urgente et ne peut encourir de délai.

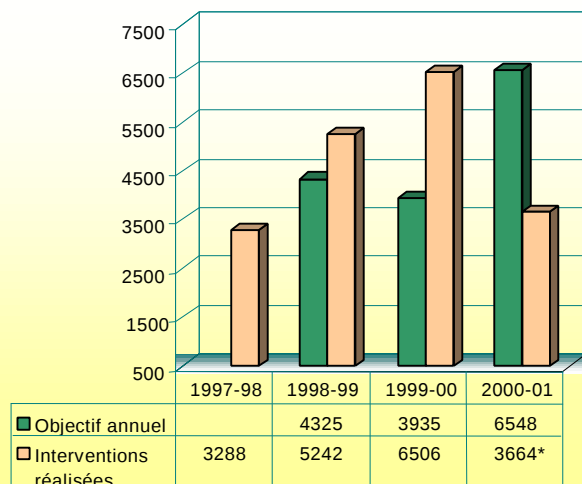
En **septembre 2000**, les 102 interventions réalisées représentent 45% de l'objectif annuel fixé (225 interventions). En 1999-2000, les interventions réalisées (225) ont dépassé de 77 % celles planifiées (127).

CONSTAT(S) :

Le nombre d'interventions réalisées en cardiologie tertiaire augmente de façon importante. Malgré cela, pour la pose de ~~d~~tuteurs, le nombre de clients en attente croît; par ailleurs, peu d'utilisateurs attendent plus de 3 mois leur intervention. Pour la pose ou le remplacement de ~~d~~défibrillateurs, les interventions répondent aux normes dans le temps voulu.

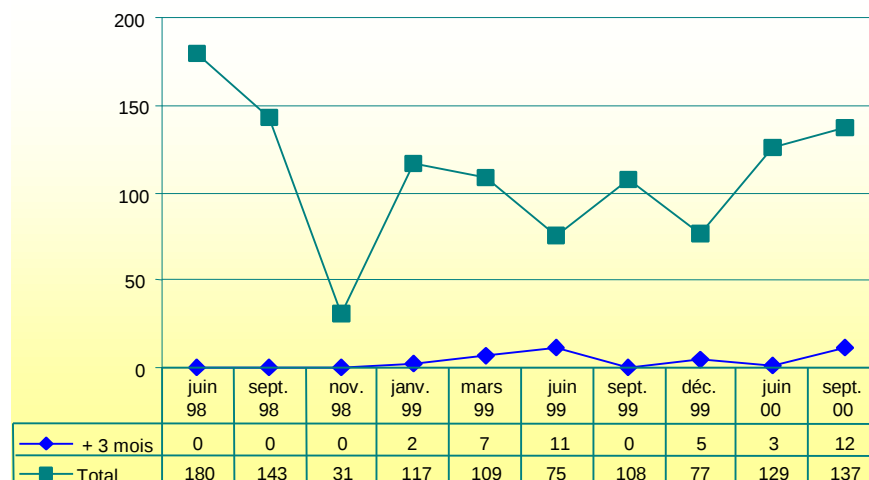
² Pour la période 1998-2001, 1 699 100 \$ de développement ont été identifiés dans le «Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002», Direction de la programmation et coordination, p.12. Un ajout de 765 000 \$ pour 2000-2001 a été spécifié par les Services multiclientèles de courte durée.

Interventions planifiées et réalisées Pose de tuteurs

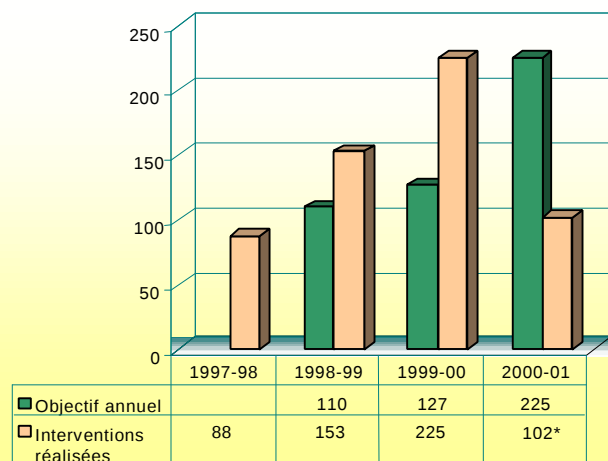


* Avril à septembre 2000.

Évolution du nombre d'adultes en attente Pose de tuteurs

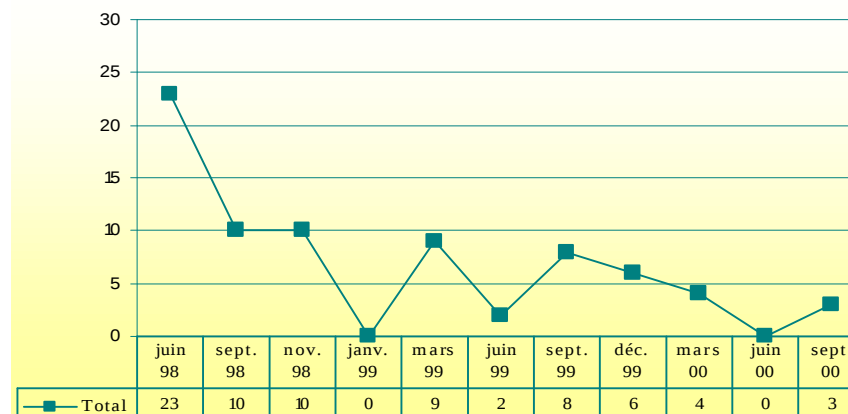


Interventions planifiées et réalisées Pose ou remplacement de défibrillateurs



* Avril à septembre 2000.

Évolution du nombre d'adultes en attente Pose ou remplacement de défibrillateurs



Source : Direction de la programmation et coordination, Services multiclientèles decourte 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. La Régie régionale demande au Ministère un budget de développement récurrent de 1,8 M\$ dans le cadre du Plan 1998-2002. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à 2 371 590 \$³. Les budgets sont alloués aux centres hospitaliers en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'utilisateurs en attente.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur comprend 2 paramètres:

- ❑ **Le nombre d'utilisateurs en attente** équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour une chirurgie de prothèse totale de la hanche ou du genou à une date déterminée (date du relevé).
- ❑ **Le pourcentage d'utilisateurs en attente depuis 6 mois et plus** correspond au rapport entre le nombre d'utilisateurs différents qui attendent depuis 6 mois et plus pour une chirurgie (numérateur) et le total des utilisateurs différents en attente à la date déterminée (dénominateur).

RÉSULTAT(S) :

La liste d'attente

Au **9 septembre 2000**, 1 197 utilisateurs sont en attente pour une chirurgie totale de la hanche ou du genou. Près de 33% d'entre eux attendent depuis 6 mois et plus. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente se maintient (203), mais le pourcentage de personnes en attente de 6 mois et plus a diminué de 7%. Le volume de clients en attente et le nombre d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus se comparent aux données de septembre 1998.

Les chirurgies planifiées et réalisées

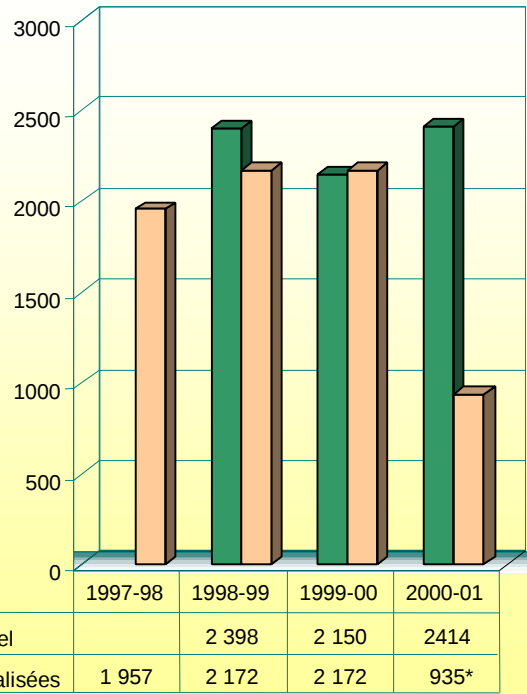
En **septembre 2000**, les 935 chirurgies réalisées représentent 39% de l'objectif annuel fixé à 2414 chirurgies. En 1999-2000, le nombre de chirurgies réalisées (2172) est supérieur au nombre de chirurgies planifiées (2150).

CONSTAT(S) :

Malgré les budgets alloués et les chirurgies réalisées, la liste d'attente et le temps d'attente pour une chirurgie totale de la hanche ou du genou se maintiennent depuis 2 ans. Plusieurs facteurs peuvent être en cause. La pression exercée sur les blocs opératoires par l'ensemble des chirurgies, notamment dans les grands centres hospitaliers, est un facteur explicatif. La pénurie de personnel infirmier et la fermeture de lits qui en découle sont d'autres facteurs en jeu. Enfin, la demande pour ce type de chirurgie augmente.

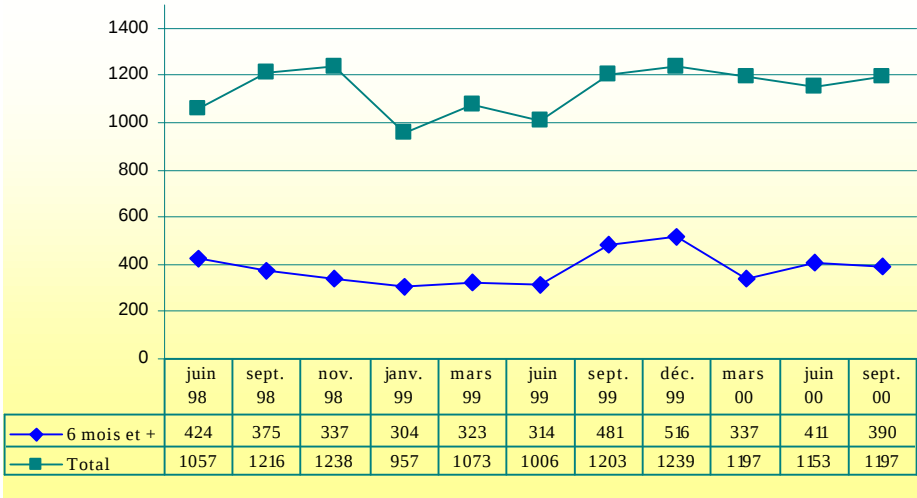
³ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p. 12. L'état de situation sur les données financières a été réalisé en juin 2000.

Chirurgies planifiées et réalisées
Prothèse totale hanche ou genou

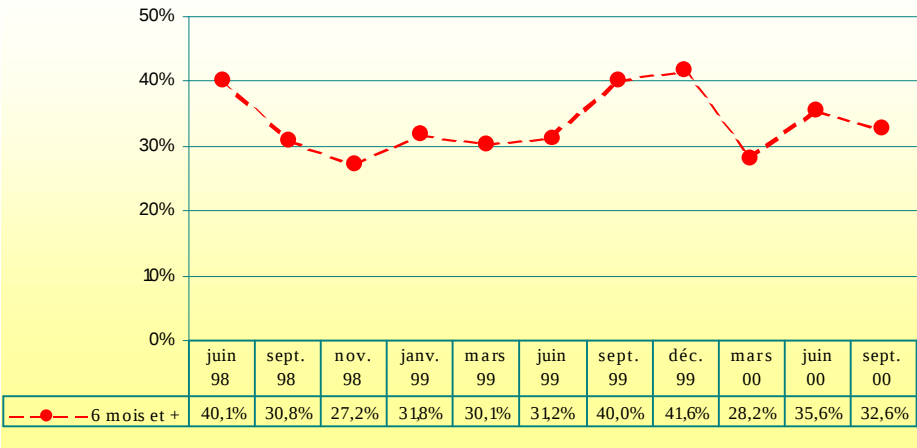


* Avril à septembre 2000

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



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



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

L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

OBJECTIF(S) :

En ophtalmologie, le « Défi de l'accès » vise à diminuer le nombre de patients en attente et à réduire le temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte. La Régie régionale demande au Ministère un budget de développement récurrent de 1M\$ dans le cadre du Plan 1998-2002. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à 1 183 865 \$⁴. Les budgets sont alloués aux centres hospitaliers en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgies et du nombre d'usagers en attente.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur comprend 2 paramètres:

- ❑ **Le nombre d'usagers en attente** équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour une chirurgie de la cataracte à une date déterminée (date du relevé).
- ❑ **Le pourcentage d'usagers en attente depuis 6 mois et plus** correspond au rapport entre le nombre d'usagers différents qui attendent depuis 6 mois et plus pour une chirurgie (numérateur) et le total des usagers différents en attente à la date déterminée (dénominateur).

RÉSULTAT(S) :

La liste d'attente

Au **9 septembre 2000**, 8 124 usagers sont en attente pour une chirurgie de la cataracte. Environ 28% d'entre eux attendent depuis 6 mois et plus. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente a augmenté de 8% et les personnes qui attendent depuis 6 mois et plus, de 4 %. Par rapport à septembre 1998, le volume de clients en attente a augmenté de 25% (1 631), mais le pourcentage de personnes qui attendent depuis 6 mois et plus est resté le même (28%).

Les chirurgies planifiées et réalisées

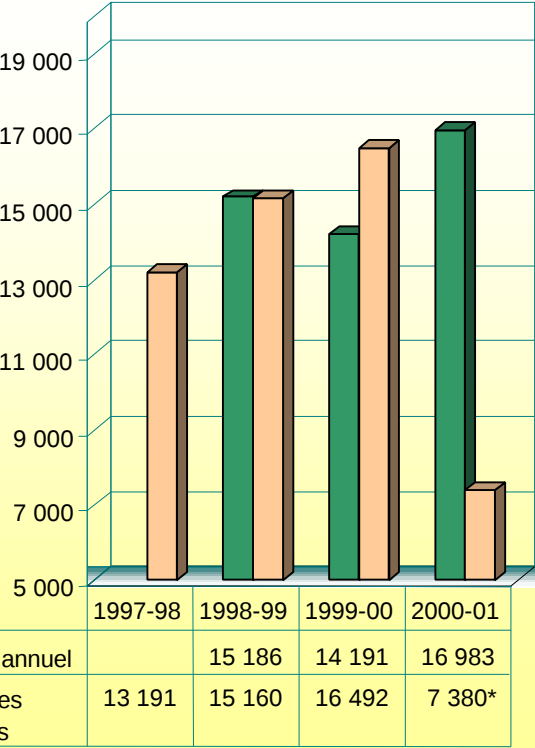
En **septembre 2000**, les 7 380 chirurgies réalisées représentent 43% de l'objectif annuel fixé à 16983 chirurgies. En 1999-2000, les 16 492 chirurgies de la cataracte réalisées ont dépassé de 16 % l'objectif visé et l'ont atteint en 1998-1999.

CONSTAT(S) :

Malgré les ajouts budgétaires et l'augmentation des chirurgies de la cataracte réalisées depuis 2 ans, le nombre de personnes en attente augmente et le pourcentage de personnes qui attendent depuis 6 mois et plus se maintient. La hausse de la demande peut être reliée au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'indication clinique de la chirurgie.

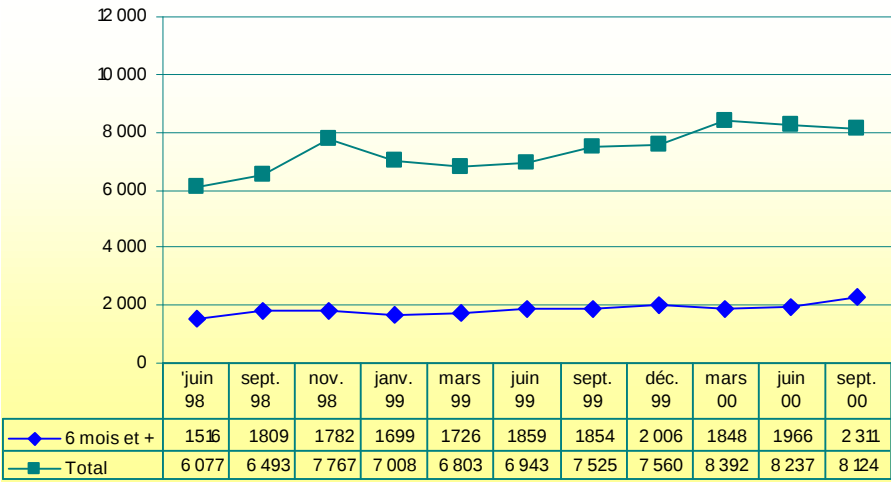
⁴ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services « Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p. 12. L'état de situation sur les données financières a été réalisé en juin 2000.

Chirurgies planifiées et réalisées
Chirurgie de la cataracte

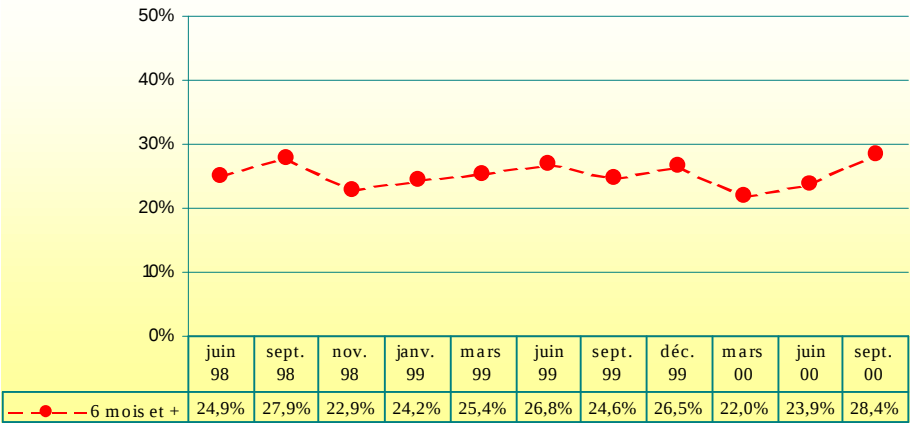


* Avril à septembre 2000.

Évolution du nombre d'usagers enattente
Chirurgie de la cataracte



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



L'ATTENTE POUR DES TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

OBJECTIF(S) :

Pour favoriser l'accès aux traitements en radio-oncologie, la Régie régionale demande au Ministère un développement récurrent de 6M\$ dans le cadre du Plan 1998-2002. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2001 se chiffrent à 4,820M\$⁵. En plus des budgets de fonctionnement alloués, 16,6 M\$ ont été investis pour des équipements.

INDICATEUR(S)⁶ :

L'indicateur comprend 2 paramètres: **le nombre de personnes prêtes à recevoir leurs traitements en radio-oncologie** suite à une chirurgie, à un traitement de chimiothérapie ou d'hormonothérapie et qui sont en liste d'attente; **le nombre total de personnes inscrites en liste d'attente** en radio-oncologie.

Le « Défi de l'accès » entend assurer un suivi prioritaire des listes d'attente pour le cancer du sein, du col utérin et le lymphome. Les sites de cancer retenus aux fins du suivi par indicateur ont été choisis pour des raisons précises: l'attente de traitement pour un cancer du sein s'inscrit dans le cadre du programme de dépistage mis en place; le lymphome est un cancer qui exige une intervention rapide; le cancer du col utérin est en croissance, alors que le dépistage permet d'intervenir de façon précoce. Nous présentons les données pour ces 3 sites, mais nous situons préalablement le lecteur en regard de l'attente pour tous les sites de cancer confondus.

RÉSULTAT(S) :

Tous sites de cancer confondus: On note une progression importante des usagers en attente de juin 1998 (753) à septembre 2000 (1329) : le point culminant est juin 2000 (1 473). Le pourcentage de personnes prêtes à recevoir leurs traitements, mais toujours en attente, a augmenté: il est passé de 65,1 % en juin 1998 à près de 73 % en septembre 2000. Pour les cancers du sein et du col utérin la même tendance à la hausse s'observe. Pour le lymphome, l'état des listes d'attente de septembre 2000 et de juin 1998 se compare.

Sein : au **9 septembre 2000**, 415 personnes prêtes à recevoir leurs traitements en radio-oncologie suite à un cancer du sein sont en liste d'attente. Elles représentent 74 % des personnes inscrites (561) en liste d'attente suite à un cancer du sein.

Col utérin : au **9 septembre 2000**, 8 des 10 personnes inscrites en liste d'attente suite à un cancer du col utérin sont prêtes à recevoir leurs traitements.

Lymphome : au **9 septembre 2000**, 11 des 30 usagers inscrits en liste d'attente suite à un lymphome sont prêts à recevoir leurs traitements.

CONSTAT(S) :

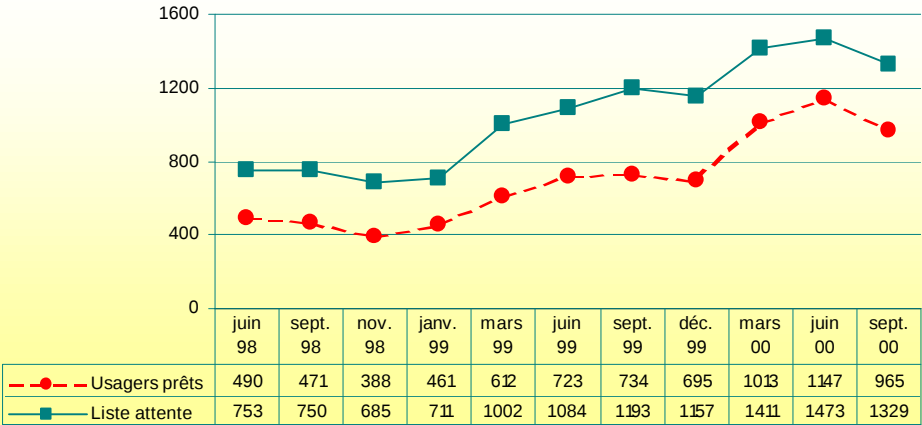
La croissance des usagers en attente peut être attribuable, en partie, à la situation difficile que connaît le réseau de la santé au plan des effectifs et de la disponibilité des équipements. Sachant que 3% de la progression des usagers en attente s'explique par la croissance normale de la demande, celle-ci ne peut, dans le contexte actuel, être absorbée par les établissements. Les nouveaux investissements annoncés pour les services de radio-oncologie devraient avoir un impact sur les listes d'attente d'ici septembre 2001. Nous pourrions alors en mesurer l'effet.

⁵ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p. 12. L'état de situation sur les données financières a été réalisé en juin 2000.

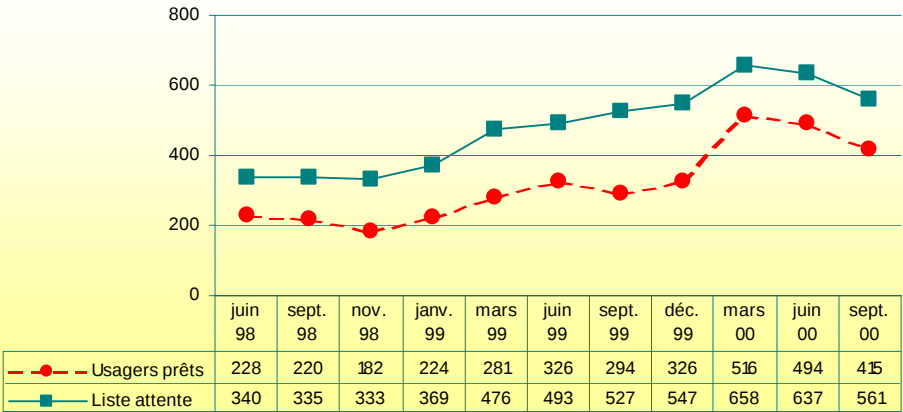
⁶ L'indicateur du Tableau de bord publié le 29 janvier 1999 se définissait comme suit: le nombre de personnes prêtes à recevoir leurs traitements suite à une chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie et parmi elles, le nombre de personnes qui attendent depuis plus de 4 semaines pour le cancer du sein et du col utérin et de plus de 5 semaines pour un lymphome. Notons que les résultats présentés ne traduisaient pas l'ensemble de la réalité. En effet les données transmises ne comptabilisaient que les personnes dont le temps d'attente était le plus long. Nous n'utilisons plus aujourd'hui la durée d'attente. Pour utiliser cette information de façon fiable, il faudrait que les listes d'attente soient informatisées.

Évolution du nombre d'usagers en attente pour des traitements enradio-oncologie par sites de cancer⁷

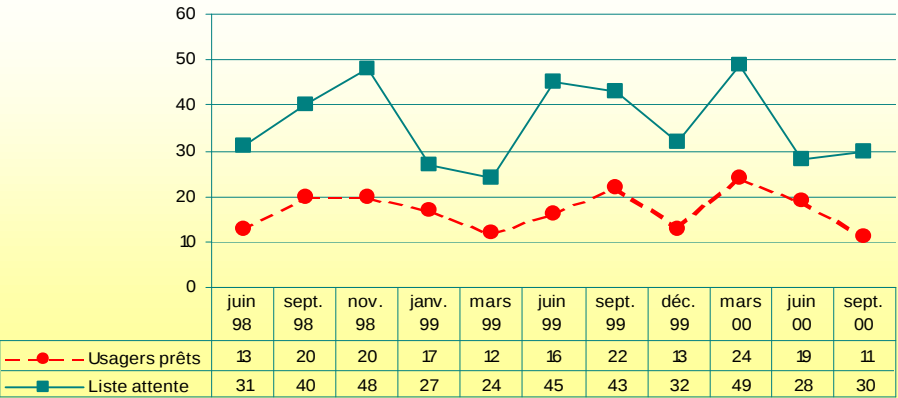
Tous sites de cancer confondus



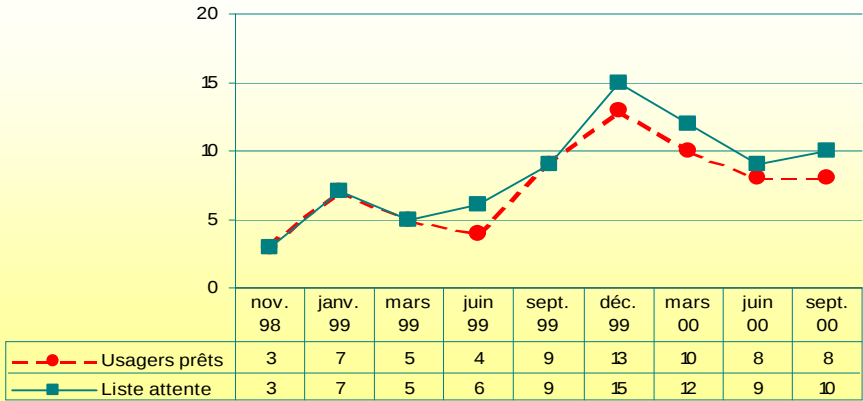
Cancer du sein



Lymphome



Col utérin



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

⁷ Les données de juin 1999 sont sous-estimées. En effet, 1 centre hospitalier est absent des relevés.

L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : LES PROGRAMMES DES CRDI

OBJECTIF(S) :

Le « Défi de l'accès » vise, d'ici 2002, à éliminer toute liste d'attente dans les 3 programmes offerts par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), à savoir : les programmes résidentiel, socioprofessionnel et le soutien à la personne à la famille et à la communauté. Pour ce faire, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement récurrent de 12M \$⁸ et invite les CR à transformer les services résidentiels et socioprofessionnels pour l'équivalent de 9,7M\$. Ce n'est qu'en 2000-2001 que les CRDI ont obtenu un développement récurrent totalisant 3 345 M\$. Par ailleurs, entre 1998-2000, ils ont effectué une transformation estimée à 7,4M\$⁹.

INDICATEUR(S) :

Les paramètres de l'indicateur sont calculés pour chaque programme séparément. Le focus est mis sur les **nouveaux usagers seulement, c'est-à-dire pour les personnes qui ne sont pas déjà desservies dans le programme**. En effet, dans l'optique de suivre la capacité du réseau de la déficience intellectuelle à répondre **aux nouvelles demandes** de service, nous ne prenons pas en compte les personnes qui sont déjà desservies dans un programme (ex.: stage dans le cadre du programme socioprofessionnel) et qui attendent un transfert de service dans ce programme (ex.: atelier de travail dans le cadre du programme socioprofessionnel). Les paramètres observés sont donc :

- ❑ par programme, le **nombre de nouveaux usagers en attente** qui équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente d'un premier service d'un CRDI au 31 mars de l'année;
- ❑ par programme, le **nombre de nouveaux usagers desservis** qui équivaut à la somme des personnes différentes qui ont reçu un premier service entre le 1^{er} avril et le 31 mars de l'année;
- ❑ pour les **nouveaux usagers desservis entre le 1^{er} avril et le 31 mars** de l'année, le **délai moyen d'accès** est calculé. Le délai moyen d'accès par programme correspond à la période écoulée entre la date d'enregistrement sur la liste d'attente et la date où s'amorce la première intervention dans le cadre d'un service du programme.

Limites de l'indicateur

Le SIC-DI est nouveau et le traitement des données est en expérimentation. Certains centres doivent encore traiter leurs données par des moyens parallèles. Une validation rigoureuse a été faite auprès de l'ensemble des établissements, ce qui nous permet de présenter les résultats de cette année. Toutefois, ce n'est qu'avec le temps que les données deviendront encore plus fiables.

RÉSULTAT(S) :

Les résultats sont présentés pour l'année 1999-2000 uniquement. Les données publiées dans «Le défi de l'accès : l'an 1» prenaient en compte indistinctement les nouveaux usagers et les personnes qui étaient déjà desservies dans un programme.

⁸ La Régie demande 12 M\$ sur une base récurrente pour investir 5,8M\$ en services résidentiels, 3M\$ en services socioprofessionnels, 2,3 M\$ en services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté et 0,9M\$ en services spécialisés pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement.

⁹ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p. 26 et p.13. L'état de situation sur les données financières a été réalisé en juin 2000.

¹⁰ Ces usagers peuvent toutefois être desservis dans les autres programmes des CRDI.

Par programme CRDI, le nombre de nouveaux usagers en attente

Au **31 mars 2000**, dans le réseau des CRDI, on dénombre 346 nouveaux usagers en attente pour un premier service dans le programme socioprofessionnel, 345 dans le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté, et 219 dans le programme résidentiel.

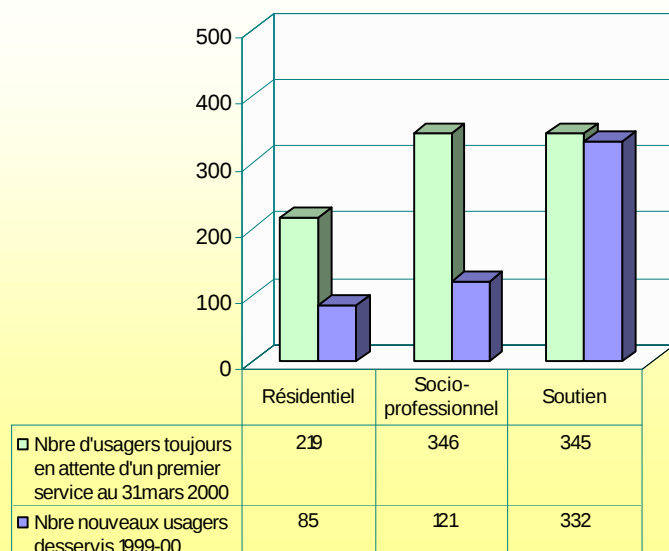
Par programme CRDI, le nombre de nouveaux usagers desservis

En CRDI, entre le **1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2000**, 332 nouveaux usagers ont accédé pour la première fois au programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté, 121 au programme socioprofessionnel et 85 personnes ont obtenu un premier service résidentiel.

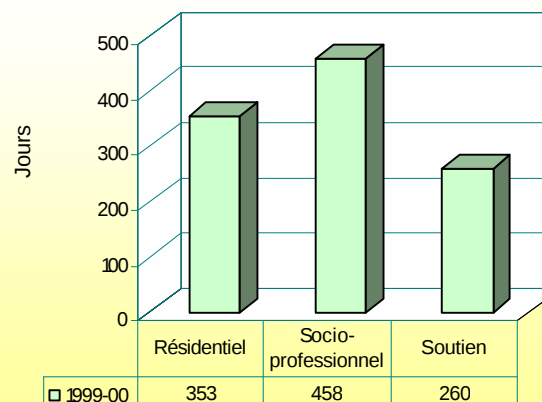
Le délai moyen d'accès par programme CRDI

En **1999-2000**, les nouveaux usagers qui ont accédé pour la première fois aux programmes des CRDI ont connu les délais moyens d'accès suivants : 458 jours pour le programme socioprofessionnel, 353 jours pour le programme résidentiel et 260 jours pour le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté.

État de l'attente et de l'accès aux programmes des CRDI



Délai moyen d'accès aux programmes CRDI



Source : Direction de la programmation et coordination, 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.

L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SUITE) : PROGRAMME DE SOUTIEN À LA FAMILLE OFFERT PAR LES CLSC

OBJECTIF(S) :

Le « Défi de l'accès » vise, d'ici 2002, à éliminer toute liste d'attente pour les subventions de soutien à la famille offertes par les CLSC. Pour ce faire, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement récurrent de 2,3M \$. Les développements récurrents reçus par les CLSC, pour la période 1998-2000, se chiffrent à 488 441 \$. Un budget récurrent de 81 374 \$ s'ajoute pour 2000-2001¹¹.

INDICATEUR(S) :

Les paramètres de l'indicateur sont:

- ☐ au 31 mars de l'année, **le nombre d'utilisateurs en attente** pour une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille offert par les CLSC;
- ☐ entre le 1^{er} avril et le 31 mars de l'année, **le nombre d'utilisateurs** qui ont reçu une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille offert par les CLSC.

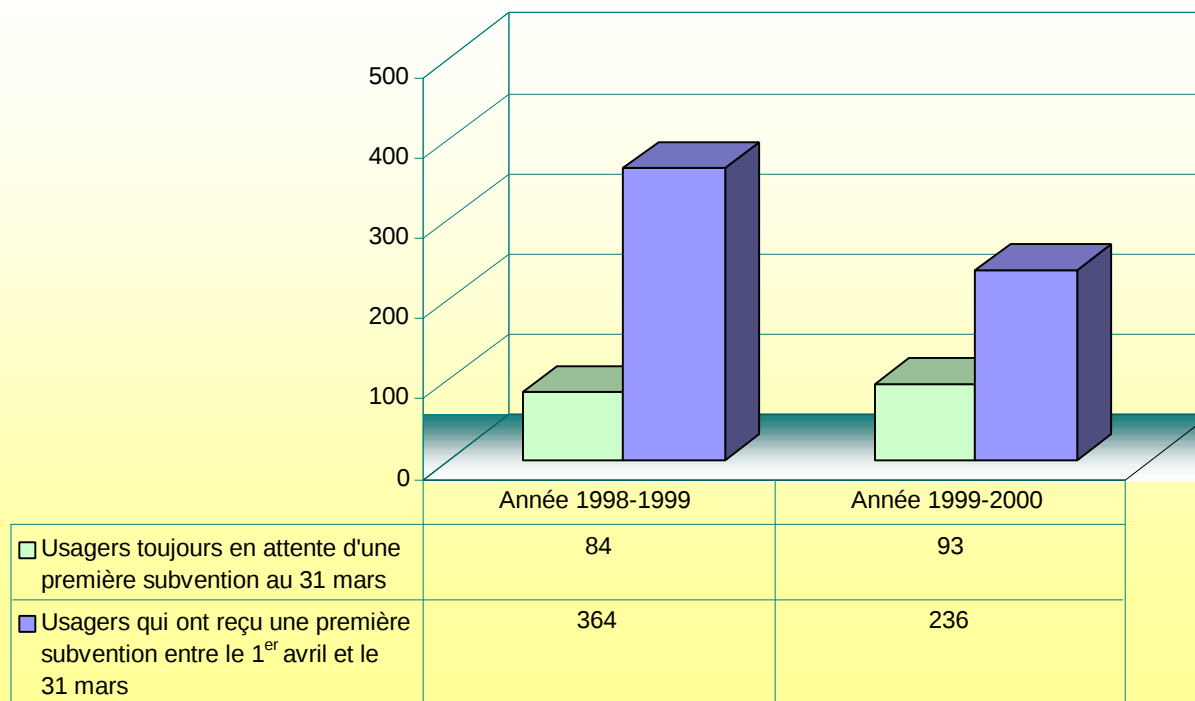
RÉSULTAT(S) :

Au **31 mars 2000**, 93 utilisateurs sont en attente d'une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille offert par les CLSC alors qu'entre le **1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2000** 236 nouveaux utilisateurs ont obtenu pour la première fois une subvention.

En comparaison avec l'année 1998-1999, la liste d'attente est relativement stable (84 utilisateurs en attente au 31 mars 1999), alors que l'accès à une première subvention touchait 128 utilisateurs de plus (364 utilisateurs entre le 1^{er} avril 1998 et le 31 mars 1999).

¹¹ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p. 26 et p.13. L'état de situation sur les données financières a été réalisé en juin 2000.

État de l'attente et de l'accès :
Programme de soutien à la famille (CLSC)



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

TAUX D'ADMISSION : PREMIÈRE ADMISSION EN CHSLD ET RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE

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'efficacité pour une valeur de 19,2 M\$ sont planifiés aux fins de réallocation vers les services. En 2000-2001, un budget de développement récurrent de 6,5 M\$ a été obtenu pour augmenter le taux de réponse¹². Un ajout de 832 450 \$ a été annoncé en décembre 2000.

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 (RNI) 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) :

Globalement, en **1999-2000**, le réseau des CHSLD a admis 3 533 personnes requérant pour une première fois des services d'hébergement, sur un potentiel de 5 255 personnes qui ont vu leur demande d'hébergement acceptée. Il s'agit donc d'un taux d'admission global de 67,2%. En comparaison avec l'an 1 du Plan d'action, le taux d'admission est stable, alors qu'il a baissé de 4,1% en rapport avec 1997-1998. Sur les 5 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 ».

Entre 1995 et 1999, le nombre d'admissions d'utilisateurs nécessitant moins de 1,5 heures-soins par jour décroît progressivement de 937 à 645 et passent de 29 % à 18 % du total des admissions. À l'opposé, entre 1995 et 1999, les admissions de personnes nécessitant 2,5 heures-soins et plus augmentent de 1 575 à 1 947 et passent de 48 % à 55 % des admissions totales.

CONSTAT(S) :

Le taux d'admission se stabilise au niveau du taux de 1995-1996 (65,3%) pour une deuxième année consécutive. L'objectif d'améliorer l'accès à l'hébergement semble avoir atteint sa limite dans le cadre des ressources disponibles. Par ailleurs, les admissions de personnes nécessitant moins de 1,5 heures-soins ne représentent plus que 18 % du total des admissions, alors qu'on admet majoritairement (55%) une clientèle nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour.

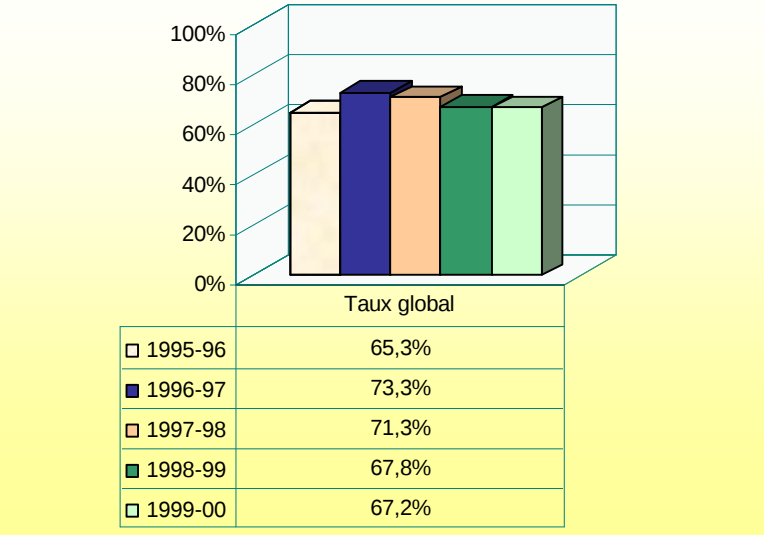
¹² Extrait du document « Repositionnement à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services « Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p. 13.

Nombre d'admissions et d'orientations retenues en hébergement
selon les catégories d'heures-soins⁽¹⁾

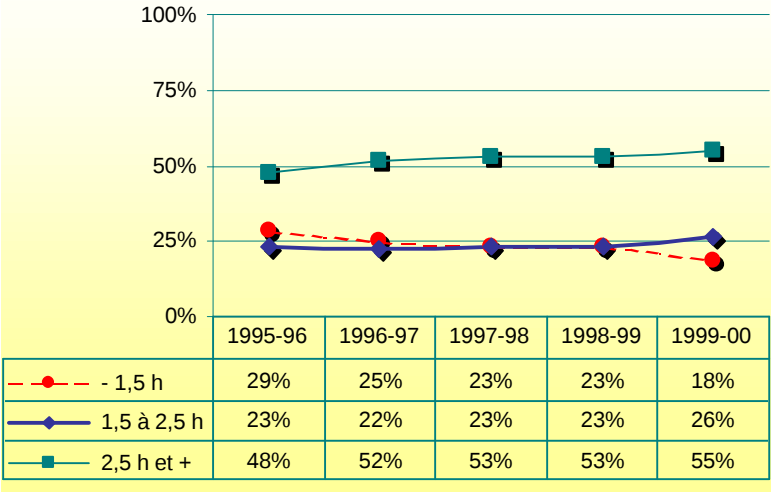
Catégories d'heures-soins	Nombre admissions					Nombre d'orientations				
	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00
- de 1,5 h	937	913	856	849	645	1553	1360	1375	1322	969
1,5 à 2,5 h	771	811	860	840	936	1141	1133	1184	1212	1367
2,5 h et plus	1575	1894	1938	1923	1947	2337	2477	2579	2810	2918
Pas données	3	28	14	13	5	5	5	7	4	1
TOTAL	3286	3646	3668	3625	3533	5036	4 975	5145	5348	5255

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

Taux d'admission en CHSLD et RNI



Pourcentage d'admissions
par catégorie d'heures-soins



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 EN CHSLD ET RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE

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) :

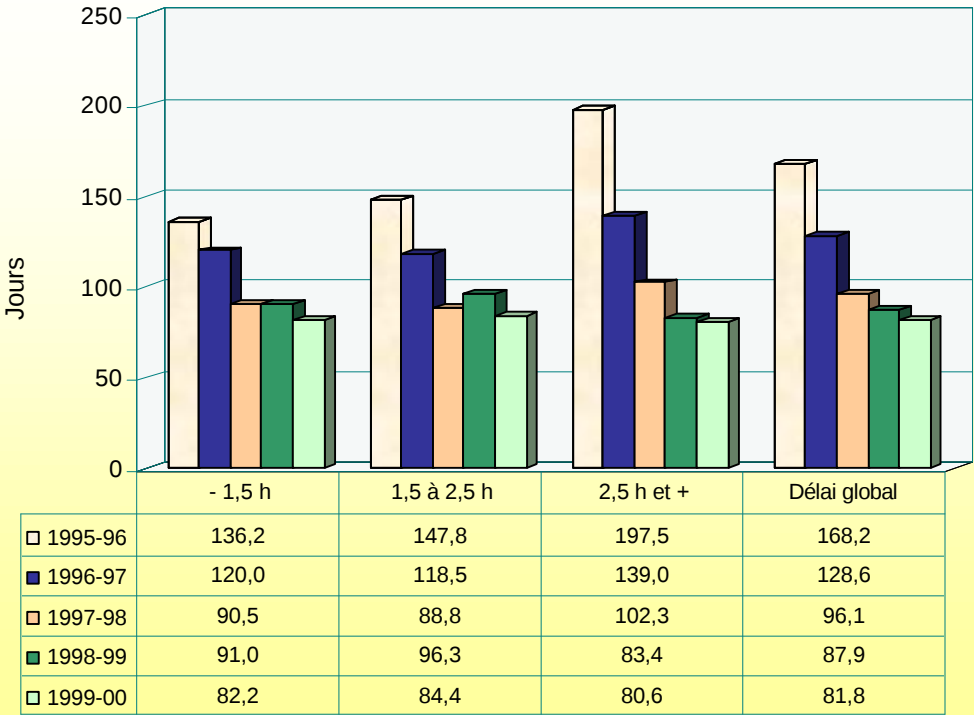
Globalement, en **1999-2000**, le délai moyen d'accès à l'hébergement est de 81,8 jours. En comparaison avec l'an 1 du Plan d'action, le délai moyen d'accès a baissé de 6,1 jours et de 14,3 jours en rapport avec 1997-1998. Depuis 1995-1996, le délai d'accès a diminué de moitié.

Le délai moyen d'accès présente un écart maximum de 3,8 jours entre les différentes catégories d'heures-soins. Sur les 5 années d'observation, la plus forte décroissance du délai d'accès est enregistrée pour les personnes nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour (59 %; 116,9 jours).

CONSTAT(S) :

La décroissance spectaculaire du délai d'accès a été enregistrée entre 1995 (168,2 jours) et 1997 (96,1 jours) dans le cadre du premier Plan d'action régional. L'objectif d'améliorer le délai d'accès à l'hébergement semble avoir atteint un plateau.

Délai moyen d'accès (en jours) pour une première admission en CHSLD ET RNI
selon les heures-soins requises⁽¹⁾



(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 « Défi de l'accès 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 **1999-2000**, la durée moyenne de séjour (DMS) pour les soins physiques de courte durée en CHSGS est de 7,5 jours. En comparaison avec 1998-1999, la DMS a augmenté de 0,1 jour. Elle a baissé de 0,6 jours depuis 1995-1996.

CONSTAT(S) :

La durée moyenne de séjour pour des soins physiques en CHSGS a baissé surtout au cours du premier Plan régional de transformation des services. La DMS semble avoir atteint un certain plafond depuis 2 ans. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être invoqués, notamment l'alourdissement des clientèles hospitalisées et le fait que certaines mesures du « Défi de l'accès » ne se sont pas encore actualisées (ex. : couverture médicale de première ligne).

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 de la réallocation vers les services ambulatoires du budget de 118 lits de courte durée. En date de cette publication, cette réallocation n'est pas actualisée.

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) :

Les résultats sont basés sur 8 des 9 CHSGS concernés par la psychiatrie adulte¹³.

En **1999-2000**, la durée moyenne de séjour pour les soins psychiatriques de courte durée en CHSGS est de 22,7 jours. Depuis 3 ans, la DMS demeure stable. C'est au cours du premier plan de transformation des services (1995 à 1997) qu'elle a baissé de 4,2 jours.

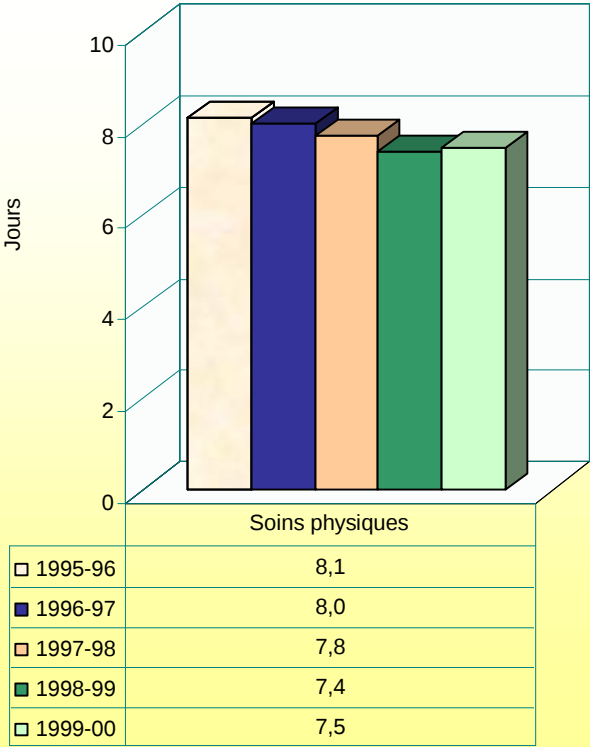
Cette année, 4 CH ont augmenté leur DMS, alors que 4 autres l'ont baissée. Le CH Sacré-Cœur a marqué de réels progrès ayant baissé sa DMS de 3,9 jours en comparaison avec 1998-1999.

CONSTAT(S) :

La stabilité de la DMS observée depuis 3 ans questionne. Dans un contexte où le développement de services dans la communauté prévu, à même la fermeture de lits de courte durée psychiatrique, ne s'est pas actualisé, aurait-on atteint un plateau quant à l'objectif de diminuer la DMS à 20 jours?

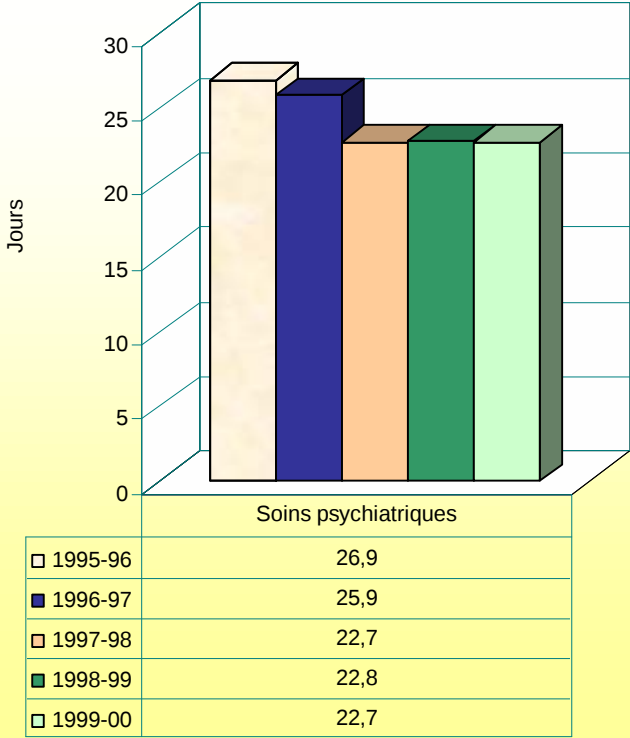
¹³ Les données du CHUM ne sont pas comparables aux données des autres CHSGS.

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 durée moyenne de séjour ne prend pas en compte le CHUM.

SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES

Soins physiques de courte durée Séjours de plus de 24 h 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 **1999-2000**, pour des soins physiques de courte durée en CHSGS, le pourcentage de **séjours de plus de 24 heures** sur civière dans les urgences est de 22,7 %. Ce pourcentage a augmenté de 1,4 % par rapport à l'an 1 du Plan et de 6,4 % en comparaison avec 1995-1996.

En **1999-2000**, le pourcentage de **séjours de plus de 48 heures** sur civière est de 5,2 %. En comparaison avec l'année 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 1,9 %. Le pourcentage de séjours de plus de 48 heures dans les urgences est supérieur à celui de l'année 1995-1996 (3,2 %).

CONSTAT(S) :

La situation demeure très difficile dans les urgences. Ce dossier est prioritaire pour la Régie régionale.

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. Les conditions de réalisation de l'objectif impliquent que les pratiques hospitalières soient appropriées (normes MSSS), que les ressources requises soient disponibles et que la gamme de services ambulatoires, résidentiels et de réadaptation dans la communauté soit suffisante et fonctionnelle.

RÉSULTAT(S) :

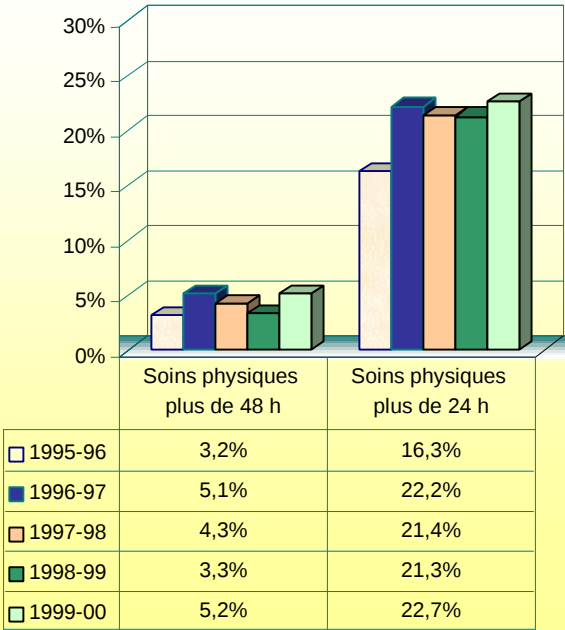
En **1999-2000**, pour des soins psychiatriques en CHSGS et CHSP, le pourcentage de séjours de **plus de 48 heures** sur civière est de 15,2 %. En comparaison avec l'an 1 du Plan, il s'agit d'une augmentation de 0,8 % et de 3 % par rapport à 1995-1996.

L'objectif de diminuer à un maximum de 10 % les séjours de plus de 48 heures mis de l'avant en 1997-1998 n'est toujours pas atteint par 6 des 18 salles d'urgence observées.

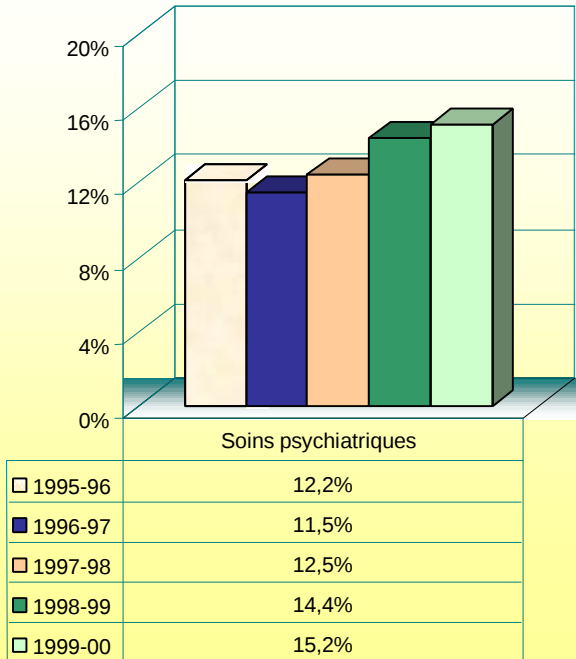
CONSTAT(S) :

Le pourcentage de séjours excessifs sur civière croît de façon constante. Une attention prioritaire sera apportée au problème d'engorgement des urgences. Le point sera fait avec les CH en difficulté, leur situation analysée et un plan d'action leur sera demandé. Au-delà des mesures internes aux CH, il faut également questionner la suffisance de ressources dans la communauté. Enfin, les travaux entourant l'articulation avec les services médicaux de première ligne devraient avoir un impact sur la problématique.

Soins physiques en CHSGS
Séjours de plus de 24 h et 48 h sur civière dans les urgences



Soins psychiatriques en CHSGS et CHSP
Séjours de plus de 48 heures sur civière dans les urgences



Source : Direction de la programmation et coordination, Services des études et de l'évaluation, Registre clientèle sur civière.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

♦ CHIRURGIES CARDIAQUES ET CARDIOLOGIE TERTIAIRE, CHIRURGIES ORTHOPÉDIQUES ET OPHTALMOLOGIQUES

Au 9 septembre 2000 :

- 646 personnes sont inscrites en liste d'attente pour un **pontage ou un remplacement valvulaire** 57 % des usagers attendent depuis plus d'un mois. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente augmente (130 usagers de plus) et le pourcentage de personnes en attente de plus d'un mois également (augmentation de 5%). Le volume de clients en attente est supérieur au volume enregistré en septembre 1998 (235 usagers de plus) et le pourcentage de personnes en attente de plus d'un mois également (5,5% de plus).
- 137 adultes attendent pour la **pose d'un tuteur**, dont 12 personnes depuis plus de 3 mois. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente augmente (29 usagers de plus). Le volume de clients en attente se compare au volume enregistré en septembre 1998 (143 usagers). Notons qu'il n'y avait pas d'attente de plus de 3 mois en septembre 1998 et 1999.
- 3 adultes attendent pour la **pose ou le remplacement d'un défibrillateur**, mais il n'y a pas d'attente de plus de 3 mois. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente a baissé (5 usagers de moins), il en est de même par rapport à septembre 1998 (7 usagers de moins).
- 1 197 usagers sont en attente pour une **chirurgie totale de la hanche ou du genou** Près de 33 % d'entre eux attendent depuis 6 mois et plus. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente se maintient (1203), mais le pourcentage de personnes en attente de 6 mois et plus à diminué de 7%. Le volume de clients en attente et le nombre d'usagers en attente de 6 mois et plus se comparent aux données de septembre 1998.
- 8 124 usagers sont en attente pour une **chirurgie de la cataracte** Environ 28 % d'entre eux attendent depuis 6 mois et plus. En comparaison avec septembre 1999, le nombre de clients en attente a augmenté de 8% et les personnes qui attendent depuis 6 mois et plus, de 4%. Par rapport à septembre 1998, le volume de clients en attente a augmenté de 25%, mais le pourcentage de personnes qui attendent depuis 6 mois et plus est resté le même (28 %).

Le remplacement de défibrillateurs répond aux normes dans le temps voulu. Malgré les budgets alloués et les chirurgies ou interventions réalisées en cardiologie, orthopédie, ophtalmologie et pour la pose de tuteurs, on observe une croissance des listes d'attente et le maintien ou l'augmentation du nombre de personnes qui attendent plus longtemps que l'objectif fixé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette croissance. On pense notamment à l'augmentation de la demande qui peut être reliée en partie au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'indication clinique de la chirurgie (ex. : chirurgie de la cataracte et chirurgie cardiaque). La disponibilité relative des ressources est un autre facteur explicatif, notamment le manque d'anesthésistes, le manque de lits de soins intensifs, la pénurie de personnel infirmier et la fermeture de lits qui en découle, etc.

◆ L'ATTENTE POUR DES TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

On note une progression importante des usagers en attente de juin 1998 (753) à septembre 2000 (1329) : le point culminant est juin 2000 (1473). Le pourcentage de personnes prêtes à recevoir leurs traitements, mais toujours en attente a augmenté : il est passé de 65 % en juin 1998 à près de 73 % en septembre 2000. Pour les cancers du sein et du col utérin la même tendance à la hausse s'observe. Pour le lymphome, l'état des listes d'attente de septembre 2000 et de juin 1998 se compare. La croissance des usagers en attente peut être attribuable, en partie, à la situation difficile que connaît le réseau de la santé au plan des effectifs et de la disponibilité des équipements. Sachant que 3% de la progression des usagers en attente s'explique par la croissance normale de la demande, celle-ci ne peut, dans le contexte actuel, être absorbée par les établissements. Les nouveaux investissements annoncés pour les services de radio-oncologie devraient avoir un impact sur les listes d'attente d'ici septembre 2001. Nous pourrions alors en mesurer l'effet.

◆ L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : LES PROGRAMMES DES CRDI

Au **31 mars 2000**, dans le réseau des **CRDI**, on dénombre 346 **nouveaux usagers** en attente pour un premier service dans le programme socioprofessionnel, 345 dans le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté, et 219 dans le programme résidentiel. Entre le **1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2000**, 332 nouveaux usagers ont accédé pour la première fois au programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté, 121 au programme socioprofessionnel et 85 personnes ont obtenu un premier service résidentiel. Les nouveaux usagers qui ont accédé pour la première fois aux programmes des CRDI ont connu les **délais moyens d'accès** suivants : 458 jours pour le programme socioprofessionnel, 353 jours pour le programme résidentiel et 260 jours pour le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté.

L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SUITE) : PROGRAMME DE SOUTIEN À LA FAMILLE OFFERT EN CLSC

Au **31 mars 2000**, 93 usagers sont en attente d'une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille offert par les CLSC alors, qu'entre le **1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2000**, 236 nouveaux usagers ont obtenu pour la première fois une subvention. En comparaison avec l'année 1998-1999, la liste d'attente est relativement stable (84 usagers en attente au 31 mars 1999), alors que l'accès à une première subvention touchait 128 usagers de plus (364 usagers entre le 1^{er} avril 1998 et le 31 mars 1999).

◆ TAUX D'ADMISSION EN CHSLD ET RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE

Globalement, en **1999-2000**, le réseau des CHSLD a admis 3 533 personnes requérant pour une première fois des services d'hébergement, sur un potentiel de 5 255 personnes qui ont vu leur demande d'hébergement acceptée. Il s'agit donc d'un taux d'admission de 67%. En comparaison avec l'an 1 du Plan d'action, le taux d'admission est stable, alors qu'il a baissé de 4% en rapport avec 1997-1998. Sur les 5 années d'observation, le taux d'admission a atteint son plus haut niveau en 1996-1997 (73%) année où la région a amorcé la mise en œuvre des mesures du «Plan 1995-1998». L'objectif d'améliorer l'accès à l'hébergement semble avoir atteint sa limite dans le cadre des ressources disponibles. Par ailleurs, les admissions de personnes nécessitant moins de 1,5 heures-soins ne représentent plus que 18% du total des admissions, alors qu'on admet majoritairement (55%) une clientèle nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour.

◆ DÉLAI MOYEN D'ACCÈS EN CHSLD ET RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE

En **1999-2000**, le délai moyen d'accès à l'hébergement (81,8 jours) a baissé d'à peine 6,1 jours depuis l'an dernier. La décroissance significative du délai d'accès a été enregistrée entre 1995 (168,2 jours) et 1997 (96,1 jours) dans le cadre du premier Plan d'action régional. L'objectif d'améliorer le délai d'accès à l'hébergement semble avoir atteint un plateau.

◆ DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

En 1999-2000 :

- la durée moyenne de séjour (DMS) pour les **soins physiques de courte durée en CHSGS** est de 7,5 jours. En comparaison avec 1998-1999, la DMS a augmenté de 0,1 jour. La DMS a baissé de 0,6 jours depuis 1995-1996;
- la durée moyenne de séjour pour les **soins psychiatriques de courte durée en CHSGS** est de 22,7 jours. Depuis 3 ans, la DMS demeure stable. C'est au cours du premier plan de transformation des services (1995 à 1997) qu'elle a baissé de 4,2 jours.

◆ SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES

En 1999-2000, pour des **soins physiques de courte durée** en CHSGS, le pourcentage de **séjours de plus de 24 heures** sur civière dans les urgences est de 22,7 %. Ce pourcentage a augmenté de 1,4 % par rapport à l'an 1 du Plan et de 6,4% en comparaison avec 1995-1996. Pour sa part, le pourcentage de **séjours de plus de 48 heures** sur civière est de 5,2 %. En comparaison avec l'année 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 1,9%. Le pourcentage de séjours de plus de 48 heures dans les urgences est supérieur à celui de l'année 1995-1996 (3,2%).

En 1999-2000, pour des **soins psychiatriques** en CHSGS et CHSP, le pourcentage de séjours de **plus de 48 heures** sur civière est de 15,2 %. En comparaison avec l'an 1 du Plan, il s'agit d'une augmentation de 0,8% et de 3 % par rapport à 1995-1996. L'objectif de diminuer à un maximum de 10 % les séjours de plus de 48 heures mis de l'avant en 1997-1998 n'est toujours pas atteint par 6 des 18 salles d'urgence observées.

EN CONCLUSION :

Malgré les budgets injectés en cardiologie adulte, en orthopédie et en ophtalmologie, le nombre de personnes en attente est en croissance et le pourcentage de personnes qui attendent plus longtemps que l'objectif visé augmente ou se maintient. En cardiologie tertiaire, la situation s'améliore, notamment pour la pose ou le remplacement de défibrillateurs. La vigilance s'impose toutefois pour la pose de tuteurs puisque des usagers en attente de plus de 3 mois sont toujours présents.

L'évolution de l'accès aux services en déficience intellectuelle pourra être analysée lorsque nous aurons les résultats d'observation pour 2000-2001.

L'objectif d'améliorer le délai d'accès et le taux d'admission à l'hébergement dans le réseau des CHSLD semble avoir atteint sa limite dans le cadre des ressources disponibles.

Les efforts consentis par les établissements pour diminuer la durée moyenne de séjour en CHSGS semblent avoir atteint un certain plafond dans le cadre de l'organisation actuelle des ressources.

Le pourcentage de séjours excessifs sur civière dans les urgences est toujours en croissance: ce dossier demeure une priorité régionale.

LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Cet axe de suivi comprend 5 indicateurs. Ce sont :

- ◇ le nombre d'usagers 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'usagers ayant une déficience physique ou intellectuelle recevant des services intensifs (POSILTPH) par les CLSC;
- ◇ le nombre d'usagers desservis en santé mentale par les CLSC;
- ◇ la proportion d'usagers desservis en ambulatoire en psychiatrie adulte.

ESTIMATION DES INDICATEURS DE SUIVI EN CLSC

Pour les 4 premiers indicateurs, les données sont issues du système d'information clientèle des CLSC. Un nouveau cadre normatif pour la saisie des données au SIC-CLSC a été défini par le Ministère et a été implanté en cours d'année (1999-2000). De façon variable par CLSC, nous disposons de données pour 5 à 8 périodes de 1999-2000 saisies selon l'ancien cadre normatif. Dans ce contexte, nous nous devons d'estimer les résultats des indicateurs pour des périodes «absentes » en 1999-2000.

L'estimation réalisée s'appuie sur la base de données 1998-1999; les résultats peuvent être surestimés. En effet, la méthode d'estimation ne prend pas en compte les périodes où le conflit de travail des infirmières a eu un impact sur la saisie des données au SIC-CLSC.

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 5,3M\$ pour les 29 CLSC. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2000 se chiffrent à 3 690 560 \$¹⁴. Un budget récurrent de 686 584 \$ s'ajoute pour 2000-2001¹⁵. 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 qui nécessitent des soins palliatifs.

RÉSULTAT(S) :

Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC¹⁶.

En **1999-2000**, on estime que :

- ◆ 18 927 usagers différents ont été desservis à domicile par les CLSC suite à un traitement en CHSGS. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 12 % et de 25 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 9 843 usagers posthospitalisés ont été desservis. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 18% et de 35 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 8 669 personnes postopérées ont été desservies. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 3% et de 10 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 3 249 personnes en phase préterminale et terminale nécessitant des soins palliatifs ont été desservies. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 29 % et de 59 % en rapport avec l'année 1997-1998.

CONSTAT(S) :

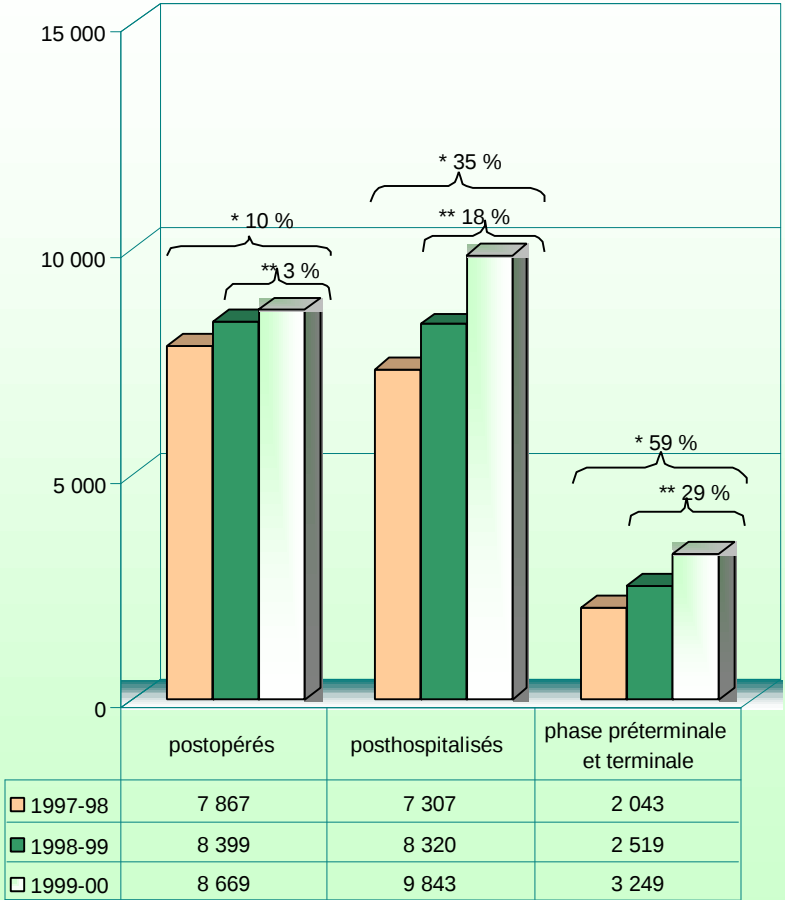
L'accès aux services à domicile suite à une hospitalisation croît dans le sens espéré dans un contexte d'ajout budgétaire. L'indicateur suivi ne permet toutefois pas de préjuger de l'adéquation entre l'offre et le besoin de services. Le profil de la clientèle se diversifie en intégrant davantage de personnes nécessitant des soins palliatifs.

¹⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, Rapport annuel 1999-2000: « Le défi de l'accès l'an 2 », p.26.

¹⁵ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services « Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p.12. Les données financières recueillies sont celles de juin 2000.

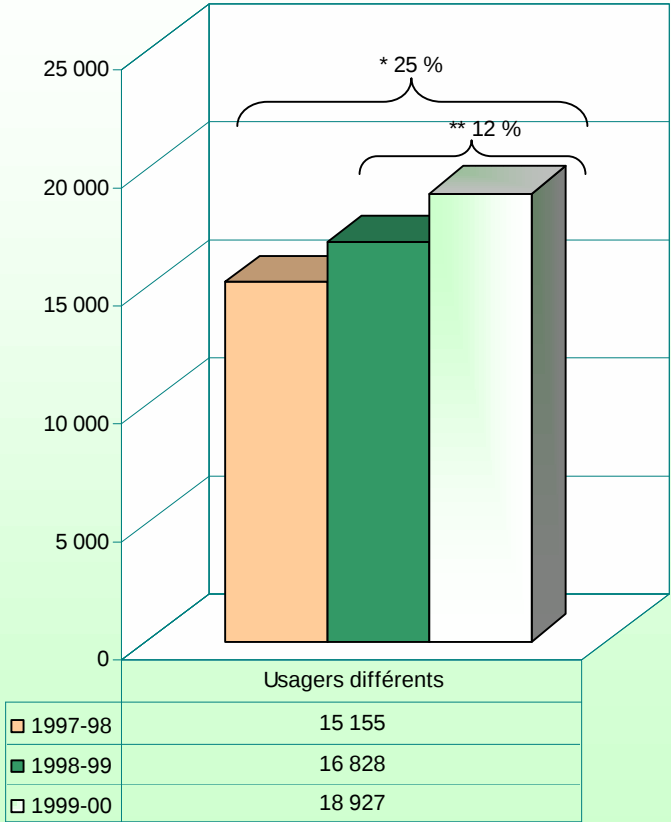
¹⁶ Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

Usagers desservis à domicile par les CLSC
suite à un traitement en CHSGS



* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

Usagers différents desservis à domicile
suite à une hospitalisation tous profils confondus



* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

(1) Le nombre d'usagers par profil n'est pas cumulatif: un usager peut changer de profil en cours d'année.
N.B. Les résultats de l'année 1998-99 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

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

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 planifiés. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2000 se chiffrent à 13 679 041 \$¹⁷. Un budget récurrent de 1 713 378 \$ s'ajoute pour 2000-2001¹⁸. Ces développements ciblent des usagers à profil gériatrique majoritairement âgés de 65 ans et plus.

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) :

Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC¹⁹.

En **1999-2000**, on estime que :

- ◆ 27 124 personnes âgées différentes ont été desservies par les CLSC pour de l'aide et des soins infirmiers à domicile. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 8% et de 19 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 894 301 visites à domicile ont eu lieu. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 10% et de 25 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ En moyenne, 33 visites par usager ont été réalisées. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation d'une visite en moyenne par usager et en rapport avec l'année 1997-1998 de 1,5 visites.

CONSTAT(S) :

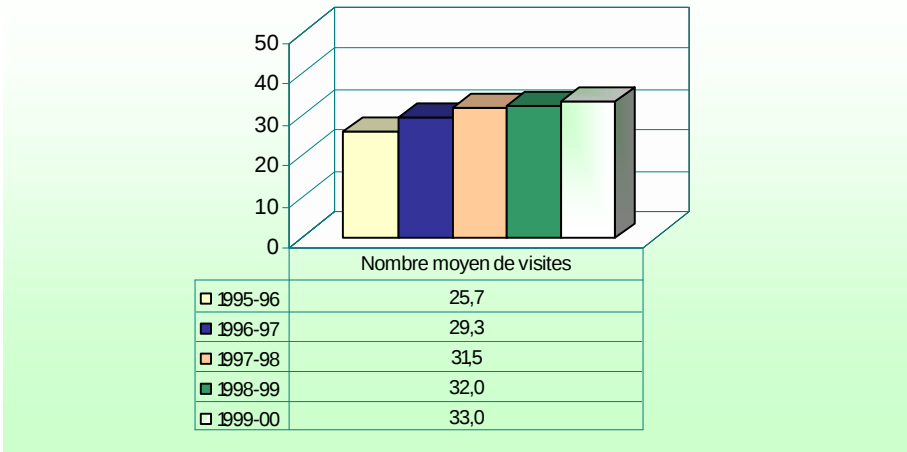
Conformément à l'objectif visé par le «Défi de l'accès », un plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sont desservies à domicile. Les budgets investis soutiennent ces résultats. Toutefois, il ne faut pas conclure que les besoins des personnes en perte d'autonomie desservies sont comblés de façon adéquate, ni que toutes les personnes en besoin sont rejointes.

¹⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, Rapport annuel 1999-2000 : « Le défi de l'accès l'an 2 », p.26.

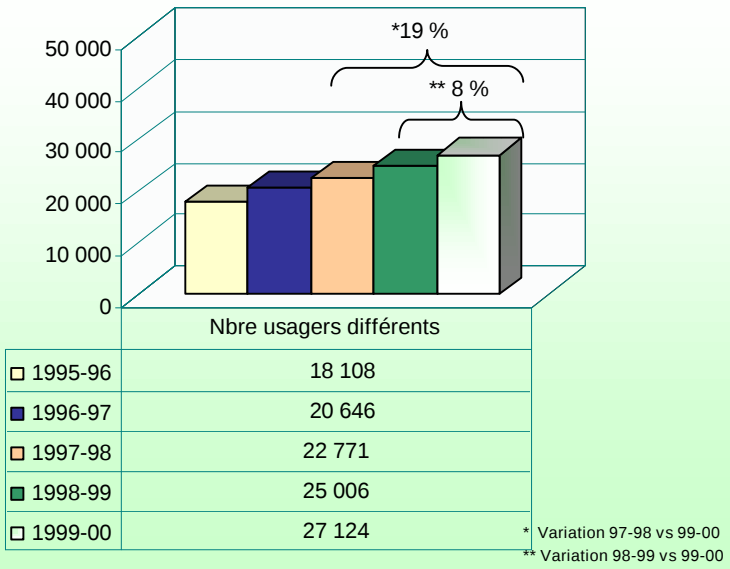
¹⁸ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p.12. Les données financières recueillies sont celles de juin 2000.

¹⁹ Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

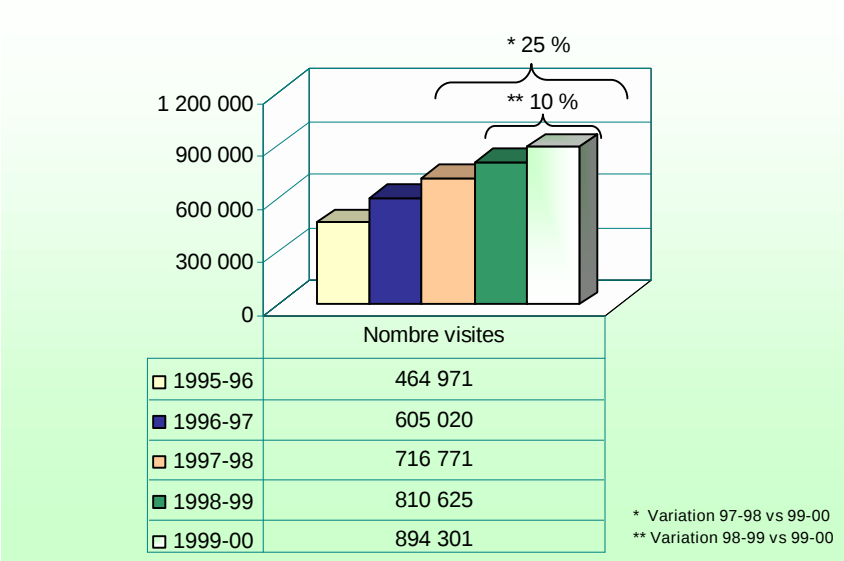
Visites à domicile aux personnes âgées de 65 ans et plus



Personnes âgées différentes desservies à domicile



Visites à domicile aux personnes âgées



N.B. Les résultats de l'année 1998-99 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

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

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 personnes de 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 5,6M\$ pour les 29 CLSC de la région. Les développements récurrents obtenus pour la période 1998-2000 se chiffrent à 2 658 425 \$²⁰. Un budget récurrent de 287 428 \$ s'ajoute pour 2000-2001²¹.

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) :

Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC²². 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 sous-estimé.

En **1999-2000**, on estime que 950 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 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 1% et de 7 % en rapport avec l'année 1997-1998.

CONSTAT(S) :

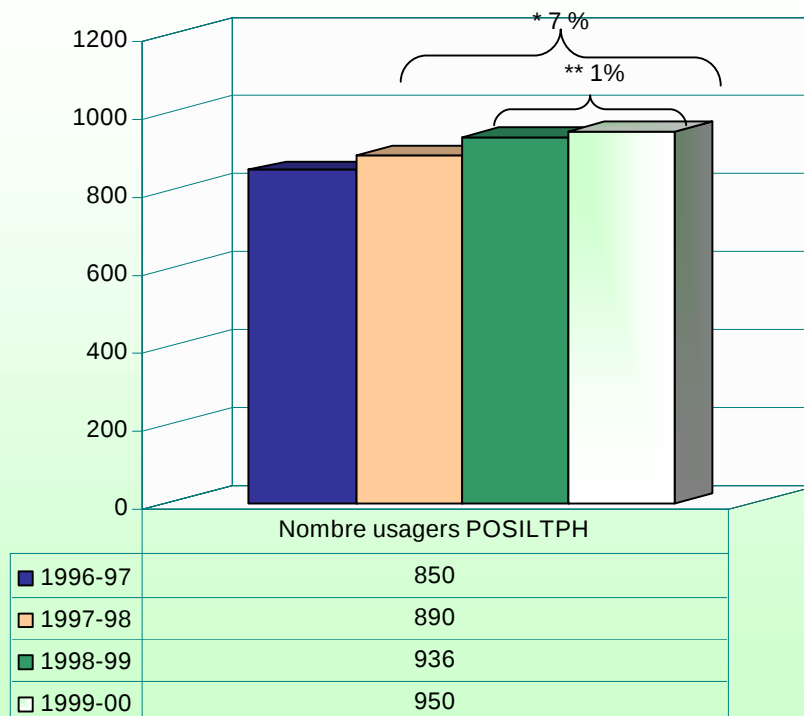
Conformément à l'objectif visé par le «Défi de l'accès », un plus grand nombre de personnes vivant un handicap reçoivent des services intensifs à domicile.

²⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, Rapport annuel 1999-2000: « Le défi de l'accès l'an 2 », p.27.

²¹ « Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services «Le défi de l'accès 1998-2002 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, 2 novembre 2000, p.12. Les données financières recueillies sont celles de juin 2000.

²² Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

Usagers différents recevant des services intensifs (POSILTPH) des CLSC



N.B. Les résultats de l'année 1998-99 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

Source : Direction de la programmation et coordination, Services multiclientèles 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 du nombre 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 du programme santé mentale.

RÉSULTAT(S):

Les résultats 1999-2000 sont estimés et sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC²³. 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 **1999-2000**, on estime que les CLSC ont desservi :

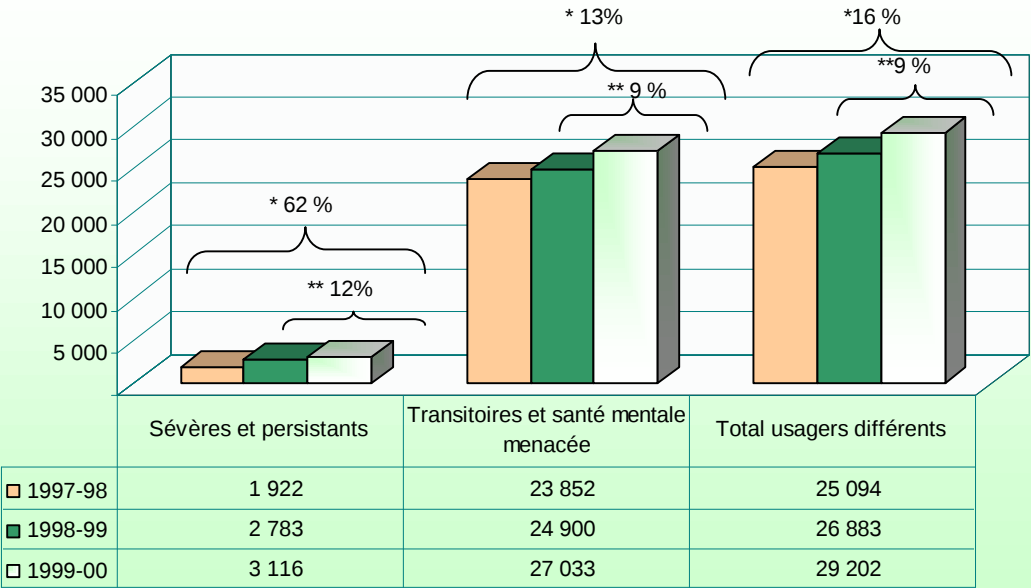
- ◆ 3 116 personnes vivant des troubles mentaux sévères, soit une augmentation de 12% depuis 1998-1999 et de 62 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 27 033 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, soit une augmentation de 9% depuis 1998-1999 et de 13 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ un total de 29 202 usagers différents, soit une augmentation de 9 % depuis 1998-1999 et de 16 % en rapport avec l'année 1997-1998.

CONSTAT(S) :

Les résultats démontrent que les CLSC sont confrontés à la pression de la demande. L'augmentation du volume d'usagers desservis ne présume pas d'une réponse adéquate aux besoins de la clientèle. Les ressources planifiées pour assurer des services de base en santé mentale tardent à être réallouées.

²³ Les données du CLSC de Rosemont, site pilote d'expérimentation du nouveau cadre normatif, ne sont pas comparables.

Adultes vivant une problématique de santé mentale desservis en CLSC



* Variation 97-98 vs 99-00
** Variation 98-99 vs 99-00

N.B. Les résultats de l'année 1998-1999 ont été révisés suite aux changements apportés dans la base de données d'un CLSC.

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

PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN SERVICES AMBULATOIRES : CHSGS, 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).

INDICATEUR(S) :

L'indicateur a été modifié cette année pour ne prendre en compte que les CHSGS. Les transformations intervenues en CHSP (mise en œuvre des éléments du Plan 1998-2002 tels les unités d'intervention brève ou de traitement transitoire, le suivi intensif dans le milieu, le suivi en hôpital de jour, etc.) impliquent un nombre grandissant de personnes suivies en ambulatoire qui ne peuvent être répertoriées d'après les données des AS-471 et AS-478. À défaut de systèmes adéquats d'information nous ne pouvons estimer l'évolution de la pratique ambulatoire. En CHSGS, moins de transformations ont eu lieu et les cibles de changement dans les pratiques ne seront annoncées qu'à l'hiver 2001; on estime donc que l'indicateur est toujours valable.

L'indicateur se définit comme suit: au cours d'une année financière, le nombre d'adultes inscrits dans les services ambulatoires de psychiatrie (cliniques externes) par rapport au total d'usagers admis (hospitalisés) et inscrits en CHSGS. La clientèle desservie dans les autres types de services ambulatoires, tels les centres de jour, les hôpitaux de jour, les services de suivi intensif dans la communauté, etc. ne peut être comptabilisée faute de systèmes d'information appropriés.

RÉSULTAT(S):

Les résultats sont basés sur les données de 7 des 9 CHSGS²⁴ concernés.

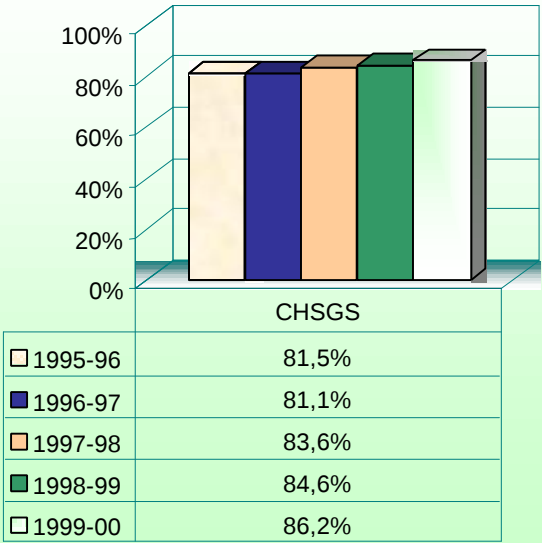
En **1999-2000**, 86,2 % de la clientèle en psychiatrie adulte est desservie en ambulatoire dans les CHSGS. En comparaison avec l'an 1 du Plan d'action régional, la proportion d'adultes desservis en cliniques externes a augmenté de 1,6%. Sur les 5 ans d'observation, la proportion d'usagers desservis en cliniques externes, par rapport au total des hospitalisations en psychiatrie adulte, a connu une hausse de 4,7%, soit environ 2 188 personnes de plus.

CONSTAT(S):

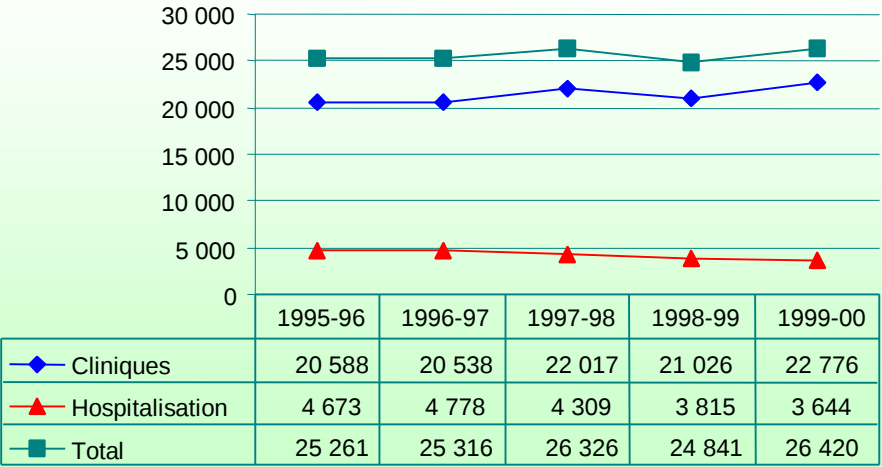
En CHSGS, la proportion d'usagers desservis sur une base ambulatoire augmente de façon constante dans le sens espéré.

²⁴ Dans l'édition d'avril 2000 du Tableau de bord nous recensons un total de 12 CH. Nous retirons les 2 CHVP il reste donc 10 CHSGS. Avec la fusion de l'hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal dans le CUSM nous dénombrons cette année 9 CH. Les données de l'hôpital du Sacré-Cœur et du pavillon Albert-Prévost peuvent se dédoubler : elles sont exclues. Les données de l'Hôpital général juif ne sont pas comparables à celles des autres CH pour l'année où l'unité de mesure des bases de données a été changée dans ce réseau de services.

Proportion d'usagers desservis en cliniques externes
Psychiatrie adulte (CHSGS)



Usagers hospitalisés et desservis en cliniques externes
Psychiatrie adulte CHSGS



Source : Direction des immobilisations et finances, Rapports annuels AS-471 et AS-478.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

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

En **1999-2000**, on estime que :

- ◆ 18 927 usagers différents ont été desservis à domicile, soit une augmentation de 12% depuis 1998-1999 et de 25 % en rapport avec 1997-1998.
- ◆ 9 843 usagers posthospitalisés ont été desservis, soit une augmentation de 18% depuis 1998-1999 et de 35 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 8 669 personnes postopérées ont été desservies, soit une augmentation de 3 % depuis 1998-1999 et de 10 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 3 249 personnes en phase préterminale et terminale nécessitant des soins palliatifs ont été desservies. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 29% et de 59 % en rapport avec l'année 1997-1998.

L'accès aux services à domicile suite à une hospitalisation croît dans le sens espéré dans un contexte d'ajout budgétaire. L'indicateur suivi ne permet toutefois pas de préjuger de l'adéquation entre l'offre et le besoin de services. Le profil de la clientèle se diversifie en intégrant davantage de personnes nécessitant des soins palliatifs.

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

En **1999-2000**, on estime que :

- ◆ 27 124 personnes âgées différentes ont été desservies par les CLSC pour de l'aide et des soins infirmiers à domicile, soit une augmentation de 8 % depuis 1998-1999 et de 19 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 894 301 visites à domicile ont eu lieu, soit une augmentation de 10% depuis 1998-1999 et de 25 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ En moyenne, 33 visites par usager ont été réalisées. En comparaison avec 1998-1999, il s'agit d'une augmentation d'une visite en moyenne par usager et en rapport avec l'année 1997-1998 de 1,5 visites.

Conformément à l'objectif visé par le «Défi de l'accès», un plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sont desservies à domicile. Les budgets investis soutiennent ces résultats. Toutefois, il ne faut pas conclure que les besoins des personnes en perte d'autonomie desservies sont comblés de façon adéquate, ni que toutes les personnes en besoin sont rejointes.

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

En **1999-2000**, on estime que 950 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 1998-1999, il s'agit d'une augmentation de 1% et de 7 % en rapport avec l'année 1997-1998. Conformément à l'objectif visé par le «Défi de l'accès», un plus grand nombre de personnes vivant un handicap reçoivent des services intensifs à domicile.

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

En **1999-2000**, on estime que les CLSC ont desservi :

- ◆ 3 116 personnes vivant des troubles mentaux sévères, soit une augmentation de 12% depuis 1998-1999 et de 62 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ 27 033 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, soit une augmentation de 9% depuis 1998-1999 et de 13 % en rapport avec l'année 1997-1998.
- ◆ un total de 29 202 usagers différents, soit une augmentation de 9 % depuis 1998-1999 et de 16 % en rapport avec l'année 1997-1998.

Les résultats démontrent que les CLSC sont confrontés à la pression de la demande. L'augmentation du volume d'usagers desservis ne présume pas d'une réponse adéquate aux besoins de la clientèle. Les ressources planifiées pour assurer des services de base en santé mentale tardent à être réallouées.

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

En **1999-2000**, 86,2 % de la clientèle en psychiatrie adulte est desservie en ambulatoire dans les CHSGS. En comparaison avec l'an 1 du Plan d'action régional, la proportion d'adultes desservis en cliniques externes a augmenté de 1,0%. Sur les 5 ans d'observation, la proportion d'usagers desservis en cliniques externes, par rapport au total des hospitalisations en psychiatrie adulte, a connu une hausse de 4,7%, soit environ 2 188 personnes de plus. En CHSGS, la proportion d'usagers desservis sur une base ambulatoire augmente de façon constante dans le sens espéré.

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 liée à la santé mentale.

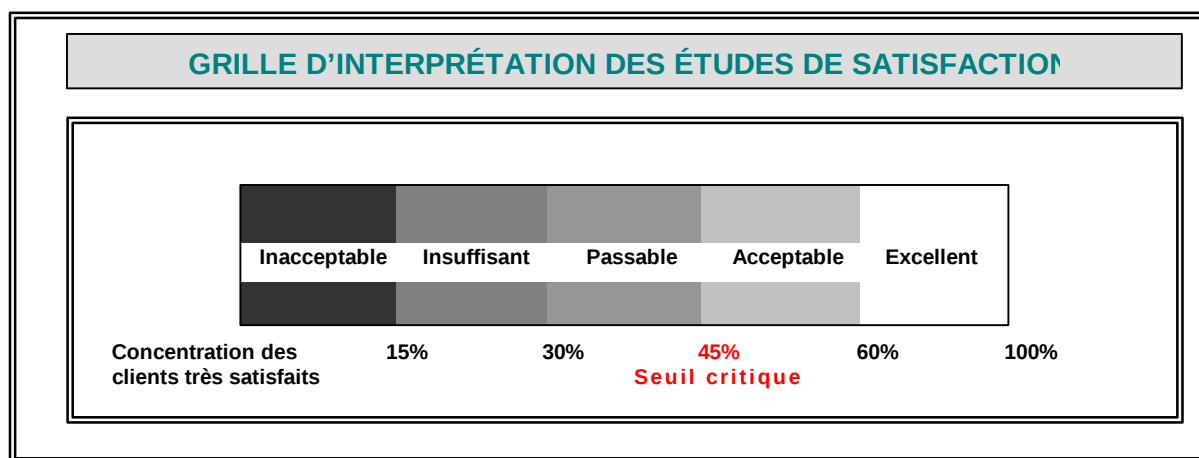
L'objectif de desservir 90 % des adultes nécessitant des soins psychiatriques sur une base ambulatoire en CHSGS évolue dans le sens espéré. Si la Régie régionale entend suivre l'évolution des services offerts sur une base ambulatoire dans la région, le développement de systèmes d'information adéquats s'impose. Cette année, suite à la mise en œuvre de services ambulatoires en psychiatrie adulte, notamment, nous avons dû abandonner certains paramètres de suivi faute de données appropriées pour traduire de nouvelles réalités.

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 dernières données sont issues de sondages réalisés en 1994, 1997 et 2000 sur la performance des établissements. Nous présentons ci-après la grille d'interprétation des résultats des sondages sur la satisfaction des utilisateurs. 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. La compétence touche à la fois les habilités techniques et professionnelles du personnel et englobe les aspects du jugement, décisions/interventions et traitements. L'objectif du « 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% d'usagers très satisfaits²⁵ de la compétence du personnel ce qui situerait la performance du réseau à un niveau acceptable.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur se définit comme suit: le rapport entre le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à la compétence du personnel traitées par les établissements et par la Régie régionale et l'ensemble des plaintes fondées déposées aux 2 instances. Le pourcentage de plaintes liées à la compétence du personnel est comparé avec les données²⁶ d'études sur la satisfaction des usagers produites en 1994, 1997 et 2000.

RÉSULTAT(S):

En **1999-2000**, des 5 403 plaintes fondées recensées dans la région, 11% (616 plaintes) concernent la compétence du personnel. En comparaison avec l'an 1 du Plan, les plaintes formulées à l'égard de la compétence des ressources ont légèrement baissé (13%; 637 plaintes).

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 réseau de la santé et des services sociaux durant la période concernée (1994-2000). Le pourcentage des personnes qui se disent très satisfaites de la compétence du personnel est passé de 39,4 % à 47,5 %, soit une augmentation de 8,1 %. Analysés en fonction de la grille d'interprétation des sondages, les établissements performant en l'an 2000 à un niveau jugé acceptable.

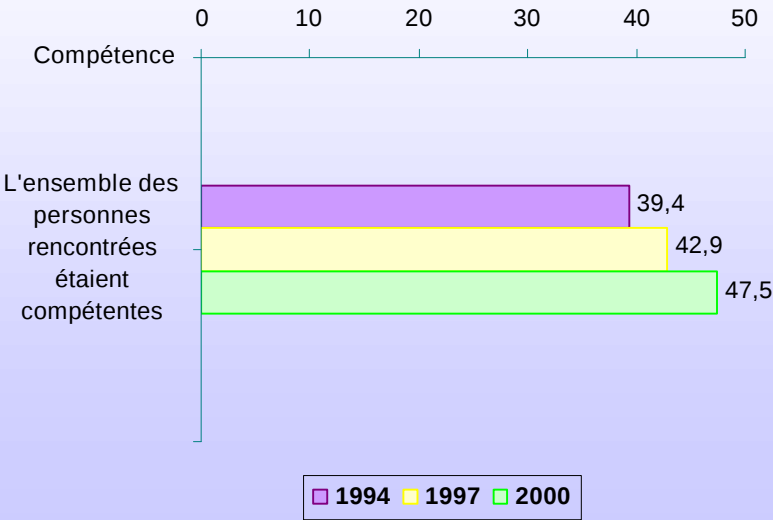
CONSTAT(S):

En l'an 2 du Plan, parallèlement à une légère baisse des plaintes (-21 plaintes) formulées relativement à la compétence du personnel, le pourcentage d'usagers qui se disent très satisfaits de cette dimension a augmenté (47,5%) et dépasse l'objectif régional fixé (45 %). Pour la première fois, la région se situe dans la zone jugée acceptable.

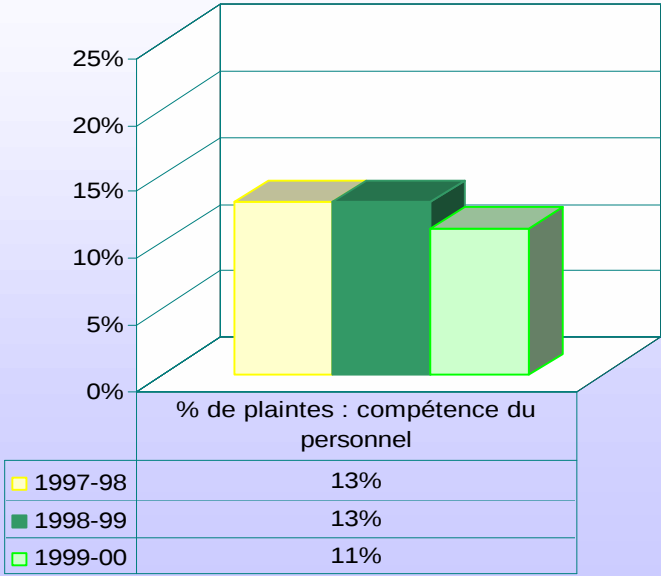
²⁵ Pour faciliter la lecture, nous utilisons le concept de satisfaction. Nous informons le lecteur que, dans les sondages réalisés, la satisfaction est mesurée sur une échelle d'accord – pas d'accord.

²⁶ Les « Études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux : Mise à jour du concept de service pour l'an 2000, Rapport final », préparées par « Zins Beaudesne et associés » en juin 2000, comparent le pourcentage de personnes qui se sont dites « tout à fait en accord » dans le cadre des sondages réalisés historiquement. Le rapport pondère les résultats en fonction du nombre de répondants par question plutôt que sur le nombre total de répondants au sondage. Cette façon de faire donne une mesure plus précise. Nous avisons le lecteur que les données utilisées sont donc différentes de celles éditées dans le Tableau de bord en avril 2000.

Pourcentage de personnes " tout à fait en accord " Compétence du personnel



Pourcentage de plaintes fondées Compétence du personnel



Nombre de plaintes :
1997-98 638
1998-99 637
1999-00 616

Source : Direction des relations avec la communauté: « Rapport sur les plaintes », RRSSM-C, 1997, 1998 et 1999; « Études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux : Mise à jour du concept de service pour l'an 2000, Rapport final », Groupe SECOR, Zins Beausnesne et associés, juin 2000.

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. Les mesures mises de l'avant devraient renverser la tendance actuelle et nous devrions constater une augmentation des taux de satisfaction²⁷ des usagers reflétée 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 au sondage qui se disent très satisfaits des services reçus.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur se définit comme suit: le rapport entre le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à l'accessibilité et à la continuité des services traitées par les établissements et par la Régie régionale et l'ensemble des plaintes fondées déposées aux 2 instances. Le pourcentage de plaintes liées à l'accessibilité et à la continuité des services est comparé avec les données²⁸ d'études sur la satisfaction des usagers produites en 1994, 1997 et 2000.

RÉSULTAT(S) :

En **1999-2000**, des 5 403 plaintes fondées recensées dans la région, 1% (69 plaintes) concernent l'**accessibilité** des services et 6 % (312 plaintes) sont reliées à la **continuité** des services. Les plaintes exprimées à l'égard de l'**accessibilité** des services varient à la baisse par rapport à l'an 1 du Plan (2%; 80 plaintes) et en comparaison avec 1997-1998 (2 %; 98 plaintes). Les plaintes formulées à l'égard de la **continuité** des services se maintiennent par rapport à l'an 1 du Plan (0%; 306 plaintes) et baissent en comparaison avec 1997-1998 (7%; 344 plaintes).

Dans le cadre de l'étude sur la satisfaction des usagers réalisée en juin 2000, toutes les dimensions de **accessibilité** aux services affichent une variation à la hausse en rapport avec les résultats de 1994 ou de 1997. « L'adaptation de l'information aux différentes cultures et langues » (48,6 %) et le fait que « les établissements soient facilement accessibles par transport en commun ou près d'un stationnement » (50,7 %) sont passés des seuils de satisfaction passable à acceptable.

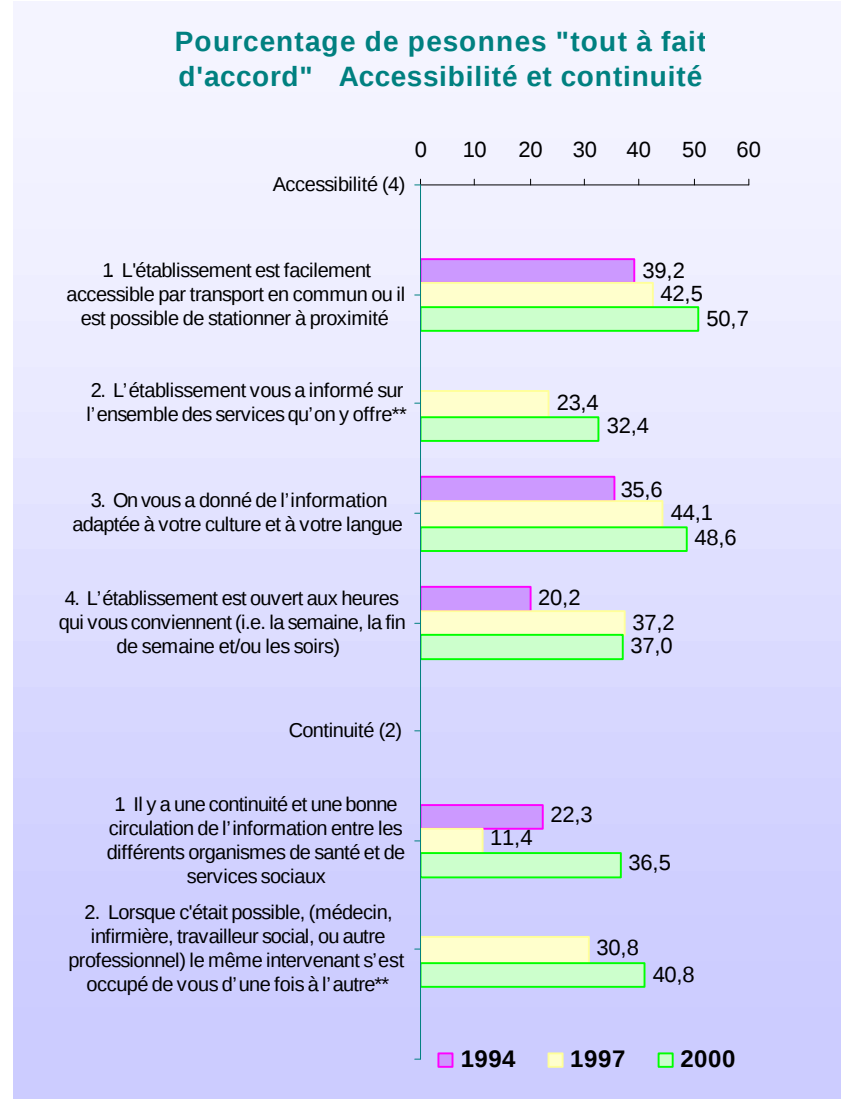
En comparaison avec 1997, il faut noter des gains très importants, également, quant à la **continuité** et la circulation d'information entre les différents organismes de santé et de services sociaux » (+25,1 %) bien que le taux d'usagers très satisfaits (36,5%) demeure à un niveau passable en 2000. Entre 1997 et 2000, le taux de satisfaction quant à la « possibilité que le même intervenant s'occupe de l'utilisateur d'une fois à l'autre » avance de 10 % chez les personnes qui répondent être très satisfaites (40,8 %).

CONSTAT(S) :

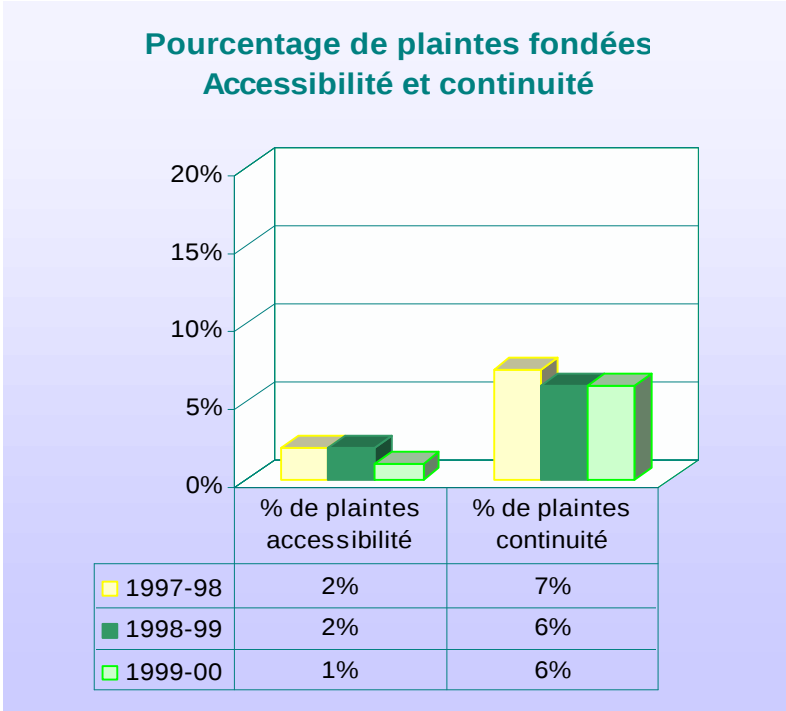
La situation s'améliore sur les dimensions de l'accessibilité aux services et de la continuité des services. Par ailleurs, des gains sont encore souhaitables. En ce qui concerne la continuité des services la détérioration qu'on a pu constater entre 1994 et 1997 a été renversée entre 1997 et 2000. Les efforts consentis à la mise en place des réseaux interactifs de services portent fruit.

²⁷ Pour faciliter la lecture, nous utilisons le concept de satisfaction. Nous informons le lecteur que, dans les sondages réalisés, la satisfaction est mesurée sur une échelle d'accord – pas d'accord.

²⁸ Les « Études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux: Mise à jour du concept de service pour l'an 2000, Rapport final », préparées par « Zins Beauchesne et associés » en juin 2000, comparent le pourcentage de personnes qui se sont dites « tout à fait en accord » dans le cadre des sondages réalisés historiquement. Le rapport pondère les résultats en fonction du nombre de répondants par question plutôt que sur le nombre total de répondants au sondage. Cette façon de faire donne une mesure plus précise. Nous avisons le lecteur que les données utilisées sont donc différentes de celles éditées dans le Tableau de bord en avril 2000.



** Résultats 1997 statistiquement non comparables à ceux de 1994



Nombre de plaintes :	Accessibilité	Continuité
1997-1998	98	344
1998-1999	80	306
1999-2000	69	312

Source : Direction des relations avec la communauté: « Rapport sur les plaintes », RRSSM-C, 1997, 1998 et 1999; « Études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux : Mise à jour du concept de service pour l'an 2000, Rapport final », Groupe SECOR, Zins Beauchesne et associés, juin 2000.

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 endroit²⁹ présuppose que les services seront faciles d'accès dans des délais jugés raisonnables, sans trop de tracas. Ces derniers éléments correspondent aux attentes des usagers et contribuent à leur satisfaction³⁰ à l'égard des services reçus.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur se définit comme suit: le rapport entre le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à la rapidité et à la facilité des services traitées par les établissements et par la Régie régionale, et l'ensemble des plaintes fondées déposées aux 2 instances. Le pourcentage de plaintes liées à la rapidité et à la facilité des services est comparé avec les données³¹ d'études sur la satisfaction des usagers produites en 1994, 1997 et 2000.

RÉSULTAT(S) :

En **1999-2000**, des 5 403 plaintes fondées recensées dans la région, 20% (1 091 plaintes) concernent la **rapidité** des services et 1 % (51 plaintes) sont reliées à la **facilité** des services. Les plaintes formulées à l'égard de la **rapidité** d'accès aux services augmentent par rapport à l'an 1 du Plan (19%; 954 plaintes) et sont plus nombreuses qu'en 1997-1998 (20 %; 982 plaintes). Les plaintes concernant la **facilité** des services se comparent à l'an 1 du Plan (1 %; 58 plaintes), alors qu'elles sont en décroissance par rapport à 1997-1998 (2 %; 98 plaintes).

Dans le cadre de l'étude sur la satisfaction des usagers réalisée en juin 2000, on observe des variations à la baisse quant au taux d'usagers qui se disent très satisfaits « des rendez-vous traités avec ponctualité » (-2,4 %) et de la rapidité quant à « l'obtention d'un rendez-vous » (-1,7 %). Pour les 3 dimensions liées à la **rapidité** des services, les taux d'usagers très satisfaits varient entre 20,9% et 32,8 % ; la performance du réseau se situe à un niveau insuffisant ou passable.

Au sujet de la dimension **facilité** il faut noter des améliorations au niveau de la « communication avec les usagers dans des mots qu'ils peuvent comprendre ». À cet énoncé, la performance du réseau atteint un niveau d'excellence avec 60,1% des répondants qui se disent très satisfaits en juin 2000. Il s'agit d'une amélioration de + 10,9 % en comparaison avec le sondage de l'année 1997 et de 20% par rapport au sondage de 1994. Le point faible de cette dimension demeure le fait « de pouvoir choisir l'intervenant ou de changer si ça ne va pas » où seulement 32,2 % des usagers se disent très satisfaits (sondage 2000).

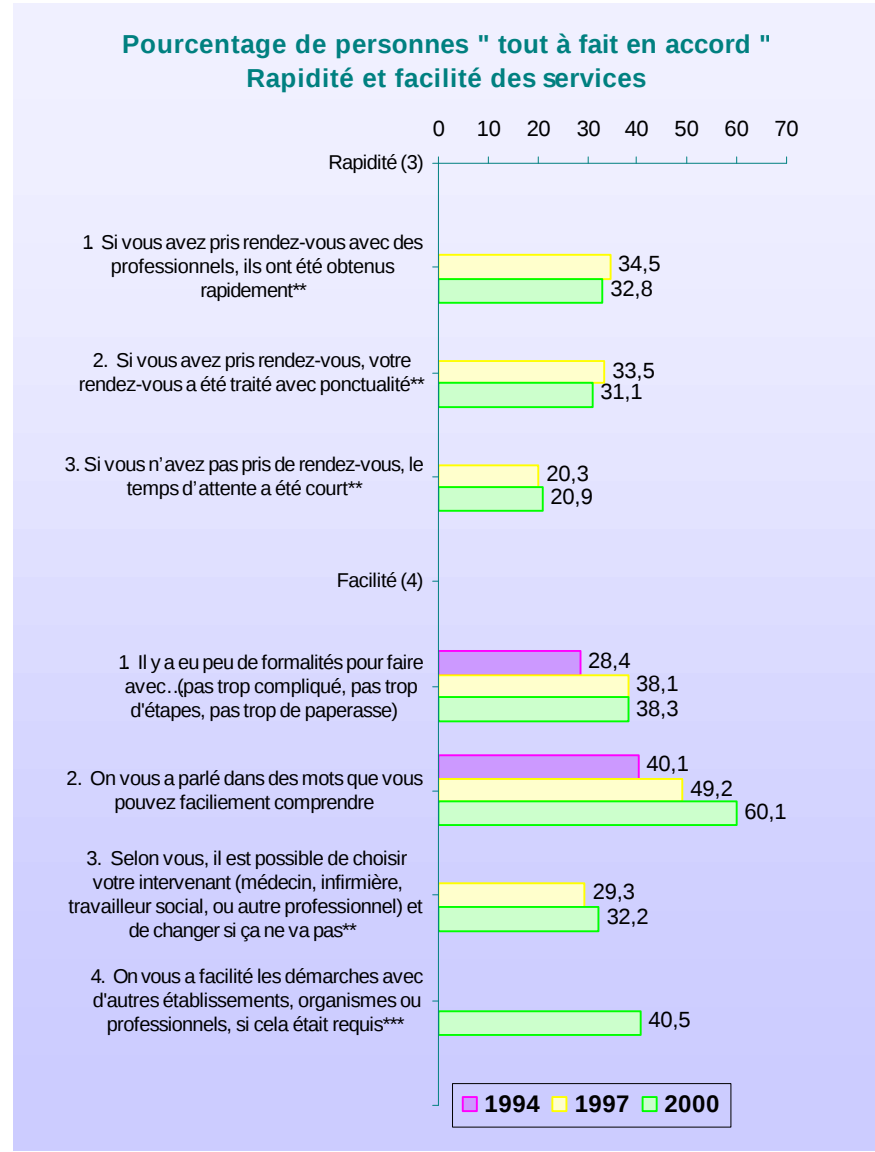
CONSTAT(S) :

Parallèlement à la croissance des plaintes au niveau de la dimension rapidité des services, le taux d'usagers très satisfaits à cet égard diminue. Les plaintes liées à la dimension facilité des services sont à la baisse et les taux de satisfaction s'améliorent. Toutefois, les taux demeurent sous un seuil jugé passable.

²⁹ 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.

³⁰ Pour faciliter la lecture, nous utilisons le concept de satisfaction. Nous informons le lecteur que, dans les sondages réalisés, la satisfaction est mesurée sur une échelle d'accord – pas d'accord.

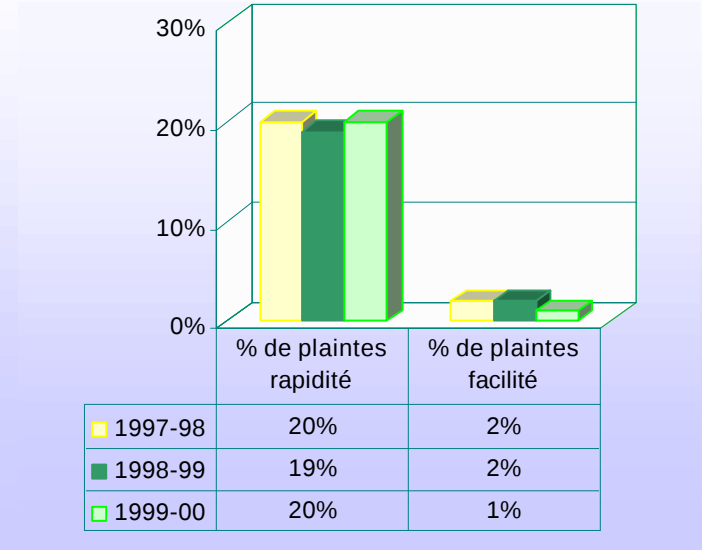
³¹ Les « Études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux: Mise à jour du concept de service pour l'an 2000, Rapport final », préparées par « Zins Beauchesne et associés » en juin 2000, comparent le pourcentage de personnes qui se sont dites « tout à fait en accord » dans le cadre des sondages réalisés historiquement. Le rapport pondère les résultats en fonction du nombre de répondants par question plutôt que sur le nombre total de répondants au sondage. Cette façon de faire donne une mesure plus précise. Nous avisons le lecteur que les données utilisées sont donc différentes de celles éditées dans le Tableau de bord en avril 2000.



** Résultats 1997 statistiquement non comparables à ceux de 1994.
*** Résultats 2000 statistiquement non comparables à ceux de 1997 et 1994.

Source : Direction des relations avec la communauté: « Rapport sur les plaintes », RRSSM-C, 1997, 1998 et 1999; « Études sur les attentes et la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux : Mise à jour du concept de service pour l'an 2000, Rapport final », Groupe SECOR, Zins Beauchesne et associés, juin 2000.

Pourcentage de plaintes fondées
Rapidité et facilité des services



Nombre de plaintes :	Rapidité	Facilité
1997-1998	982	98
1998-1999	954	58
1999-2000	1 091	51

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

◆ L'APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

En l'an 2 du Plan, parallèlement à une légère baisse des plaintes formulées relativement à **la compétence du personnel**, le pourcentage d'utilisateurs qui se disent très satisfaits de la compétence du personnel a augmenté (47,5%) et dépasse l'objectif régional fixé (45%). Considérant que l'attente à l'égard de la compétence des personnes rencontrées figure parmi les attentes les plus importantes pour les utilisateurs³², l'amélioration à ce chapitre est d'autant plus significative. La performance du réseau montréalais passe de la zone passable à la zone acceptable.

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

En l'an 2 du Plan, parallèlement à une baisse des plaintes formulées relativement à **l'accessibilité** aux services, le pourcentage d'utilisateurs qui se disent très satisfaits est à la hausse. Bien que 2 des 4 éléments de cette dimension aient évolué des seuils de satisfaction jugés passable à acceptable, des gains sont toujours souhaitables.

Les plaintes formulées à l'égard de **la continuité** des services se maintiennent par rapport à l'an 1 du Plan. Malgré des gains très importants en ce qui a trait au pourcentage d'utilisateurs qui se disent très satisfaits de la continuité des services, les éléments sondés à l'égard de cette dimension demeurent à un niveau jugé passable. En ce qui concerne la continuité des services, la détérioration qu'on a pu constater entre 1994 et 1997 a été renversée entre 1997 et 2000. Les efforts consentis à la mise en place des réseaux interactifs de services portent fruit. Les efforts pour améliorer la continuité des services doivent se poursuivre.

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

En l'an 2 du Plan, parallèlement à une augmentation du nombre de plaintes formulées quant à **la rapidité** des services, le pourcentage d'utilisateurs qui se disent très satisfaits varie à la baisse. Pour les 3 dimensions liées à la rapidité des services, les taux d'utilisateurs très satisfaits varient entre 20% et 32,8 %; la performance du réseau se situe toujours à un niveau jugé insuffisant ou passable.

Les plaintes concernant **la facilité** des services se comparent à l'an 1 du Plan et le taux d'utilisateurs très satisfaits s'améliore, notamment pour les 4 dimensions sondées qui atteignent un seuil jugé excellent. Les autres éléments demeurent toutefois sous un seuil jugé passable.

EN CONCLUSION :

Les mesures du Plan d'action 1998-2000 qui ont été implantées ont eu un effet certain sur le niveau de satisfaction des utilisateurs tel que reflété par les sondages (études populationnelles) et corroboré par le traitement des plaintes. Les mesures du Plan d'action 1998-2000 visant l'amélioration continue de la qualité doivent se poursuivre.

³² Au 1^{er} rang en 1994 et au 3^e rang en l'an 2000.

LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES

Cet axe de suivi comprend 4 indicateurs que nous présentons dans l'ordre qui suit

- ◇ l'évolution du personnel d'encadrement;
- ◇ l'évolution de la situation des cadres en stabilité d'emploi;
- ◇ le portrait évolutif des inscriptions au Service régional de la main-d'œuvre;
- ◇ l'évolution de l'utilisation du personnel infirmier et des techniciens en radio-oncologie dans les établissements de la région.

L'ÉVOLUTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

CONTEXTE :

Les programmes de départ offerts en 1996-1997 et 1997-1998 ont eu un impact sérieux sur les courbes d'âge des cadres, essentiellement sur celles des 55 ans et plus. Le groupe des 55-59 ans diminuait de 40% de 1997 à 1998, tandis que celui des 60-64 diminuait de 62%. De plus, la décennie 2000-2010 représentera une période de haute importance, puisqu'elle sera celle du départ sociologique des «baby-boomers», lesquels pourront, s'ils le désirent, se prévaloir d'une rente de retraite dès l'âge de 55 ans. Une récente étude du Ministère révèle une projection des besoins nationaux de recrutement de l'ordre de 6 867 postes cadres d'ici les dix prochaines années, ce qui représente approximativement 300 postes cadres pour la seule région de Montréal. Le départ de cadres expérimentés ayant la connaissance du milieu et le départ sociologique prévisible des «baby-boomers» lancent à la région un défi de taille pour le développement d'une relève. En effet, le développement de la relève se fait dans un contexte où la rétention des cadres en place et le recrutement de jeunes cadres s'avèrent difficiles.

Le personnel d'encadrement en soins infirmiers demande une attention toute particulière, puisqu'il formait, au 31 mars 1999, 32 % de l'ensemble des effectifs de la région. En raison de la pénurie vécue au niveau des infirmières et compte tenu du vieillissement des personnes formant le groupe des «baby-boomers» il est essentiel de suivre de près l'état de la situation dans ce domaine, puisque 41 % d'entre eux étaient âgés de 50 ans et plus.

OBJECTIF(S) :

Dans le cadre du «Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002», une priorité du chantier «valorisation du personnel d'encadrement» vise à doter la région de Montréal-Centre d'un plan de main-d'œuvre et de mobilité de carrière pour le personnel d'encadrement. Pour ce faire, la Régie régionale entend, notamment, axer ses efforts de développement en vue de soutenir les changements prévisibles chez les cadres actuels, améliorer la circulation de l'information sur les postes disponibles dans la région et également supporter la préparation de la relève. Une enveloppe non récurrente permettra, en 2000-2001, de mettre en place un programme spécifique sur la préparation de la relève et la rétention de la main-d'œuvre expérimentée. À ces actions, se greffent diverses démarches en matière de requestionnement du rôle du cadre, d'impact des technologies sur le management, de développement des compétences, de promotion de nouvelles tendances en gestion des ressources humaines et de mobilité, proposées dans le programme MATCH.

INDICATEUR(S) :

Pour mesurer l'impact des efforts consentis pour la préparation de la relève et la rétention de la main-d'œuvre expérimentée, l'indicateur choisi s'appuie sur le « nombre de postes d'encadrement affichés dans la région de Montréal-Centre au 31 mars de chaque année ». Trois paramètres sont observés :

- ❑ le pourcentage de postes comblés (nominations) par rapport aux postes affichés. La tendance recherchée est de voir augmenter ce pourcentage au fil des années, ce qui permettra d'évaluer qu'on réussit mieux à combler le besoin;
- ❑ le pourcentage de nominations parmi le personnel syndiqué ou syndicable non syndiqué ou encore par du personnel externe au réseau de la santé et des services sociaux. La tendance recherchée est d'observer la préparation de la relève parmi le personnel n'ayant pas occupé un poste d'encadrement;
- ❑ le nombre de postes d'encadrement en circulation pour le personnel infirmier. La tendance recherchée est de voir diminuer le nombre de postes en circulation (à combler) au fil des ans, ce qui permettra d'évaluer si l'on réussit mieux à retenir et à combler le besoin. (Toutes choses étant égales par ailleurs, s'il y a d'autres coupures il y aura moins d'affichages et une augmentation de la tâche pour les cadres).

RÉSULTAT(S) :

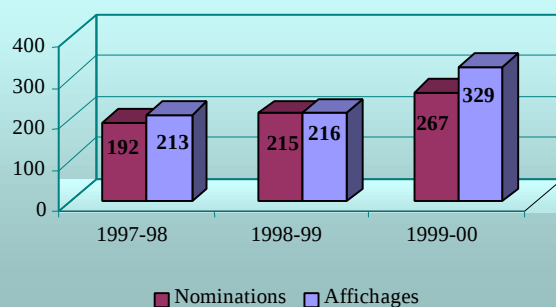
Au 31 mars 2000 :

- 329 postes d'encadrement ont circulé dans la région, soit une hausse de 52% par rapport au 31 mars 1999 (216 postes).
- 81 % (267 / 329) des postes affichés ont été comblés (nominations) comparativement à des proportions de 90% à 100 % pour les années antérieures.

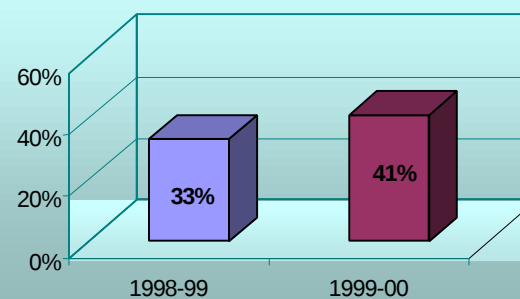
En 1999-2000 :

- on observe, par rapport à 1998-1999, une augmentation de 8 % des nominations par du personnel syndiqué ou syndicable non syndiqué ou encore par du personnel externe au réseau de la santé et des services sociaux.
- Parmi les 329 postes cadres en circulation, 152 sont répertoriés dans le secteur d'activité des soins infirmiers, soit une augmentation de 9% par rapport à 1998-1999 (78 postes).

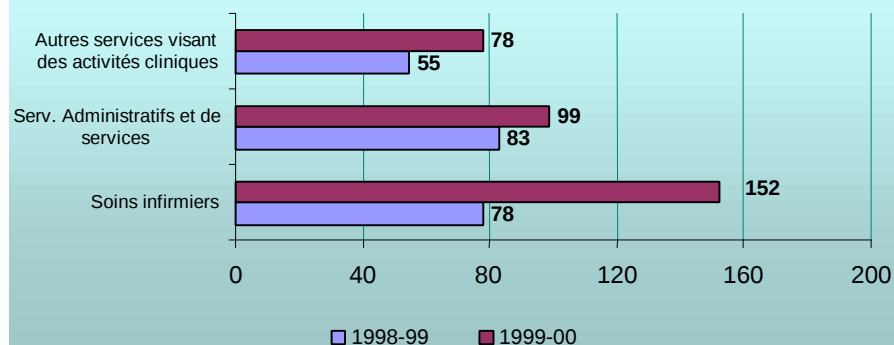
Postes d'encadrement en circulation dans la région
affichages et nominations effectuées



Pourcentage de nominations
par du personnel non cadre



Postes cadres en circulation dans la région
par secteur d'activité



Source : Direction des ressources humaines, Riposte.

ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES CADRES EN STABILITÉ D'EMPLOI

OBJECTIF(S) :

Le personnel d'encadrement visé par une abolition de poste demeure une préoccupation régionale. Dans le cadre du plan de main-d'œuvre et de mobilité de carrière pour le personnel d'encadrement, la Régie régionale entend, notamment, améliorer la circulation de l'information sur les postes disponibles dans les établissements, promouvoir la candidature des cadres en stabilité d'emploi ayant choisi de se replacer dans le réseau de la santé et des services sociaux et supporter des solutions telles que le départ du réseau. Une enveloppe budgétaire non récurrente de quelque 2 M\$ est allouée depuis deux ans pour supporter les cadres qui optent pour la recherche d'emploi.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur se définit comme suit: en novembre de chaque année, nous établissons le rapport entre le nombre de cadres en recherche d'emploi sur le nombre de cadres inscrits en stabilité d'emploi.

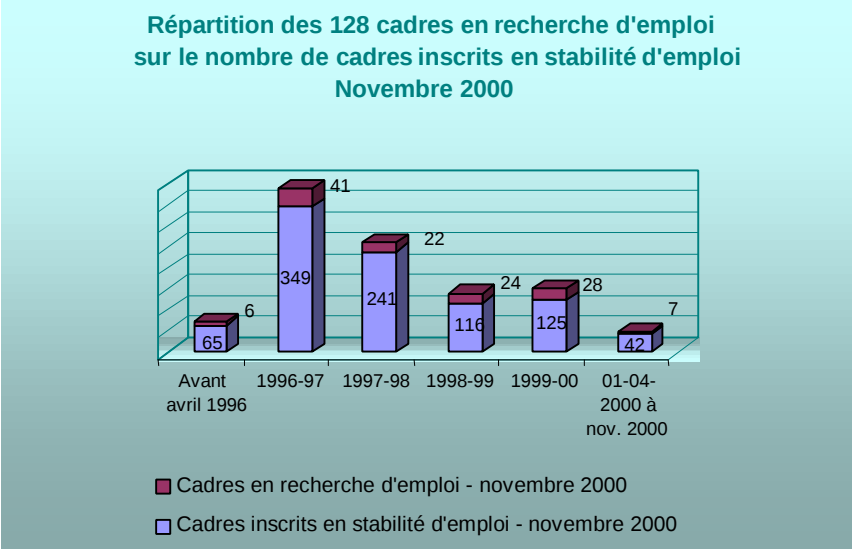
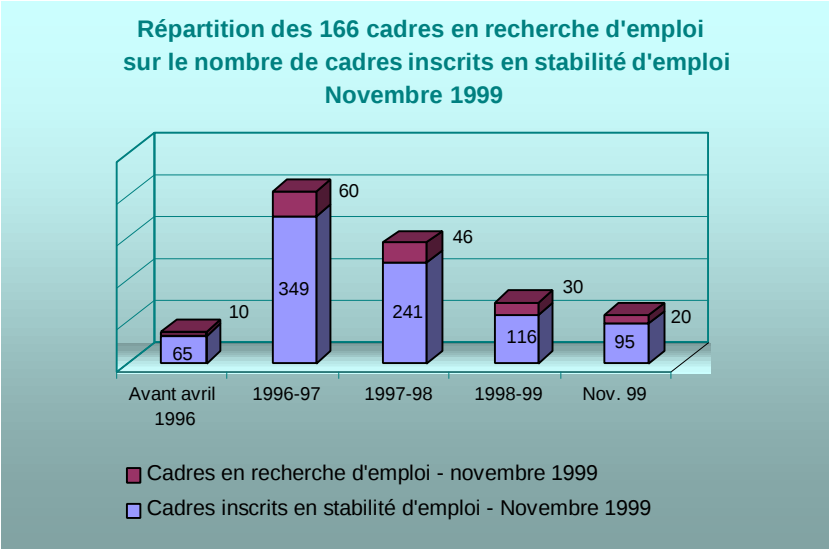
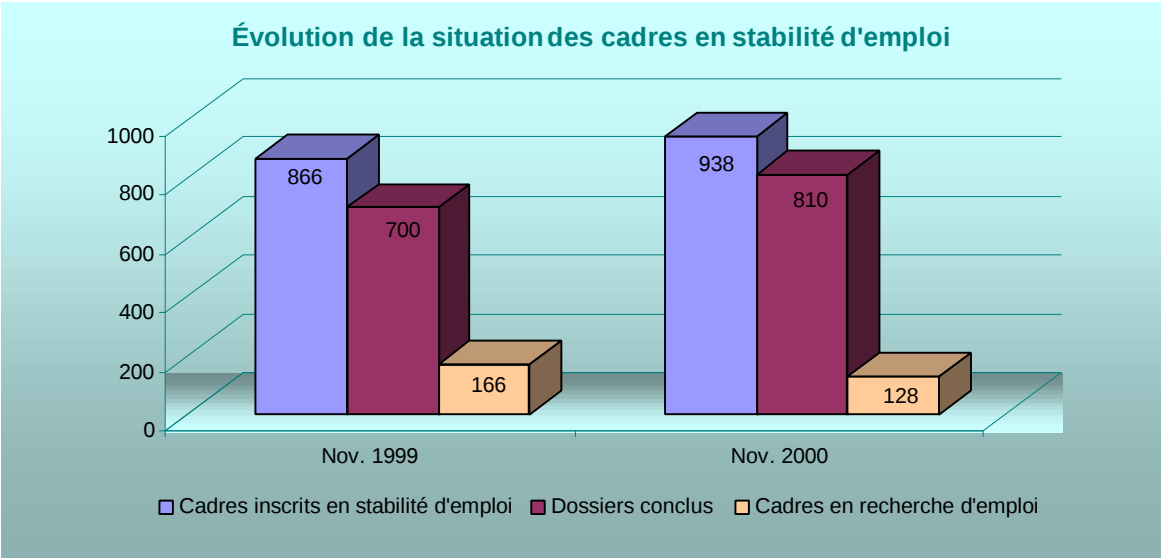
RÉSULTAT(S) :

En **novembre 2000**, sur 938 cadres inscrits en stabilité d'emploi (et dont la date d'inscription s'échelonne de 1996 à novembre 2000), 128 avaient choisi l'option de se replacer dans le réseau de la santé et des services sociaux, soit un pourcentage de 14 %. En novembre 1999, le pourcentage de cadres en recherche d'emploi était de 19%, alors que 166 cadres avaient opté pour ce choix sur 866 cadres inscrits en stabilité d'emploi. Entre les 2 années de comparaison, on observe que 38 cadres de moins ont choisi l'option du remplacement.

L'enveloppe budgétaire non récurrente allouée en 1998-1999 a permis à 24 des 166 cadres en recherche d'emploi de trouver une solution répondant à leur objectif.

CONSTAT(S) :

Dans la perspective où les réductions budgétaires majeures sont terminées, le nombre de cadres inscrits en stabilité d'emploi devrait continuer à diminuer, notamment le pourcentage de cadres en recherche d'emploi.



Source : Direction des ressources humaines, Sisech.

PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SERVICE RÉGIONAL DE MAIN-D'ŒUVRE (SRMO)

OBJECTIF(S) :

Dans le cadre du « Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 », une priorité du chantier « mobilité professionnelle et maintien des compétences » est d'améliorer les conditions de remplacement et de mobilité professionnelle au sein de la région.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur comprend 3 paramètres qui se définissent comme suit

- ☐ l'évolution du nombre de personnes inscrites au Service régional de la main-d'œuvre (SRMO) en attente de remplacement et du nombre de dossiers résolus, soit par un remplacement ou par un autre type de mesure permettant la fermeture de dossiers (ex: départ, retraite, décès);
- ☐ le taux annuel de résolution des dossiers se calcule en prenant le nombre de dossiers fermés (remplacement ou autres mesures) sur le nombre total cumulatif de salariés inscrits pendant une année financière (inscrits en début et en cours de période);
- ☐ l'évolution du nombre de requêtes de main-d'œuvre (postes vacants) reçues au SRMO permet de mesurer les besoins en main-d'œuvre pour la région.

RÉSULTAT(S) :

Au **31 mars 2000**, 190 salariés demeuraient inscrits au SRMO. En comparaison avec le 31 mars 1999 (315 salariés), on observe une décroissance de 40 %. En rapport avec les 4 années d'observation, on constate une régression significative du nombre de salariés inscrits, passant de 344 en avril 1996 à 190 en mars 2000.

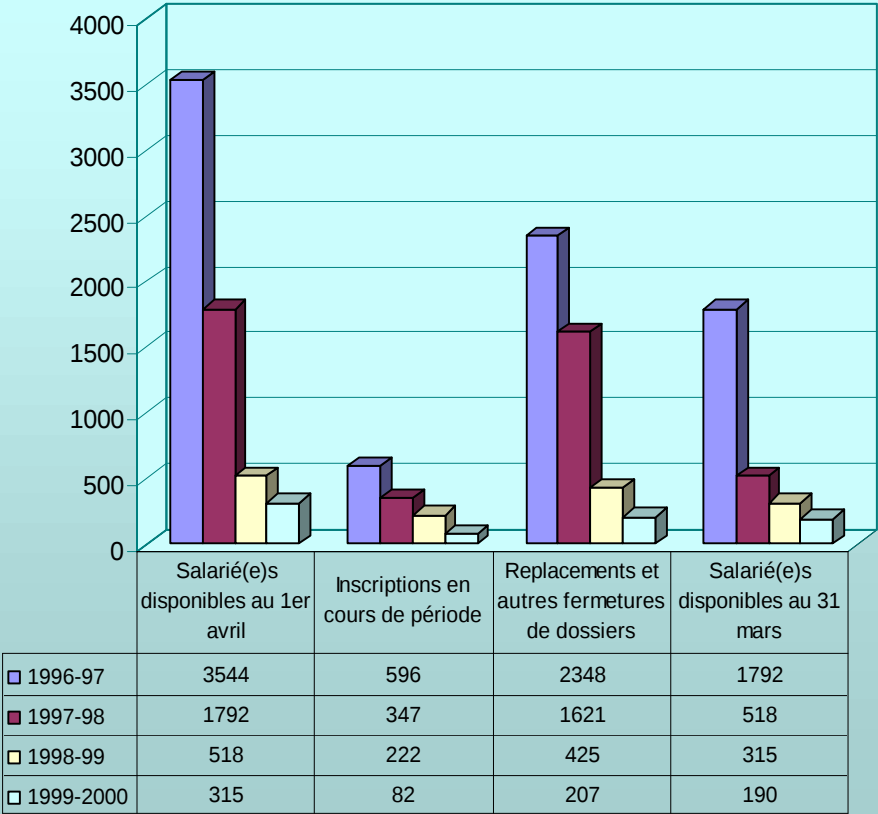
Le taux annuel de résolution de dossiers permet, par ailleurs, de mesurer l'impact des mesures mises en place. Ce taux se maintient au-dessus de 50%, malgré les difficultés de remplacement des salariés qui demeurent inscrits. La remontée observée en 1997-1998 (taux de 70%) correspond au programme de départ à la retraite qui a eu pour effet de libérer plusieurs postes dans la région et, ce faisant, de faciliter le remplacement ou le départ de salariés inscrits (1 621 durant cette seule année).

En **1999-2000**, 5 408 requêtes (postes vacants) ont été traitées par le SRMO. En comparaison avec 1998-1999, le nombre de requêtes traitées se maintient mais le nombre de requêtes augmente de 112% par rapport à 1997-1998 (2 557 requêtes).

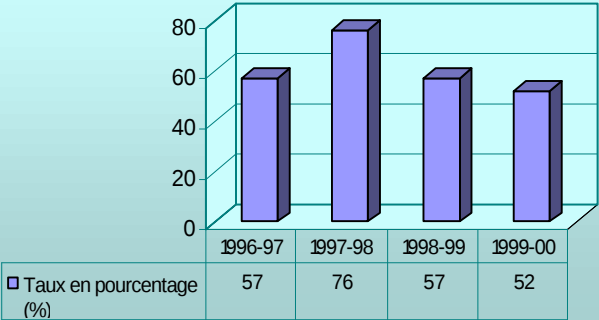
CONSTAT(S) :

Les salariés qui demeurent inscrits en mars 2000 présentent majoritairement une ou plusieurs particularités qui limitent de façon significative leur potentiel de remplacement (limitations fonctionnelles, unilinguisme anglophone, etc.). L'évolution des requêtes permet, par ailleurs, de constater que durant les deux dernières années, les établissements ont recommencé à afficher des postes et à développer de nouveaux secteurs d'activité, ce qui met une pression importante sur nos besoins collectifs de recrutement et de rétention, particulièrement en soins infirmiers.

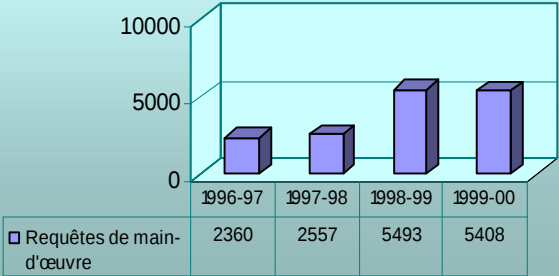
Portrait évolutif des inscriptions au SRMO



Taux annuel de résolution de dossiers



Évolution du nombre de requêtes pour postes disponibles en établissement traitées par le SRMO



Source : Direction des ressources humaines, OSIOR.

L'ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES TECHNICIENS EN RADIO-ONCOLOGIE

OBJECTIF(S) :

Dans le cadre du « Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 », l'un des objectifs visait à doter la région d'un véritable plan de main-d'œuvre. Plusieurs étapes ont été franchies les principales visaient, notamment, à exploiter les systèmes d'information existants et à se doter d'instruments de suivi de certains titres d'emploi prioritaires. On vise à documenter de façon prospective et rétrospective les emplois placés en priorité par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'ici 2002.

INDICATEUR(S) :

L'indicateur se définit comme suit: au 31 mars de l'année, le nombre d'heures travaillées en temps régulier et en temps supplémentaire pour les infirmières, les infirmières bachelières, les infirmières auxiliaires et les techniciens en radio-oncologie dans les établissements de la région.

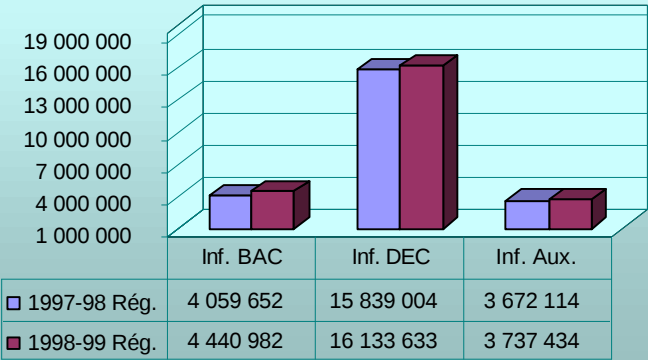
RÉSULTAT(S) :

Au **31 mars 1999**, les quatre titres d'emploi ont vu la demande de services (heures travaillées totales) augmenter. En comparaison avec 1997-1998, cette augmentation globale est de l'ordre de 4 %. Par ailleurs, les heures travaillées en temps supplémentaire ont augmenté d'environ 20 %.

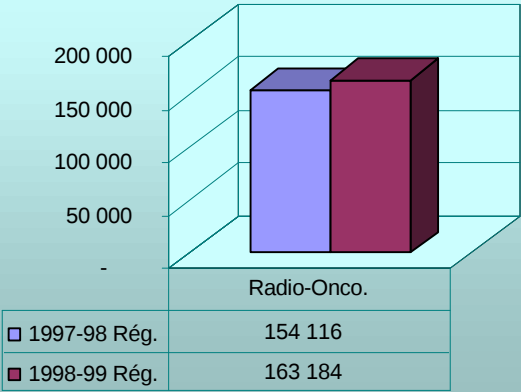
CONSTAT(S) :

L'augmentation plus significative du nombre d'heures en temps supplémentaire illustre bien les difficultés de recrutement dans les titres d'emploi sélectionnés. Le problème se fait plus aigu chez les techniciens en radio-oncologie où l'on observe une augmentation des heures en temps supplémentaire du simple au triple. Des données complémentaires nous permettent également de constater que le temps supplémentaire pour tous les titres d'emploi est réalisé dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés dans une large proportion.

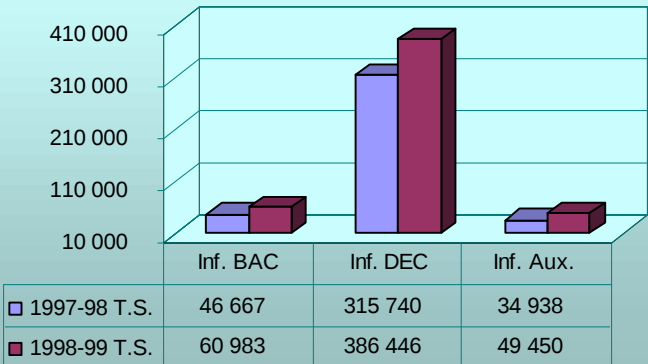
Heures travaillées en temps régulier
personnel infirmier



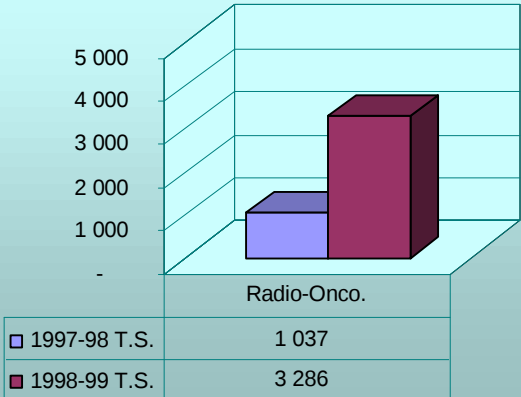
Heures travaillées en temps régulier
techniciens en radio-oncologie



Heures travaillées en temps supplémentaire
personnel infirmier



Heures travaillées en temps supplémentaire
techniciens en radio-oncologie



Source : Direction des ressources humaines, R22_9899.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

◆ ÉVOLUTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

Au 31 mars 2000, 329 postes d'encadrement ont circulé dans la région, soit une hausse de 52% par rapport au 31 mars 1999 (216 postes). 81 % (267 / 329) des postes affichés ont été comblés (nominations) comparativement à des proportions de 90 % à 100 % pour les années antérieures. En 1999-2000, on observe une augmentation de 8 % des nominations par du personnel syndiqué ou syndicable non syndiqué ou encore par du personnel externe au réseau de la santé et des services sociaux. Parmi les 329 postes cadres en circulation, 152 sont répertoriés dans le secteur d'activité des soins infirmiers, soit une augmentation de 95% par rapport à 1998-1999 (78 postes).

◆ ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES CADRES EN STABILITÉ D'EMPLOI

En **novembre 2000**, sur 938 cadres inscrits en stabilité d'emploi, 128 avaient choisi l'option de se replacer dans le réseau de la santé et des services sociaux, soit un pourcentage de 14 %. En novembre 1999, le pourcentage de cadres en recherche d'emploi était de 19 %, alors que 166 cadres avaient opté pour ce choix sur 866 cadres inscrits en stabilité d'emploi. Entre les 2 années de comparaison, on observe que 38 cadres de moins ont choisi l'option du remplacement. Dans la perspective où les réductions budgétaires majeures sont terminées, le nombre de cadres inscrits en stabilité d'emploi devrait continuer à diminuer, notamment le pourcentage de cadres en recherche d'emploi.

◆ PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SERVICE RÉGIONAL DEMAIN-D'OEUVRE

Une réduction significative du « fardeau » de sécurité d'emploi dans la région, bien qu'on soit tenu de constater que les salariés qui demeurent inscrits constituent une clientèle de plus en plus difficile à replacer. Diverses mesures seront initiées cette année encore afin d'améliorer cette situation. Le taux de résolution de dossiers se maintient au-dessus de la barre des 50 %. La pression de la demande se reflète dans une augmentation significative des requêtes de main-d'œuvre, surtout pour les titres d'emploi présentant des difficultés de dotation.

◆ ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES TECHNICIENS EN RADIOLOGIE ACTIFS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

L'augmentation significative des heures travaillées en temps supplémentaire illustre les difficultés de dotation pour les titres d'emploi choisis. Diverses mesures mises en place aux plans national et régional visent à corriger cette situation à moyen et long terme, bien qu'à court terme, certaines mesures permettront également de bonifier l'offre de travail, notamment pour les périodes de vacances.

EN CONCLUSION :

Selon la tendance observée, les mouvements de personnel d'encadrement s'intensifieront et engendreront des problèmes de perte d'expertise et de dotation pour les prochaines années. Pour en diminuer les effets, nous poursuivons nos actions, notamment dans le but de favoriser la mobilité du personnel de la région et de soutenir la préparation de la relève et la rétention de la main-d'œuvre expérimentée.

D'autre part, la situation de certaines catégories d'emploi demeure préoccupante et nous suivrons de près l'évolution de l'utilisation des diverses catégories de main-d'œuvre, notamment en examinant des approches de mobilisation et d'organisation du travail qui pourraient réduire notre vulnérabilité de réseau à cet égard.

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

Cet axe de suivi comprend 4 indicateurs:

- ◇ l'évolution du pourcentage des heures travaillées;
- ◇ l'évolution des développements budgétaires;
- ◇ le niveau de surplus et de déficit des établissements;
- ◇ le niveau d'emprunt des établissements.

✍ L'ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES PAR CATÉGORIES DE SERVICES

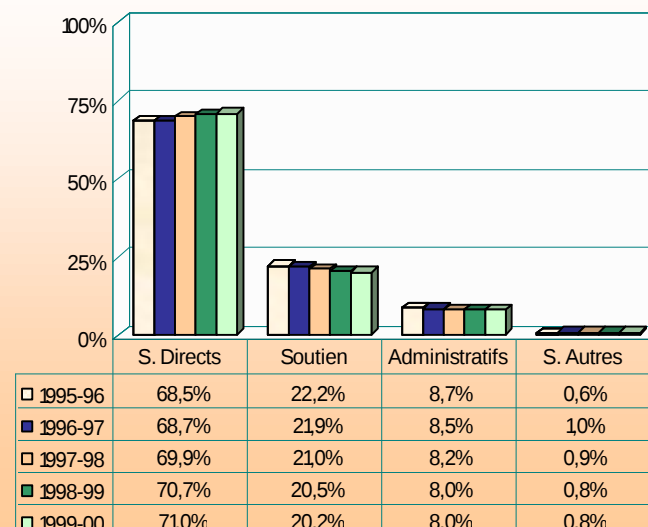
OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :

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

INDICATEUR(S)³³ :

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.

Évolution du pourcentage des heures travaillées
par catégories de services



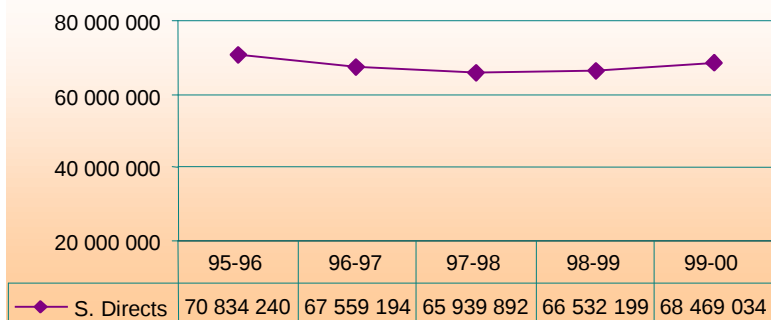
RÉSULTAT(S) :

L'année 1999-2000 fut bissextile, ce qui a un impact sur le total des heures travaillées de chaque catégorie. À l'inverse, les débrayages d'infirmières diplômées induisent une petite baisse des heures en services directs. Néanmoins, globalement, le pourcentage des heures consacrées aux services directs continue de s'accroître.

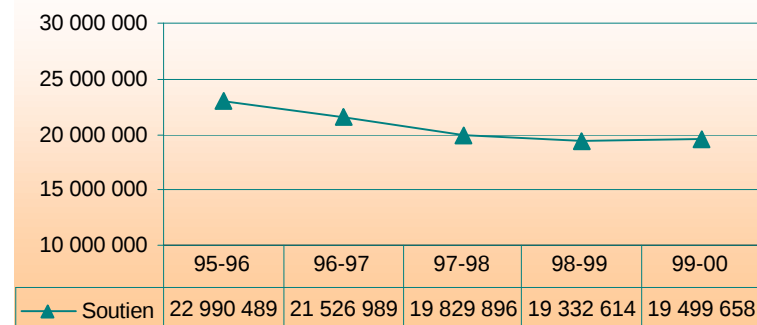
³³ Au cours des années passées, l'indicateur comprenait un 2^e paramètre, à savoir : les coûts directs nets par catégories de services. Cette année, nous avons questionné la pertinence de suivre l'évolution des coûts par catégories de services compte tenu que les taux horaires varient en fonction des titres d'emploi impliqués dans chaque catégorie de services.

Évolution des heures travaillées par catégories de services

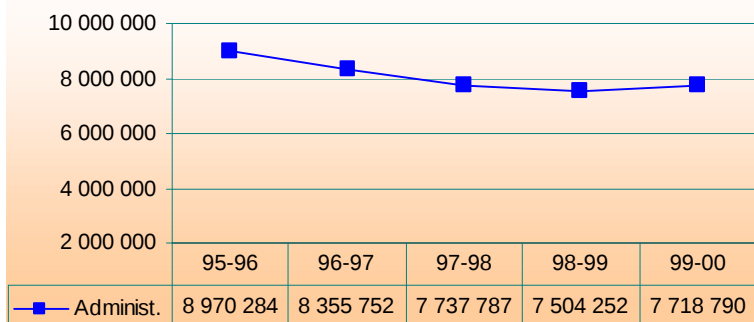
Heures travaillées - Services directs



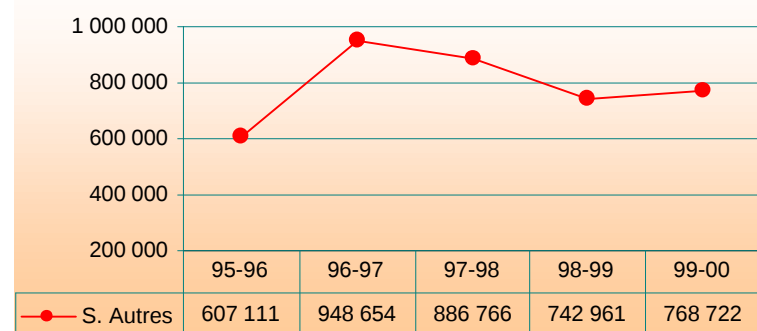
Heures travaillées - Services de soutien



Heures travaillées - Services administratifs



Heures travaillées - Autres services



Source : Direction des immobilisations et finances, système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.), 15 novembre 2000.

L'ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS RÉCURRENTS

OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :

Une série de développements budgétaires 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)³⁴ :

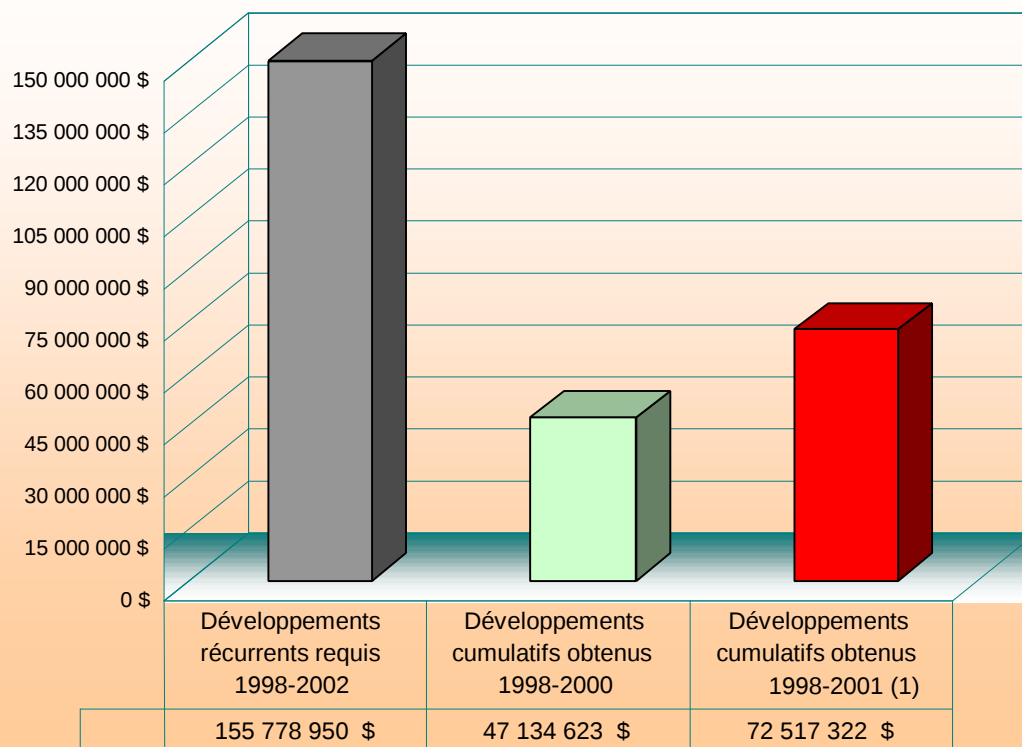
Cet élément touche à la fois les établissements publics et privés. L'ensemble des développements récurrents sont considérés en lien avec l'une ou l'autre des mesures concernées du Plan. Sont donc exclus tous les autres types d'ajustements techniques: coût de système, ajustement du niveau des suppléments 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 développements récurrents obtenus du MSSS, au cours de la période 1998-2000, représentent 30 % (47 134 623 \$ / 155 778 950 \$) des développements récurrents requis pour actualiser les mesures du «Défi de l'accès 1998-2000 ». En date de juin 2000, la région a reçu, au cumulatif pour la période 1998-2001, près de 47 % (72 517 322 \$ / 155 778 950 \$) des développements requis. Cette dernière donnée sera révisée à la fin de l'année financière.

³⁴ Les paramètres de cet indicateur ont été changés. Nous avons retiré les développements non récurrents pour davantage mettre l'accent sur les développements récurrents qui ont un impact dans le cadre du «Défi de l'accès ». Les réallocations quant à elles ont été abandonnées, puisque leur estimation s'appuyait sur les dépenses et ceci comportait des biais.

Développements récurrents requis et obtenus * Plan 1998-2002



(1) Données internes de la Régie régionale recueillies en juin 2000. Ces données peuvent évoluer d'ici la fin de 2001 et seront ajustées au besoin.

* L'ensemble des développements récurrents 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).

Source : Direction de la programmation et coordination, «Bilan à mi-parcours des mesures relatives à l'organisation des services Le défi de l'accès 1998-2002 », p. 13.

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 4,69% du total des revenus. En 1999-2000, le déficit global grimpe à 6,89 %. Le problème, amorcé en 1995-1996, se poursuit. Par ailleurs, le lecteur doit prendre en compte que l'opération de redressement budgétaire, amorcée au cours de l'année, devrait alléger la situation financière régionale. Seule l'admissibilité de certaines dépenses pourrait modifier, à la marge, la prise en charge de la totalité du déficit par le Ministère.

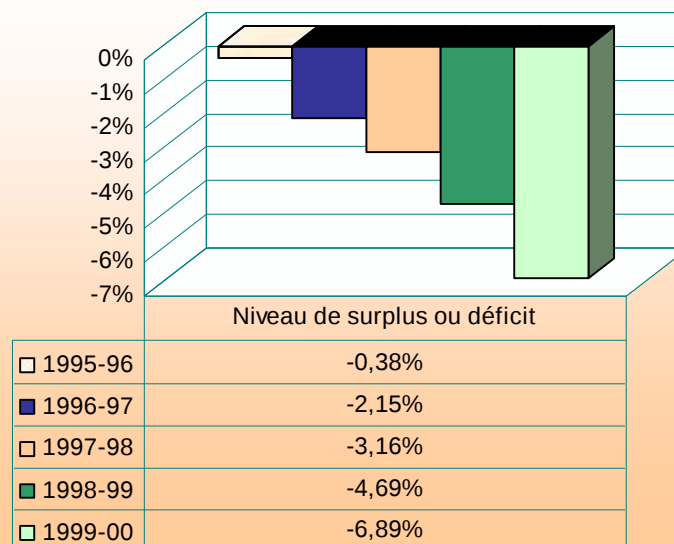
Conclusion globale : une attention soutenue est consacrée au dossier du redressement des bases budgétaires. Cet effort est impératif.

État des surplus, déficits et revenus

	Activités principales	
	Surplus ou déficits \$	Revenus \$
1995-96	(13 616 715)	3 600 233 653
1996-97	(74 842 731)	3 486 913 192
1997-98	(107 993 503)	3 419 379 973
1998-99⁽¹⁾	(156 941 887)	3 346 719 314
1999-00	(241 362 521)	3 501 261 952

(1) Les revenus de 1998-99 ont été modifiés, car ceux-ci incluaient des montants de prise en charge du déficit de l'exercice.

Pourcentage de surplus ou déficit net



Source : Direction des immobilisations et finances, système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.), 15 novembre 2000.

LE NIVEAU D'EMPRUNT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :

En théorie, des mouvements importants de trésorerie rendent nécessaire le recours à des emprunts temporaires, remboursables à court terme. Or, depuis quelques années, ils nous traduisent davantage les problèmes que vivent les établissements pour ne pas dépasser leur enveloppe budgétaire. Le niveau d'emprunt s'est donc transformé, par la force des choses, en outil de suivi. Ces considérations faites, l'objectif visé est de réduire au minimum, à moyen terme, le niveau d'emprunt des établissements 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, jusqu'à 1999-2000 exclusivement, 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) :

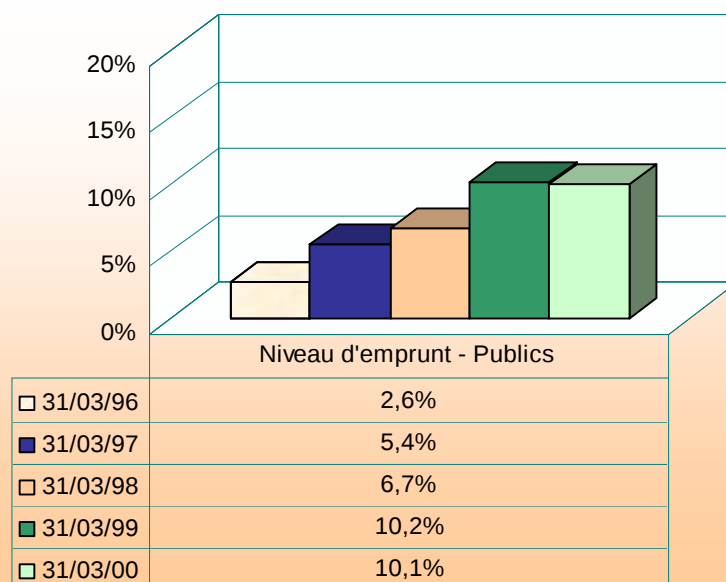
Le pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt s'établissait, au 31 mars 2000, à 10,1% des budgets autorisés. Ce pourcentage est presque identique à celui de l'année précédente, soit 10,2% au 31 mars 1999.

L'opération de redressement des bases budgétaires et l'octroi de budgets additionnels devraient ramener le niveau d'emprunt régional à celui que nous connaissions dans les années 1995 et 1996.

Emprunts temporaires et budgets autorisés

	Emprunts autorisés \$	Budgets autorisés \$
31/03/1996	85 297 913	3 266 629 708
31/03/1997	174 130 765	3 196 654 596
31/03/1998	199 235 821	2 974 743 547
31/03/1999	314 303 846	3 088 815 014
31/03/2000	312 519 091	3 107 723 866

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 produites par les régies régionales, 15 novembre 2000.

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 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 :

- ◆ En **1999-2000**, les heures travaillées en services directs, incluant le support clinique, atteignent **71%** du total. L'accroissement du pourcentage des ressources consacrées à cette catégorie de services continue donc toujours sa progression entamée en 1995-1996 qui était de 68,5 %.
- ◆ Les développements récurrents obtenus du MSSS, au cours de la période **1998-2000**, représentent 30 % (47 134 623 \$ / 155 778 950 \$) des développements récurrents requis pour actualiser les mesures du «Défi de l'accès 1998-2000 ». En date de juin 2000, la région a reçu au cumulatif pour la période **1998-2001** près de 47 % (72 517 322 \$ / 155 778 950 \$) des développements requis. Cette dernière donnée sera révisée en fin d'année financière.
- ◆ Le déficit des établissements qui n'atteignent pas l'équilibre budgétaire avoisine les **250M\$** en **1999-2000**, et ce, avant la prise en charge par le Ministère et un exercice de redressement des bases budgétaires qui est en cours.
- ◆ Le niveau des autorisations d'emprunt a augmenté significativement depuis 1996-1997, mais s'est stabilisé à 10,9% des budgets bruts régionaux au **31 mars 2000**. L'acuité du problème diminuera, en 2000-2001, par suite de l'opération de redressement des bases budgétaires de plusieurs établissements. Le niveau d'emprunt régional devrait être ramené à celui que nous connaissons dans les années 1995 et 1996.

EN CONCLUSION :

Les établissements sont 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 doit, quant à elle, obtenir les développements budgétaires pour actualiser des mesures clés du Plan d'amélioration des services en vue de continuer à stimuler et favoriser la performance et l'efficacité des établissements.