

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Portrait des indicateurs du tableau de bord stratégique

2005-2006



Québec 

**Perte d'autonomie liée au vieillissement
(PALV)**

Portrait des indicateurs du tableau de bord stratégique 2005-2006

Carrefour montréalais d'information sociosanitaire

Octobre 2008

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) : Portrait des indicateurs du tableau de bord stratégique 2005-2006

Rédactrice :

Marik Danvoye

Collaborateurs :

Jocelyn Lavallée

Frédéric Kuzminski

Claude Dallaire

Nicole Reid

Jean-Pierre Bluteau

Samuel Chagnon

Michel Roberge

Mike Benigeri

Paule Lebel

Reine Martin

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

ISBN 978-2-89510-518-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-519-0 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence :

www.santemontreal.qc.ca

Accessibilité Continuité Qualité

Pour mieux connaître les besoins des Montréalais

Avec l'accord de la Commission d'accès à l'information du Québec, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a mis en place des banques de données qui peuvent être jumelées dans le but d'évaluer et de suivre l'évolution des réseaux locaux de services et d'en évaluer la performance. Ces banques contiennent les données sur l'utilisation des services de santé (hospitalisations, actes médicaux, médicaments, interventions en CLSC, admissions en CHSLD et décès) de l'ensemble des résidents de Montréal. Grâce à un identifiant unique (numéro d'assurance maladie encrypté), il est possible de jumeler ces différentes banques afin de suivre les trajectoires des usagers dans les différentes organisations de services du réseau de la santé.

Le développement de ce projet unique au Québec et les travaux d'analyse de ces banques de données sont réalisés conjointement par deux équipes de l'Agence : le *Carrefour montréalais d'information sociosanitaire* de la Direction des ressources humaines, information et planification et l'équipe *Santé des populations et services de santé* de la Direction de santé publique.

Les données et les analyses du présent rapport ont été produites grâce à l'exploitation de ces banques de données.

Autres rapports disponibles :

Vieillir à Montréal : un portrait des aînés de la métropole. *Direction de santé publique de Montréal, Série 1, Numéro 1, 2008.*

L'utilisation des services médicaux de première ligne par les Montréalais en 2005-2006. *Carrefour montréalais d'information sociosanitaire et Équipe Santé des populations et services de santé, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.*

Analyse de la trajectoire des patients pour lesquels une demande d'hébergement a été faite lors d'une hospitalisation dans un CHSGS. *Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.*

L'utilisation des services de santé par les Montréalais souffrant d'insuffisance cardiaque en 2003-2004. *Équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de Montréal et INSPQ, 2007.*

L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005. *Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.*

L'utilisation des services de santé par les diabétiques montréalais en 2003-2004. *Équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de Montréal et INSPQ, 2007.*

Table des matières

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION	5
1.0 LES SERVICES D'URGENCE	11
1.1 Fréquentation de l'urgence par les Montréalais de 75 ans et plus	15
1.2 Retour à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus	23
1.3 Service offert par le CLSC aux Montréalais de 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence	31
1.4 Délai de service du CLSC aux Montréalais de 75 ans et plus suite à un congé de l'urgence	39
1.5 Non prise en charge médicale des Montréalais de 75 ans et plus avant une visite à l'urgence	47
2.0 LES SERVICES D'HÉBERGEMENT	53
2.1 Demande d'hébergement pour les Montréalais de 75 ans et plus	55
2.2 Dépense de service aux personnes âgées dans la communauté	63
2.3 Délai pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD	71
2.4 Taux d'institutionnalisation des Montréalais de 75 ans et plus	79
3.0 LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	87
3.1 Continuité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus	89
3.2 Intensité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus	97
3.3 Relation entre les indicateurs de CONTINUITÉ et d'INTENSITÉ de service PALV du CLSC	105
4.0 INDICATEURS EN DÉVELOPPEMENT	107
5.0 MÉTHODE.....	111
6.0 PONDÉRATION	117
Annexe : Récapitulatif de la valeur des indicateurs par territoire de CSSS de résidence	123

Liste des figures

FIGURE 1	Répartition des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence en 2005-2006 selon leur parcours à la suite de la première visite à l'urgence 12
FIGURE 2	Analyse des trajectoires de services avant et après l'urgence en 2005-2006 13
FIGURE 3	Proportion de personnes de 75 ans et plus ayant visité l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence 18
FIGURE 4	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus ayant fréquenté l'urgence en 2005-2006, selon l'âge et le sexe 19
FIGURE 5	Nombre de visites à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006, selon l'établissement (hôpitaux psychiatriques et pédiatriques exclus) 20
FIGURE 6	Proportion des visites à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus sur l'ensemble des visites à l'urgence des Montréalais en 2005-2006, selon l'établissement..... 21
FIGURE 7	Retour à l'urgence des 75 ans et plus en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence 26
FIGURE 8	Retour à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006, selon certaines caractéristiques..... 27
FIGURE 9	Proportion des usagers d'un centre hospitalier qui ont connu un retour à l'urgence dans les 10 jours suite à leur première visite en 2005-2006, quel que soit le lieu de la première visite ou du retour à l'urgence (hôpitaux psychiatriques et pédiatriques exclus) 28
FIGURE 10	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu un service du CLSC suite à leur congé de l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence 34
FIGURE 11	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu un service du CLSC suite à leur congé de l'urgence en 2005-2006, selon certaines caractéristiques..... 36
FIGURE 12	Service offert par le CLSC suite au congé de l'urgence parmi les Montréalais de 75 ans et plus "non connus du CLSC" en 2005-2006, selon le territoire de CLSC de résidence..... 37
FIGURE 13	Délai de service du CLSC aux Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006 suite à un congé de l'urgence, selon le territoire de CSSS de résidence ... 42
FIGURE 14	Délai moyen de service du CLSC (nb jours) suite à un congé de l'urgence en 2005-2006, selon certaines caractéristiques 43
FIGURE 15	Délai moyen de service du CLSC (nb jours) suite à un congé de l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CLSC et le fait d'avoir reçu ou non une intervention PALV avant la visite à l'urgence 45

FIGURE 16	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui n'ont pas consulté auprès d'un omnipraticien dans les trois mois précédant la visite à l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence.....	50
FIGURE 17	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui n'ont pas consulté auprès d'un omnipraticien avant la visite à l'urgence en 2005-2006, selon certaines caractéristiques.....	52
FIGURE 18	Analyse de la demande pour des services d'hébergement de longue durée (LD) en 2005-2006.....	54
FIGURE 19	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fait une demande d'hébergement en CHSLD en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence.....	58
FIGURE 20	Répartition des demandes d'hébergement de Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006, selon l'âge et le sexe	59
FIGURE 21	Répartition de la population montréalaise âgée de 75 ans et plus comparée à la répartition des Montréalais ayant fait une demande d'hébergement en 2005-2006, selon l'âge et le sexe	60
FIGURE 22	L'évaluation des besoins à l'orientation des Montréalais de 75 ans et plus ayant fait une demande d'hébergement en 2005-2006, selon la provenance de la demande	61
FIGURE 23	Évolution comparative des dépenses dans la communauté versus le coût des nouvelles admissions en hébergement de 2002-2003 à 2005-2006 ..	66
FIGURE 24	Ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence ..	67
FIGURE 25	Pourcentage d'évolution du ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » de 2002-2003 à 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence	68
FIGURE 26	Part relative du développement des RNI et des autres coûts SAD dans les dépenses dans la communauté en 2002-2003 et en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence.....	69
FIGURE 27	Délai moyen pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence	73
FIGURE 28	Délai moyen d'accès à l'hébergement (nb jours) en 2005-2006, selon l'âge, le sexe et l'évaluation des besoins à l'orientation.....	74
FIGURE 29	Répartition des personnes ayant eu accès à l'hébergement en 2005-2006, selon la provenance de la demande	75
FIGURE 30	Le délai d'accès à l'hébergement en 2005-2006 parmi les personnes dont la demande d'hébergement est issue d'un centre hospitalier	76
FIGURE 31	Le délai d'accès à l'hébergement en 2005-2006 parmi les personnes dont la demande d'hébergement est issue du domicile.....	76
FIGURE 32	Taux d'institutionnalisation en CHSLD des personnes de 75 ans et plus au 31 mars 2005, selon le territoire de CSSS de résidence	82

FIGURE 33	Répartition de la population montréalaise âgée de 75 ans et plus comparée à la répartition des montréalais hébergés en CHSLD au 31 mars 2005, selon l'âge et le sexe	83
FIGURE 34	Répartition des Montréalais de 75 ans et plus hébergés au 31 mars 2005, selon l'évaluation de leurs besoins à l'orientation	84
FIGURE 35	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus hébergés au 31 mars 2005 ayant besoin de surveillance, selon l'évaluation de leurs besoins à l'orientation	85
FIGURE 36	Analyse de la continuité et de l'intensité de service PALV du CLSC 2005-2006	88
FIGURE 37	Proportion de Montréalais qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence	92
FIGURE 38	Proportion de personnes de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon l'âge et le sexe.....	93
FIGURE 39	Répartition de la population montréalaise âgée de 75 ans et plus comparée à la répartition de ceux qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon l'âge et le sexe.....	94
FIGURE 40	Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon le territoire de CLSC de résidence.....	95
FIGURE 41	Nombre moyen d'interventions reçues par les Montréalais de 75 ans et plus qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence	100
FIGURE 42	Nombre moyen d'interventions PALV du CLSC reçues par les Montréalais qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon l'âge et le sexe	101
FIGURE 43	Nombre moyen d'interventions PALV du CLSC reçues en 2005-2006 par les personnes qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC, selon le territoire de CLSC de résidence.....	102
FIGURE 44	Positionnement des territoires de CSSS de résidence lorsque comparés aux moyennes montréalaises des indicateurs INTENSITÉ CLSC-PALV et CONTINUITÉ CLSC-PALV	106

Liste des tableaux

TABLEAU 1	Le modèle de performance du réseau de la santé et des services sociaux	6
TABLEAU 2	Les indicateurs du tableau de bord PALV	9
TABLEAU 3	Les indicateurs du tableau de bord PALV relatifs à l'utilisation des services d'urgence	11
TABLEAU 4	Évolution du taux de fréquentation de l'urgence par les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006.....	17
TABLEAU 5	Évolution du taux de retour à l'urgence chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006	25
TABLEAU 6	Évolution du taux de service du CLSC suite au congé de l'urgence chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006	33
TABLEAU 7	Évolution du délai de service PALV du CLSC suite au congé de l'urgence chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006.....	41
TABLEAU 8	Évolution de l'indicateur de non prise en charge médicale chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006	49
TABLEAU 9	Les indicateurs du tableau de bord PALV relatifs à l'utilisation des services d'hébergement	53
TABLEAU 10	Évolution de l'indicateur de demande d'hébergement pour les 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006	57
TABLEAU 11	Évolution du ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » de 2002-2003 à 2005-2006	65
TABLEAU 12	Évolution du délai d'hébergement de 2002-2003 à 2005-2006.....	72
TABLEAU 13	Évolution du taux d'institutionnalisation des Montréalais de 75 ans et plus du 31 mars 2002 au 31 mars 2005	81
TABLEAU 14	Les indicateurs du tableau de bord PALV relatifs à l'utilisation des services de soutien à domicile.....	87
TABLEAU 15	Évolution du taux de continuité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006	91
TABLEAU 16	Évolution du nombre moyen d'interventions PALV reçues par les usagers qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006	99
TABLEAU 17	Les indicateurs en développement du tableau de bord PALV.....	107
TABLEAU 18	Pourcentage de personnes de 75 ans et plus ayant des incapacités et vivant seules selon le recensement de 2001, selon le territoire de CSSS de résidence.....	118

TABLEAU 19	Écart entre la population pondérée selon l'indice de besoins et la population réelle des personnes de 75 ans et plus, selon les projections pour l'année 2005 de l'ISQ réalisées à partir du recensement de 2001 de Statistiques Canada	119
TABLEAU 20	Écart entre la population réelle et la population pondérée des personnes de 75 ans et plus entre 2002 et 2005, selon le territoire de CSSS de résidence.....	120
TABLEAU 21	Population pondérée des Montréalais de 75 ans et plus de 2002 à 2005, selon le territoire de CLSC de résidence	121
TABLEAU 22	Récapitulatif de la valeur des indicateurs en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence	123

SOMMAIRE

L'objectif de ce rapport est de décrire et d'analyser chacun des indicateurs du tableau de bord stratégique *Perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV) développés par le Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (CMIS) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM). La sélection de ces indicateurs résulte de travaux importants réalisés conjointement avec les CSSS. Ils visaient essentiellement à traduire les stratégies des plans d'action en indicateurs concrets. En lien avec le plan d'action PALV 2005-2010 du MSSS et les orientations de l'Agence de Montréal, 17 indicateurs ont été retenus. De ce nombre, onze ont été documentés et six sont toujours en développement. Cette sélection d'indicateurs a pour objectif de témoigner des impacts de la mise en œuvre des orientations régionales PALV, et ce, en tenant compte des quadrants du modèle de performance, c'est-à-dire l'efficacité, l'efficience, la qualité et l'adaptation des services.

Aux fins du présent rapport, les indicateurs sur le suivi de la clientèle PALV sont présentés autour de trois services jugés prioritaires, témoignant le mieux des impacts de la mise en œuvre des orientations régionales : les services d'urgence, d'hébergement et de soutien à domicile. Les résultats sont aussi présentés par territoire de résidence de l'utilisateur afin de tenir compte de la responsabilité des CSSS envers leur population.

Afin de cibler la clientèle qui présente des caractéristiques de grande vulnérabilité, un seuil d'âge des usagers de 75 ans et plus a été retenu pour la plupart des indicateurs.

Les services d'urgence

Les indicateurs sur l'utilisation des services d'urgence ont été considérés comme de bons témoins de l'efficacité des réseaux intégrés de services aux personnes âgées. En tenant compte des trajectoires de services de ces usagers, cinq indicateurs ont été sélectionnés :

- En 2005-2006, 33,9% des Montréalais âgés de 75 ans et plus ont visité au moins une fois une salle d'urgence d'un centre hospitalier. En 2002-2003, ce taux s'établissait à 33,3%. Le taux de fréquentation de l'urgence a donc connu une très légère croissance. Alors que la population des Montréalais de 75 ans et plus a augmenté de 6,6% de 2002-2003 à 2005-2006, le nombre total d'usagers différents qui ont fréquenté l'urgence a connu une croissance de 8,4%. Selon le territoire de CSSS de résidence des usagers, le taux de fréquentation de l'urgence variait de façon importante en 2005-2006, passant de 21% à 53%. Selon le centre hospitalier, les visites à l'urgence de Montréalais de 75 ans et plus représentaient par ailleurs de 11% à 31% de l'ensemble des visites à l'urgence qui ont eu lieu dans un centre hospitalier en 2005-2006 (Quadrant Efficacité).
- L'indicateur sur le taux de retour à l'urgence à l'intérieur d'une période de 10 jours témoigne de l'efficacité des mécanismes de repérage à l'urgence. En 2005-2006, 19,4% des Montréalais âgés de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence y sont retournés dans les 10 jours suivant leur congé, par rapport à 20,8% en 2002-2003. Selon les centres hospitaliers fréquentés en 2005-2006, le fait d'avoir connu un retour à l'urgence variait de 17% à 30%, ce qui s'apparente à la variation du taux de retour à

- l'urgence par territoire de CSSS de résidence des usagers, qui s'établissait entre 17% et 27% (Quadrant Qualité).
- Deux autres indicateurs ont été développés pour témoigner du niveau de repérage et de prise en charge par les CLSC de ces usagers lors de leur congé de l'urgence :
 - En 2005-2006, 24,7% des personnes qui ont fréquenté l'urgence sans être hospitalisées ont reçu au moins un service du CLSC dans les 28 jours suivant cette visite, par rapport à 23,7% en 2002-2003. Selon le territoire de CSSS de résidence des usagers, ce taux variait de 19% à 31% en 2005-2006. Il s'élevait à 65% parmi les Montréalais de 75 ans et plus qui avaient reçu au moins un service du CLSC au cours des trois mois précédant la visite à l'urgence (considérés comme « connus » de leur CLSC), alors qu'il était de 10% parmi ceux qui n'étaient « pas connus » de leur CLSC (Quadrant Qualité).
 - Parmi ceux qui ont reçu un service du CLSC après leur visite, les deux tiers ont reçu au moins une intervention profil PALV (Perte d'Autonomie Liée au Vieillissement) et ce, dans un délai moyen de 8,3 jours. Ce délai est stable depuis 2002-2003, alors qu'il était de 8,2 jours. En 2005-2006, ce délai était plus court (6,9 jours) pour ceux qui avaient déjà reçu un service PALV de leur CLSC au cours des trois mois précédant la visite à l'urgence que pour ceux qui n'en avaient pas reçu (11,8 jours) (Quadrant Adaptation).
 - Enfin, en 2005-2006, la moitié (50%) des Montréalais âgés de 75 ans et plus n'avait pas consulté au moins une fois un médecin omnipraticien en clinique médicale au cours des trois mois précédant leur visite à l'urgence. Cette proportion a légèrement augmenté depuis 2002-2003 (47,6%). Selon le territoire de CSSS de résidence des usagers, ce taux variait de 42% à 62% en 2005-2006 (Quadrant Qualité).

Les services d'hébergement

Quatre indicateurs qui concernent plus précisément l'hébergement en longue durée ont été sélectionnés :

- En 2005-2006, le taux de nouvelles demandes d'hébergement pour des Montréalais de 75 ans et plus était de 2,6%. En 2002-2003, il était de 2,8%. Pendant cette période, le nombre total de nouvelles demandes a diminué de 3,3%, alors que la population des Montréalais de 75 ans et plus a augmenté de 6,6%. Ces données rendent compte des efforts réalisés par le réseau afin de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile, même si le taux est demeuré relativement stable. À noter que 56,5% de ces demandes provenaient des centres hospitaliers de courte durée (Quadrant Efficacité).
- En lien avec ce dernier résultat, un indicateur sur le ratio entre les dépenses de services aux personnes âgées dans la communauté par rapport à celles sur le coût des nouvelles admissions en hébergement témoigne d'une amélioration significative en ce sens sur quatre ans : en 2005-2006, le ratio était de 0,52 \$ dépensé en SAD pour chaque 1,00 \$ dépensé en nouvelles admissions en hébergement à Montréal, alors qu'il était de 0,40 \$ en 2002-2003 (Quadrant Efficience).
- Par contre, l'indicateur sur le délai moyen pour obtenir une place d'hébergement a augmenté de 16 jours en 4 ans, passant de 112 à 128 jours de 2002-2003 à 2005-2006. En 2005-2006, le délai moyen d'hébergement variait de 108 à 189 jours selon le territoire de CSSS de résidence des usagers. Il s'élevait à 171 jours pour les usagers

- hébergés à partir du domicile et à 103 jours pour les usagers hébergés suite à un séjour en centre hospitalier (Quadrant Adaptation).
- Enfin, le taux d'institutionnalisation des personnes âgées de 75 ans et plus était de 6,3% au 31 mars 2005. Ce taux est demeuré relativement stable depuis le 31 mars 2002, alors qu'il était de 6,5%. En 2005-2006, une personne sur deux âgée de 75 ans et plus hébergée en longue durée (49,5%) nécessitait plus de 2,5 heures-soins (Quadrant Efficience).

Les services de soutien à domicile

Les deux derniers indicateurs évaluent les services de soutien à domicile en CLSC. L'Agence de Montréal poursuit ses efforts afin d'augmenter l'offre de services de soutien à domicile pour une clientèle vulnérable. Afin d'évaluer les impacts de cette orientation, les deux indicateurs suivants ont été sélectionnés :

- En 2005-2006, 11,7% des personnes âgées de 75 ans et plus ont reçu des services continus du CLSC. Un usager est ici défini comme ayant reçu de la continuité de service PALV du CLSC lorsqu'il a reçu au moins une intervention du programme de soutien à domicile PALV - profil 710, peu importe le lieu de service, et ce, pendant trois périodes consécutives durant l'année. On observe une légère croissance de ce taux depuis 2002-2003, alors qu'il était de 10,7%. En 2005-2006, ce taux variait de 8% à 19% par territoire de CLSC de résidence des usagers (Quadrant Qualité).
- Par ailleurs, ceux qui ont reçu de la continuité de service PALV de leur CLSC ont eu, en moyenne, 61 interventions dans l'année. Ceci représente une certaine croissance depuis 2002-2003, alors que cette moyenne était de 54 interventions par année. En 2005-2006, le nombre moyen d'intervention PALV reçu variait de 42 à 81 selon le territoire de CLSC de résidence des usagers (Quadrant Qualité).

Il apparaissait important de jumeler à l'indicateur de continuité CLSC-PALV un indicateur d'intensité de service PALV du CLSC afin de suivre l'évolution de l'offre de services : une autre façon d'illustrer le fameux dilemme du « plus de services à moins de personnes ou plus de personnes desservies avec moins de services ». En 2005-2006, on remarquait toutefois qu'il n'y avait pas de lien direct entre la valeur des indicateurs d'intensité et de continuité de service du CLSC par territoire de CLSC de résidence des usagers.

INTRODUCTION

Le présent rapport a pour objectif de fournir un éclairage sur les indicateurs du tableau de bord stratégique *Perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV) développés par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Chacun des indicateurs retenus est décrit et analysé selon le profil des usagers et ce, afin de permettre aux gestionnaires du réseau de mesurer l'atteinte des objectifs stratégiques du plan d'action régional.

Cette introduction présente brièvement :

- **Le projet d'évaluation de la performance de l'Agence et des 12 CSSS de Montréal**
- **Les indicateurs retenus pour le programme *Perte d'autonomie liée au vieillissement***

Le projet d'évaluation de la performance et le tableau de bord stratégique ¹

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les 12 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région développent conjointement un important projet d'évaluation de la performance du réseau de la santé et des services sociaux. Cette initiative vise à soutenir concrètement les directions des CSSS et leurs partenaires des réseaux locaux de service (RLS) dans la réalisation de leurs tâches.

Cette démarche d'évaluation s'articule autour de la création d'un tableau de bord stratégique qui fait le pont entre les orientations et les priorités ministérielles, la planification régionale de l'Agence et les plans d'action locaux des CSSS. En plus de fixer les paramètres d'évaluation de la performance, ce tableau de bord agit comme un instrument dynamique de mobilisation du réseau et guide le processus de changement dans toutes ses étapes. Ce tableau de bord se veut un outil pertinent et convivial facilitant la vision stratégique de l'évolution des services du réseau et de la santé des Montréalais.

Ce tableau de bord est constitué d'une sélection d'indicateurs stratégiques permettant d'appuyer le démarrage des transformations prioritaires, de décrire et suivre les changements désirés par le réseau et d'en évaluer les résultats. Ainsi, ce tableau de bord

¹ Ce chapitre reprend largement le texte du dépliant d'introduction « Tableau de bord stratégique – Évaluer pour s'améliorer » disponible sur le site web du Carrefour montréalais d'information sociosanitaire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : www.santemontreal.qc.ca/tb.

présente une vision cohérente de la performance des services dans un milieu urbain où l'on trouve de nombreux producteurs, différents types de trajectoires recoupant plusieurs réseaux locaux.

Le modèle de performance et le choix des indicateurs

Le modèle de performance retenu illustre le choix des qualités valorisées par le réseau de la santé et des services sociaux. Il comprend quatre quadrants : efficacité, efficience, qualité et adaptation. Ceux-ci totalisent treize qualités mesurées par les indicateurs.

TABEAU 1 Le modèle de performance du réseau de la santé et des services sociaux

EFFICACITÉ	EFFICIENCE
La capacité du système à produire des résultats : • Amélioration de la santé et du bien-être • Impact des activités du réseau sur la santé et le bien-être • Implantation et intégration des mesures de prévention et de promotion	Le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées pour les atteindre : • Production des services • Gestion administrative et financière • Gestion des ressources humaines
ADAPTATION	QUALITÉ
La capacité de l'organisation à modifier son système pour s'adapter aux changements : • Accessibilité • Satisfaction des usagers • Adaptation à l'environnement	Les attributs du processus favorisant les meilleurs résultats possible : • Prestation sécuritaire et compétente • Pertinence des services rendus • Application des meilleures pratiques • Continuité des services

Le choix des indicateurs du tableau de bord résulte de travaux importants réalisés conjointement avec les CSSS ; ces travaux visent à traduire les stratégies des plans d'action en indicateurs concrets. Les indicateurs retenus doivent donc :

- correspondre à une priorité stratégique des services de santé dans la région ;
- refléter les préoccupations des gestionnaires, cliniciens et usagers ;
- être valides et fidèles ;
- être liés aux meilleures pratiques cliniques et administratives ;
- permettre de comparer les RLS entre eux et dans le temps.

Enfin, la sélection des indicateurs retenus doit être complète et balancée selon les quadrants du modèle de performance.

Les sources de données

Les indicateurs du tableau de bord sont construits principalement à partir des bases de données médico-administratives du Québec. Avec l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec, ces données peuvent être jumelées de façon anonyme afin de suivre l'évolution des parcours de soins dans les différents points de services du réseau sur plusieurs années. Par exemple, il est possible d'examiner les séquences d'épisodes de soins avant et après une hospitalisation ou une visite à l'urgence, etc.

Les bases de données médico-administratives qui ont été utilisées pour développer les indicateurs PALV sont les suivantes :

- **Hospitalisation (MED-ECHO, MSSS)** : Données comprises dans le formulaire admission/sortie de l'hôpital, où l'on retrouve, entre autres, le nom de l'hôpital, la date et la durée de l'hospitalisation, les actes réalisés et l'ensemble des diagnostics.
- **Actes médicaux (RAMQ Actes médicaux, MSSS)** : Ces données proviennent de la facturation à l'acte des médecins du Québec. Elles contiennent la spécialité du médecin, la date et le lieu de l'acte (clinique privée, clinique externe, urgence, etc.), ainsi que le type d'acte et le diagnostic associé.
- **Interventions en CLSC (I-CLSC, MSSS)** : La banque de données des CLSC comporte chacune des interventions réalisées par un intervenant du CLSC (infirmière, auxiliaire familiale, psychologue, etc.) ainsi que le profil du patient et le type d'intervention.
- **Admission en CHSLD (Info-Admission / Info-Présence, ASSSM)** : Cette banque de données indique la date de l'admission en CHSLD, le profil de lourdeur de la personne et, pour les personnes décédées, la date du décès.

Les indicateurs du tableau de bord PALV

La réflexion clinique qui a permis de sélectionner les indicateurs PALV du tableau de bord stratégique s'est inspirée du plan d'action PALV 2005-2010 du MSSS, des orientations qui se dégagent des publications et travaux internes de l'Agence de Montréal ainsi que des différents travaux de recherche publiés dans le domaine (SIPA², PRISMA³ et autres). Sans être exhaustives, les préoccupations stratégiques suivantes ont servi de toile de fond à cette sélection :

- ➔ Les personnes de 75 ans et plus sont considérées comme les personnes le plus à risque de perte d'autonomie.
- ➔ Selon les projections de population de l'ISQ réalisées à partir des données du recensement de Statistique Canada 2001, le groupe des 75 ans et plus connaîtra au Québec une croissance de 17,4% entre 2001 et 2011. La *Direction de la santé*

² BÉLAND F., BERGMAN H., LEBEL P., TOUSIGNANT P., MONETTE J., DENIS J.L., CONTANDRIOPOULOS A.P., DUCHARME F., CIMON A., BUREAU C., LESPÉRANCE K., DALLAIRE L., MORALES C., FLETCHER J., ROBERGE D., RICHARD C., TOUATI N., BOIVIN J.F., KANE R., CLARFIELD M., CHALLIS D. et GURALNIK J. (2001). *Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000, du système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie*. Montréal (mai 2001) : Projet de recherche SIPA du Groupe de recherche Université de Montréal/McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, 73 p.

³ HÉBERT R., TOURIGNY A., et GAGNON M. (dir.) (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. PRISMA, Saint-Hyacinthe : Edisem, 335 p.

publique⁴ estime pour sa part qu'en 2026, un Montréalais sur cinq sera âgé de 65 ans ou plus.

- ➔ L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les années à venir, combinée à une volonté de restreindre au minimum le recours à l'hébergement pour cette clientèle, implique le développement de mesures de soutien dans la communauté et le recours à diverses formules alternatives à l'hébergement.
- ➔ Les objectifs visés par l'implantation des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RIPA) sont d'assurer la coordination et la complémentarité des services de l'ensemble des partenaires (particulièrement entre le CLSC, le médecin de famille et le centre hospitalier), de favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées, d'assurer une équité dans l'accès aux services, d'offrir à chaque personne des services adaptés à leurs besoins et à leur situation, et enfin, d'éviter le recours à l'urgence.
- ➔ Un retour non planifié à l'urgence peu de temps après une première visite est un phénomène bouleversant pour le patient et ses proches, en plus de constituer un risque accru de perte d'autonomie et d'hospitalisation.
- ➔ Les proches aidants font aussi partie de la clientèle cible. Pour les aînés les plus vulnérables en perte d'autonomie, le soutien des proches est essentiel à leur bien-être et à leur maintien dans la communauté.

Le jumelage des banques de données médico-administratives a donc permis de rendre compte des différents services utilisés par les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Il a aussi été possible de définir des trajectoires de services selon le lieu où l'utilisateur a obtenu ce(s) service(s) ; soit :

- l'urgence du centre hospitalier ;
- le CHSLD (services ou demandes d'hébergement), ou ;
- le CLSC (services de soutien à domicile).

Le tableau de bord, développé à partir des préoccupations de gestion issues du plan d'action ministériel *Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV), comporte ainsi 17 indicateurs touchant ces trois lieux de services.

Enfin, les indicateurs PALV ont été répartis dans le tableau de bord selon les quadrants du modèle d'évaluation de la performance de l'Agence. Il est à noter que, de ces 17 indicateurs, six sont toujours en développement et ne sont pas documentés dans le présent rapport⁵.

⁴ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2008). Direction de la santé publique (DSP). *Vieillir à Montréal : un portrait des aînés de la métropole*. Série 1, Numéro 1, p.2.

⁵ Le chapitre 4 présente succinctement l'état d'avancement des travaux sur les indicateurs en développement.

TABEAU 2 Les indicateurs du tableau de bord PALV

EFFICACITÉ	EFFICIENCE
- État de santé  - Fréquentation de l'urgence par les 75 ans et plus - Demande d'hébergement pour les 75 ans et plus - Prévention des chutes 	- Taux d'institutionnalisation des 75 ans et plus - Durée moyenne de séjour hospitalier  - Dépense de service aux personnes âgées dans la communauté - Gestion des ressources humaines 
ADAPTATION	QUALITÉ
- Délai pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD - Délai de service du CLSC aux 75 ans et plus suite à un congé de l'urgence - Satisfaction des usagers  - Satisfaction des proches 	- Continuité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus - Intensité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus - Service offert par le CLSC aux 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence - Retour à l'urgence des 75 ans et plus - Non prise en charge médicale des 75 ans et plus avant une visite à l'urgence

 Indicateurs en développement

La structure de présentation du rapport

Les résultats obtenus pour les onze indicateurs documentés sont regroupés en trois grands chapitres, qui tiennent compte de l'utilisation des services :

- 1.0 Les services d'urgence ;
- 2.0 Les services d'hébergement ;
- 3.0 Les services de soutien à domicile.

Afin de faciliter la lecture du rapport, la présentation de chacun des indicateurs est organisée de la même façon et comprend :

- la justification du choix de l'indicateur ;
- la formule de calcul de l'indicateur ;
- l'évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006 ;
- les valeurs de l'indicateur pour chacun des 12 territoires de CSSS de résidence en 2005-2006 ;
- les principales variations observées selon certaines variables sociodémographiques ou d'utilisation des services de santé en 2005-2006 ;
- les commentaires émis par le réseau au sujet de l'indicateur lorsqu'il a été présenté lors de la formation offerte aux intervenants et gestionnaires des 12 CSSS de Montréal⁶.

⁶ Au total, 125 gestionnaires et intervenants des équipes PALV des 12 CSSS de Montréal ont été rencontrés entre le 1^{er} mars et le 11 juin 2007.

1.0 LES SERVICES D'URGENCE

Les indicateurs sur l'utilisation des services d'urgence ont été considérés comme de bons témoins de l'efficacité des réseaux intégrés de services aux personnes âgées et ce, que ce soit en termes de niveau de fréquentation, de repérage ou de prise en charge.

À partir des visites à l'urgence de ces usagers, cinq indicateurs ont été sélectionnés. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 3, par quadrant du modèle de performance :

TABLEAU 3 Les indicateurs du tableau de bord PALV relatifs à l'utilisation des services d'urgence	
EFFICACITÉ	EFFICIENCE
• Fréquentation de l'urgence par les 75 ans et plus	
ADAPTATION	QUALITÉ
• Délai de service du CLSC aux 75 ans et plus suite à un congé de l'urgence	• Service offert par le CLSC aux 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence • Retour à l'urgence des 75 ans et plus • Non prise en charge médicale des 75 ans et plus avant une visite à l'urgence

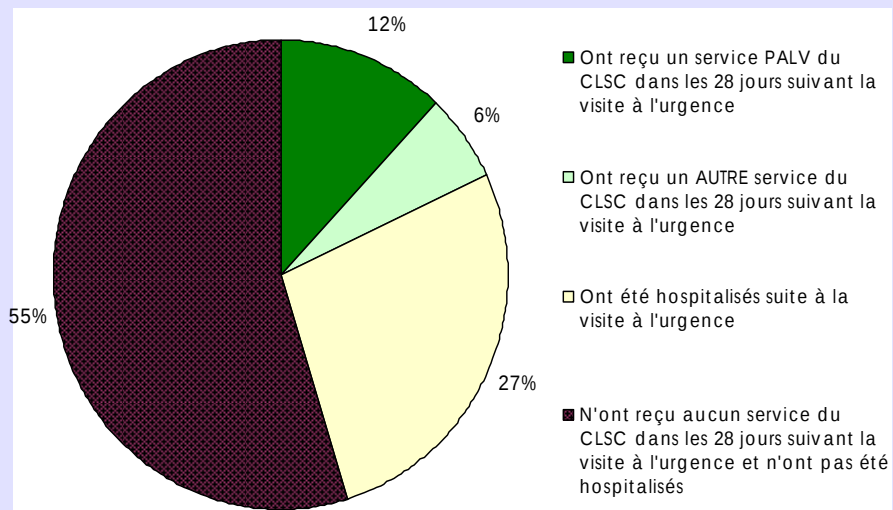
Afin de cibler la clientèle qui présente des caractéristiques de grande vulnérabilité, il est à noter qu'un seuil d'âge des usagers de 75 ans et plus a été retenu pour tous les indicateurs documentant la fréquentation de l'urgence.

De ces cinq indicateurs, trois étudient ce qui s'est produit suite à la visite à l'urgence. Les préoccupations cliniques à la base de chacun de ces indicateurs nous ont cependant amenés à étudier plus particulièrement des portions de la clientèle des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence. Ainsi :

- l'indicateur *Retour à l'urgence des 75 ans et plus* porte sur l'ensemble des usagers qui ont fréquenté l'urgence ;
- l'indicateur témoignant du taux de *Service offert par le CLSC aux 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence* exclut de son calcul les usagers qui ont été hospitalisés suite à la visite à l'urgence, ce qui représentait plus du quart (27%) des usagers qui ont fréquenté l'urgence en 2005-2006.
- l'indicateur *Délai de service du CLSC aux 75 ans et plus suite à un congé de l'urgence* ne considère que les usagers qui ont reçu un service PALV – profil 710 du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence, ce qui représente 12% des usagers montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence.

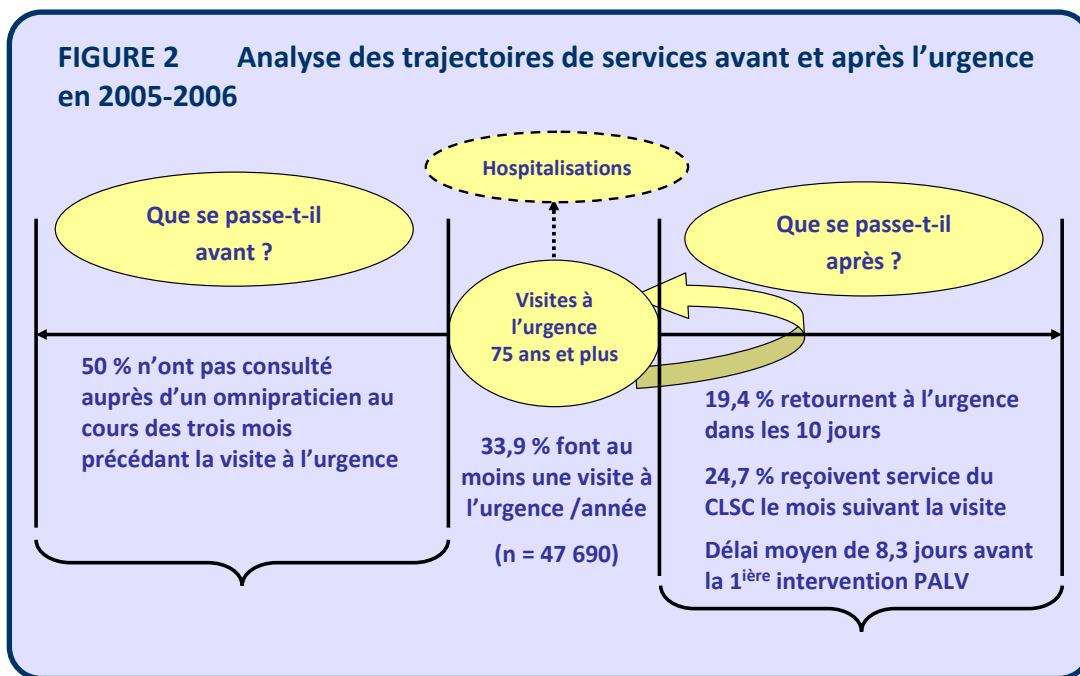
La figure 1 dresse le portrait global des suites de la première visite à l'urgence en 2005-2006 pour l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence. Soulignons que 55% des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence en 2005-2006 n'ont été ni hospitalisés, ni suivis par le CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence.

FIGURE 1 Répartition des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence en 2005-2006 selon leur parcours à la suite de la première visite à l'urgence



Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

La figure 2 décrit succinctement l'état de la situation 2005-2006 en ce qui a trait aux cinq indicateurs associés à l'utilisation des services d'urgence par les personnes âgées.



Le lecteur trouvera dans le présent chapitre le détail des informations relatives au calcul et à l'interprétation de ces indicateurs illustrant ce qui s'est produit avant, pendant et après la fréquentation de l'urgence par les Montréalais de 75 ans et plus.

1.1 Fréquentation de l'urgence par les Montréalais de 75 ans et plus

Avec le vieillissement de la population, l'un des enjeux majeurs du réseau de la santé et des services sociaux réside dans sa capacité à répondre aux besoins des aînés de manière pro-active. Ceci implique non seulement la priorisation des personnes en perte d'autonomie, mais également celle des personnes à risque de perte d'autonomie. La fréquentation des urgences par les personnes âgées est un élément clé qui témoigne de la capacité de prise en charge, par le réseau, des personnes les plus vulnérables.

L'impact de la fréquentation des urgences par les personnes de 75 ans et plus qui ne sont pas prises en charge par le réseau de services a été largement documenté. Le nombre de visites à l'urgence des personnes de 75 ans et plus est d'ailleurs un des indicateurs de suivi proposé par le MSSS dans son plan d'action PALV 2005-2010. Une des orientations privilégiées par ce plan est de « *compléter la mise en place des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie* »⁷. Parmi les mécanismes définis, l'implantation d'un protocole de repérage à l'urgence y est proposée.

D'ailleurs, dans une étude publiée en 2004, le programme de recherche sur l'intégration des services pour le soutien de l'autonomie au Québec (PRISMA) a démontré que l'implantation d'un réseau intégré de services a permis de diminuer le nombre total de visites à l'urgence : « *21% des personnes âgées de 75 ans et plus du groupe expérimental ont fréquenté les urgences par rapport à 18,1% pour le groupe témoin* »⁸. De plus, le projet sur les services intégrés aux personnes âgées (SIPA) à Montréal a établi que la coordination de services permet de « *réduire de 10% la durée de séjours des personnes âgées dans les urgences* »⁹.

Enfin, les orientations stratégiques de l'Agence reposent sur la constatation que l'offre actuelle de services médicaux généraux présente des lacunes pour les clientèles plus vulnérables, et considèrent notamment que les personnes qui n'ont pas de médecin de

⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Un défi de solidarité – Les services aux aînés en perte d'autonomie : Plan d'action 2005-2010*, Québec, p. 36.

⁸ HÉBERT R., TOURIGNY A., et GAGNON M. (dir.) (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. PRISMA, Saint-Hyacinthe : Edisem, p. 58.

⁹ BÉLAND F., BERGMAN H., LEBEL P. , et coll. (2001). *Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000, du système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie*. Montréal (mai 2001) : Projet de recherche SIPA du Groupe de recherche Université de Montréal/McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, p. 7.

famille n'ont pas une bonne continuité de soins, ces personnes recevant moins de soins préventifs, ce qui les rend plus susceptibles de se présenter à la salle d'urgence.

Définition et construction de l'indicateur

Les données proviennent de la banque RAMQ sur la facturation à l'acte des médecins. Cette banque contient l'ensemble des informations sur les actes médicaux réalisés dans les urgences. Pour définir une visite à l'urgence, on utilise la date d'un acte médical pour un usager montréalais de 75 ans et plus dans un établissement du réseau de Montréal ou dans un établissement situé à l'extérieur de Montréal.

À souligner que cet indicateur ne tient pas compte du nombre de visites différentes à l'urgence pour un même usager. Si ce dernier a effectué plusieurs visites dans une même année financière, il n'est compté qu'une seule fois¹⁰. L'indicateur ne tient donc compte que de la première visite à l'urgence pour un usager entre la période 13 de l'année financière précédente et la période 12 de l'année financière en cours¹¹.

Pour obtenir l'indicateur, le nombre de résidents de chacun des territoires de CSSS qui fréquentent l'urgence est divisé par la population pondérée des résidents de 75 ans et plus du territoire. La pondération utilisée pour le calcul des taux populationnels permet de prendre en compte les besoins relatifs de la population des 75 ans et plus de chacun des territoires de CSSS. Cette évaluation relative des besoins a été établie à partir de deux variables du recensement de Statistique Canada, à savoir l'isolement (soit le nombre de personnes vivant seules) et le taux d'incapacité rapporté¹². Cette pondération a donc permis de rendre comparables les taux de fréquentation de l'urgence obtenus pour les 12 territoires de CSSS.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Proportion (\%) de Montréalais de 75 ans et plus ayant visité l'urgence} = \frac{\text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus ayant fréquenté au moins une fois l'urgence au cours de l'année financière}}{\text{Population pondérée des Montréalais de 75 ans et plus}}$$

¹⁰ Bien que l'indicateur ait pour objectif la compilation de personnes différentes ayant visité l'urgence, il est toutefois possible d'accéder aux données présentant le nombre total de visites à l'urgence : http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/performance/tableaubord/tb_palv.html

¹¹ Par exemple, pour le calcul de l'indicateur pour l'année financière 2005-2006, ne sont considérés que les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence entre le 05/03/2005 et le 04/03/2006. Ce découpage chronologique est justifié par le besoin d'avoir une base de calcul comparable pour tous les indicateurs utilisant la visite à l'urgence.

¹² Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En 2005-2006, 33,9% des Montréalais de 75 ans et plus ont visité une urgence au moins une fois. On observe une très légère variation de ce résultat au cours des quatre dernières années, soit une augmentation de 1,1 point de pourcentage de 2002-2003 (33,3%) à 2004-2005 (34,4%), suivie d'une diminution de 0,5 point de pourcentage de 2004-2005 à 2005-2006 (33,9%).

L'interprétation de la croissance (1,8%) somme toute peu importante du taux de fréquentation de l'urgence sur quatre ans doit tout de même tenir compte du fait que le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui se sont présentés au moins une fois à l'urgence au cours de l'année financière a connu une croissance de 8,4%, passant de 43 982 usagers à 47 690 usagers de 2002-2003 à 2005-2006.

Ainsi, puisqu'au cours de ces quatre années la population des Montréalais de 75 ans et plus, servant de dénominateur dans le calcul de l'indicateur, a connu une croissance de 6,6%, la valeur de l'indicateur a peu changé.

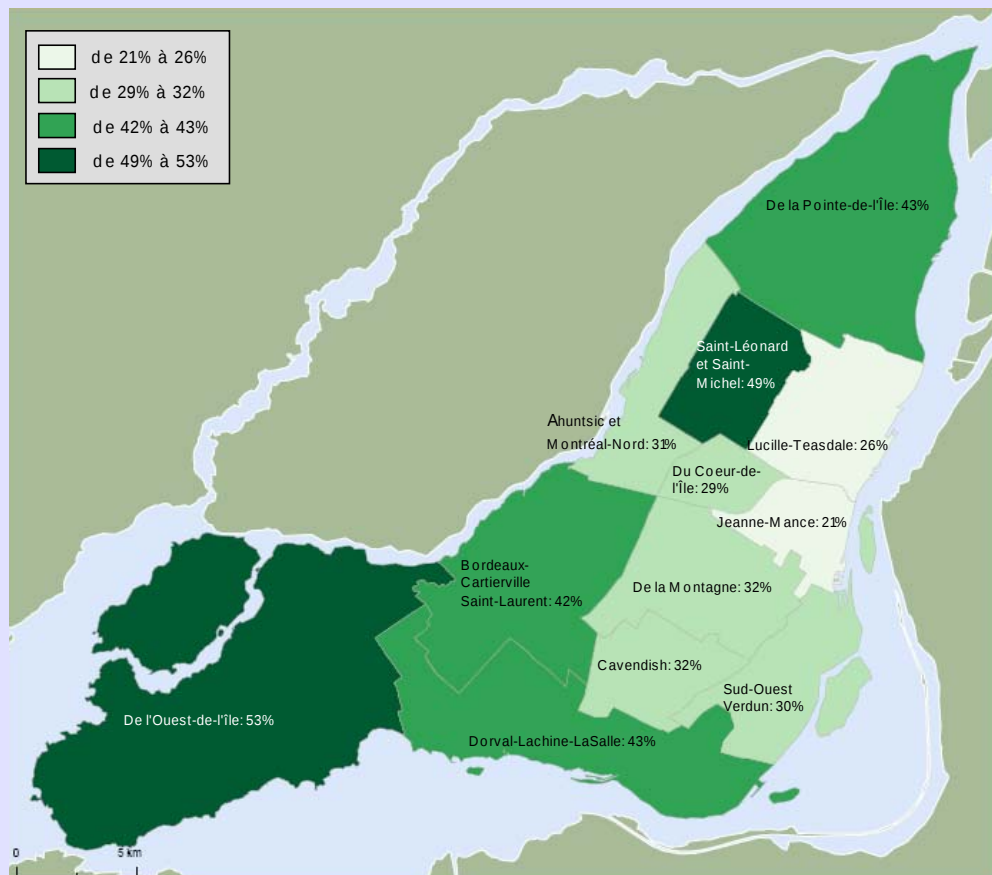
TABEAU 4 Évolution du taux de fréquentation de l'urgence par les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002-2003 à 2005-2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (%)	33,3	33,6	34,4	33,9	1,8%
Nb de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence	43 982	45 393	47 305	47 690	8,4%
Nombre total de Montréalais de 75 ans et plus	131 808	134 726	137 450	140 463	6,6%

État de la situation 2005-2006

La proportion de personnes de 75 ans et plus qui fréquentent l'urgence sur le territoire montréalais est très contrastée d'un territoire de CSSS de résidence à l'autre : moins du quart (21%) des personnes de 75 ans et plus du territoire de CSSS Jeanne-Mance ont fréquenté l'urgence en 2005-2006, alors que plus de la moitié des personnes de 75 ans et plus du territoire de CSSS de l'Ouest-de-l'Île (53%) ont fréquenté l'urgence au cours de la même période¹³.

FIGURE 3 Proportion de personnes de 75 ans et plus ayant visité l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



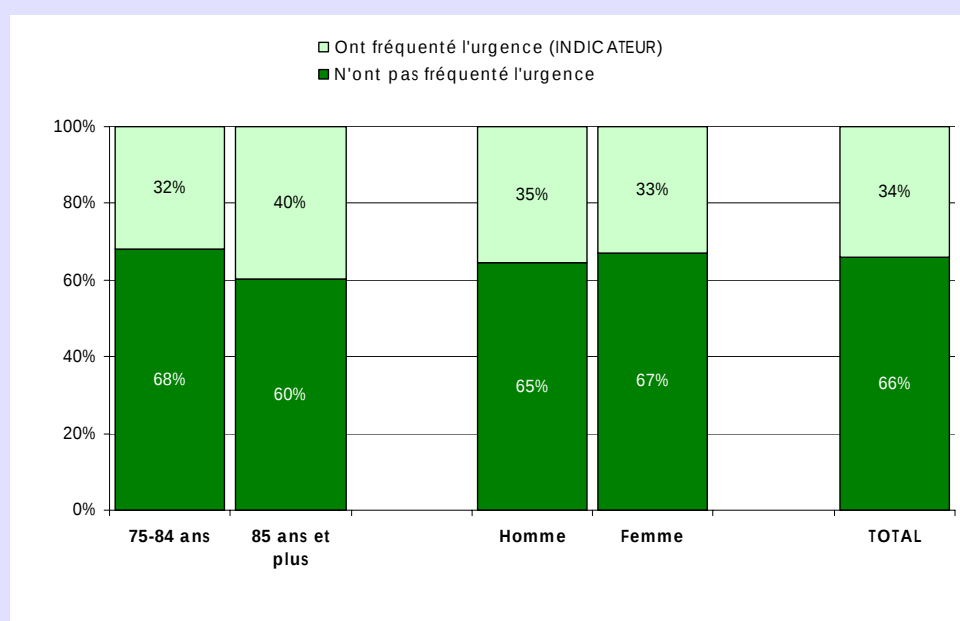
Source : Projections de la population montréalaise, ISQ-Statistique Canada (pondération CMIS) ; Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux)

¹³ Rappelons que la valeur de cet indicateur par territoire de CSSS de résidence a pour dénominateur la **population pondérée** du territoire de CSSS. Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

La fréquentation de l'urgence selon l'âge et le sexe

Plus on avance en âge, plus on a tendance à fréquenter l'urgence. En effet, les Montréalais de 85 ans et plus étaient proportionnellement plus nombreux en 2005-2006 à fréquenter l'urgence que les 75 à 84 ans (40% versus 32%). Aucune différence notable n'était observée entre les hommes et les femmes (35% versus 33%). À titre comparatif, signalons que, chez les moins de 75 ans, la proportion de personnes qui ont fréquenté l'urgence en 2005-2006 était nettement plus faible, soit de 18% chez les moins de 65 ans et de 24% chez les 65-74 ans.

FIGURE 4 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus ayant fréquenté l'urgence en 2005-2006, selon l'âge et le sexe



Source : Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

La fréquentation de l'urgence selon l'établissement

En 2005-2006, 47 690 Montréalais de 75 ans et plus ont effectué 103 175 visites¹⁴ à l'urgence. Les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence en 2005-2006 ont donc, en moyenne, fréquenté l'urgence 2,2 fois au cours de l'année financière.

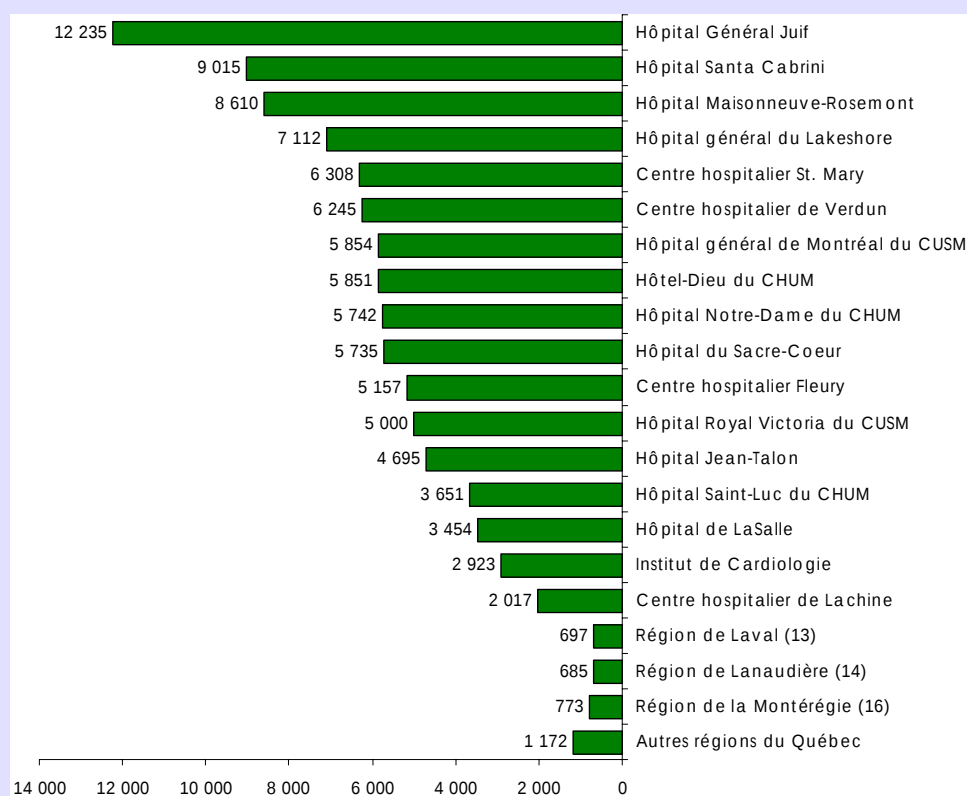
¹⁴ Sur le site web du CMIS, un tableau complémentaire présente le nombre de visites à l'urgence réalisées par les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence au moins une fois au cours de l'année financière. Dans ce cas, les règles suivantes ont été appliquées :

- Si plusieurs actes ont été réalisés, le même jour, dans le même établissement, pour un même usager, une seule visite est comptabilisée.
- Si plusieurs dates consécutives pour un usager sont recensées dans le même établissement, on présume que l'usager passe plusieurs jours dans la même salle d'urgence et on ne comptabilise qu'une seule visite. Dans ce cas, la date retenue correspond à la dernière date de la séquence consécutive à l'urgence.

Les usagers montréalais ont majoritairement fréquenté l'urgence sur l'île de Montréal : 99 848 visites ont été faites aux urgences montréalaises et 3 327 visites à l'urgence ont eu lieu dans des hôpitaux situés à l'extérieur de Montréal. La fréquentation de l'urgence à l'extérieur de Montréal est donc marginale ; seuls 4,7% des Montréalais de 75 ans et plus y ont eu recours au moins une fois en 2005-2006.

L'hôpital général juif, les trois hôpitaux du CHUM et les deux hôpitaux du CUSM, recevaient en 2005-2006 38 333 visites, soit plus du tiers (37%) des visites à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus. On note également que l'hôpital Santa Cabrini, malgré sa plus petite taille, recevait plus de 9 000 visites à l'urgence de Montréalais de 75 ans et plus, suivi par l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (8 610 visites).

FIGURE 5 Nombre de visites à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006, selon l'établissement (hôpitaux psychiatriques et pédiatriques exclus)

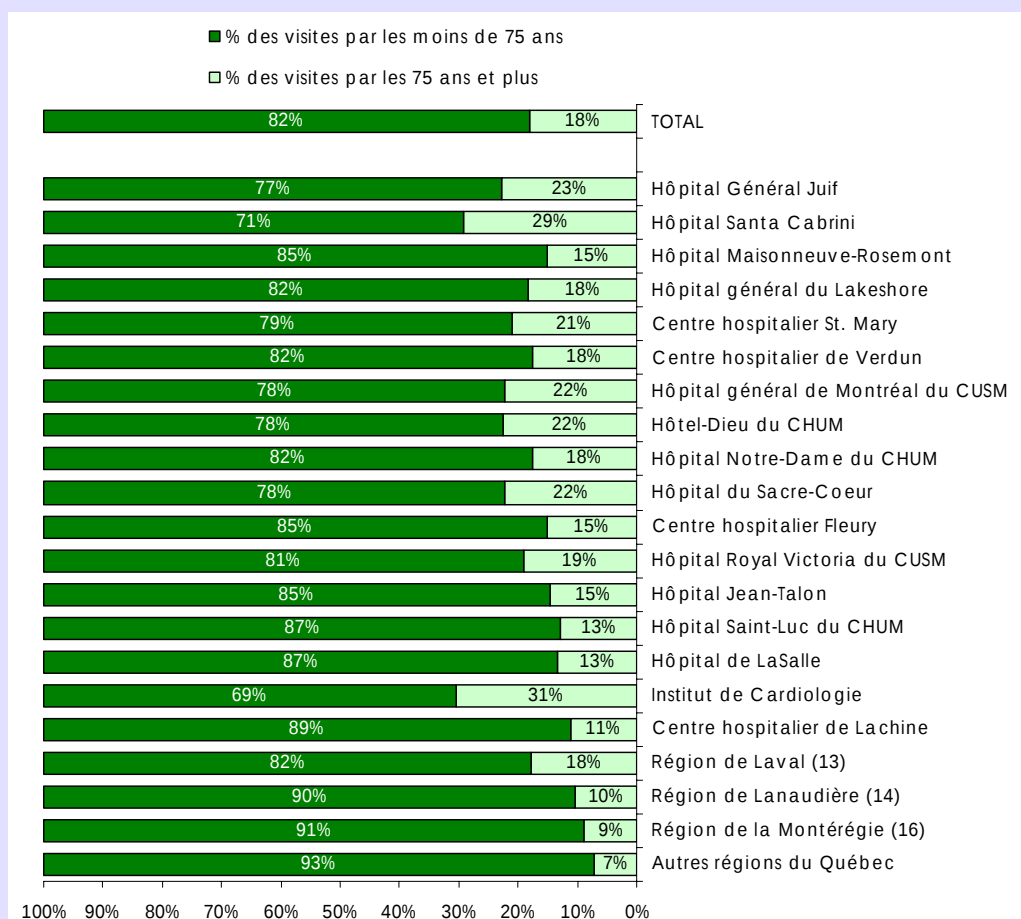


Source : Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

En 2005-2006, les visites à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus représentaient 18,2% de l'ensemble des visites à l'urgence des Montréalais - en excluant les hôpitaux pédiatriques et psychiatriques - alors que les 75 ans et plus ne représentaient que 7,5% de la population montréalaise.

Lorsqu'on compare le poids relatif des personnes de 75 ans et plus à l'urgence, on note cependant des variations importantes entre les hôpitaux. Ainsi, la proportion du nombre de visites à l'urgence réalisées par des Montréalais de 75 ans et plus sur l'ensemble des visites à l'urgence d'un centre hospitalier était plus élevée à l'Institut de cardiologie (31%) et à l'hôpital Santa Cabrini (29%). À l'opposé, c'est au Centre hospitalier de Lachine (11%), à l'hôpital de LaSalle (13%) et à l'hôpital St-Luc du CHUM (13%) que la proportion de visites à l'urgence réalisées par des 75 ans et plus en 2005-2006 était la plus faible.

FIGURE 6 Proportion des visites à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus sur l'ensemble des visites à l'urgence des Montréalais en 2005-2006, selon l'établissement



Source : Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

La fréquentation de l'urgence est l'indicateur qui a suscité le plus de réactions en raison de l'ampleur des variations observées entre les territoires de CSSS de résidence (de 21 % à 53 %). De nombreuses raisons ont été évoquées pour expliquer cette situation :

- l'absence de clinique pour urgence mineure ;
- les demandes du médecin traitant de se rendre à l'urgence (par non-disponibilité ou parce qu'il est de garde à l'urgence) ;
- le manque de services psychosociaux ;
- l'alourdissement de la clientèle maintenue à domicile ;
- le faible taux de pénétration des services du CLSC ;
- le fait que l'urgence soit utilisée comme porte d'entrée pour la gériatrie active ;
- les problèmes de transport et d'accès pour les personnes à mobilité réduite ;
- l'absence d'un volet médical au PPALV, de garde 24/7 et des horaires mal adaptés ;
- l'absence de plateaux techniques dans la communauté sur une plage horaire élargie ;
- l'absence de corridors de services, d'organismes de soutien, de visites médicales à domicile ;
- la sous-utilisation d'Info-Santé, etc.

Les gestionnaires rencontrés ont exprimé des craintes quant aux impacts que la diminution des places d'hébergement en institution pourrait avoir sur l'urgence. Par ailleurs, les représentants des établissements ont manifesté le désir de mieux connaître le profil des usagers qui vont à l'urgence afin d'être en mesure de cibler les interventions et donner des services adaptés à cette clientèle à risque. À ce sujet, ils se sont montrés préoccupés par leur manque de connaissances des usagers âgés qui fréquentent l'urgence et souhaiteraient obtenir des données complémentaires, telles :

- combien sont connus ou non du CLSC avant la visite à l'urgence ?
- combien sont hospitalisés après le séjour à l'urgence ?
- d'où proviennent-ils (domicile, résidences privées, CHSLD, etc.) ?
- ont-ils un proche aidant ?
- ont-ils un médecin de famille ?
- ont-ils déjà été hospitalisés ?, etc.

Les gestionnaires étaient par ailleurs conscients de la nécessité d'agir en aval et en amont de l'urgence, notamment par une meilleure intégration des services autour d'un réseau harmonisé.

1.2 Retour à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus

Le retour à l'urgence d'une personne de 75 ans et plus est associé à un risque accru de perte d'autonomie fonctionnelle et d'hospitalisation. Différentes études ont par ailleurs démontré le lien entre une plus grande intégration des services et les taux de ré-hospitalisation. Ainsi, même si un certain nombre de retour à l'urgence est inévitable, une amélioration de l'intégration des services devrait avoir pour effet une réduction du taux de retour à l'urgence.

Le retour de la personne âgée à l'urgence peu de temps après une première visite représente un problème important à Montréal. Il a été documenté en 2001 dans une recherche menée par la Fondation de la recherche sur les services de santé du Canada : *« Le retour à l'urgence est fréquent, bouleversant, coûteux et associé à un risque accru de déclin fonctionnel et d'hospitalisation. Ces retours non planifiés, qui pourraient être la conséquence d'une prise en charge inadéquate durant ou suivant la première visite à l'urgence, contribuent également à une surcharge financière pour le système de santé et au problème d'engorgement des services d'urgence. (...) »*

En comparant des patients âgés revenus de façon précoce et non planifiée à l'urgence à des patients qui ne sont pas revenus, l'étude démontre que :

- *l'âge, un déficit fonctionnel, ne pas avoir de médecin de famille disponible, un soutien social réduit et une cardiopathie augmentent tous les risques de retour à l'urgence ;*
- *plus d'efforts devraient être déployés en milieu d'urgence pour sensibiliser les personnes âgées à l'importance d'avoir un médecin de famille ;*
- *à besoins égaux, les patients qui sont référés aux services de soutien à domicile et qui reçoivent de l'information sur les rendez-vous et tests à subir ou sur la gamme de services disponibles après la visite à l'urgence, présentent un risque moindre de retour non planifié »¹⁵.*

Par ailleurs, l'Agence de Montréal propose comme balise dans les services aux personnes en perte d'autonomie de garantir l'accès à des services spécialisés : *« il est essentiel que les CSSS et les médecins des GMF et des cliniques réseaux puissent avoir un accès direct dans un délai approprié aux services de gériatrie requis par la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement, que ce soit sur une base interne ou externe, ce qui pourrait entre autres éviter un recours inapproprié à la salle d'urgence ».*

¹⁵ CARDIN S., PINEAULT R., ROBERGE D., LANG E., TÉTRAULT M. et VERDON J. (2001). *Modalités et qualité perçue de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence : effet sur le risque de retour*, Ottawa (octobre 2001) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, p. i.

Le programme de recherche PRISMA en Estrie a aussi démontré les effets d'une meilleure coordination des services sur le retour à l'urgence : « *La plus faible proportion de personnes du groupe expérimental effectuant un retour à l'urgence moins de dix jours après la première visite pourrait être associée à une meilleure coordination assumée par les gestionnaires de cas* »¹⁶.

Définition et construction de l'indicateur

L'indicateur de retour à l'urgence est calculé en divisant le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui sont retournés à l'urgence au cours des dix jours suivant la date de leur congé par le nombre total de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence.

Pour s'assurer du caractère comparable des données d'une période à l'autre, différentes règles ont été établies :

- l'indicateur ne tient compte que de la première visite à l'urgence pour un usager entre la période 13 de l'année financière précédente et la période 12 de l'année financière en cours¹⁷. Une telle approche a été adoptée afin de garder une marge d'observation permettant d'analyser ce qui s'est produit suite au congé de l'urgence ;
- l'intervalle de dix jours débute à partir de la date de congé de l'urgence ;
- comme mentionné lors de l'analyse de l'indicateur sur la fréquentation de l'urgence, rappelons que les données de la banque RAMQ pour l'urgence sont inscrites en nombre d'actes médicaux et par date. Chaque date recensée est par conséquent calculée comme une visite à l'urgence. S'il y a plusieurs dates consécutives pour un usager dans un même établissement, on présume que l'utilisateur passe plusieurs jours dans la même urgence et ces dates sont comptées comme une seule visite.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

**Proportion (%) de
Montréalais de 75 ans et
plus qui sont retournés à
l'urgence dans les 10 jours
suivant une visite à
l'urgence**

=

**Nombre de Montréalais de 75 ans
et plus qui sont retournés à l'urgence
au cours des 10 jours suivant
leur congé de l'urgence**

**Nombre de Montréalais de 75 ans et plus
qui ont fréquenté l'urgence au cours de
l'année financière**

¹⁶ HÉBERT R., TOURIGNY A., et GAGNON M. (dir.) (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. PRISMA, Saint-Hyacinthe : Edisem, p.72.

¹⁷ Par exemple, pour le calcul de l'indicateur pour l'année financière 2005-2006, ne sont considérés que les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence entre le 05/03/2005 et le 04/03/2006. La même période a été définie pour tous les indicateurs faisant référence à la fréquentation des urgences.

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En 2005-2006, 19,4% des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence y sont retournés dans les dix jours suivant leur congé. Soulignons qu'en 2002-2003, cette proportion s'élevait à 20,8%. Il y a donc eu une très légère décroissance (-6,7%) du taux de retour à l'urgence depuis le début de la période d'observation.

Malgré cette décroissance du taux, soulignons que le nombre de personnes qui sont retournées à l'urgence a tout de même légèrement augmenté de 2002-2003 à 2005-2006, passant de 9 128 à 9 225 personnes.

C'est donc parce que le nombre total de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence a augmenté de façon plus importante (croissance de 8,4%) que le nombre d'utilisateurs qui ont connu un retour à l'urgence dans les dix jours suivant leur congé (croissance de 1,4%) que le taux de retour à l'urgence a diminué.

TABLEAU 5 Évolution du taux de retour à l'urgence chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

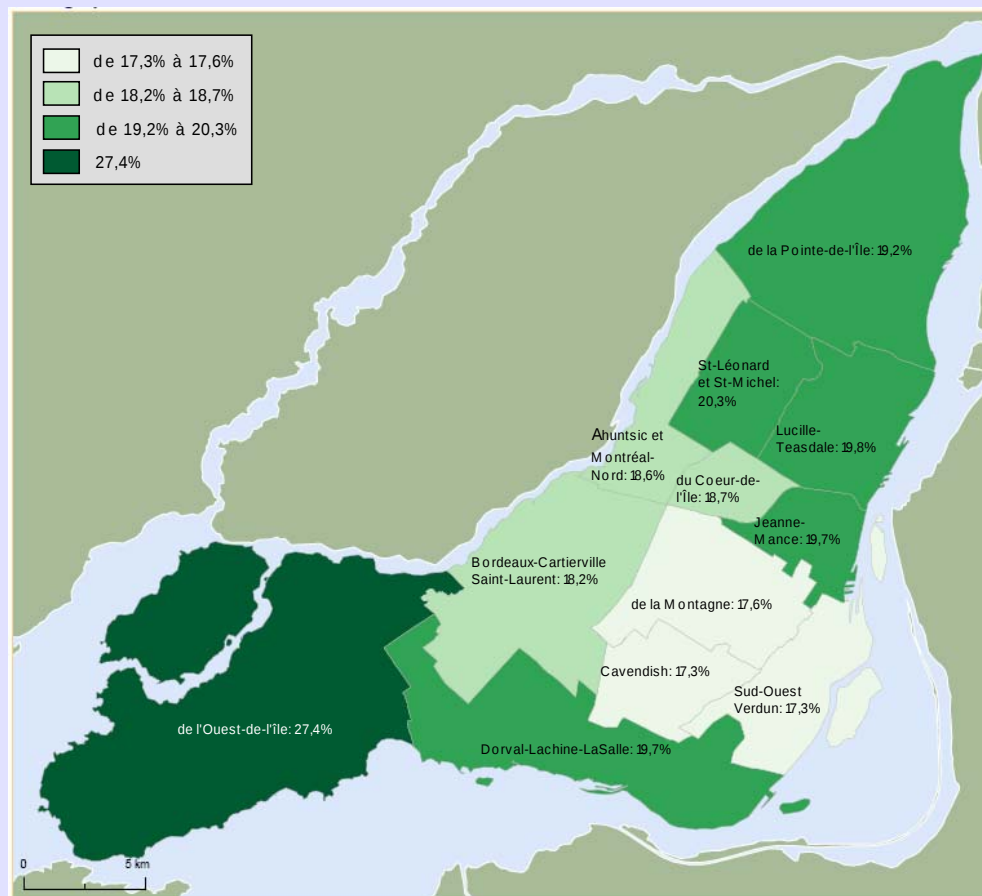
	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002-2003 à 2005-2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (%)	20,8	20,6	20,2	19,4	-6,7%
Nb d'utilisateurs qui ont connu un retour à l'urgence dans les 10 jours suivant leur congé	9 128	9 364	9 539	9 225	1,4%
Nb de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence	43 982	45 393	47 305	47 690	8,4%

État de la situation 2005-2006

Dans le CSSS de l'Ouest-de-l'île, plus d'une personne sur quatre de 75 ans et plus qui a fréquenté l'urgence en 2005-2006 (27,4%) y est retournée dans les dix jours suivant son congé. Soulignons que, depuis 2002-2003, le territoire de ce CSSS a toujours connu le taux de retour à l'urgence le plus élevé.

En contrepartie, la proportion la plus faible de personnes de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence et qui y sont retournées dans les dix jours suivant leur congé se trouvait en 2005-2006 parmi les résidents des territoires des CSSS Cavendish (17,3%) et Sud-Ouest – Verdun (17,3%).

FIGURE 7 Retour à l'urgence des 75 ans et plus en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Retour à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus selon certaines caractéristiques

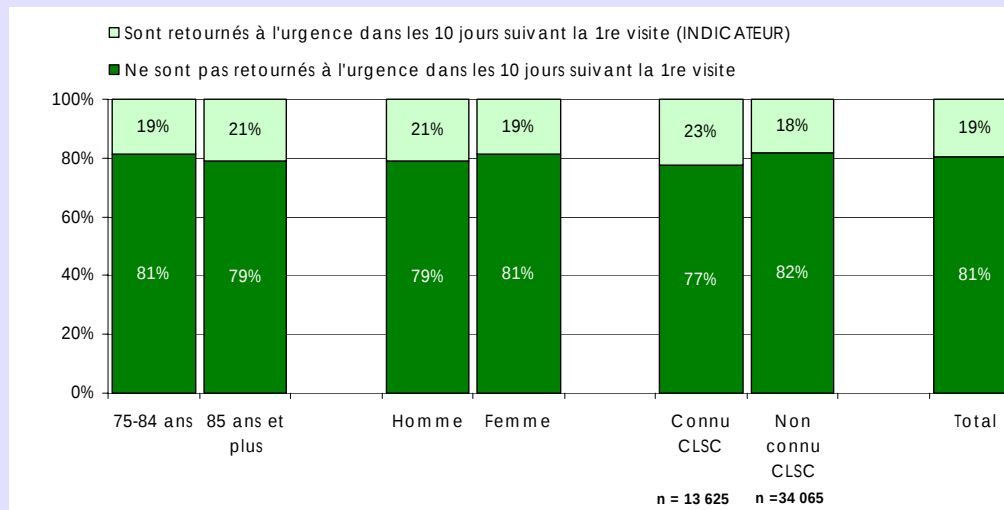
Afin de mesurer les variations de cet indicateur parmi les personnes qui avaient reçu un service du CLSC avant la visite à l'urgence par rapport à celles qui n'en avaient pas reçu, la variable « Connu CLSC » a été créée. Un intervalle de trois périodes de 28 jours avec au moins une intervention du CLSC avant la date de visite à l'urgence a été jugé comme approprié pour déterminer si l'utilisateur était suivi par le CLSC ou non avant sa visite à l'urgence.

Le terme « connu CLSC » représente donc le fait d'avoir reçu au moins une intervention du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence. Ceux-ci représentaient 29% (n=13 625) des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence en 2005-2006.

On remarque ainsi que ceux qui étaient connus du CLSC sont retournés dans une plus grande proportion à l'urgence (23%) que ceux qui n'étaient pas connus du CLSC avant la première visite à l'urgence (18%). Ce phénomène, même s'il peut s'expliquer par une plus grande "lourdeur" des cas, n'en est pas moins préoccupant.

Par ailleurs, notons que presque aucune différence n'a été observée en 2005-2006 dans les taux de retour à l'urgence selon l'âge (19% chez les 75 à 84 ans versus 21% chez les 85 ans et plus) ou le sexe (21% chez les hommes versus 19% chez les femmes).

FIGURE 8 Retour à l'urgence des Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006, selon certaines caractéristiques



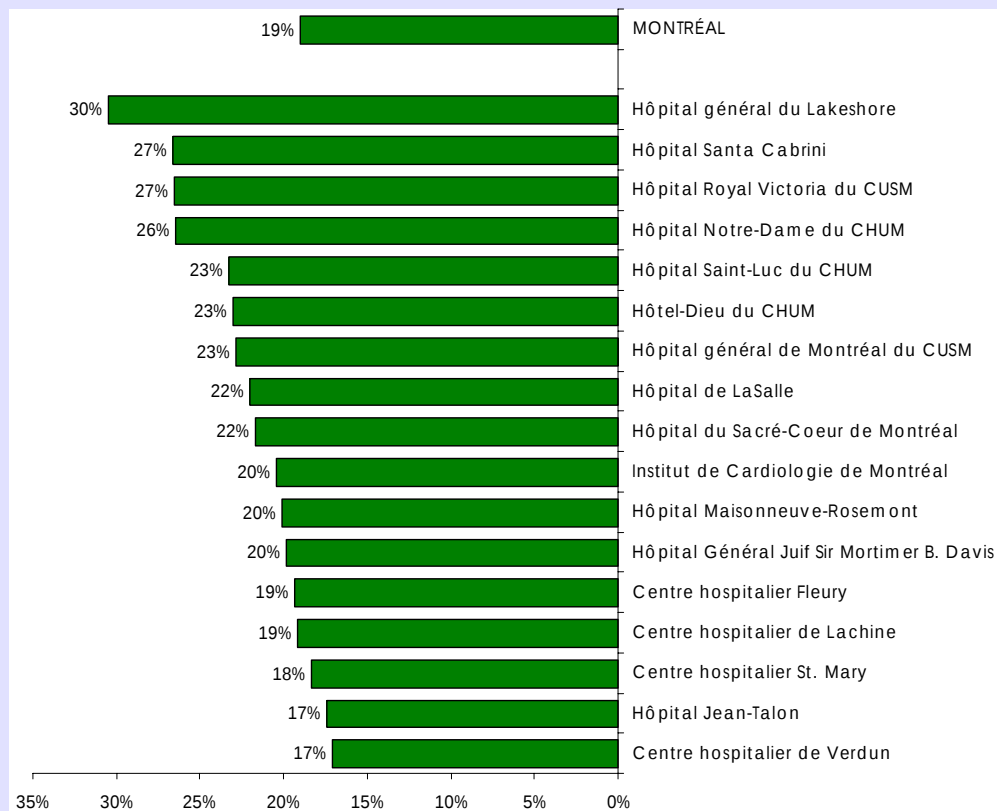
Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Retour à l'urgence des 75 ans et plus selon le centre hospitalier fréquenté

La figure 9 présente les taux de retour à l'urgence chez les Montréalais de 75 ans et plus selon les centres hospitaliers fréquentés au cours de l'année financière 2005-2006. À noter que le taux de retour à l'urgence présenté par centre hospitalier n'implique pas nécessairement que l'utilisateur ait fait la première visite ou le retour à l'urgence dans cet établissement : le taux de retour présenté implique seulement que les usagers qui ont fréquenté ce centre hospitalier au cours de l'année financière ont connu un retour à l'urgence suite à leur première visite à l'urgence, quel que soit le centre hospitalier où ont eu lieu ces deux premières visites. À titre indicatif, soulignons cependant qu'en 2005-2006, 68% des usagers qui ont connu un retour à l'urgence suite à leur première visite n'ont fréquenté qu'un seul centre hospitalier.

La figure 9 montre ainsi que 30% des usagers qui ont fréquenté au moins une fois l'hôpital général du Lakeshore au cours de l'année financière 2005-2006 ont connu un retour à l'urgence dans les dix jours suivant leur première visite. Cette proportion chute à 17% parmi les usagers qui ont connu un retour à l'urgence et qui ont fréquenté au moins une fois dans l'année le centre hospitalier Verdun ou l'Hôpital Jean-Talon en 2005-2006.

FIGURE 9 Proportion des usagers d'un centre hospitalier qui ont connu un retour à l'urgence dans les 10 jours suite à leur première visite en 2005-2006, quel que soit le lieu de la première visite ou du retour à l'urgence (hôpitaux psychiatriques et pédiatriques exclus)



Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

Les retours à l'urgence ont été identifiés comme étant principalement associés à des usagers présentant de multiples pathologies, à un congé prématuré ou au manque de ressources pour organiser les services rapidement lors du congé – surtout si le congé a lieu un vendredi soir ou un samedi. Souvent, aussi, le gestionnaire de cas (lorsqu'il existe) n'est pas informé du fait que son usager est à l'urgence. Les problèmes de transport et d'accompagnement, surtout pour les personnes à mobilité réduite, diminuent l'accès aux services (médecin, CLSC, etc.) et ont des répercussions sur le respect des rendez-vous médicaux ; ils favorisent donc le retour à l'urgence. De plus, certains considèrent qu'il y aurait lieu de préciser les raisons d'un retour à l'urgence dans les données complémentaires à l'indicateur (à savoir si elles sont identiques ou non aux raisons de la visite initiale) afin d'identifier quel type de clientèle retourne à l'urgence et pourquoi.

Ainsi, de l'avis des personnes rencontrées, l'indicateur portant sur les retours à l'urgence démontre l'importance de trouver le moyen de faire le repérage de la clientèle à risque à l'urgence, mais aussi de revoir les pratiques entourant la planification du congé et d'assurer le suivi nécessaire à la clientèle.

1.3 Service offert par le CLSC aux Montréalais de 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence

La visite à l'urgence d'une personne en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie représente un moment-clé pour agir auprès de celle-ci. Bien qu'il soit toujours préférable d'agir en amont de l'hôpital, la visite à l'urgence doit être un clair signal d'action pour le réseau intégré de services.

Dans ses orientations, l'Agence de Montréal prévoit que les réseaux de services aux personnes âgées de chacun des CSSS assurent un repérage des usagers en perte d'autonomie qui se présentent à l'urgence. Ces actions, couplées à l'ajout de ressources de soutien à domicile et à une coordination des services par des gestionnaires de cas pour les usagers ayant de grands besoins, devraient permettre de bien prioriser les clientèles et de déployer les services adaptés à leurs besoins dans les meilleurs délais. Il est ainsi primordial d'évaluer par territoire de CSSS le niveau de prise en charge par les CLSC des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté les salles d'urgence des hôpitaux¹⁸.

L'indicateur cible en particulier les personnes de 75 ans et plus, qui sont considérées comme les personnes le plus à risque de perte d'autonomie. Cela a été reconnu dans le document d'orientations de l'Agence parmi les balises à prendre en compte : « *il faut convenir que la majorité des services qui devront être rendus disponibles ainsi que les mesures d'accompagnement, de coordination et de suivi, tels la gestion de cas et le plan de services individualisé (PSI), s'adresseront aux personnes qui présenteront une perte d'autonomie due à des incapacités physiques, psychiques ou des difficultés d'ordre social à la suite d'une ou plusieurs maladies aiguës ou chroniques. Parmi ces personnes, plusieurs présenteront des caractéristiques de vulnérabilité qui en feront des clientèles prioritaires, dont la majorité aura 75 ans et plus* »¹⁹.

Définition et construction de l'indicateur

Le calcul de l'indicateur sur les services offerts par le CLSC aux Montréalais de 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence a été effectué à partir du nombre de personnes qui ont

¹⁸ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal (mars 2005), p.51.

¹⁹ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - balises préliminaires*, Montréal (mars 2004), p. 8.

reçu au moins une intervention du CLSC, quel que soit le lieu ou le profil²⁰, dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence.

L'indicateur ne tient compte que de la première visite à l'urgence pour un usager entre la période 13 de l'année financière précédente et la période 12 de l'année financière en cours²¹. Une telle approche a été établie afin de garder un intervalle de 28 jours équivalent à la période 13 de l'année financière.

Les visites à l'urgence qui ont eu lieu entre la première visite à l'urgence et l'intervention du CLSC sont considérées comme faisant partie du même épisode de soins. Les usagers qui ont été hospitalisés suite à leur visite à l'urgence ont pour leur part été exclus de l'analyse²².

L'indicateur est par la suite calculé en divisant le nombre de personnes précédemment défini par le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence au cours de l'année financière et qui n'ont pas été hospitalisés suite à leur visite à l'urgence.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Proportion (\%) de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu au moins un service du CLSC suite à une visite à l'urgence} = \frac{\text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu au moins une intervention de leur CLSC (tous lieux et tous profils) dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence}}{\text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence au cours de l'année financière – excluant ceux qui ont été hospitalisés suite à la visite à l'urgence}}$$

²⁰ Dans le calcul de cet indicateur, il a été convenu de considérer tous les profils plutôt que le seul profil 710 parce que la première intervention codée dans I-CLSC peut être associée à un suivi du service reçu à l'urgence (par exemple 192 – usager ayant une condition de santé physique nécessitant un suivi) plutôt qu'au profil PALV 710, même si l'usager est un usager PALV. Il est cependant à noter que 67% des usagers considérés comme ayant reçu un service du CLSC dans les 28 jours suivant la visite à l'urgence ont reçu un service PALV 710 du CLSC.

²¹ Par exemple, pour le calcul de l'indicateur pour l'année financière 2005-2006, ne sont considérés que les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence entre le 05/03/2005 et le 04/03/2006. La même période a été définie pour tous les indicateurs faisant référence à la fréquentation des urgences. Rappelons aussi que les données de la banque RAMQ pour l'urgence sont inscrites en nombre d'actes médicaux et par date. Chaque date recensée est par conséquent calculée comme une visite à l'urgence. S'il y a plusieurs dates consécutives pour un usager dans un même établissement, on présume que l'usager passe plusieurs jours dans la même urgence et ces dates sont comptées comme une seule visite.

²² En 2005-2006, 27% des Montréalais de 75 ans et plus qui ont visité l'urgence au cours de l'année ont été hospitalisés suite à leur première visite.

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En moyenne, au cours de l'année 2005-2006, 24,7% des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence ont reçu au moins un service du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence. En 2002-2003, cette proportion était de 23,7%. Il y a donc eu une faible progression d'un point de pourcentage au cours des quatre années pour lesquelles l'indicateur est disponible, ce qui se traduit en une croissance du taux de 4,2%.

Au cours de cette période, le nombre total de personnes qui ont reçu un service du CLSC suite à leur congé de l'urgence, qui est le numérateur de l'indicateur, est passé de 7 526 à 8 562. Le dénominateur de l'indicateur est le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence sans avoir été hospitalisés suite à la visite à l'urgence. De 2002-2003 à 2005-2006, cette population est passée de 31 772 à 34 680 usagers.

Ainsi, la faible croissance du taux de service du CLSC suite au congé de l'urgence de 2002-2003 à 2005-2006 est la conséquence d'une croissance en parallèle du nombre de personnes qui ont reçu un service du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence (croissance de 13,8%) et du nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence sans avoir été hospitalisés suite à la visite à l'urgence (croissance de 9,2%).

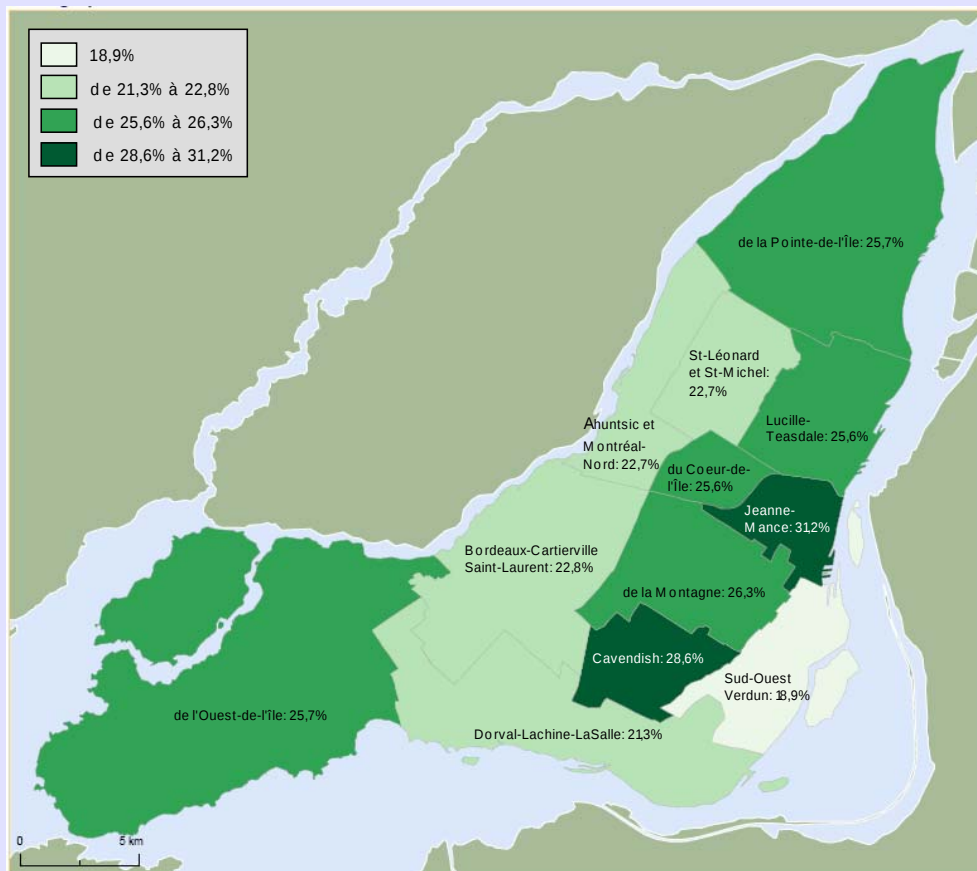
TABLEAU 6 Évolution du taux de service du CLSC suite au congé de l'urgence chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002-2003 à 2005-2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (%)	23,7	23,7	24,1	24,7	4,2%
Nb d'usagers qui ont reçu un service du CLSC suite à leur congé de l'urgence	7 526	7 720	8 186	8 562	13,8%
Nb de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence SANS HOSPITALISATION	31 772	32 548	33 914	34 680	9,2%

État de la situation 2005-2006

En 2005-2006, c'était dans le territoire du CSSS Jeanne-Mance (31,2%) que la proportion de personnes de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence et qui ont reçu au moins un service du CLSC suite à cette visite était la plus élevée. La proportion la plus faible était pour sa part retrouvée dans le territoire de CSSS Sud-Ouest - Verdun²³ (18,9%).

FIGURE 10 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu un service du CLSC suite à leur congé de l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

²³ À noter que les données relatives aux services offerts dans ce CSSS par la Clinique de santé communautaire Pointe-Saint-Charles ne sont pas disponibles.

Le service du CLSC suite au congé de l'urgence selon certaines caractéristiques

En 2005-2006, le quart (25%) des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence sans être hospitalisés ont reçu un service de leur CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence.

Afin de mesurer les variations de cet indicateur parmi les personnes qui avaient reçu un service du CLSC avant la visite à l'urgence par rapport à celles qui n'en avaient pas reçu, la variable « Connu CLSC » a été créée. Un intervalle de trois périodes de 28 jours avec au moins une intervention du CLSC avant la date de visite à l'urgence a été jugé comme approprié pour déterminer si l'utilisateur était suivi par le CLSC ou non avant sa visite à l'urgence. Le terme « connu CLSC » représente donc le fait d'avoir reçu au moins une intervention du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence. Soulignons que seuls 26% (n=9 090) des Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu leur congé de l'urgence sans être hospitalisés étaient considérés comme connus du CLSC en 2005-2006²⁴.

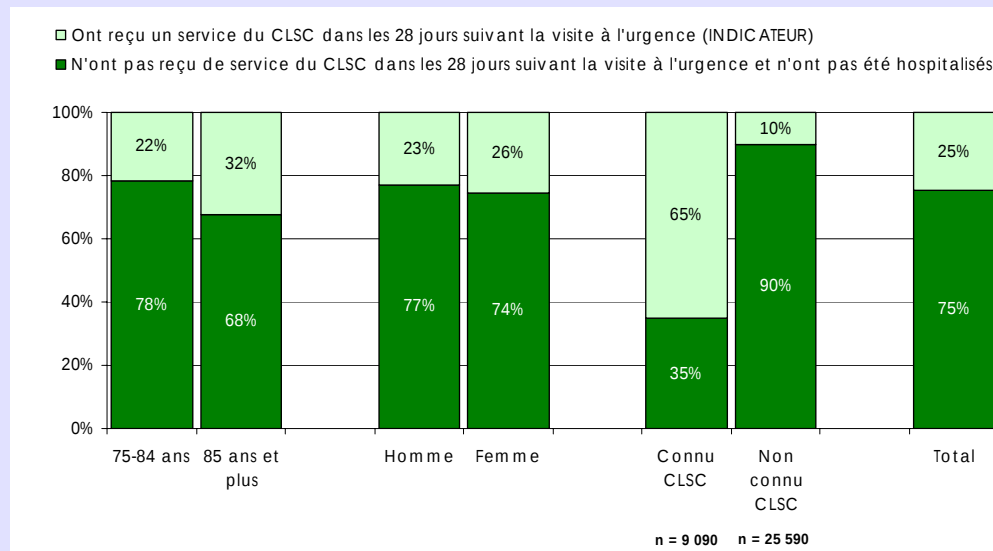
Ainsi, près des deux tiers (65%) des usagers qui étaient considérés connus du CLSC avant la visite à l'urgence ont revu un intervenant du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence. À l'opposé, parmi ceux qui n'étaient pas considérés connus du CLSC, seul un usager sur dix (10%) avait reçu un service du CLSC suite à son congé de l'urgence.

Selon l'âge, le taux de service du CLSC suite au congé de l'urgence variait de 10 points de pourcentage, passant de 22% chez les 75 à 84 ans à 32% chez les 85 ans et plus. Selon le sexe, presque aucune différence n'était observée entre les hommes (23%) et les femmes (26%).

Comparé à l'âge et au sexe, le fait d'être considéré connu du CLSC était donc en 2005-2006 un facteur déterminant quant aux services offerts aux personnes âgées par leur CLSC suite à un congé de l'urgence.

²⁴ Il est à noter que les données ne nous permettent pas de savoir si l'utilisateur a été référé ou non au CLSC lors de son congé de l'urgence.

FIGURE 11 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu un service du CLSC suite à leur congé de l'urgence en 2005-2006, selon certaines caractéristiques



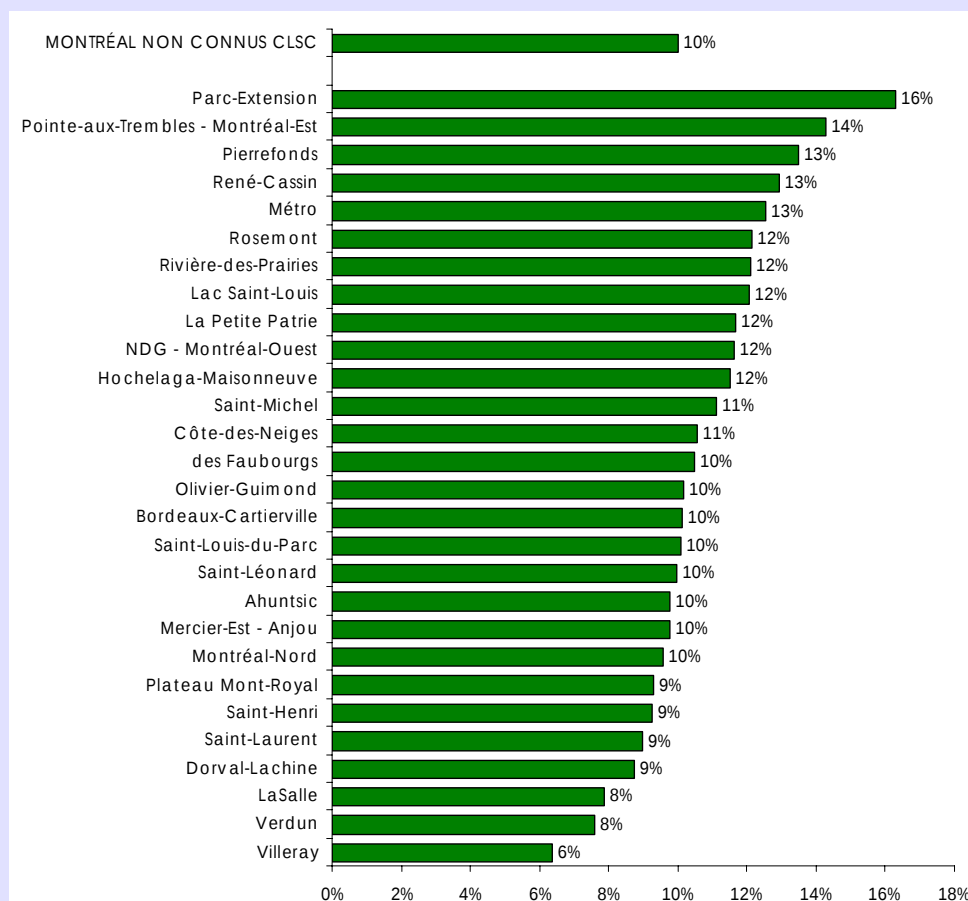
Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Le service du CLSC suite au congé de l'urgence chez les « non connus du CLSC » selon le territoire de CLSC de résidence

Parmi les usagers qui n'ont pas reçu de service du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence (soit les « non connus du CLSC » seulement), la valeur de l'indicateur par territoire de CLSC variait en 2005-2006 de 6% à 16%. Il semble donc peu courant, lorsqu'on n'a pas fréquenté le CLSC avant la visite à l'urgence, de recevoir un service du CLSC suite à une visite à l'urgence, et ce, quel que soit le CLSC fréquenté.

Les *Réseaux intégrés de services pour personnes âgées* (RISPA) prévoient l'augmentation dans les années à venir du taux de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les données de 2005-2006 montrent que le fait d'avoir reçu un service du CLSC après la visite à l'urgence était plus attribuable à un suivi déjà établi entre l'utilisateur et le CLSC qu'à une nouvelle référence au CLSC engendrée par une visite à l'urgence.

FIGURE 12 Service offert par le CLSC suite au congé de l'urgence parmi les Montréalais de 75 ans et plus "non connus du CLSC" en 2005-2006, selon le territoire de CLSC de résidence



Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

En ce qui a trait à l'indicateur de service offert par le CLSC suite à une visite à l'urgence, les personnes rencontrées se sont interrogées sur l'interprétation à donner à la valeur de l'indicateur, c'est-à-dire à savoir si cela est suffisant ou non que 24,7% des Montréalais de 75 ans et plus aient reçu des services du CLSC suite à leur visite à l'urgence. En effet, il a été souligné que si l'information concernant les usagers (nombre, raisons, etc.) qui refusent le SAD était disponible, celle-ci permettrait d'évaluer l'impact de ces refus sur l'utilisation des services.

Les participants à la formation étaient cependant conscients que le taux de pénétration du CLSC devrait être plus élevé et qu'il pourrait avoir un impact significatif sur la décroissance des retours à l'urgence. Il a toutefois aussi été souligné que ce taux est tributaire des ressources financières disponibles.

1.4 Délai de service du CLSC aux Montréalais de 75 ans et plus suite à un congé de l'urgence

Le développement d'un véritable réseau intégré de services devrait contribuer directement à l'amélioration de la continuité des services, ainsi qu'à l'accès aux services. Ces améliorations devront être orientées prioritairement vers les clientèles fragiles qui doivent avoir un accès rapide aux services. Dans ce contexte, l'indicateur sur le délai de services pour les usagers après leur retour à domicile suite à une visite à l'urgence a été considéré comme prioritaire.

Tout comme en ce qui a trait à l'indicateur sur le service offert par le CLSC suite à une visite à l'urgence, rappelons que l'Agence de Montréal prévoit que les réseaux de services aux personnes âgées de chacun des CSSS assureront un repérage des usagers en perte d'autonomie à l'urgence. Ces actions, couplées à l'ajout de ressources de soutien à domicile et à la coordination des services par des gestionnaires de cas pour les clients ayant de grands besoins, devraient permettre de bien prioriser les clientèles et déployer les services adaptés à leurs besoins dans les meilleurs délais²⁵.

L'indicateur développé est ainsi une mesure qui permettra de rendre compte de l'accès aux services pour les personnes les plus vulnérables.

Définition et construction de l'indicateur

Le calcul du délai a été effectué à partir du nombre de jours entre la date de congé de l'urgence des personnes de 75 ans et plus et leur première intervention PALV profil 710, quel que soit le lieu de cette intervention²⁶.

²⁵ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal (mars 2005), p.51.

²⁶ Dans le cadre de cet indicateur, seules les interventions PALV profil 710 ont été considérées afin d'éviter que les délais de service du CLSC prescrits pour faire le suivi des soins reçus à l'urgence ne viennent jouer sur le délai moyen de service PALV du CLSC. En 2005-2006, 12% de l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence ont reçu un service PALV profil 710 du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence.

L'indicateur ne tient compte que de la première visite à l'urgence pour un usager entre la période 13 de l'année financière précédente et la période 12 de l'année financière en cours²⁷. Une telle approche a été établie afin de garder un intervalle de 28 jours équivalent à la période 13 de l'année financière.

Les visites à l'urgence qui ont eu lieu entre la première visite à l'urgence et l'intervention PALV profil 710 sont considérées comme faisant partie du même épisode de soins. Les usagers qui ont été hospitalisés suite à leur visite à l'urgence ont pour leur part été exclus de l'analyse. L'intervalle pour calculer le délai est d'un maximum de 28 jours après la date de congé de l'urgence, soit l'équivalent d'une période sur treize dans la banque de données I-CLSC. Toute intervention PALV profil 710 ayant eu lieu plus de 28 jours après le congé de l'urgence est considérée comme indépendante de la visite à l'urgence et est par le fait même exclue de l'analyse.

L'indicateur est par la suite calculé en divisant le délai précédemment défini par la population des Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu une intervention PALV profil 710 du CLSC après leur congé de l'urgence. L'indicateur se traduit donc en nombre moyen de jours.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Délai (nb moyen de jours) pour l'obtention de service du CLSC suite à un congé de l'urgence} = \frac{\text{Nombre de jours d'attente entre la date du congé de l'urgence et la date de la première intervention PALV profil 710 du CLSC au cours de l'année financière pour les Montréalais de 75 ans et plus}}{\text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu une intervention PALV profil 710 du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence au cours de l'année financière}}$$

²⁷ Par exemple, pour le calcul de l'indicateur pour l'année financière 2005-2006, ne sont considérés que les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence entre le 05/03/2005 et le 04/03/2006. La même période a été définie pour tous les indicateurs faisant référence à la fréquentation des urgences.

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En 2005-2006, les Montréalais de 75 ans et plus recevaient un service PALV (profil 710) du CLSC, en moyenne 8,3 jours après leur congé de l'urgence. En 2002-2003, ce délai moyen était de 8,2 jours. On remarque donc une certaine stabilité de ce délai depuis 2002-2003.

Soulignons par ailleurs qu'au cours de cette période, le nombre d'utilisateurs qui ont reçu un service PALV du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé a connu une croissance de 12,1%, passant de 5 109 à 5 728 usagers.

Le nombre total de jours d'attente pour un premier service PALV du CLSC dans les 28 jours suivant le congé de l'urgence a pour sa part augmenté de 13,1% au cours de la même période. Ainsi, même si le volume de personnes desservies a augmenté, le délai de service est demeuré relativement stable.

TABEAU 7 Évolution du délai de service PALV du CLSC suite au congé de l'urgence chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

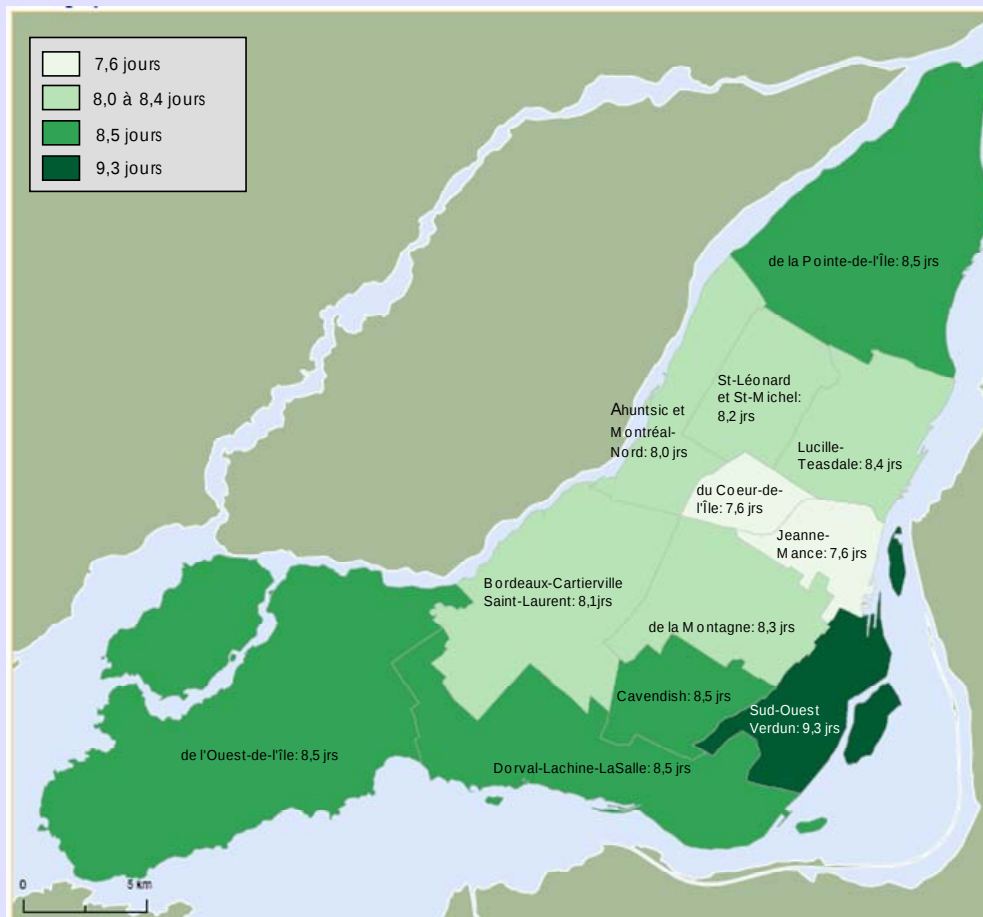
	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002-2003 à 2005-2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (%)	8,2	8,3	8,4	8,3	1,2%
Nb de jours d'attente des usagers qui ont reçu un service PALV du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé	42 050	44 534	47 071	47 563	13,1%
Nb d'utilisateurs qui ont reçu un service PALV du CLSC dans les 28 jours suivant leur congé de l'urgence	5 109	5 353	5 594	5 728	12,1%

État de la situation 2005-2006

En 2005-2006, le délai moyen pour obtenir un service PALV (profil 710) du CLSC pour les Montréalais de 75 ans et plus variait généralement peu d'un territoire de CSSS à l'autre, ce délai moyen variant généralement entre 8 et 8,5 jours.

Deux CSSS se distinguaient toutefois par un délai de service du CLSC plus court, soit de 7,6 jours pour les territoires des CSSS du Cœur-de-l'Île et Jeanne-Mance. Les 75 ans et plus du territoire du CSSS Sud-Ouest – Verdun avaient pour leur part un délai moyen de service PALV du CLSC de 9,3 jours.

FIGURE 13 Délai de service du CLSC aux Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006 suite à un congé de l'urgence, selon le territoire de CSSS de résidence



Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

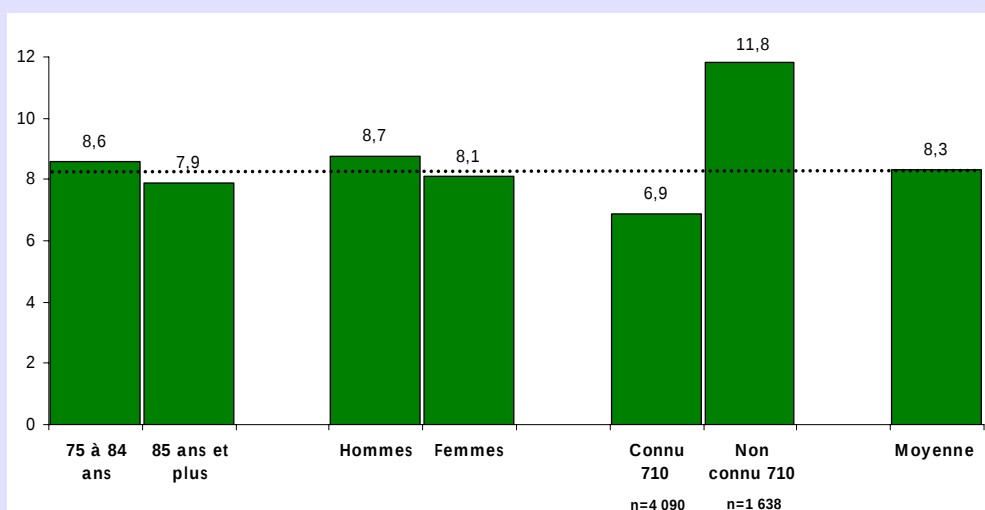
Le délai de service du CLSC suite au congé de l'urgence selon certaines caractéristiques

En 2005-2006, le délai moyen pour l'obtention de service du CLSC (PALV profil 710) suite au congé de l'urgence était un peu plus court pour les personnes de 85 ans et plus que pour les personnes de 75 à 84 ans (7,9 jours versus 8,6 jours). Le délai moyen d'intervention du CLSC était aussi un peu plus court pour les femmes que pour les hommes (8,1 jours versus 8,7 jours).

Afin de mesurer les variations de cet indicateur parmi les personnes qui avaient déjà reçu un service PALV profil 710 avant la visite à l'urgence par rapport à celles qui n'en avaient pas reçu, la variable « Connu 710 » a été créée. Le terme « connu 710 » représente le fait d'avoir reçu au moins une intervention PALV du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence. Ce groupe représentait en 2005-2006 71 % de ceux qui avaient reçu au moins une intervention PALV dans les 28 jours suivant leur visite à l'urgence²⁸.

On remarque ainsi que le délai moyen d'intervention du CLSC variait fortement en 2005-2006 selon le fait d'avoir ou non reçu une intervention PALV profil 710 du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence. En effet, un Montréalais de 75 ans et plus qui avait reçu une intervention PALV du CLSC avant sa visite à l'urgence avait, en moyenne, un délai de service du CLSC de 6,9 jours après son congé de l'urgence. Ce délai moyen s'élevait à 11,8 jours pour ceux qui n'avaient pas reçu d'intervention PALV dans les trois périodes précédant la visite à l'urgence (« non-connu 710 »).

FIGURE 14 Délai moyen de service du CLSC (nb jours) suite à un congé de l'urgence en 2005-2006, selon certaines caractéristiques



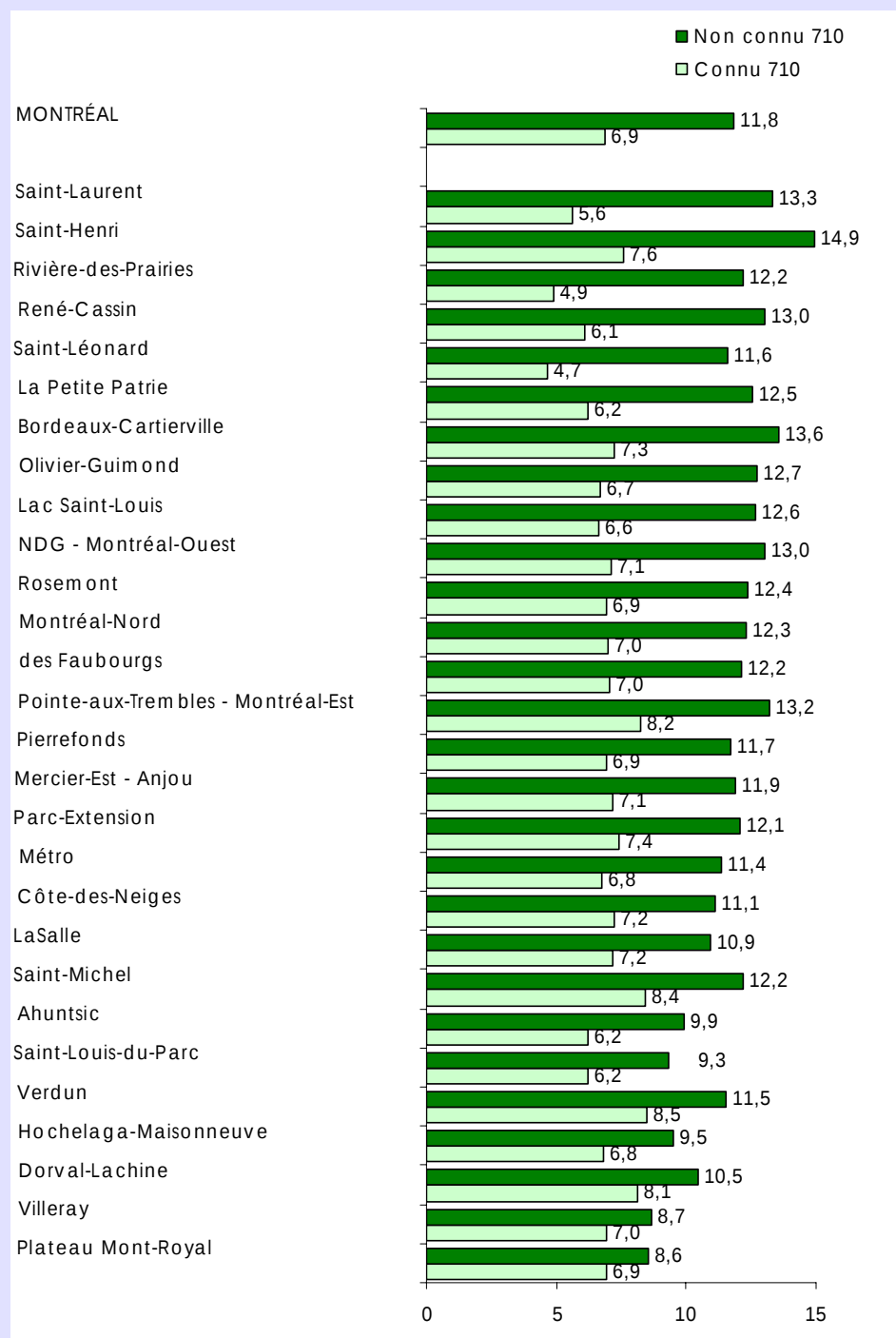
Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

²⁸ Il est à noter que les données ne nous permettent pas de savoir si l'utilisateur a été référé ou non au CLSC lors de son congé de l'urgence.

La relation entre le fait d'avoir reçu une intervention PALV du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence et le délai de service du CLSC variait cependant beaucoup d'un territoire de CLSC à l'autre.

En effet, si on retrouvait en 2005-2006 très peu d'écart entre le délai de service des usagers « connus 710 » et « non connus 710 » des territoires de CLSC Plateau Mont-Royal et Villeray (1,7 jour d'écart entre les deux types d'usagers), l'écart était beaucoup plus marqué entre les deux types d'usagers dans les territoires de CLSC Saint-Laurent, Saint-Henri et Rivière-des-Prairies (de 7,7 à 7,3 jours d'écart entre les usagers « connus 710 » et « non connus 710 »).

FIGURE 15 Délai moyen de service du CLSC (nb jours) suite à un congé de l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CLSC et le fait d'avoir reçu ou non une intervention PALV avant la visite à l'urgence



Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

Les participants rencontrés lors de la formation présument qu'il y a un lien entre l'indicateur sur le délai de service PALV du CLSC et celui sur les retours à l'urgence. Lorsque le délai de service PALV du CLSC est trop long, des moyens d'action concrets devraient ainsi être mis en place pour le réduire.

Le manque de ressources pour organiser les services rapidement lors du congé - surtout si celui-ci a lieu un vendredi soir ou un samedi - ainsi que le fait de ne pas avertir le gestionnaire de cas (lorsqu'il y en a un) de la présence de son usager à l'urgence ont aussi été mentionnés comme facteurs pouvant avoir un impact négatif sur le délai de service.

1.5 Non prise en charge médicale des Montréalais de 75 ans et plus avant une visite à l'urgence

La nécessité d'une prise en charge médicale adéquate augmente avec la vulnérabilité des personnes qui sont aux prises avec différents problèmes de santé. Ainsi, il est important que les personnes vulnérables aient accès facilement à un médecin de famille en cas de besoin. Toutefois, il est difficile de mesurer la prise en charge médicale à partir des banques de données d'utilisation des services. C'est pourquoi l'indicateur choisi mesure la prise en charge médicale par la négative, en recensant les personnes de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence, mais qui n'avaient pas consulté auprès d'un médecin omnipraticien au cours des trois mois précédant cet événement.

Comme mentionné pour l'indicateur sur le retour à l'urgence, l'étude montréalaise de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé démontre que le fait de ne pas avoir de médecin de famille disponible est un élément qui augmente le risque pour une personne âgée vulnérable de fréquenter les salles d'urgence. Parmi les usagers qui constituaient la cohorte : « Trente-sept pour cent ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille disponible pour leur parler. Même chez les patients souffrant d'un déficit fonctionnel prémorbide modéré ou grave, près d'un tiers déclarait ne pas avoir de médecin de famille disponible »²⁹.

Par ailleurs, le Conseil médical du Québec formulait en 2003 un avis sur la continuité des soins et services médicaux de première ligne : « Les recherches démontrent que les résultats de l'intervention professionnelle sont meilleurs si le patient est traité par son médecin habituel. D'une part, le médecin connaît bien son patient et propose un traitement bien ciblé et, d'autre part, le patient est davantage fidèle à son traitement car il fait confiance à son médecin. Les médecins identifient mieux les problèmes de nature médicale et psychosociale et ils appliquent plus judicieusement les méthodes attentistes. De leur côté, les patients respectent mieux leur traitement, ils ont moins recours aux

²⁹ CARDIN S., PINEAULT R., ROBERGE D., LANG E., TÉTRAULT M. et VERDON J. (2001). *Modalités et qualité perçue de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence : effet sur le risque de retour*, Ottawa (octobre 2001) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, p. 18.

services d'urgence des hôpitaux, font des séjours plus courts à l'hôpital et utilisent moins les services de santé en général »³⁰.

Pour étudier cette relation, le comité technique qui a élaboré les indicateurs PALV a donc décidé d'observer si les personnes âgées qui ont fréquenté l'urgence avaient consulté auprès d'un médecin omnipraticien dans les trois mois précédant cette visite à l'urgence.

Définition et construction de l'indicateur :

L'indicateur de non prise en charge médicale étudie ce qui s'est passé dans les trois mois précédant la visite à l'urgence. Pour représenter ces trois mois, un intervalle de trois périodes de 28 jours a été adopté par convention. Ainsi, lorsqu'on fait référence aux trois mois précédant la visite à l'urgence, on parle concrètement de 84 jours calendrier.

Cet intervalle est calculé à partir de la première visite à l'urgence pour un usager entre la période 13 de l'année financière précédente et la période 12 de l'année financière en cours. Ce découpage chronologique est justifié par le besoin d'avoir une base de calcul comparable avec les indicateurs de retour à l'urgence, de service du CLSC et de délai de service PALV du CLSC suite à une visite à l'urgence.

Comme mentionné pour l'indicateur portant sur la fréquentation de l'urgence, rappelons que les données de la banque RAMQ pour les cliniques médicales sont inscrites en nombre d'actes médicaux et par date. Chaque date recensée est par conséquent calculée comme une visite chez l'omnipraticien. S'il y a plusieurs actes médicaux recensés pour une même date pour un usager, il est compté comme une seule visite.

La population considérée comme ayant eu une consultation auprès d'un omnipraticien est composée de l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus qui ont eu au moins une consultation auprès d'un omnipraticien en clinique privée, en GMF ou en CLSC. Les consultations ont été comptabilisées à partir des actes facturés à la RAMQ par les médecins omnipraticiens. Ainsi, les actes effectués par les médecins à vacation en CLSC, dans les Unités de médecine de famille (UMF) ou en CHSLD ne sont pas inclus puisqu'ils ne sont pas inscrits dans les banques de données de la RAMQ.

L'indicateur de non prise en charge médicale est donc calculé en divisant le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui **n'ont pas eu de consultation auprès d'un médecin omnipraticien** en clinique médicale dans les trois mois précédant leur visite à l'urgence par le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence.

³⁰ BEAULIEU C., HAGGERTY J., LAVERDURE M., FOUCAULT G., MORNEAU F., SAILLANT L. et SANTERRE D. (2003). *Avis sur la continuité des soins et services médicaux : la continuité, une base essentielle de la qualité*. Québec (juin 2003) : Conseil médical du Québec, p.4.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\begin{array}{lcl}
 \text{Proportion (\%) de} & & \text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus} \\
 \text{Montréalais de 75 ans et} & & \text{qui n'ont pas eu de consultation auprès} \\
 \text{plus qui n'ont pas eu de} & & \text{d'un omnipraticien en clinique médicale} \\
 \text{consultation auprès d'un} & = & \text{dans les trois mois précédant} \\
 \text{omnipraticien dans les} & & \text{leur visite à l'urgence} \\
 \text{trois mois précédant une} & & \hline \\
 \text{visite à l'urgence} & & \text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus} \\
 & & \text{qui ont fréquenté l'urgence au cours de} \\
 & & \text{l'année financière}
 \end{array}$$

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En 2005-2006, la moitié (50%) des Montréalais de 75 ans et plus n'avaient pas consulté auprès d'un médecin omnipraticien en clinique médicale au cours des trois mois précédant leur visite à l'urgence. En 2002-2003, 47,6% des Montréalais de 75 ans et plus étaient dans la même situation. La proportion de personnes de 75 ans et plus qui n'avaient pas consulté auprès d'un omnipraticien avant la visite à l'urgence a donc connu une très légère croissance de 5% de 2002-2003 à 2005-2006.

En 2005-2006, ce sont ainsi 2 925 usagers de plus qu'en 2002-2003 qui n'avaient pas consulté auprès d'un omnipraticien au cours des trois mois précédant la visite à l'urgence, ce qui représente une croissance du nombre d'usagers dans cette situation de 14% sur quatre ans. Puisque le nombre d'usagers qui n'ont pas consulté auprès d'un omnipraticien a augmenté plus rapidement que le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence au cours de la même période (croissance de 8,4%), la valeur de l'indicateur a connu une légère croissance de 2002-2003 à 2005-2006.

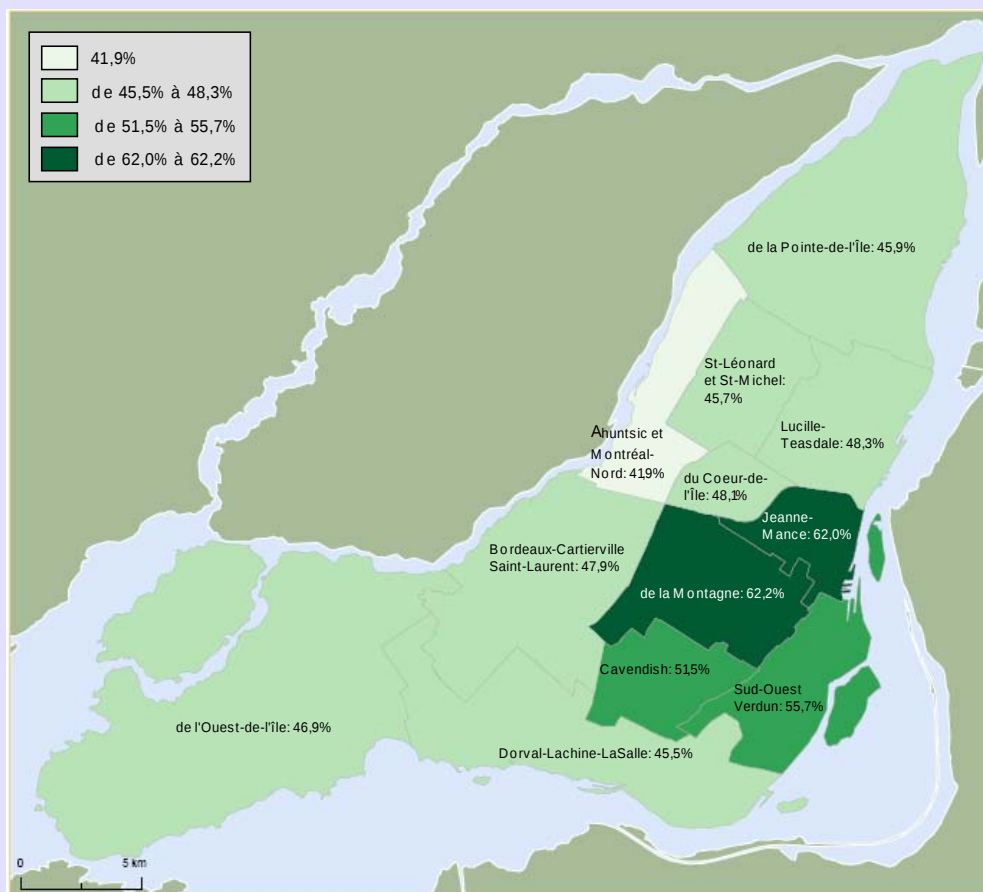
TABEAU 8 Évolution de l'indicateur de non prise en charge médicale chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002- 2003 à 2005- 2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (%)	47,6	47,5	48,4	50	5,0%
Nb d'usagers qui n'ont pas consulté auprès d'un omnipraticien – 3 mois avant la visite à l'urgence	20 921	21 555	22 887	23 846	14,0%
Nb de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence	43 982	45 393	47 305	47 690	8,4%

État de la situation 2005-2006

En 2005-2006, les proportions les plus élevées de personnes de 75 ans et plus qui n'avaient pas consulté auprès d'un omnipraticien avant la visite à l'urgence se retrouvaient dans les territoires de CSSS de résidence de la Montagne (62,2%), Jeanne-Mance (62%), Sud-Ouest-Verdun (55,7%) et Cavendish (51,5%). À l'opposé, c'est dans le territoire de CSSS de résidence Ahuntsic et Montréal-Nord (41,9%) que cette proportion était la plus faible.

FIGURE 16 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui n'ont pas consulté auprès d'un omnipraticien dans les trois mois précédant la visite à l'urgence en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Les usagers qui n'ont pas consulté auprès d'un omnipraticien dans les trois mois précédant la visite à l'urgence selon certaines caractéristiques

D'entrée de jeu, soulignons que cet indicateur varie très peu selon l'âge, le sexe ou le fait d'être connu ou non du CLSC avant la visite à l'urgence.

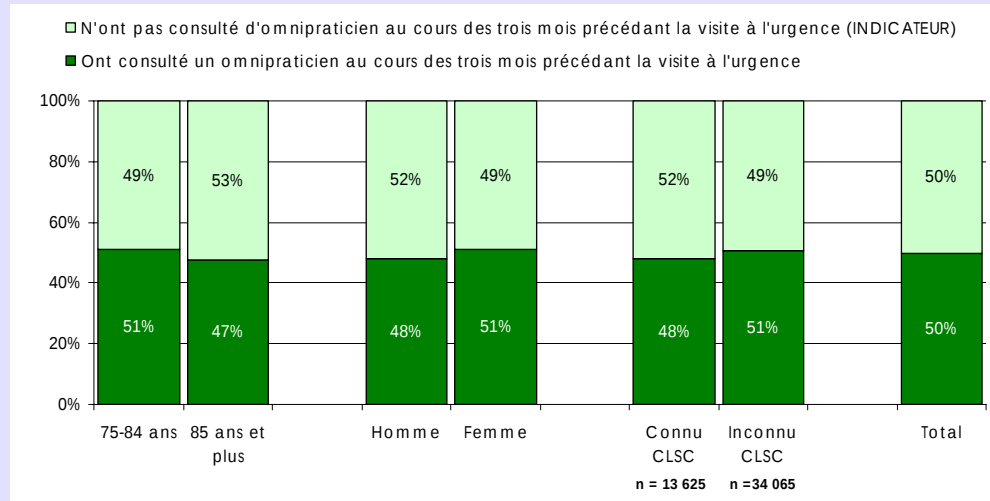
On observe tout de même qu'en 2005-2006, les personnes de 85 ans et plus étaient proportionnellement un peu plus nombreuses (53%) à ne pas avoir consulté auprès d'un omnipraticien que les personnes de 75 à 84 ans (49%) au cours des trois mois précédant leur visite à l'urgence. Les hommes avaient eux aussi un peu plus tendance à ne pas avoir consulté auprès d'un omnipraticien (52%) que les femmes (49%).

Afin de mesurer les variations de cet indicateur parmi les personnes qui avaient reçu un service du CLSC avant la visite à l'urgence par rapport à celles qui n'en avaient pas reçu, la variable « Connu CLSC » a été créée. Un intervalle de trois périodes de 28 jours avec au moins une intervention du CLSC avant la date de visite à l'urgence a été jugé comme approprié pour déterminer si l'utilisateur était suivi par le CLSC ou non avant sa visite à l'urgence.

Le terme « connu CLSC » représente donc le fait d'avoir reçu au moins une intervention du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence. En 2005-2006, ceux-ci représentaient 29% (n=13 625) des Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence.

On remarque donc que ceux qui étaient connus du CLSC avaient un peu plus tendance à ne pas avoir consulté auprès d'un omnipraticien avant la visite à l'urgence (52%) que ceux qui n'étaient pas connus du CLSC (49%). Soulignons cependant que les actes effectués par les médecins à vacation en CLSC ne sont pas disponibles dans les banques de données de la RAMQ. On peut ainsi poser l'hypothèse que le taux de non-consultation auprès d'un omnipraticien un peu plus élevé parmi les usagers connus du CLSC soit lié au fait que ces usagers aient pu consulter un omnipraticien du CLSC.

FIGURE 17 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui n'ont pas consulté auprès d'un omnipraticien avant la visite à l'urgence en 2005-2006, selon certaines caractéristiques



Source : Banque de données jumelées (I-CLSC, RAMQ-Actes médicaux), ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

Les personnes rencontrées ont mentionné que la pénurie de médecins omnipraticiens a un impact sur l'accessibilité et la continuité des soins et services médicaux. Elles considèrent ainsi qu'une meilleure prise en charge médicale éviterait des recours inutiles à l'urgence. Le fait que les médecins en CLSC (donc aussi certains en GMF) et les spécialistes ne soient pas comptabilisés dans le calcul de l'indicateur de non prise en charge médicale a aussi été mentionné comme facteur pouvant influencer sur la valeur de cet indicateur.

Une modification des pratiques (comme par exemple le médecin qui, à l'occasion, demande à l'usager de venir le voir à l'urgence lorsqu'il est de garde plutôt qu'à son bureau), la présence de cliniques médicales équipées de plateaux techniques avec des heures d'ouverture plus larges et aussi facilement accessibles à une clientèle à mobilité réduite sont des pratiques qui ont été identifiées lors des rencontres comme des facteurs qui pourraient diminuer le recours à l'urgence.

De plus, de l'avis des personnes rencontrées, l'intégration du volet médical au programme PALV, une garde 24/7, des visites médicales à domicile et une meilleure approche gériatrique amélioreraient aussi la qualité des services, incluant l'accessibilité et la continuité.

2.0 LES SERVICES D'HÉBERGEMENT

Dans ses orientations, l'Agence de Montréal prévoit une diminution du nombre de lits d'hébergement de longue durée et l'accroissement du nombre de places en ressources non institutionnelles pour les personnes nécessitant un milieu de vie substitut et une surveillance sur le territoire³¹.

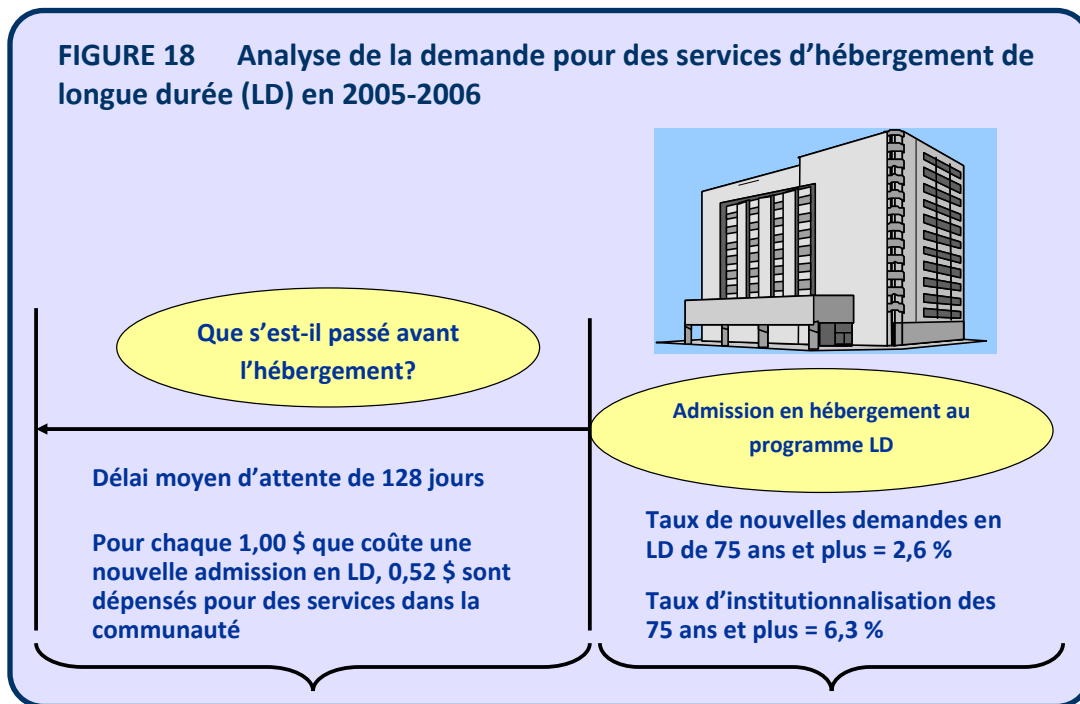
Afin de mesurer les effets de cette orientation, quatre indicateurs ont été sélectionnés concernant l'hébergement pour des soins de longue durée. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 9, selon leur positionnement dans les quadrants du modèle de performance :

TABEAU 9 Les indicateurs du tableau de bord PALV relatifs à l'utilisation des services d'hébergement

EFFICACITÉ	EFFICIENCE
• Demande d'hébergement pour les 75 ans et plus	• Taux d'institutionnalisation des 75 ans et plus • Dépense de service aux personnes âgées dans la communauté
ADAPTATION	QUALITÉ
• Délai pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD	

³¹ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal (mars 2005), p.11-32.

La figure 18 résume l'état de la situation 2005-2006 en ce qui a trait à l'utilisation des services d'hébergement par les personnes âgées.



Le lecteur trouvera dans le présent chapitre le détail des informations relatives au calcul et à l'interprétation de ces indicateurs illustrant l'accès, l'utilisation et l'évolution de l'utilisation des services d'hébergement comparée à l'évolution des services de soutien à domicile par les Montréalais.

2.1 Demande d'hébergement pour les Montréalais de 75 ans et plus

La transformation de l'offre de services en hébergement doit impérativement s'accompagner d'une réduction de la demande pour l'hébergement en longue durée. En effet, les personnes qui étaient traditionnellement dirigées vers des services institutionnels en CHSLD et dans les unités de soins de longue durée des hôpitaux doivent se voir offrir des alternatives dans leur milieu de vie naturel ou dans des services d'hébergement en milieu non institutionnel. Cet indicateur sur les demandes d'hébergement permettra d'évaluer l'efficacité des mesures visant à répondre de manière différente aux besoins des personnes en perte d'autonomie.

L'entente de gestion et d'imputabilité 2004-2005, conclue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, précise que l'Agence verra à : «(...) élaborer un plan d'action sur les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce plan sera basé sur le développement d'alternatives à l'hébergement institutionnel, l'intégration des services, l'amélioration de leur accessibilité et la responsabilisation des réseaux locaux³².

Il importe ainsi que l'organisation des services en milieu institutionnel soit revue afin de répondre aux besoins d'une clientèle en lourde perte d'autonomie. L'hébergement de longue durée devrait être réservé à l'accueil de personnes présentant un profil complexe ou requérant un ensemble d'interventions spécialisées.

La région doit orienter prioritairement les clientèles de moins de trois heures-soins vers les services plus adaptés de soutien à domicile et vers les ressources non institutionnelles (RNI), au lieu de les admettre en CHSLD. On devrait constater au cours des prochaines années une baisse progressive des demandes d'hébergement et, en particulier, des demandes pour les personnes avec un profil de besoins plus légers.

³² Entente de gestion et d'imputabilité 2004-2005 conclue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (novembre 2004), section 6.1, p. 17. Tiré de : AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal (mars 2005), p.11.

Ces orientations sont appuyées par plusieurs recherches. Par exemple, en Estrie, le programme PRISMA³³ a montré que l'implantation d'un réseau intégré de services sur un territoire donné amène une diminution du désir d'être hébergé, ce qui entraîne une baisse du taux d'institutionnalisation. D'autre part, l'évaluation du *Système intégré pour personnes âgées* (SIPA) souligne que : « la proportion des personnes âgées en attente d'hébergement dans les hôpitaux de courte durée ont diminué de moitié dans le groupe SIPA [et qu'il y a dans ce groupe] une tendance à une diminution des hébergements en institutions.³⁴ De plus, le MSSS a fait du soutien à domicile une de ses priorités et l'a confirmé dans la vision qu'il propose : « le domicile doit toujours être la première option à considérer par tous les intervenants, et ce, à toutes les étapes de l'intervention (...) »³⁵

Définition et construction de l'indicateur

L'indicateur est basé sur le nombre de nouvelles demandes de Montréalais de 75 ans et plus pour une place d'hébergement en longue durée dans un CHSLD de Montréal inscrites dans le système régional d'admission (SRA). La demande est comptabilisée, que l'utilisateur ait été admis ou non. Le dénominateur utilisé pour calculer les taux est la population pondérée des personnes de 75 ans et plus. Cette pondération prend en compte les besoins de la population des 12 territoires de CSSS. Elle est basée sur deux variables du recensement de Statistique Canada, à savoir l'isolement (le nombre de personnes vivant seules) et le taux d'incapacité rapporté³⁶.

Sont exclus du calcul les usagers déjà hébergés en transit pour un autre établissement, ceux qui ont fait une demande de réorientation pour un autre programme ou les demandes subséquentes à la première demande parmi ceux qui ont fait plus d'une demande dans la même année. Par contre, les usagers qui résidaient à domicile lors de la demande sont inclus, de même que ceux qui résidaient dans un centre hospitalier de courte durée, en résidence privée, en résidence de type familial ou en ressource intermédiaire.

Les données sont présentées en fonction du territoire de résidence de l'utilisateur lors de la demande et non en fonction de l'établissement pour lequel l'utilisateur a été orienté.

³³ HÉBERT R., TOURIGNY A., et GAGNON M. (dir.) (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. PRISMA, Saint-Hyacinthe : Edisem, p.19.

³⁴ BÉLAND F., BERGMAN H., LEBEL P. , et coll. (2001). *Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000, du système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie*. Montréal (mai 2001) : Projet de recherche SIPA du Groupe de recherche Université de Montréal/McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, p.7.

³⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2004). *Chez soi : le premier choix - Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, p.1.

³⁶ Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Proportion (\%) de Montréalais de 75 ans et plus ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD} = \frac{\text{Nombre de nouvelles demandes reçues au cours de l'année financière pour une place d'hébergement en CHSLD pour des Montréalais de 75 ans et plus}}{\text{Population pondérée des Montréalais de 75 ans et plus}}$$

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En 2005-2006, 3 612 nouvelles demandes d'hébergement pour des Montréalais de 75 ans et plus ont été enregistrées au système régional d'admission de Montréal. Pour la population de l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus, le taux de demandes d'hébergement s'établissait à 2,6%.

Depuis 2002-2003 (3 736 demandes), on remarque une très légère décroissance (3,3%) du nombre total de demandes, alors que la population des Montréalais de 75 ans et plus a augmenté de 6,6%. La valeur de l'indicateur a ainsi connu une très faible décroissance, la proportion de Montréalais de 75 ans et plus ayant fait une demande d'hébergement étant passée de 2,8% à 2,6% de 2002-2003 à 2005-2006.

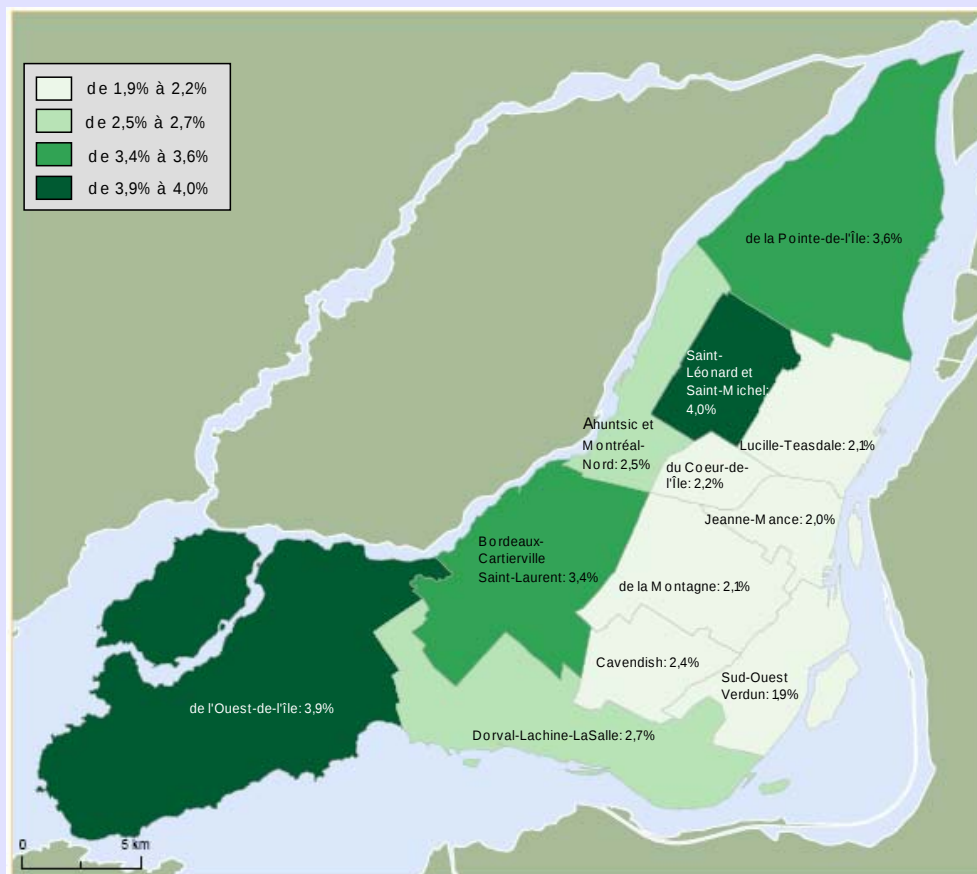
TABLEAU 10 Évolution de l'indicateur de demande d'hébergement pour les 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002-2003 à 2005-2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (%)	2,8	2,7	2,6	2,6	-7,1%
Nombre de nouvelles demandes d'hébergement	3 736	3 586	3 597	3 612	-3,3%
Nombre total de Montréalais de 75 ans et plus	131 808	134 726	137 450	140 463	6,6%

État de la situation 2005-2006

En 2005-2006, la proportion de demandes d'hébergement pour les personnes de 75 ans et plus était plus faible parmi les résidents des territoires de CSSS de la partie sud du centre de l'île de Montréal. C'est par ailleurs parmi les résidents des territoires de CSSS Saint-Michel et Saint-Léonard (4,0%) et de l'Ouest-de-l'île (3,9%) qu'on retrouvait les plus fortes proportions de demandes d'hébergement³⁷.

FIGURE 19 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont fait une demande d'hébergement en CHSLD en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence

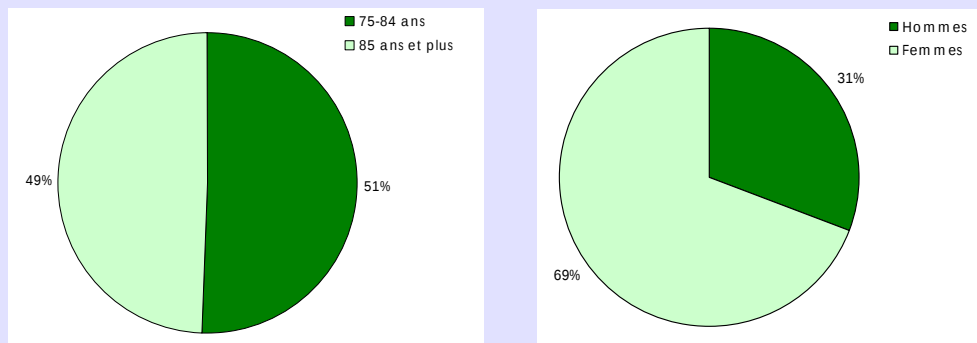


³⁷ Rappelons que la valeur de cet indicateur par territoire de CSSS de résidence a pour dénominateur la **population pondérée** du territoire de CSSS. Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

Les demandes d'hébergement selon l'âge et le sexe

En 2005-2006, plus de deux demandes d'hébergement sur trois touchaient des femmes. Les personnes de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus ont par ailleurs fait l'objet de demandes d'hébergement en CHSLD dans des proportions semblables.

FIGURE 20 Répartition des demandes d'hébergement de Montréalais de 75 ans et plus en 2005-2006, selon l'âge et le sexe

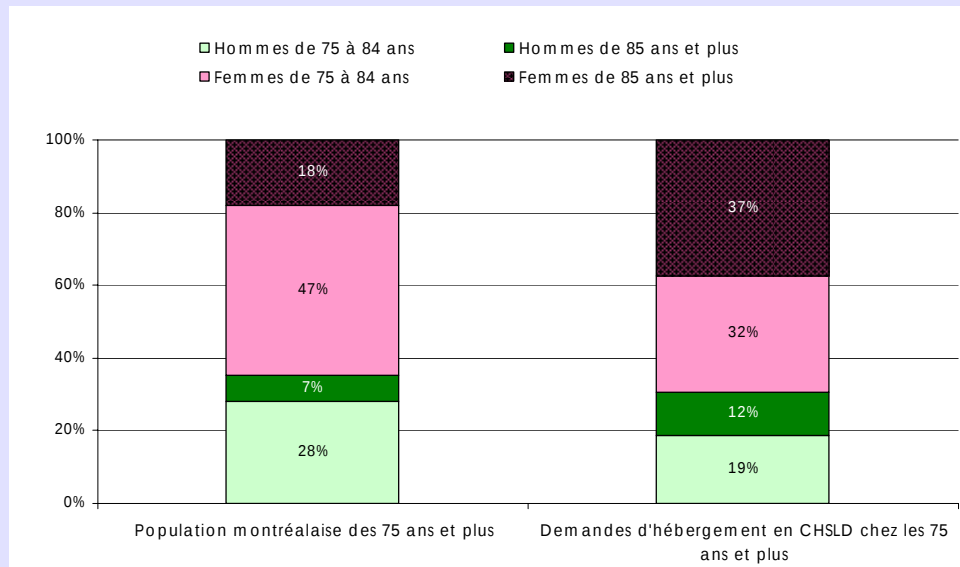


Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fait une demande d'hébergement comparés à l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus

On remarque que les personnes de 85 ans et plus, qui représentaient en 2005-2006 25% des 75 ans et plus du territoire montréalais, ont fait l'objet de 49% des demandes d'hébergement en CHSLD. Cette plus grande proportion de demandes d'hébergement provenant des Montréalais de 85 ans et plus concernait autant les hommes que les femmes.

FIGURE 21 Répartition de la population montréalaise âgée de 75 ans et plus comparée à la répartition des Montréalais ayant fait une demande d'hébergement en 2005-2006, selon l'âge et le sexe



Source : Projections de la population montréalaise, ISQ-Statistique Canada ; Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Les demandes d'hébergement selon le degré d'autonomie fonctionnelle

Rappelons que le Plan d'action ministériel 2005-2010 et les orientations de l'Agence de Montréal soulignent l'importance d'accorder la priorité au soutien à domicile, en réservant les places en CHSLD aux clientèles dont l'évaluation des besoins est d'au moins trois heures de soins par jour³⁸. Le réseau de la santé montréalais présente toutefois généralement les données sur l'évaluation des besoins en utilisant un seuil d'évaluation des besoins égale ou supérieure à 2,5 heures-soins par jour. Ce seuil a donc été retenu pour nos analyses.

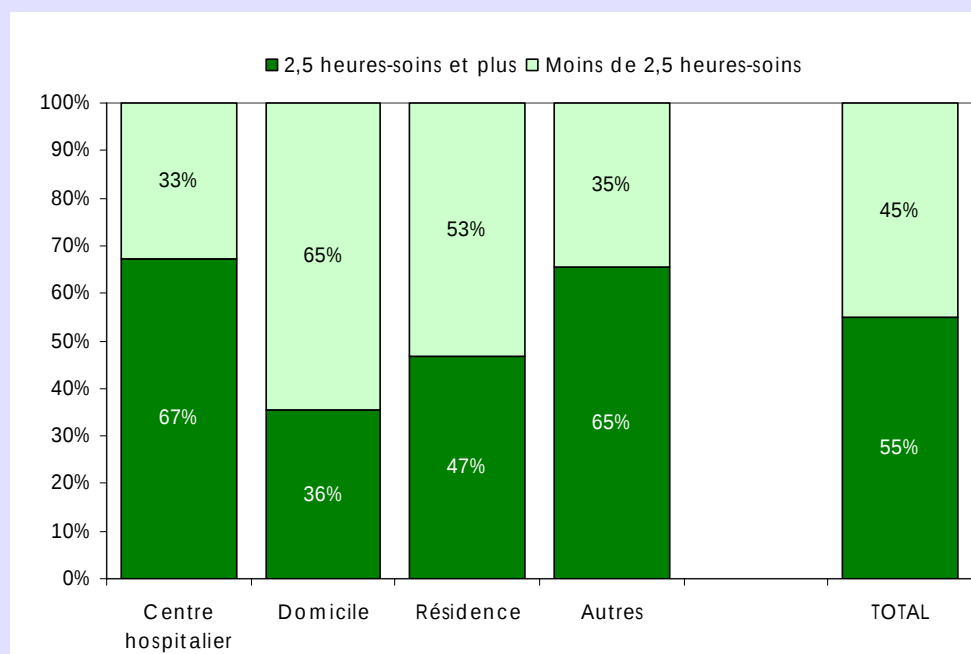
Au cours de l'année financière 2005-2006, 55% des demandes d'hébergement étaient formulées pour des personnes évaluées à 2,5 heures-soins et plus. Cette proportion a peu changé depuis 2000-2001, alors que la proportion de demandes formulées pour des personnes nécessitant 2,5 heures-soins et plus était de 54%.

Cette situation varie grandement en fonction de la provenance de la demande d'hébergement. En effet, 67% des demandes d'admission en CHSLD qui provenaient d'un centre hospitalier en 2005-2006 touchaient des clientèles dont les besoins étaient évalués

³⁸ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal (mars 2005), p.24.

à 2,5 heures-soins et plus. Par contre, ce pourcentage chutait à 36% pour les demandes des personnes qui demeuraient à domicile et à 47% pour les demandes des personnes qui demeuraient en résidence pour personnes âgées. Dans la catégorie « autres » (RNI, pavillons, etc.) on remarquait en 2005-2006 une évaluation des besoins semblable à celle des usagers issus des centres hospitaliers. Notons cependant que les personnes de provenance « autre » ne représentaient que 2,2% des demandes d'hébergement en 2005-2006.

FIGURE 22 L'évaluation des besoins à l'orientation des Montréalais de 75 ans et plus ayant fait une demande d'hébergement en 2005-2006, selon la provenance de la demande



Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

Les gestionnaires rencontrés ont bien compris ce que cet indicateur veut mesurer. Toutefois, ils ont souligné que la variation des demandes d'hébergement est pour beaucoup influencée par le réseau de services et son fonctionnement. Par exemple, plusieurs pensent que la priorité donnée aux demandes d'hébergement provenant des centres hospitaliers dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences peut favoriser une hausse artificielle de telles demandes.

Les gestionnaires de services PALV étaient également d'avis que les critères d'admission du système régional d'admission qui donnent accès aux CHSLD aux personnes avec un profil léger lancent un message inverse à la stratégie visée. Ils ont toutefois reconnu que

ces demandes sont engendrées par le réseau de services et qu'il est de leur responsabilité d'offrir à ces personnes d'autres alternatives.

Des questions ont aussi été soulevées sur la relation entre l'indicateur sur les demandes d'hébergement et l'indicateur sur les dépenses dans la communauté. En effet, les territoires qui présentent une bonne performance en termes de dépenses dans la communauté devraient également avoir un taux de demandes moins élevé. Or, de l'avis des personnes rencontrées, ce ne serait pas toujours le cas. Les gestionnaires qui ont participé à la formation souhaiteraient mieux comprendre ce phénomène.

2.2 Dépense de service aux personnes âgées dans la communauté

La stratégie de transformation des services aux personnes âgées mise sur un accroissement significatif du nombre de personnes desservies dans la communauté par les programmes de soutien à domicile (SAD) du CLSC et des services d'hébergement en ressources non institutionnelles. Ces services dans la communauté sont privilégiés, car ils correspondent mieux aux attentes et aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Ce soutien dans leur milieu de vie naturel des personnes en perte d'autonomie permettra d'offrir une alternative à l'hébergement en soins de longue durée. L'indicateur proposé permettra de suivre ce double effet : la progression des services dans la communauté et la diminution du nombre de personnes hébergées.

Cet indicateur calcule le ratio entre les dépenses réalisées en soutien à domicile dans un territoire et les dépenses associées aux nouvelles admissions en CHSLD des usagers de ce territoire.

On estime de cette manière, pour chaque dollar dépensé pour les nouvelles admissions en hébergement, combien d'argent est dépensé pour les services dans la communauté. Il est important de noter que cet indicateur ne tient compte ni du nombre de lits d'hébergement disponibles dans un territoire, ni du territoire d'hébergement de la personne. Il dénombre plutôt les résidents d'un territoire qui sont nouvellement hébergés en cours d'année, quel que soit le territoire d'hébergement.

Ainsi, un territoire de CSSS qui augmente ses dépenses dans les solutions alternatives ou diminue son nombre de nouvelles admissions en hébergement verra son ratio s'améliorer. Ces investissements devraient avoir un effet direct sur la réduction conjuguée de la demande et de l'offre de service d'hébergement en longue durée.

Définition et construction de l'indicateur

Le numérateur représente le coût des services aux personnes desservies dans la communauté et aux personnes desservies en ressources non institutionnelles (RNI). Les dépenses considérées sont celles des services SAD du CLSC, des centres de jour, des rétributions aux ressources de type familial (RTF), aux ressources intermédiaires (RI) et aux résidences d'accueil (RA), ainsi que les allocations gérées par les CLSC dans le cadre du programme Chèque-Emploi-Service (CES). Le dénominateur indique le coût des nouvelles admissions en CHSLD de la clientèle montréalaise.

Calcul du numérateur : le coût des services aux personnes desservies dans la communauté

Les données relatives au calcul des coûts de services aux personnes desservies dans la communauté sont extraites des statistiques interactives *Dépenses par programme-service*³⁹.

Pour mesurer le coût des services aux personnes desservies dans la communauté, nous cumulons les sommes imputées à l'offre de service à domicile aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement pour certains centres d'activités⁴⁰.

Sont également comptés les coûts associés à l'hébergement temporaire selon le CSSS de provenance de la clientèle utilisatrice de ce service. Chaque jour-présence d'un usager en hébergement temporaire a été estimé à un per diem standard théorique équivalent à 171 \$ (dollars 2005-2006).

Calcul du dénominateur : coût par année financière des nouvelles admissions en hébergement de la clientèle montréalaise

Seules les nouvelles admissions en longue durée des résidents du territoire sont prises en compte dans le dénominateur. Pour 2005-2006, le calcul du coût annuel standard d'un lit d'hébergement en CHSLD a été établi selon 2 catégories de soins requis. Il est à noter que les soins requis considérés dans le calcul du coût annuel sont ceux qui ont été définis lors de l'évaluation de l'usager.

Coût standard annuel selon les soins requis (dollars 2005-2006) :

- 47 923 \$ par lit de moins de 2,5 heures-soins requis par jour
- 67 432 \$ par lit de plus de 2,5 heures-soins requis par jour

³⁹ http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/statistiques/ressources/details_depense_programme.html

⁴⁰ Les centres d'activités retenus sont : 5514, 5534, 5554, 6173, 6351, 6430, 6440, 6530, 6561, 6563, 6960, 7111, 7121, 7151, 7156, 7160, 7161 et 7162.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Ratio monétaire (\$) entre le coût des services dans la communauté et le coût des nouvelles admissions en CHSLD} = \frac{\text{Coût par année financière des services offerts aux personnes âgées dans la communauté}}{\text{Coût par année financière des nouvelles admissions en hébergement de la clientèle montréalaise âgée}}$$

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

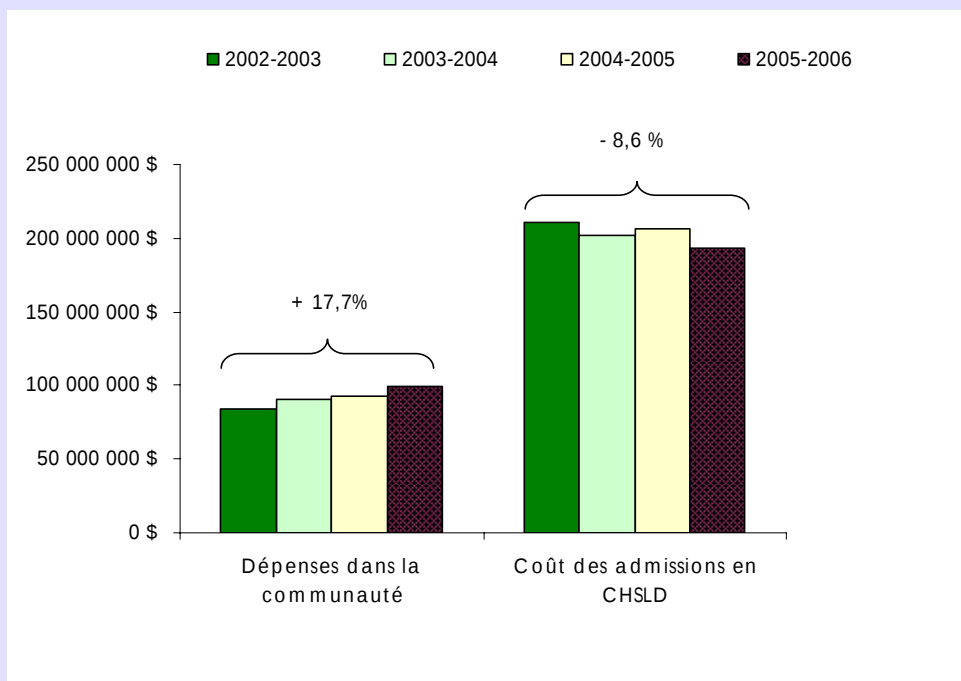
En 2005-2006, le ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » était de 0,52 \$ à Montréal. Ceci signifie que pour chaque dollar dépensé pour une nouvelle admission en hébergement, 0,52 \$ était dépensé pour des services dans la communauté. À noter que dans le calcul des nouvelles admissions en hébergement, le réseau de résidence est celui où résidait la personne avant son hébergement. Ceci représente une augmentation significative depuis 2002-2003, alors que 0,40 \$ était dépensé en SAD pour chaque dollar dépensé pour les nouvelles admissions en hébergement.

Entre 2002-2003 et 2005-2006, le coût des nouvelles admissions en hébergement pour les 12 CSSS du territoire montréalais est passé de 211 145 992 \$ à 192 949 776 \$, soit une décroissance de 8,6%. Au cours de la même période, les dépenses en services dans la communauté ont connu une croissance de 17,7%, passant de 84 442 598 \$ à 99 408 192 \$. Au cours des quatre années à l'étude, les dépenses dans la communauté ont donc proportionnellement plus augmenté que le coût des nouvelles admissions en CHSLD.

TABLEAU 11 Évolution du ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » de 2002-2003 à 2005-2006

	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002- 2003 à 2005- 2006
VALEUR DE L'INDICATEUR	0,4	0,45	0,45	0,52	30,0%
Dépenses dans la communauté (\$)	84 442 598	90 356 384	92 947 598	99 408 192	17,7%
Coût des nouvelles admissions en CHSLD (\$)	211 145 992	201 823 527	206 175 084	192 949 776	-8,6%

FIGURE 23 Évolution comparative des dépenses dans la communauté versus le coût des nouvelles admissions en hébergement de 2002-2003 à 2005-2006



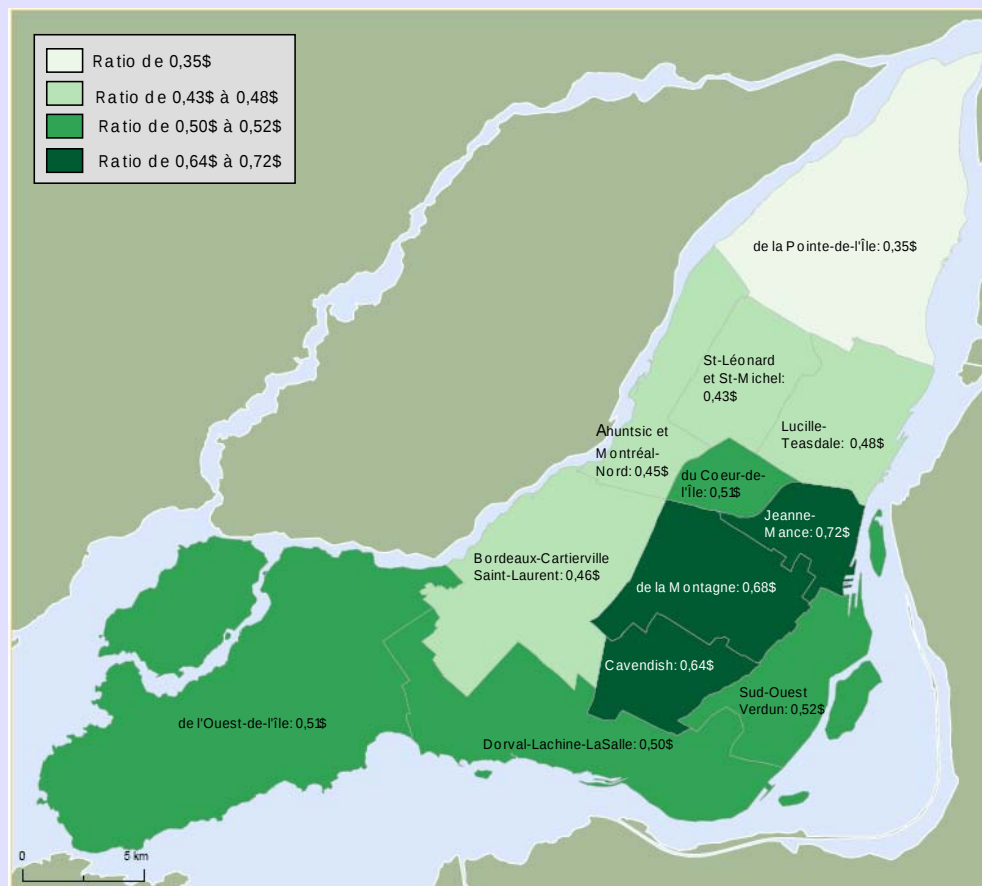
Source : Statistiques interactives CMIS (M30 + contour du programme PALV, MSSS) ; Info-Admission / Info-Présence (banque de données HÉBERGE), ASSS de Montréal

État de la situation 2005-2006

La carte suivante présente le ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » par territoire de CSSS de résidence. On remarque que dans les territoires de CSSS Cavendish (0,64 \$), de la Montagne (0,68 \$) et Jeanne-Mance (0,72 \$), les dépenses consacrées au soutien dans la communauté équivalaient en 2005-2006 à plus de la moitié des dépenses qui étaient consacrées aux nouvelles admissions en CHSLD.

À l'autre bout du spectre, on retrouve le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'île (0,35 \$), où les dépenses consacrées aux services dans la communauté étaient presque trois fois moins élevées que les dépenses consacrées aux nouvelles admissions en CHSLD.

FIGURE 24 Ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



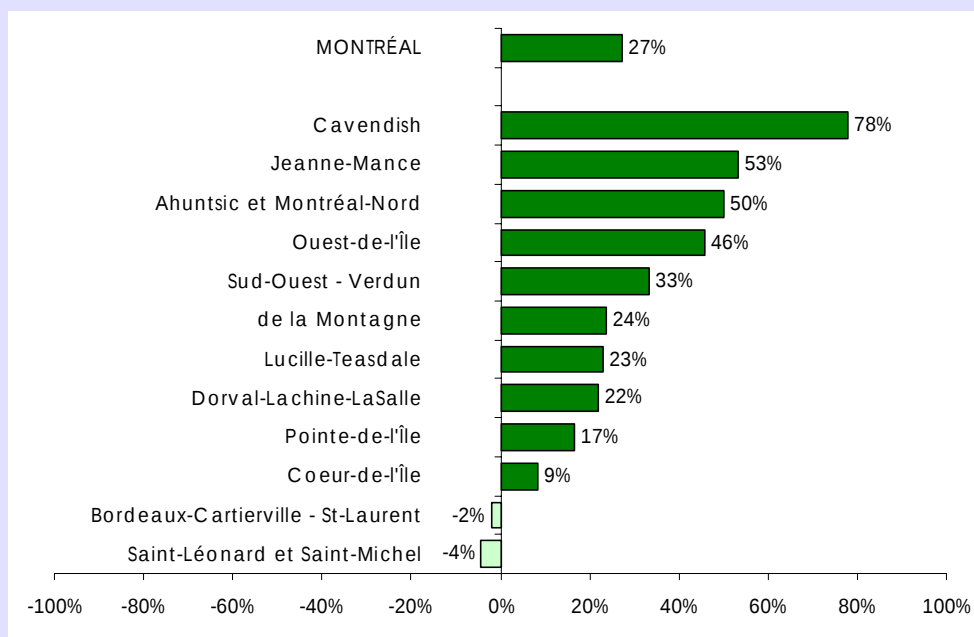
Source : Statistiques interactives CMIS (M30 + contour du programme PALV, MSSS) ; Info-Admission / Info-Présence (banque de données HÉBERGE), ASSS de Montréal

Évolution de la situation par territoire de CSSS de résidence de 2002-2003 à 2005-2006

Pour l'ensemble des CSSS du territoire montréalais, on remarque une augmentation de 27% du ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » de 2002-2003 (0,41 \$) à 2005-2006 (0,52 \$). Ceci signifie que, globalement, les CSSS investissaient proportionnellement plus dans les services à la communauté pour chaque dollar dépensé pour une admission en hébergement en 2005-2006 qu'en 2002-2003.

Le territoire de CSSS ayant connu la progression la plus importante de l'offre de services de soutien à domicile par rapport aux admissions en CHSLD est celui du CSSS Cavendish, en CHSLD est celui du CSSS Cavendish, qui est passé d'un ratio de 0,36 \$ à un ratio de 0,64 \$ sur une période de quatre ans.

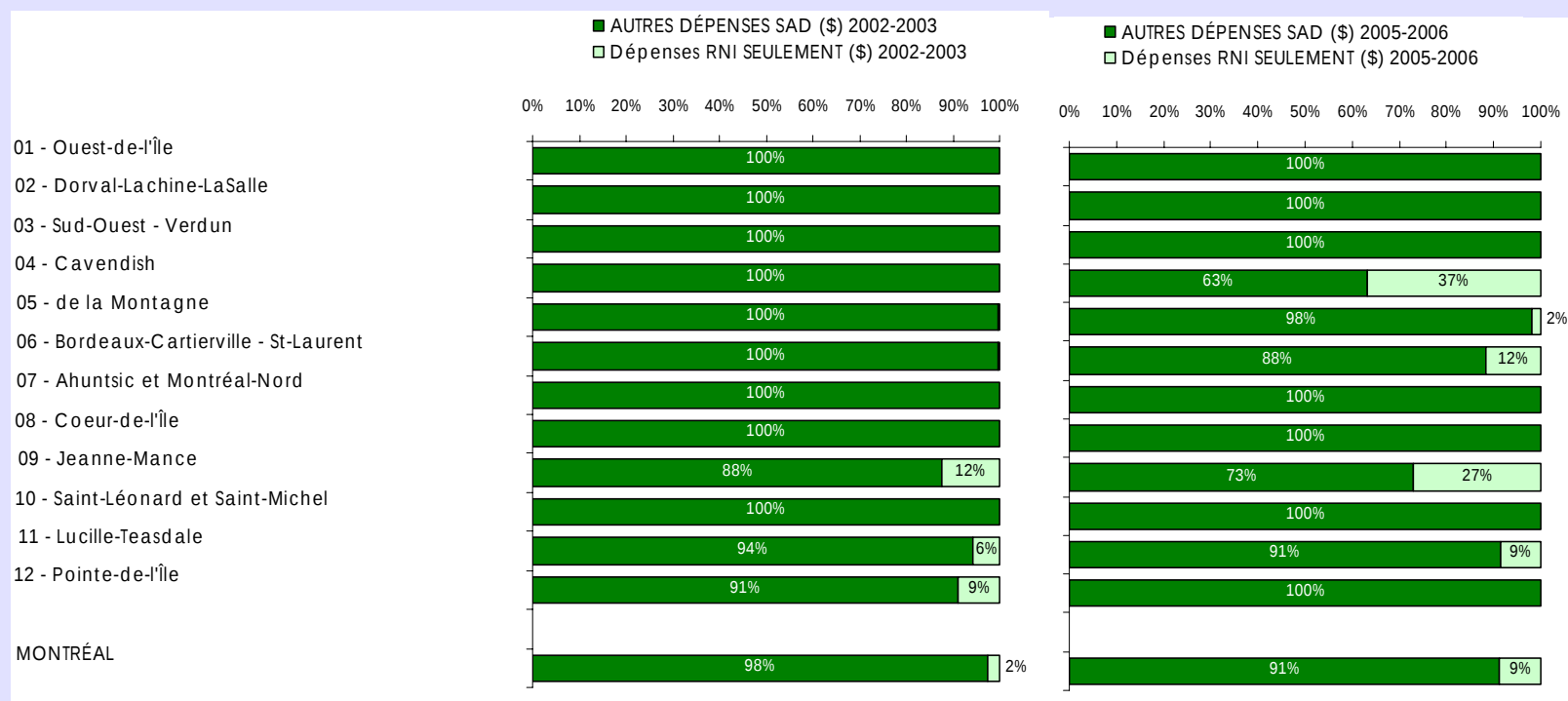
FIGURE 25 Pourcentage d'évolution du ratio « dépenses dans la communauté / coût des nouvelles admissions en hébergement » de 2002-2003 à 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



Source : Statistiques interactives CMIS (M30 + contour du programme PALV, MSSS) ; Info-Admission / Info-Présence (banque de données HÉBERGE), ASSS de Montréal

La figure 26 présente la part relative des dépenses dans la communauté en faisant la distinction entre les dépenses dans la communauté associées au développement des RNI et les autres coûts SAD (incluant l'hébergement temporaire) en 2002-2003 et en 2005-2006. De 2002-2003 à 2005-2006, on remarque ainsi que les dépenses dans la communauté relevant des centres d'activités associés au développement des RNI sont passées de 2% à 9% de l'ensemble des dépenses dans la communauté à Montréal.

FIGURE 26 Part relative du développement des RNI et des autres coûts SAD dans les dépenses dans la communauté en 2002-2003 et en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



Source : Statistiques interactives CMIS (M30 + contour du programme PALV, MSSS) ; Info-Admission

Ce que le réseau nous a dit

L'indicateur sur les dépenses dans la communauté a suscité plusieurs questions, particulièrement en ce qui a trait à la compréhension de sa méthode de calcul. Il s'agit en effet d'un indicateur tout à fait nouveau.

De l'avis des personnes rencontrées, certains résultats semblent contradictoires. Ainsi, il a été soulevé que, dans certains territoires de CSSS, les taux d'institutionnalisation et de nouvelles demandes sont plus élevés alors, qu'en même temps, les dépenses dans la communauté pour ces territoires sont également plus élevées. Des analyses complémentaires ont été jugées nécessaires pour mieux comprendre les relations entre ces différentes composantes de l'indicateur.

Certains intervenants auraient souhaité avoir plus de détails sur les dépenses, notamment pour savoir si les écarts sont davantage liés aux types de professionnels embauchés, aux fournitures, etc.

Plusieurs commentaires du réseau ont par ailleurs porté sur les dépenses liées à l'hébergement temporaire et l'hôpital de jour⁴¹. D'autre part, quelques ressources intermédiaires et certains centres de jour peuvent desservir une clientèle à l'extérieur d'un territoire de CSSS (vocation suprarégionale). De l'avis des personnes rencontrées, des travaux devront être réalisés pour apporter des ajustements qui tiendront compte de ces services particuliers.

⁴¹ À noter que la mise à jour de l'indicateur avec les données 2005-2006 a permis d'intégrer les dépenses pour offrir l'hébergement temporaire tel que demandé par le réseau. Les dépenses des hôpitaux de jour ne sont toujours pas considérées puisqu'il faut poursuivre les travaux avec les établissements afin de les répartir avec justesse dans chaque territoire.

2.3 Délai pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD

La transformation de l'offre de services aux personnes âgées vise à améliorer l'accès aux services pour les personnes en sévère perte d'autonomie. Le plan d'action ministériel et les orientations montréalaises préconisent de diversifier l'offre de services en misant moins sur les services institutionnels et plus sur des solutions alternatives. Une offre de services mieux adaptée aux besoins des personnes aura pour effet l'amélioration du délai d'accès à l'hébergement.

Plusieurs facteurs peuvent influencer le délai d'accès à l'hébergement, le plus important étant une offre qui serait insuffisante face à la demande. Ainsi, les orientations de l'Agence prévoient réduire les places d'hébergement en longue durée, mais préconisent en contrepartie d'accroître l'offre de services dans la communauté, en soutien à domicile et en ressources d'hébergement alternatif.

Un autre facteur qui peut influencer le délai d'accès à l'hébergement est le taux de roulement des places d'hébergement en CHSLD. En effet, en réservant les services d'hébergement pour des personnes en très grande perte d'autonomie, la durée moyenne de séjour dans ces milieux diminuera de façon importante.

Définition et construction de l'indicateur

Le délai moyen d'attente est calculé à partir du nombre de jours écoulés entre la demande d'hébergement (ou date d'ouverture du dossier au service régional d'admission - SRA) et la première admission de la personne dans un lit d'hébergement de soins de longue durée. Une moyenne des délais en jours est établie pour l'ensemble des usagers d'un même territoire de résidence, sur une période d'un an.

Les deux paramètres suivants ont été considérés dans les calculs :

- 1) Les usagers déjà hébergés qui sont en transit pour un autre établissement, qui ont fait une demande de réorientation pour un autre programme ou qui ont fait plus d'une demande dans la même année ont été exclus.
- 2) Les données se rapportant aux admissions incluent uniquement celles qui ont été réalisées dans les centres d'hébergement de soins de longue durée publics et privés conventionnés. Les demandes pour une place en pavillons, en résidences de type familial, en hébergement temporaire et de désengorgement des urgences ainsi que les usagers dont aucune date d'admission n'était spécifiée n'ont pas été considérées.

Contrairement aux indicateurs sur la demande d'hébergement et le taux d'institutionnalisation qui sont calculés pour la population des Montréalais de 75 ans et plus, l'indicateur de délai d'hébergement est calculé sur la base de toutes les admissions en CHSLD, quel que soit l'âge des Montréalais.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Délai (nb moyen de jours) pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD} = \frac{\text{Nombre de jours d'attente pour l'obtention d'une place permanente d'hébergement en CHSLD au cours de l'année financière pour l'ensemble des nouveaux usagers montréalais}}{\text{Nombre de nouveaux usagers montréalais admis en CHSLD au cours de l'année financière}}$$

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

Depuis 2002-2003, le délai d'hébergement a connu une croissance de 14,3%, passant de 112 à 128 jours en moyenne.

Au total, le nombre de jours d'attente a augmenté de 5,7% de 2002-2003 à 2005-2006. Le nombre d'usagers en attente d'hébergement a par ailleurs connu une décroissance de 9,1%. Ainsi, le délai moyen d'hébergement a augmenté de 14,3% parce que le nombre total de jours d'attente a augmenté alors que le nombre d'usagers en attente d'hébergement a diminué.

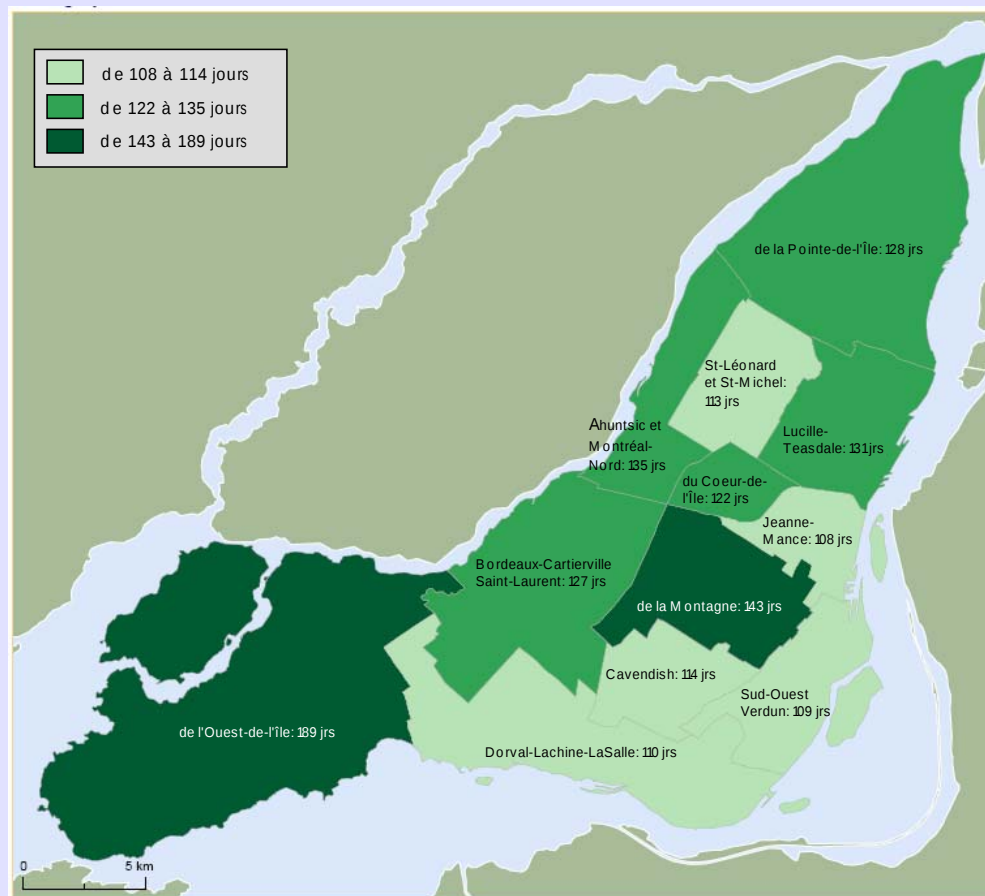
TABEAU 12 Évolution du délai d'hébergement de 2002-2003 à 2005-2006

	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002-2003 à 2005-2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (nb moyen de jours)	112	117	123	128	14,3%
Nb de jours d'attente des nouveaux usagers montréalais hébergés	381 565	401 475	409 160	403 336	5,7%
Nb de nouveaux usagers montréalais hébergés	3 469	3 428	3 312	3 155	-9,1%

État de la situation 2005-2006

En 2005-2006, on notait d'importantes variations entre les différents territoires de CSSS de l'île de Montréal. Un écart de 81 jours séparait le délai moyen d'attente des résidents du territoire de CSSS de l'Ouest-de-l'île (189 jours) de celui des résidents du territoire de CSSS Jeanne-Mance (108 jours). C'est dans les territoires situés dans le centre de la partie sud de l'île de Montréal qu'on retrouvait les durées moyennes d'attente les plus courtes (inférieures à 120 jours), de même que dans le territoire du CSSS St-Léonard et St-Michel.

FIGURE 27 Délai moyen pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



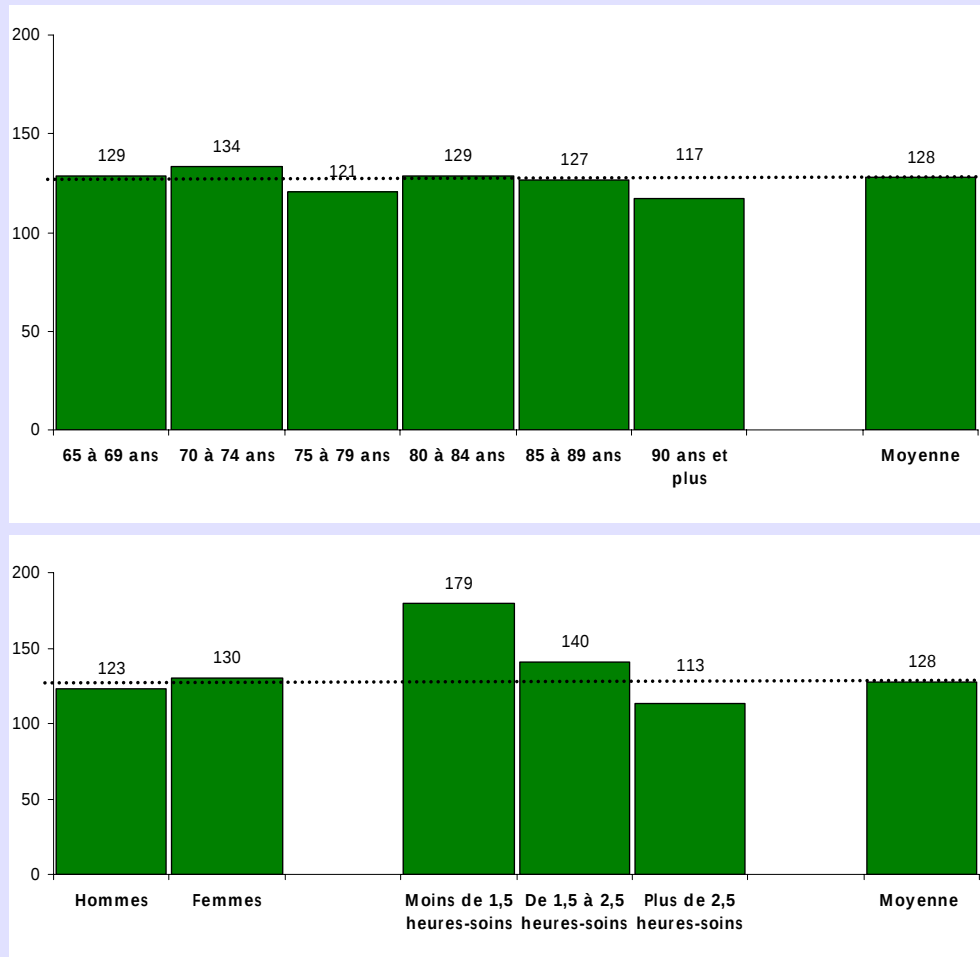
Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Délai moyen d'accès à l'hébergement selon le sexe, l'évaluation des besoins à l'orientation et l'âge

Dans l'ensemble, le délai d'attente est généralement plus court lorsque le niveau de soins requis est plus important. Ainsi, en 2005-2006, les personnes dont les besoins ont été évalués lors de l'orientation à moins de 1,5 heures-soins attendaient en moyenne 179

jours. Les personnes avec un besoin évalué à au moins 2,5 heures-soins attendaient pour leur part en moyenne 113 jours. Le délai moyen d'hébergement des femmes était légèrement supérieur à celui des hommes (130 jours versus 123 jours). Selon l'âge, ce sont les personnes de 90 ans et plus qui ont eu le délai moyen d'hébergement le plus court, soit 117 jours.

FIGURE 28 Délai moyen d'accès à l'hébergement (nb jours) en 2005-2006, selon l'âge, le sexe et l'évaluation des besoins à l'orientation

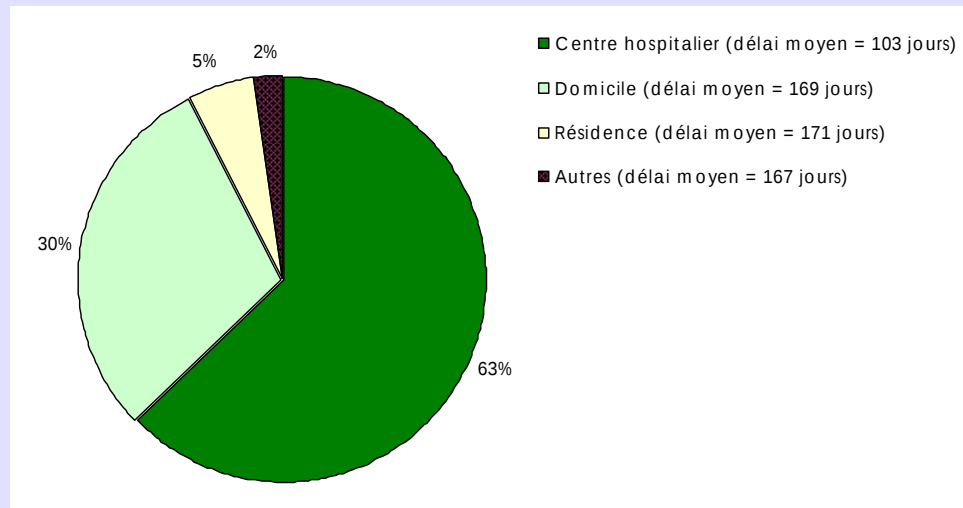


Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Délai moyen d'accès à l'hébergement selon la provenance

Des différences dans le délai d'accès à l'hébergement selon la provenance de la personne sont aussi retrouvées. En effet, en 2005-2006, la personne âgée dont la demande d'hébergement avait été formulée par un centre hospitalier a été hébergée plus rapidement que la personne âgée dont la demande d'hébergement avait été formulée ailleurs qu'en centre hospitalier, et ce, quelle que soit l'évaluation de ses besoins.

FIGURE 29 Répartition des personnes ayant eu accès à l'hébergement en 2005-2006, selon la provenance de la demande



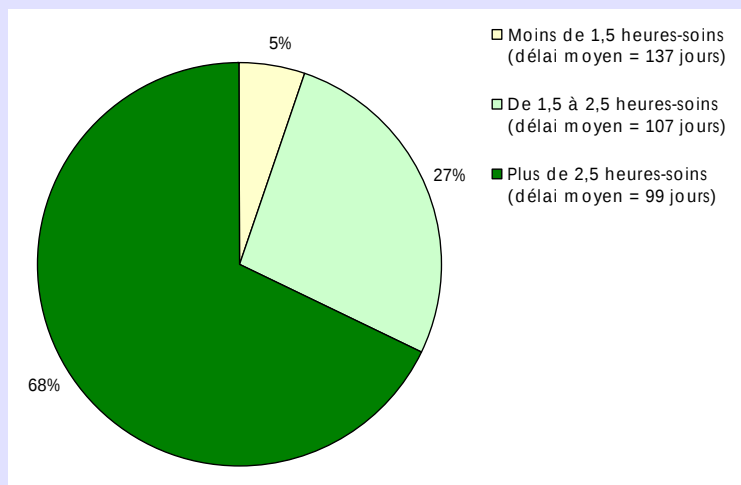
Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Détail du délai moyen d'accès à l'hébergement pour les personnes provenant d'un centre hospitalier versus celles provenant du domicile

Même si le délai moyen d'attente le plus court (103 jours en moyenne) se retrouve parmi les usagers provenant d'un centre hospitalier, le fait que 63% des personnes en attente d'hébergement en 2005-2006 aient attendu en centre hospitalier a exercé une certaine pression sur leur capacité d'accueil.

La figure 30 présente le détail de cette situation, en fonction de l'évaluation des besoins des usagers qui ont attendu leur place en hébergement dans un centre hospitalier.

FIGURE 30 Le délai d'accès à l'hébergement en 2005-2006 parmi les personnes dont la demande d'hébergement est issue d'un centre hospitalier

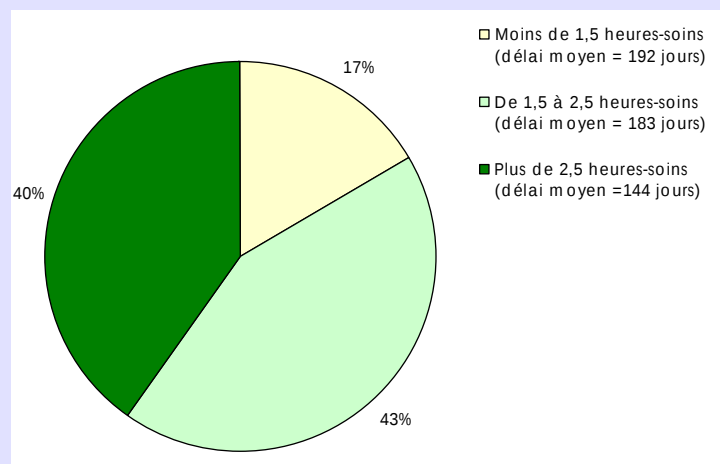


Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

En 2005-2006, le délai d'hébergement était plus long pour les personnes qui vivaient à domicile lors de la demande que pour celles dont la demande avait été formulée à partir du centre hospitalier, et ce, peu importe le nombre d'heures-soins requis.

Parmi les personnes qui vivaient à domicile lors de la demande d'hébergement, 60% avaient été évaluées à 2,5 heures-soins et moins, par rapport à 32% pour les personnes dont la demande avait été formulée à partir du centre hospitalier.

FIGURE 31 Le délai d'accès à l'hébergement en 2005-2006 parmi les personnes dont la demande d'hébergement est issue du domicile



Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

Les gestionnaires du réseau rencontrés ont l'impression d'avoir moins d'emprise sur cet indicateur étant donné que plusieurs usagers de leur territoire sont hébergés dans des établissements qui relèvent d'un autre CSSS. À l'inverse, plusieurs CSSS desservent en hébergement un certain nombre de personnes qui proviennent d'un autre territoire. Par ailleurs, les données ne permettent pas de savoir si le délai d'hébergement varie en fonction de l'origine de la demande, à savoir si le CHSLD de destination est ou non sur le même territoire de CSSS que le lieu de résidence de l'utilisateur au moment où il fait sa demande.

Les gestionnaires souhaiteraient que la décentralisation du système régional d'admission et le déploiement du nouveau système d'information pour gérer l'accès à l'hébergement servent de levier afin de réduire le délai moyen d'attente. Par contre, ils considèrent que la diminution prévue du taux d'institutionnalisation pourrait avoir un impact négatif sur le délai d'attente si on n'assiste pas en même temps à l'accroissement des services de soutien à domicile, au développement de ressources alternatives (RTF et RI) et à l'offre d'un meilleur support aux proches aidants.

2.4 Taux d'institutionnalisation des Montréalais de 75 ans et plus

La révision en profondeur de l'offre de services d'hébergement aux personnes âgées est l'élément majeur tant du plan d'action ministériel que des orientations de l'Agence de Montréal. Dans cette perspective, le recours aux services institutionnels (en CHSLD et en milieu hospitalier avec les unités de soins de longue durée) doit être réservé aux personnes en très grande perte d'autonomie. Parallèlement, des services dans la communauté et des places d'hébergement dans des ressources non institutionnelles doivent se développer pour offrir une alternative aux personnes qui auraient autrement besoin d'être hébergées.

La transformation de l'offre de services est essentielle afin de faire face au vieillissement de la population au cours des prochaines décennies, phénomène touchant d'ailleurs particulièrement la population montréalaise. En effet, les données projetées de l'ISQ⁴² pour l'année 2005 permettent de déterminer que la proportion de personnes de 75 ans et plus est de 7,5% à Montréal, alors qu'elle est de 6,1% pour le reste du Québec.

C'est dans cette perspective que les orientations de l'Agence de Montréal recommandent que l'organisation des services en milieu institutionnel soit revue afin de répondre aux besoins d'une clientèle en lourde perte d'autonomie. L'hébergement en longue durée sera dorénavant réservé à l'accueil de personnes présentant un profil complexe ou requérant un ensemble d'interventions spécialisées.

Cet indicateur⁴³ permettra de suivre le niveau d'institutionnalisation dans les prochaines années et donc d'évaluer les progrès de la mise en œuvre des orientations de l'Agence dans le cas des services PALV à Montréal.

⁴² http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/MRC96_06groupes_age_sexe.xls

⁴³ À noter que le **taux d'institutionnalisation** du tableau de bord PALV diffère du **taux d'hébergement** publié par le MSSS par le fait qu'il ne considère que les usagers de 75 ans et plus.

Définition et construction de l'indicateur

Le taux d'institutionnalisation est construit à partir du nombre de personnes de 75 ans et plus hébergées en CHSLD au 31 mars de chaque année que l'on divise par la population pondérée des personnes de 75 ans et plus. Le choix de ne prendre que les personnes de 75 ans et plus se justifie par le fait que près de 80% des personnes hébergées sont dans ce groupe d'âge. La pondération permet pour sa part de prendre en compte les besoins de la population des 12 territoires de CSSS. Elle est basée sur deux variables du recensement de Statistique Canada, soit l'isolement (le nombre de personnes vivant seules) et le taux d'incapacité rapporté⁴⁴.

Ne sont considérés ici que les usagers montréalais qui ont été hébergés dans des programmes de longue durée en CHSLD. Les usagers hébergés dans les ressources non institutionnelles sont donc exclus. Le territoire identifié est celui où résidait l'utilisateur avant son hébergement en CHSLD, peu importe la provenance de la demande. On ne tient donc pas compte du territoire où l'utilisateur est réellement hébergé.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Proportion (\%) de Montréalais de 75 ans et plus hébergés en CHSLD au 31 mars} = \frac{\text{Nombre d'usagers montréalais de 75 ans et plus hébergés en CHSLD au 31 mars}}{\text{Population pondérée des Montréalais de 75 ans et plus}}$$

⁴⁴ Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

Évolution de l'indicateur du 31 mars 2002 au 31 mars 2005

Au 31 mars 2005, 6,3% des Montréalais de 75 ans et plus étaient hébergés dans un CHSLD situé sur l'île de Montréal. Ce taux est demeuré relativement stable depuis le 31 mars 2002, alors qu'il était de 6,5%.

Soulignons que le nombre total de personnes hébergées a connu une croissance de 4,4% du 31 mars 2002 au 31 mars 2005, passant de 8 552 à 8 927 personnes hébergées au 31 mars.

Ainsi, la stabilité relative du taux d'institutionnalisation est due au fait que le nombre de personnes hébergées a augmenté presque aussi rapidement que la croissance du nombre de Montréalais de 75 ans et plus, cette population ayant connu une croissance de 6,6% de 2002 à 2005.

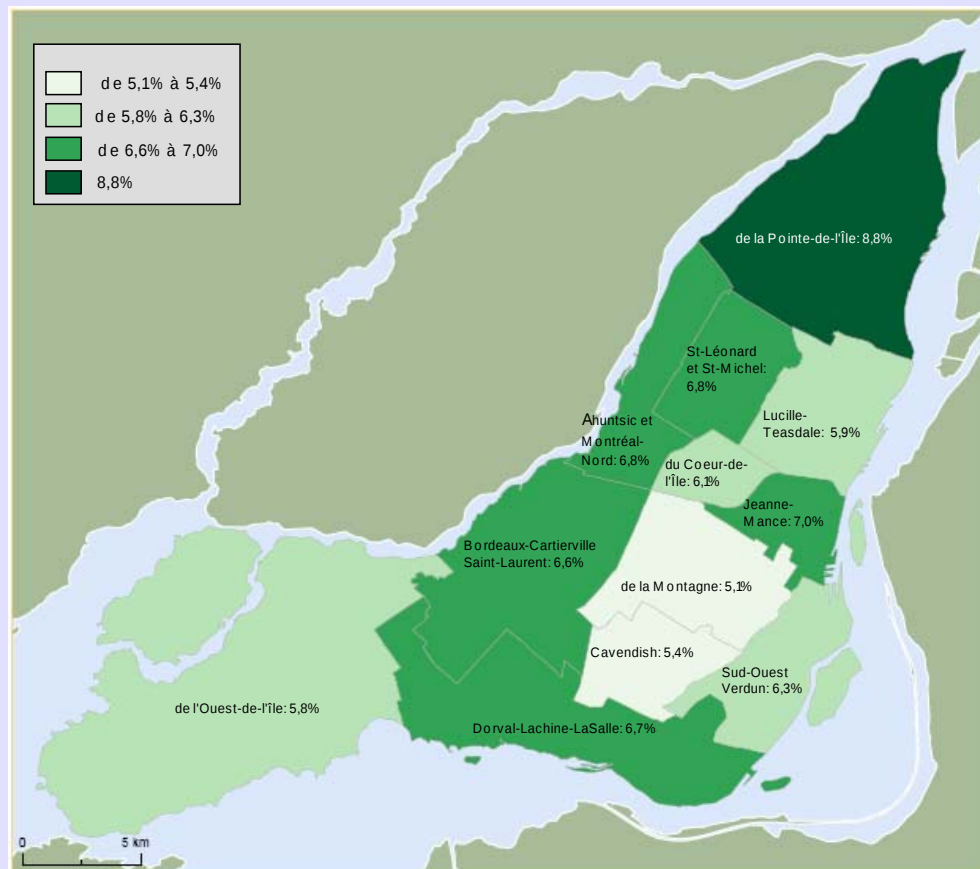
TABLEAU 13 Évolution du taux d'institutionnalisation des Montréalais de 75 ans et plus du 31 mars 2002 au 31 mars 2005

	2002	2003	2004	2005	Variation (%) de 2002 à 2005
VALEUR DE L'INDICATEUR	6,5	6,5	6,4	6,3	-3,1%
Nombre de personnes hébergées au 31 mars	8 552	8 762	8 793	8 927	4,4%
Nombre total de Montréalais de 75 ans et plus	131 808	134 726	137 450	140 463	6,6%

État de la situation 2005-2006

C'est parmi les personnes qui résidaient dans le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'île avant d'être hébergées que le taux d'institutionnalisation le plus élevé (8,8%) était retrouvé. Les taux d'institutionnalisation les plus faibles se retrouvaient quant à eux parmi les populations des territoires de CSSS de la Montagne (5,1%) et Cavendish (5,4%)⁴⁵.

FIGURE 32 Taux d'institutionnalisation en CHSLD des personnes de 75 ans et plus au 31 mars 2005, selon le territoire de CSSS de résidence



Source: Projections de la population montréalaise, ISQ-Statistique Canada (pondération CMIS) ; Info-Admission / Info-Présence, ASSS de Montréal

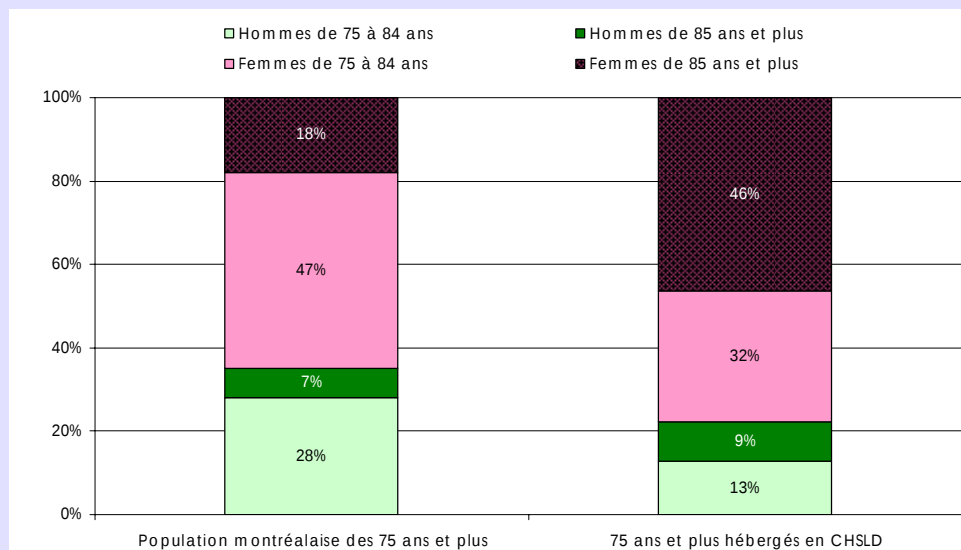
⁴⁵ Rappelons que la valeur de cet indicateur par territoire de CSSS de résidence a pour dénominateur la **population pondérée** du territoire de CSSS. Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

Les Montréalais de 75 ans et plus hébergés en CHSLD comparés à l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus selon l'âge et le sexe

Comparées à leur poids relatif dans la population montréalaise des 75 ans et plus, on remarque que les femmes et les personnes de 85 ans et plus étaient surreprésentées dans les CHSLD au 31 mars 2005. Ainsi, près de la moitié (46%) des personnes de 75 ans et plus hébergées en CHSLD étaient des femmes de 85 ans et plus alors qu'elles ne représentaient que 18% de la population montréalaise de 75 ans et plus.

Selon l'âge et le sexe, le taux d'institutionnalisation le plus faible (2,9%) était retrouvé chez les hommes de 75 à 84 ans, alors que le taux d'institutionnalisation le plus élevé (16,3%) était retrouvé chez les femmes de 85 ans et plus.

FIGURE 33 Répartition de la population montréalaise âgée de 75 ans et plus comparée à la répartition des Montréalais hébergés en CHSLD au 31 mars 2005, selon l'âge et le sexe

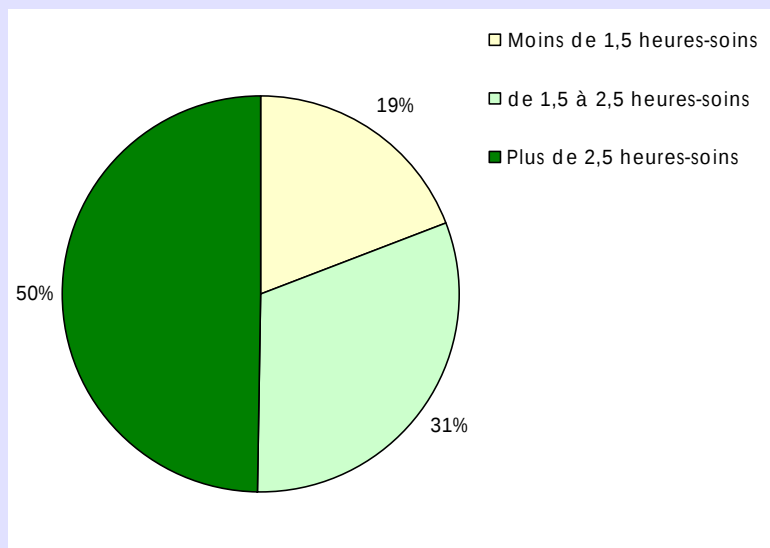


Source : Projections de la population montréalaise, ISQ-Statistique Canada ; Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Répartition des personnes hébergées selon l'évaluation de leurs besoins lors de l'orientation

Au 31 mars 2005, la moitié (50%) des personnes hébergées avaient été évaluées avant leur admission avec des besoins nécessitant plus de 2,5 heures-soins, près du tiers (31%) avaient des besoins de 1,5 à 2,5 heures-soins et 19% avaient des besoins de moins de 1,5 heures-soins. Par ailleurs, la banque de données Info-Admission / Info-Présence indique que 74% des personnes hébergées au 31 mars 2005 avaient besoin de surveillance, et ce, quelle que soit l'évaluation de leurs besoins.

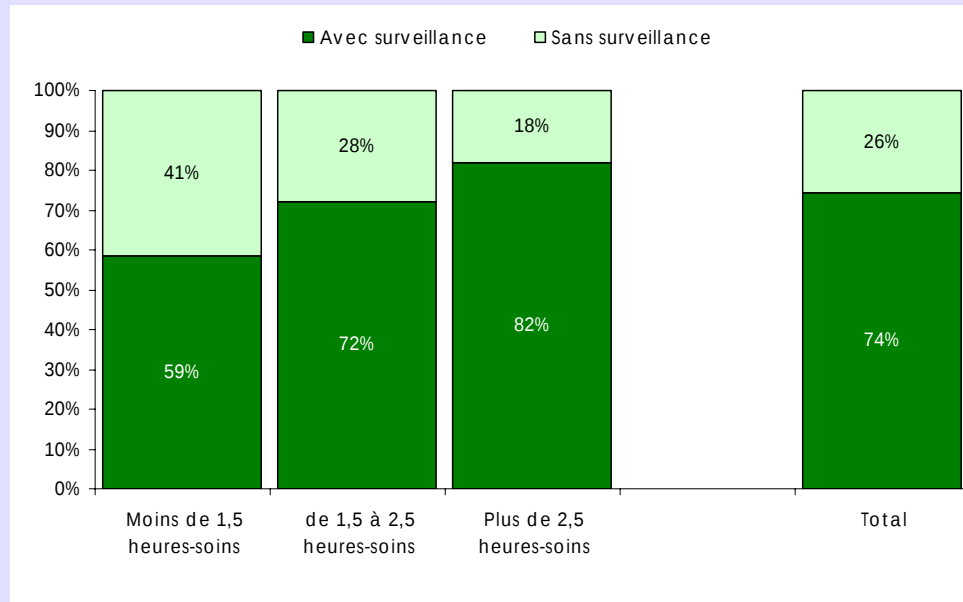
FIGURE 34 Répartition des Montréalais de 75 ans et plus hébergés au 31 mars 2005, selon l'évaluation de leurs besoins à l'orientation



Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Soulignons qu'aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction du sexe ou du groupe d'âge pour ces deux variables. La figure 35 présente les besoins de surveillance selon l'évaluation des besoins en heures-soins.

FIGURE 35 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus hébergés au 31 mars 2005 ayant besoin de surveillance, selon l'évaluation de leurs besoins à l'orientation



Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

Ce que le réseau nous a dit

Les gestionnaires rencontrés lors de la formation sur les indicateurs PALV étaient relativement préoccupés par la diminution prévue du taux d'institutionnalisation et de ses impacts possibles sur le délai d'attente en hébergement, sur l'alourdissement de la clientèle, sur le soutien à domicile et même sur la fréquentation de l'urgence. Ils ont aussi mis en doute le fait que le système régional d'admission accepte, encore actuellement, une clientèle de moins de 2,5 heures-soins. Ils espéraient que la décentralisation du système régional d'admission et le déploiement du nouveau système d'information gérant l'accès à l'hébergement soient des leviers efficaces pour agir sur cet indicateur.

Ces mêmes gestionnaires étaient par ailleurs très conscients de la nécessité de développer rapidement des ressources non institutionnelles (RNI) et croyaient aussi aux effets positifs qu'aura l'implantation du réseau intégré de services pour les personnes âgées avec l'ensemble de ses composantes (notamment, un guichet unique d'accès, la gestion de cas, une infirmière de liaison et un seul processus d'évaluation). Ils ont par ailleurs ajouté que ces nouvelles façons de faire vont nécessiter des réallocations budgétaires, mais également de nouveaux budgets, ainsi que de la formation et du support au personnel.

3.0 LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Selon l'étude *Vieillir à Montréal : un portrait des aînés de la métropole de la DSP*, réalisée à partir des données de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2006* de Statistique Canada, 24% des Montréalais de 75 ans et plus sont en perte d'autonomie⁴⁶.

Rappelons que dans ses orientations, l'Agence de Montréal recommande qu'il y ait une augmentation de l'offre de services de soutien à domicile pour une clientèle vulnérable et le développement de places en suivi intensif⁴⁷.

Deux indicateurs de qualité sur les services de soutien à domicile présentés au tableau 14 ont donc été sélectionnés en ce sens :

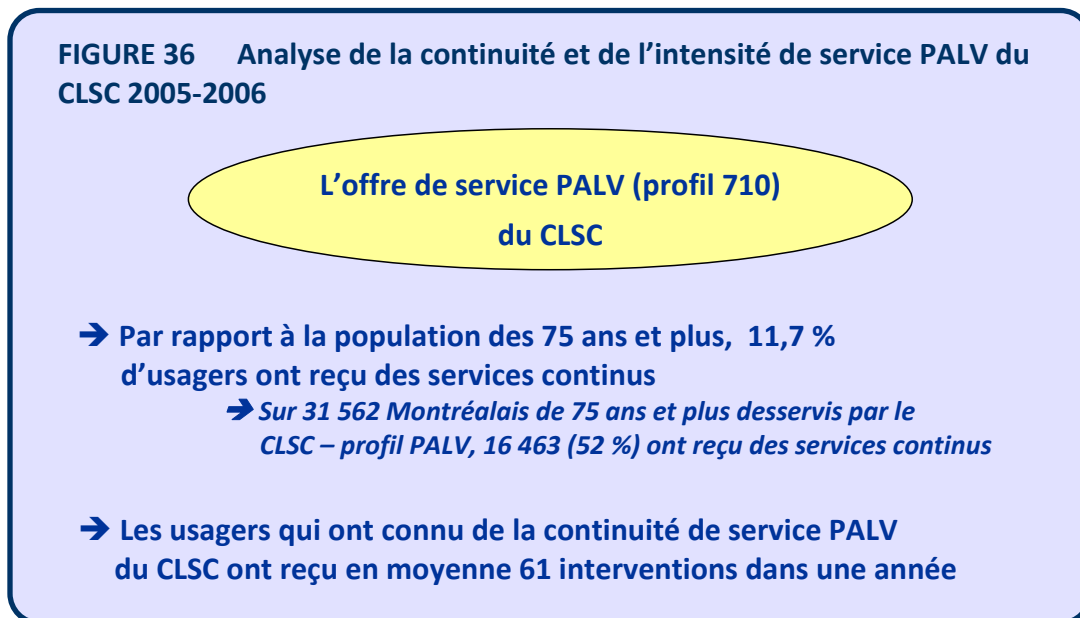
TABEAU 14 Les indicateurs du tableau de bord PALV relatifs à l'utilisation des services de soutien à domicile

EFFICACITÉ	EFFICIENCE
ADAPTATION	QUALITÉ
	• Continuité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus • Intensité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus

⁴⁶ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2008). Direction de la santé publique. *Vieillir à Montréal : un portrait des aînés de la métropole*. Série 1, Numéro 1, p.8.

⁴⁷ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal (mars 2005), p.11-32.

La figure 36 décrit succinctement l'état de la situation 2005-2006 en ce qui a trait à l'utilisation des services de soutien à domicile par les Montréalais de 75 ans et plus.



Le lecteur trouvera dans le présent chapitre le détail des informations relatives au calcul et à l'interprétation des indicateurs illustrant la proportion de Montréalais de 75 ans et plus ayant reçu de la continuité de service PALV (profil 710) du CLSC et le nombre moyen d'interventions PALV reçues en cours d'année par ces Montréalais qui ont connu cette continuité de service.

Ces deux indicateurs étant deux mesures complémentaires de l'offre d'un même service, le lecteur trouvera aussi une section étudiant la relation entre ces deux indicateurs par territoire de CSSS de résidence.

3.1 Continuité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus

L'importance du soutien à domicile dans l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie n'est plus à démontrer. Si l'augmentation des personnes desservies demeure une priorité, il est aussi très important que les personnes reçoivent des services soutenus. Il est donc important de mesurer la continuité des services de soutien à domicile pour la population qui est desservie.

L'Agence de santé de Montréal recommande de garantir la continuité des services en assurant une prise en charge et un suivi à la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement, à sa famille et ses proches. La continuité définie dans cet indicateur fait appel à une notion de continuité « chronologique » par rapport à l'épisode de services de soutien à domicile d'un usager. On mesure l'offre de services pour une clientèle vulnérable en la modulant en fonction des besoins de la personne ainsi que de la nature et de l'intensité du besoin évalué. Il n'est cependant pas possible de mesurer par les données disponibles si cette continuité est de nature relationnelle, c'est-à-dire s'il s'agit d'un suivi avec les mêmes intervenants.

Par ailleurs, il est reconnu que l'implantation des réseaux intégrés de services entraîne une meilleure continuité. Cette dimension de l'offre de services est plus large et a été analysée par le programme de recherche PRISMA en Estrie, qui l'a définie comme suit : « *la continuité est le cheminement ordonné, coordonné et soutenu des personnes à travers les divers éléments d'un système de soins et services.* »⁴⁸.

Certains résultats de cette recherche ont été attribués à la continuité des services. On pense ici à la diminution du nombre et de la durée des séjours hospitaliers, à la diminution du nombre de visites à l'urgence, à la diminution des coûts reliés à l'utilisation des services de santé, sociaux et communautaires, à l'augmentation de la satisfaction des usagers face aux soins et services reçus, à la baisse du taux d'institutionnalisation et à la diminution du temps d'attente pour certains services. Le projet SIPA⁴⁹ à Montréal est arrivé aux mêmes conclusions, en soulignant que la continuité des services se traduit par : « *un meilleur accès aux médecins dans la communauté, un meilleur accès à tous les services à domicile*

⁴⁸ DURAND P.J., TOURIGNY A., BONIN L., PARADIS M., LEMAY A., BERGERON P., BEAUCHESNE L., BUSSIÈRE A., ROCHETTE L., ROY H.A., HÉBERT R., DUBUC N., LEBEL P., BÉLAND F. et BERGMAN H. (2001). *Évaluation de l'implantation et de l'impact des services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie : résultats de l'étude des Bois-Francs*, Drummondville : Actes du colloque PRISMA - novembre 2001, 43 p.

⁴⁹ BÉLAND F., BERGMAN H., LEBEL P., et coll. (2001). *Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000, du système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie*. Montréal (mai 2001) : Projet de recherche SIPA du Groupe de recherche Université de Montréal/McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, p.7.

[...] et une utilisation plus intensive des services à domicile infirmiers, des interventions sociales et des services para-médicaux ».

Définition et construction de l'indicateur

La définition de cet indicateur repose tout d'abord sur la définition de la continuité de service PALV pour un usager montréalais de 75 ans et plus.

Un usager est ici défini comme ayant reçu de la continuité de service PALV du CLSC lorsqu'il a reçu au moins une intervention de SAD profil PALV-710, peu importe le lieu de service, pendant trois périodes consécutives durant l'année. D'un point de vue clinique, le choix de trois périodes consécutives d'au moins une intervention a été considéré comme un minimum pour justifier qu'il y ait eu ou non de la continuité.

La méthode de calcul pour l'indicateur est la suivante : le nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service SAD profil PALV-710 au cours d'une année financière est divisé par la population pondérée des 75 ans et plus de chacun des territoires de CSSS. Le résultat se traduit en pourcentage. La pondération permet de prendre en compte les besoins de la population des 12 territoires de CSSS. Elle est basée sur deux variables du recensement de Statistique Canada, soit l'isolement (le nombre de personnes vivant seules) et le taux d'incapacité rapporté⁵⁰.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\text{Proportion (\%) de Montréalais de 75 ans et plus ayant reçu de la continuité de service PALV du CLSC} = \frac{\text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu une intervention profil 710 du CLSC ou plus pendant au moins trois périodes consécutives au cours de l'année financière}}{\text{Population pondérée des Montréalais de 75 ans et plus}}$$

⁵⁰ Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En 2005-2006, 11,7% des personnes de 75 ans et plus ont reçu des services continus du CLSC. En comparant ce résultat aux données de 2002-2003 (10,7%), on remarque qu'il y a eu une légère croissance du taux de continuité de service PALV du CLSC de 9,3% sur quatre ans.

Le nombre total d'utilisateurs qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC au cours de cette période est passé de 14 128 à 16 463, ce qui représente une croissance de 16,5%. Rappelons toutefois que la population des Montréalais de 75 ans et plus a aussi connu une croissance, de l'ordre de 6,6%.

L'augmentation de la valeur de l'indicateur est donc associée à une augmentation proportionnellement plus importante du nombre d'utilisateurs qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC que du nombre total de Montréalais de 75 ans et plus au cours de la même période.

TABLEAU 15 Évolution du taux de continuité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

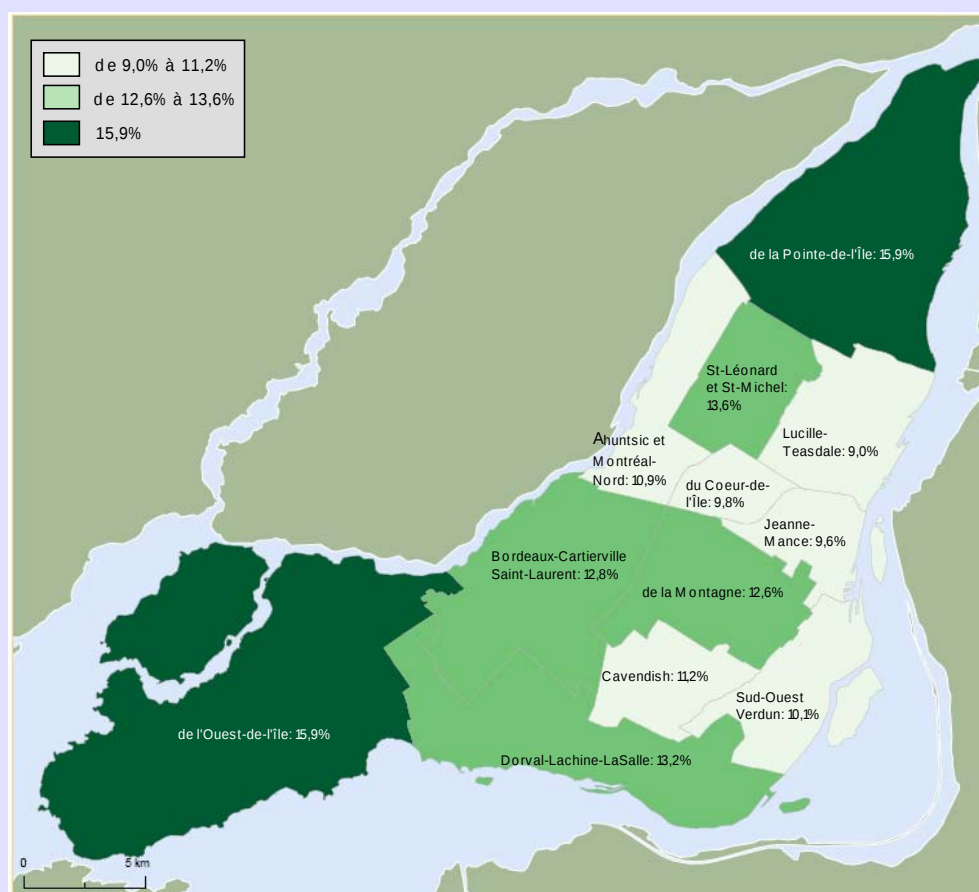
	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002-2003 à 2005-2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (%)	10,7	11,2	11,5	11,7	9,3%
Nb d'utilisateurs qui ont reçu de la continuité CLSC-PALV	14 128	15 115	15 853	16 463	16,5%
Nombre total de Montréalais de 75 ans et plus	131 808	134 726	137 450	140 463	6,6%

État de la situation 2005-2006

En 2005-2006, des variations plutôt importantes étaient retrouvées entre les différents territoires de CSSS de résidence de l'île de Montréal par rapport à la valeur moyenne de l'indicateur, qui était de 11,7%.

En effet, la proportion de personnes de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC était de 15,9% dans les CSSS des extrémités est et ouest de l'île de Montréal. Les territoires de CSSS de résidence du centre-ouest de l'île et le CSSS St-Léonard et St-Michel se situaient quelque peu en haut de la moyenne, alors que les autres avaient un taux de continuité de service PALV du CLSC inférieur à la moyenne⁵¹.

FIGURE 37 Proportion de Montréalais qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence



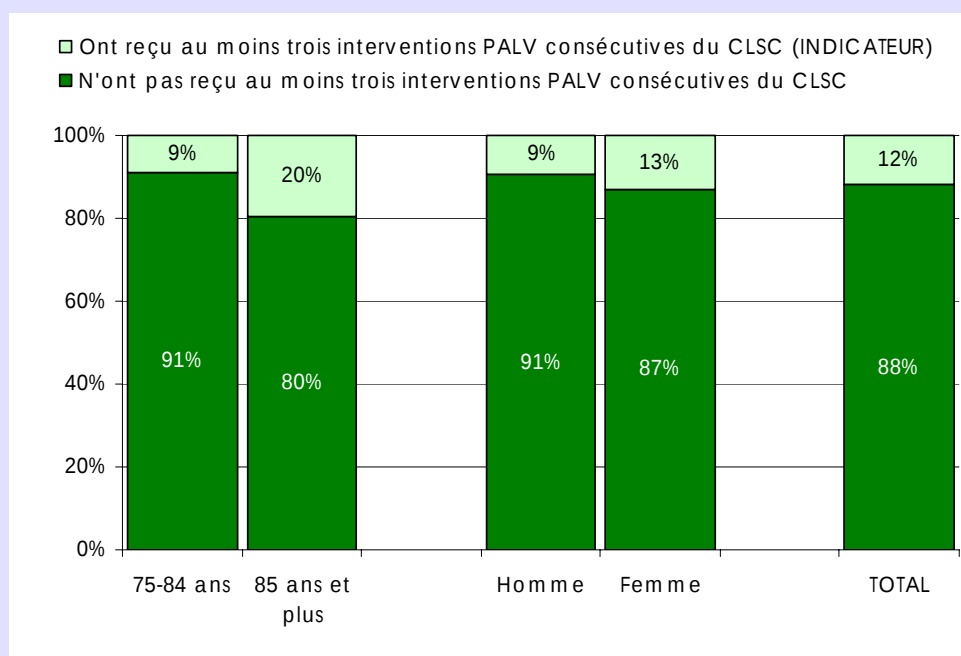
Source : Projections de la population montréalaise, ISQ-Statistique Canada (pondération CMIS) ; I-CLSC, MSSS

⁵¹ Rappelons que la valeur de cet indicateur par territoire de CSSS de résidence a pour dénominateur la **population pondérée** du territoire de CSSS. Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

La continuité de service PALV du CLSC selon l'âge et le sexe

En 2005-2006, un Montréalais de 85 ans et plus sur cinq (20%) a reçu de la continuité de service PALV du CLSC, proportion qui chute à 9% chez les 75 à 84 ans. Parmi l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus, les femmes ont aussi reçu un peu plus fréquemment de la continuité de service PALV du CLSC que les hommes (13% versus 9%), ce qui peut s'expliquer par le fait que les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes.

FIGURE 38 Proportion de personnes de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon l'âge et le sexe



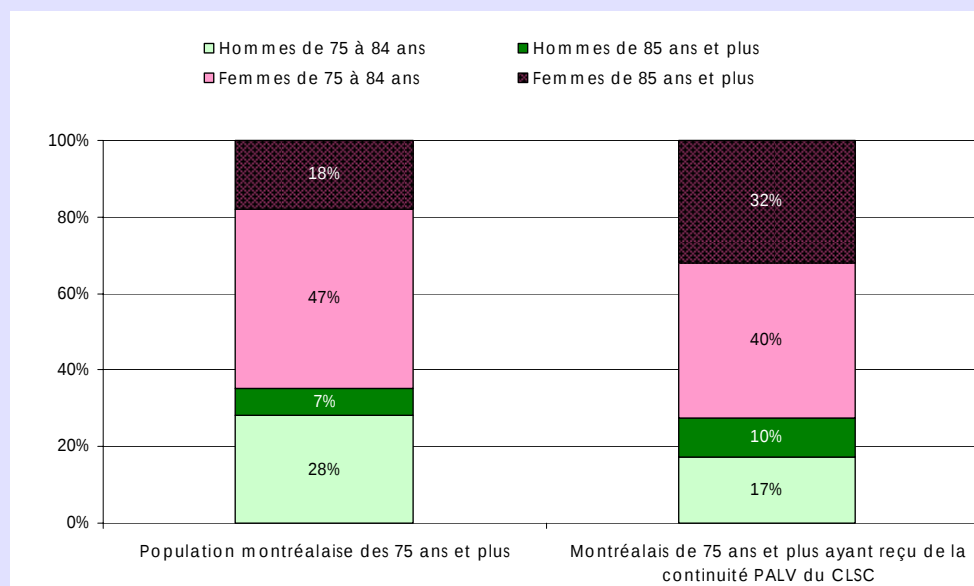
Source : I-CLSC, MSSS

En effet, on remarque à la figure 39 que, parmi l'ensemble des personnes qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, il y avait une plus grande proportion de femmes de 85 ans et plus (32%) que d'hommes de 85 ans et plus (10%).

On observe d'ailleurs une légère surreprésentation des femmes et des personnes de 85 ans et plus chez les usagers qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006 lorsqu'on les compare à l'ensemble de la population montréalaise de 75 ans et plus :

- Les femmes, qui représentaient 65% de la population montréalaise de 75 ans et plus, composaient 72% des usagers qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC.
- Les 85 ans et plus, qui représentaient 25% de la population montréalaise de 75 ans et plus, composaient 42% des usagers qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC.

FIGURE 39 Répartition de la population montréalaise âgée de 75 ans et plus comparée à la répartition de ceux qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon l'âge et le sexe



Source : I-CLSC, MSSS

La continuité de service PALV du CLSC selon le territoire de CLSC de résidence

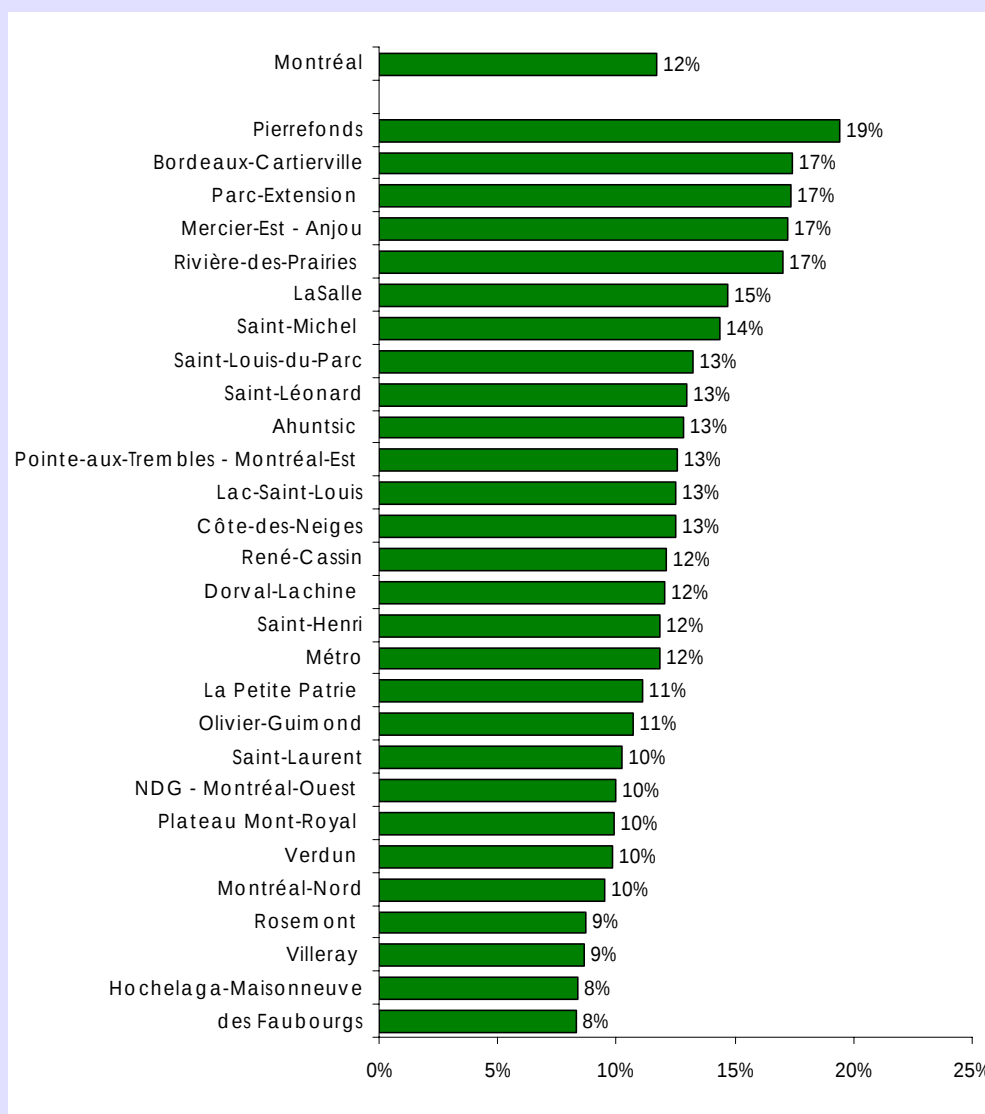
Les services PALV étant offerts par les CLSC directement à la population de leur territoire, la figure 40 présente la proportion des Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006 selon leur territoire de CLSC de résidence.

Tout comme en ce qui a trait à la présentation des valeurs de l'indicateur par territoire de CSSS de résidence, le dénominateur, soit le nombre de Montréalais de 75 ans et plus de chacun des territoires de CLSC, a été pondéré selon les besoins de la population de chacun des territoires de CLSC, en tenant compte de l'isolement (le nombre de personnes vivant seules) et du taux d'incapacité rapporté⁵². Cette pondération est appliquée afin de rendre les résultats par territoires de CLSC comparables les uns aux autres, mais ne reflète pas la proportion réelle de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC à l'intérieur du territoire en 2005-2006.

On remarque ainsi que les taux de continuité de service PALV du CLSC pondérés par territoire de CLSC de résidence varient de 8% (territoires de CLSC des Faubourgs et Hochelaga-Maisonneuve) à 19% (territoire de CLSC Pierrefonds).

⁵² Le détail de la méthode de pondération est présenté au chapitre 6.

FIGURE 40 Proportion de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon le territoire de CLSC de résidence



Source : I-CLSC, MSSS ; Projections de la population montréalaise 2005, ISQ-Statistique Canada (pondération CMIS)

Ce que le réseau nous a dit

Cet indicateur a favorisé la réflexion et le questionnement. Plusieurs représentants du réseau ont souligné le lien possible entre l'augmentation des services SAD et l'augmentation du recours à l'urgence, un paradoxe qui pourrait s'expliquer par l'alourdissement de la clientèle à domicile. D'autres ont mentionné que l'amélioration de la continuité des services pourrait être favorisée par une prise en charge précoce de l'utilisateur. Par ailleurs, ils ont mentionné que cette cible d'amélioration peut être affectée par le nombre de personnes qui refusent les services du CLSC.

La valeur de l'indicateur de continuité de service PALV du CLSC a aussi été nuancée par le fait que cet indicateur ne tient pas compte, entre autres, des services qui peuvent être donnés par les allocations directes, les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires et les proches aidants.

De plus, il a été souligné que, dans le cas de cet indicateur de suivi, la façon de définir l'intervention peut varier d'un CLSC à l'autre et qu'une intervention (thérapeutique) téléphonique n'exige pas le même temps – ou les mêmes ressources – qu'une intervention faite à domicile (par exemple 55 interventions dont 30 visites à domicile et 25 interventions téléphoniques ne peuvent se comparer à 55 interventions dont 15 visites et 40 interventions téléphoniques).

Comme le plan d'intervention (PI) reflète mieux la prise en charge, il a été considéré comme étant peut-être un meilleur marqueur de la continuité de services, étant donné le manque d'harmonisation de ce qu'est une intervention PALV – profil 710 dans le cadre normatif d'I-CLSC.

3.2 Intensité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus

L'augmentation du nombre de personnes desservies de manière continue en soutien à domicile ne doit pas se faire au détriment de l'intensité des services rendus. Il s'agit là d'une préoccupation majeure des gestionnaires aux prises avec des choix difficiles quant à l'allocation des ressources disponibles pour les personnes en perte d'autonomie. Il est donc important de jumeler à l'indicateur de continuité CLSC-PALV un indicateur d'intensité de service PALV du CLSC afin de suivre l'évolution de l'offre de service : une autre façon d'illustrer le fameux dilemme du « plus de services à moins de personnes ou plus de personnes desservies avec moins de services ».

L'offre de service doit être consolidée afin de permettre le maintien dans la communauté des personnes âgées, particulièrement celles de 75 ans et plus, et ce, dans leurs différents cadres de vie (domicile privé incluant les HLM et OSBL d'habitation, résidence privée et autres ressources non institutionnelles). Les orientations de l'Agence de Montréal préconisent que l'offre de service doit être ajustée afin d'assurer un soutien à domicile adapté aux besoins en évolution des personnes âgées. Si la couverture au plan géographique est assurée, c'est en termes d'accès (nouveaux usagers) et d'intensité des interventions que des lacunes sont notées.

Rappelons que les indicateurs du tableau de bord vont dans le même sens que certains indicateurs de suivi prévus dans le plan d'action 2005-2010 du MSSS, soit de voir à : *« l'augmentation du nombre de personnes recevant des services dans la communauté et l'augmentation de l'intensité des services aux personnes en perte d'autonomie pour leur offrir une réponse adaptée à leurs besoins. »*⁵³.

L'intensité de service PALV du CLSC est ainsi en étroite relation avec l'indicateur sur la continuité de service PALV du CLSC. Le lecteur intéressé à obtenir une justification plus approfondie de l'utilité de l'indicateur d'intensité de service PALV du CLSC pourra donc se référer à la présentation qui est faite de l'indicateur de continuité de service PALV du CLSC.

⁵³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Un défi de solidarité – Les services aux aînés en perte d'autonomie : Plan d'action 2005-2010*, Québec, p. 36.

Définition et construction de l'indicateur

En complément de l'indicateur de **continuité de service PALV du CLSC**, qui présente la **proportion** de Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu au moins une intervention de SAD profil 710 pendant trois périodes consécutives au cours d'une même année financière, l'indicateur **d'intensité de service PALV du CLSC** amène une précision quant à la force de cette continuité, en calculant le **nombre moyen d'interventions PALV** reçues par les usagers qui ont connu cette continuité.

L'indicateur d'intensité de service PALV du CLSC se calcule donc en divisant le nombre total d'interventions PALV reçues par le nombre total d'usagers de 75 ans et plus qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC au cours de l'année financière. À noter qu'on ne comptabilise ici que les usagers qui ont reçu au moins une intervention du profil 710 par période pendant au moins trois périodes consécutives au cours d'un exercice financier. L'intensité de service PALV du CLSC porte ainsi sur l'ensemble des interventions PALV reçues par ces usagers, que ces interventions aient été faites pendant ou en dehors de la période de continuité de service PALV du CLSC.

FORMULE DE CALCUL DE L'INDICATEUR

$$\begin{array}{lcl}
 \text{Intensité de service} & & \text{Nombre d'interventions PALV profil 710} \\
 \text{PALV du CLSC (nb} & & \text{reçues au cours de l'année financière par les} \\
 \text{moyen d'interventions)} & & \text{Montréalais de 75 ans et plus qui ont reçu} \\
 \text{pour les Montréalais} & = & \text{une intervention profil 710 du CLSC ou plus} \\
 \text{de 75 ans et plus ayant} & & \text{pendant au moins trois périodes consécutives} \\
 \text{reçu de la continuité} & & \text{au cours de l'année financière} \\
 \text{de service PALV du} & & \\
 \text{CLSC} & & \text{Nombre de Montréalais de 75 ans et plus qui} \\
 & & \text{ont reçu une intervention profil 710 du CLSC} \\
 & & \text{ou plus pendant au moins trois périodes} \\
 & & \text{consécutives au cours de l'année financière}
 \end{array}$$

Évolution de l'indicateur de 2002-2003 à 2005-2006

En 2005-2006, les 16 463 Montréalais qui correspondent au profil de ceux qui ont connu de la continuité de service PALV de leur CLSC ont reçu, en moyenne, 61 interventions durant l'année. Comparé à 2002-2003, où le nombre moyen d'interventions s'élevait à 54, on remarque donc une croissance de la valeur de l'indicateur d'intensité de service PALV du CLSC de 13% sur quatre ans.

Le nombre total d'interventions PALV reçues en un an par les Montréalais de 75 ans et plus qui ont connu au moins un épisode de continuité de service PALV du CLSC a augmenté de 31,3% au cours de la période à l'étude.

Rappelons par ailleurs que le nombre de personnes qui ont reçu de la continuité de service PALV du CLSC a connu une croissance de 16,5% de 2002-2003 à 2005-2006.

C'est donc parce que le nombre d'interventions PALV reçues par les usagers a augmenté de façon plus importante que le nombre d'usagers qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC que la valeur de l'indicateur d'intensité de service PALV du CLSC a augmenté.

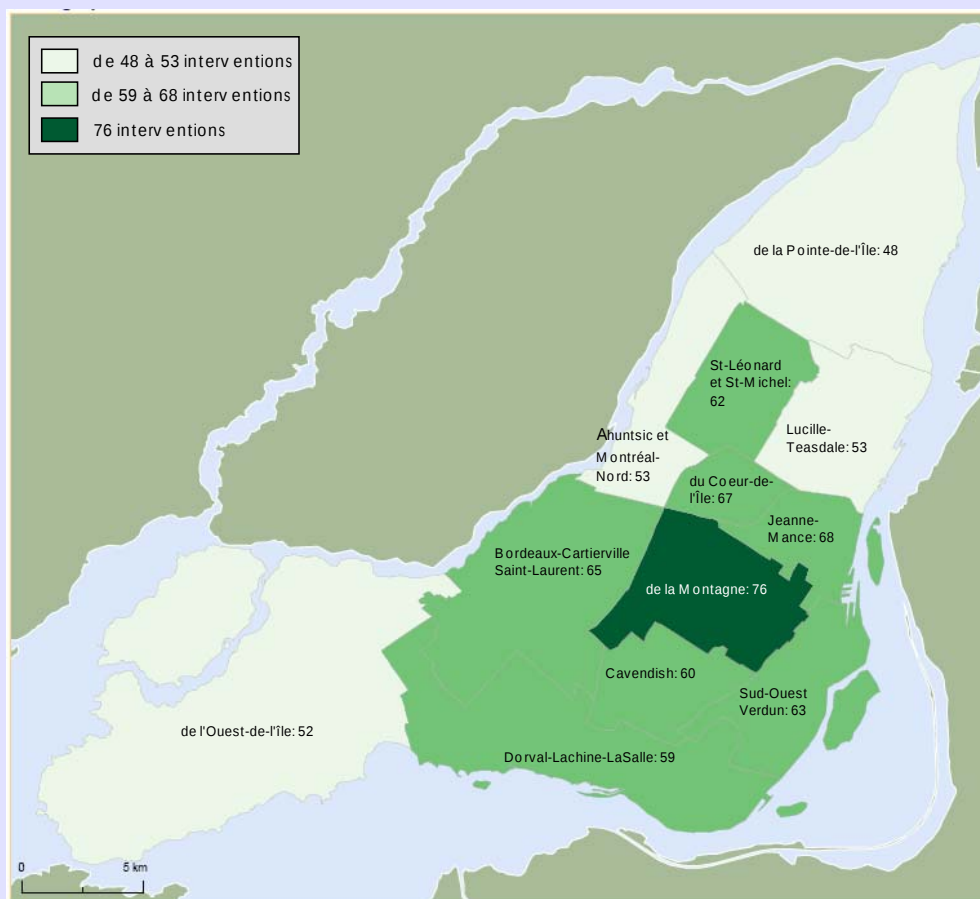
TABEAU 16 Évolution du nombre moyen d'interventions PALV reçues par les usagers qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC chez les Montréalais de 75 ans et plus de 2002-2003 à 2005-2006

	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	Variation (%) de 2002- 2003 à 2005- 2006
VALEUR DE L'INDICATEUR (Nb moyen d'interventions)	54	55	56	61	13,0%
Nb d'INTERVENTIONS reçues par les usagers qui ont connu de la continuité CLSC-PALV	759 022	825 764	881 311	996 892	31,3%
Nb d'USAGERS qui ont reçu de la continuité CLSC-PALV	14 128	15 115	15 853	16 463	16,5%

État de la situation 2005-2006

Les Montréalais qui ont connu de la continuité PALV du CLSC résidant dans les territoires de CSSS situés aux extrémités de l'île de Montréal ont généralement reçu moins d'interventions PALV de leur CLSC que ceux résidant dans les CSSS du centre de l'île. Ainsi, c'est dans le CSSS de la Pointe-de-l'Île (48 interventions en moyenne) que l'indicateur d'intensité de service PALV du CLSC obtient la valeur la moins élevée, alors que c'est dans les CSSS de la Montagne (76 interventions en moyenne) qu'il obtient la valeur la plus élevée.

FIGURE 41 Nombre moyen d'interventions reçues par les Montréalais de 75 ans et plus qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence

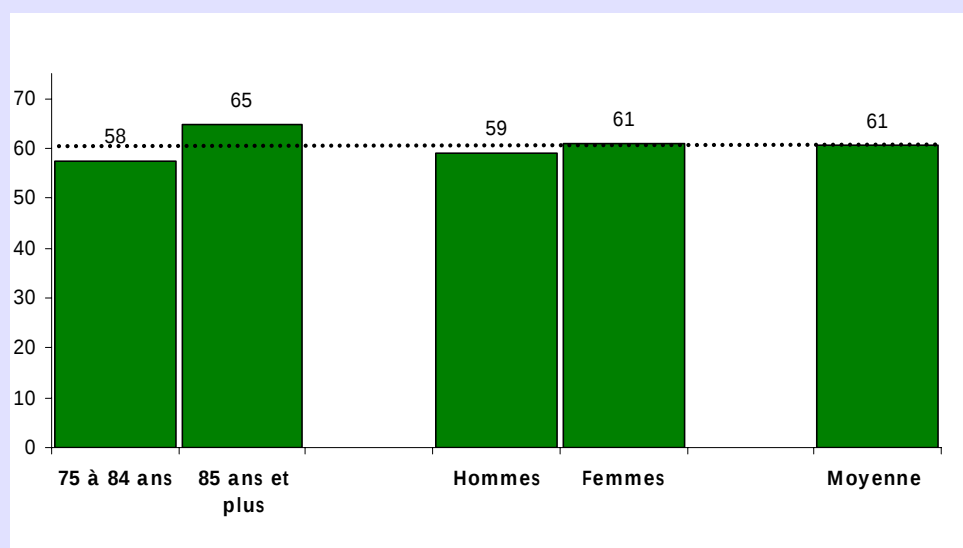


Source : I-CLSC, MSSS

L'intensité de service PALV du CLSC selon l'âge et le sexe

En 2005-2006, on observait que les 85 ans et plus (65 interventions) qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC ont reçu, en moyenne, 7 interventions PALV de plus que les personnes de 75 à 84 ans (58 interventions). L'intensité de service PALV du CLSC variait par ailleurs très peu selon le sexe des Montréalais qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC (59 interventions en moyenne pour les hommes versus 61 interventions en moyenne pour les femmes).

FIGURE 42 Nombre moyen d'interventions PALV du CLSC reçues par les Montréalais qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006, selon l'âge et le sexe



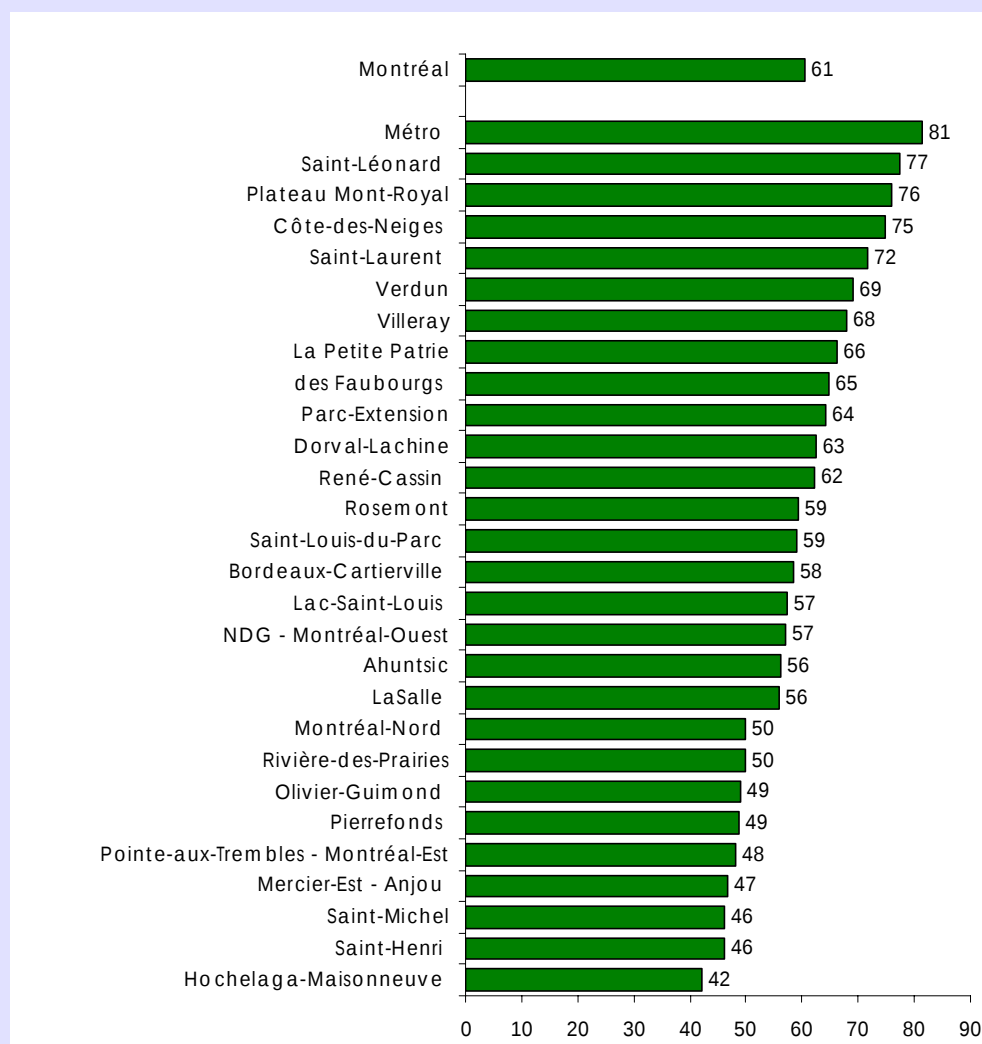
Source: I-CLSC, MSSS

L'intensité de service PALV du CLSC selon le territoire de CLSC de résidence

Les services PALV étant offerts par les CLSC directement à la population de leur territoire, la figure 43 présente le nombre moyen d'interventions PALV reçues par les usagers qui ont connu de la continuité PALV du CLSC en 2005-2006 selon leur territoire de CLSC de résidence.

On remarque ainsi que le nombre moyen d'interventions PALV reçues par les usagers qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC en 2005-2006 peut passer du simple au double d'un territoire de CLSC à l'autre, passant, en moyenne, de 42 interventions sur le territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve à 81 interventions sur le territoire du CLSC Métro.

FIGURE 43 Nombre moyen d'interventions PALV du CLSC reçues en 2005-2006 par les personnes qui ont connu de la continuité de service PALV du CLSC, selon le territoire de CLSC de résidence



Source : I-CLSC, MSSS

Ce que le réseau nous a dit

À l'instar de l'indicateur de continuité de service PALV du CLSC, l'indicateur d'intensité de service PALV du CLSC a été nuancé par le fait qu'il ne tient pas compte des services qui peuvent être donnés par les allocations directes, les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires et les proches aidants. La question à savoir si l'on donne plus de services à ceux qui en ont vraiment besoin a aussi été soulevée, c'est-à-dire qu'il faut se demander si ce sont vraiment les usagers les plus « lourds » qui reçoivent le plus de services.

Une meilleure définition de l'intervention (et l'harmonisation de celle-ci dans tous les CLSC) permettrait aussi selon les personnes rencontrées de mieux apprécier cet indicateur, car la façon de définir une intervention peut varier d'un CLSC à l'autre. L'importance de bien faire la saisie de données (dans l-CLSC) a aussi été soulignée.

Enfin, il a été mentionné qu'une intervention (thérapeutique) téléphonique n'exige pas le même temps – ou les mêmes ressources – qu'une intervention faite à domicile (par exemple 55 interventions dont 30 visites à domicile et 25 interventions téléphoniques ne peuvent se comparer à 55 interventions dont 15 visites et 40 interventions téléphoniques).

3.3 Relation entre les indicateurs de CONTINUITÉ et d'INTENSITÉ de service PALV du CLSC

Rappelons que l'indicateur INTENSITÉ CLSC-PALV a été développé afin de mesurer si l'indicateur CONTINUITÉ CLSC-PALV ne progresse pas au détriment de l'intensité de service.

La figure 44 présente la relation entre les valeurs des indicateurs INTENSITÉ CLSC-PALV et CONTINUITÉ CLSC-PALV pour chacun des 12 territoires de CSSS de résidence. Le centre de la figure, où se croisent l'axe des abscisses et celui des ordonnées, représente les valeurs moyennes des indicateurs de CONTINUITÉ CLSC-PALV et d'INTENSITÉ CLSC-PALV.

Rappelons que les valeurs moyennes, pour l'ensemble des Montréalais de 75 ans et plus, étaient les suivantes en 2005-2006 :

- CONTINUITÉ CLSC-PALV → 11,7%
- INTENSITÉ CLSC-PALV → 61 interventions

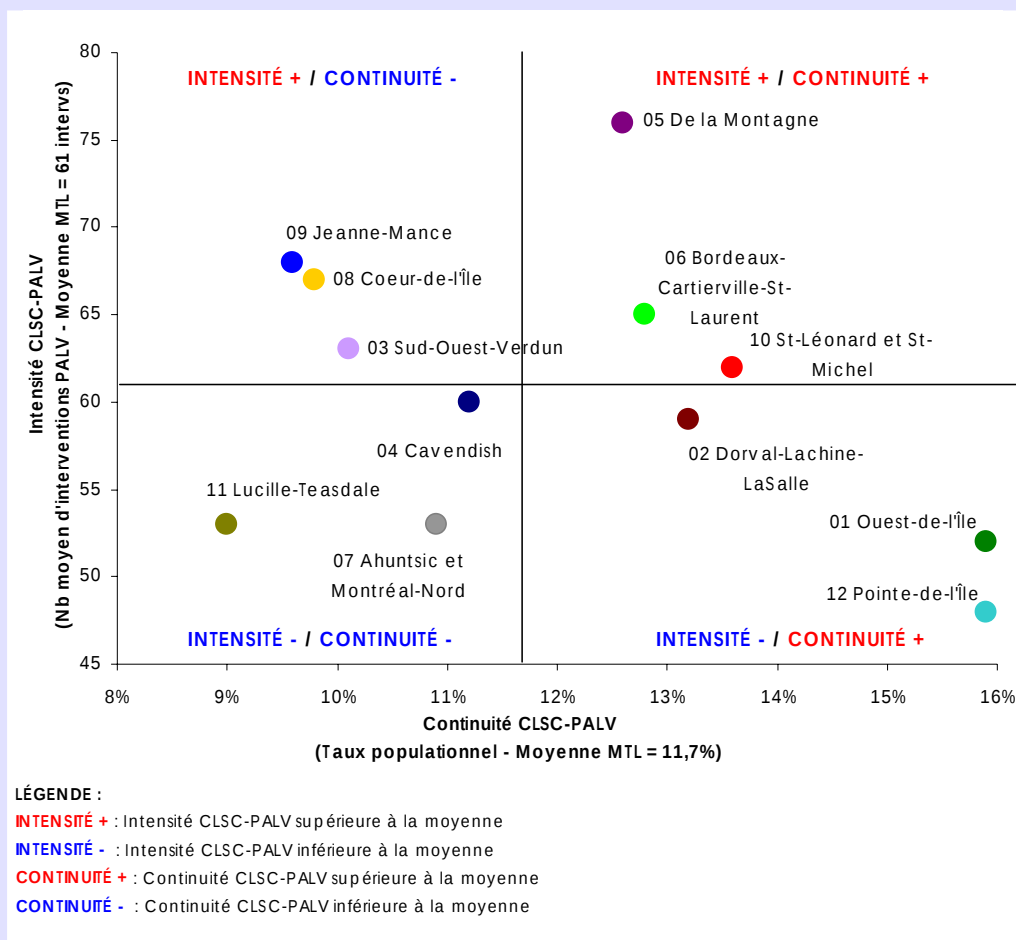
On remarquait en 2005-2006 que la moitié des territoires de CSSS de résidence suivaient la tendance d'une relation inverse entre la continuité de service PALV du CLSC et l'intensité de service PALV du CLSC. En effet :

- 3 territoires de CSSS avaient des valeurs de CONTINUITÉ inférieures à la moyenne, mais des valeurs d'INTENSITÉ supérieures à la moyenne, soit les territoires de CSSS Jeanne-Mance, Cœur-de-l'Île et Sud-Ouest – Verdun.
- 3 territoires de CSSS avaient des valeurs de CONTINUITÉ supérieures à la moyenne, mais des valeurs d'INTENSITÉ inférieures à la moyenne, soit les territoires de CSSS Dorval-Lachine-LaSalle, Ouest-de-l'Île et Pointe-de-l'Île.

Par contre, on observe que les valeurs des indicateurs de continuité de service PALV du CLSC et d'intensité de service PALV du CLSC variaient de la même façon par rapport à la moyenne pour l'autre moitié des territoires de CSSS. Ainsi :

- 3 territoires de CSSS avaient des valeurs de CONTINUITÉ et d'INTENSITÉ supérieures à la moyenne, soit les territoires de CSSS de la Montagne, Bordeaux-Cartierville et Saint-Laurent et Saint-Léonard et Saint-Michel.
- 3 territoires de CSSS avaient des valeurs de CONTINUITÉ et d'INTENSITÉ inférieures à la moyenne, soit les territoires de CSSS Lucille-Teasdale, Cavendish et Ahuntsic et Montréal-Nord.

FIGURE 44 Positionnement des territoires de CSSS de résidence lorsque comparés aux moyennes montréalaises des indicateurs INTENSITÉ CLSC-PALV et CONTINUITÉ CLSC-PALV



Source : I-CLSC, MSSS ; Projections de la population montréalaise 2005, ISQ-Statistique Canada (pondération CMIS)

4.0 INDICATEURS EN DÉVELOPPEMENT

En plus des onze indicateurs documentés à ce jour, six indicateurs ont été suggérés par le comité technique afin d'aboutir à un tableau de bord PALV équilibré. La méthode de calcul de ces indicateurs n'a toutefois pas encore été développée. Le présent chapitre se veut donc un aperçu des travaux en cours pour compléter le modèle d'évaluation de la performance du plan d'action *Perte d'autonomie liée au vieillissement*.

TABEAU 17 Les indicateurs en développement du tableau de bord PALV

EFFICACITÉ	EFFICIENCE
• État de santé  • Fréquentation de l'urgence par les 75 ans et plus • Demande d'hébergement pour les 75 ans et plus • Prévention des chutes 	• Taux d'institutionnalisation des 75 ans et plus • Durée moyenne de séjour hospitalier  • Dépense de service aux personnes âgées dans la communauté • Gestion des ressources humaines 
ADAPTATION	QUALITÉ
• Délai pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD • Délai de service du CLSC aux 75 ans et plus suite à un congé de l'urgence • Satisfaction des usagers  • Satisfaction des proches 	• Continuité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus • Intensité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus • Service offert par le CLSC aux 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence • Retour à l'urgence des 75 ans et plus • Non prise en charge médicale des 75 ans et plus avant une visite à l'urgence

 Indicateurs en développement

Indicateurs d'efficacité

L'état de santé et la prévention des chutes

À ce jour, les indicateurs du quadrant Efficacité présentent les volumes d'utilisation des services d'urgence et d'hébergement. Afin de tenir compte des préoccupations relatives à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, qui ont été définies dans le plan d'action du MSSS et qui ont été retenues dans les priorités d'actions de l'Agence de Montréal, le développement d'un indicateur sur l'état de santé a été suggéré. Ce concept est cependant large et l'indicateur sera développé et circonscrit en collaboration avec la *Direction de santé publique* (DSP).

Afin de servir de marqueur d'implantation et d'intégration des mesures de prévention et de promotion, il a aussi été suggéré d'intégrer au tableau de bord PALV un indicateur portant sur la prévention des chutes. Ici encore, il est prévu que cet indicateur soit développé conjointement avec la DSP.

Il est à noter que ces deux indicateurs n'ont toujours pas été définis.

Indicateurs d'efficience

Durée moyenne de séjour hospitalier

Un indicateur sur la durée moyenne du séjour hospitalier des usagers en attente d'hébergement a été suggéré. L'angle d'analyse reste cependant à définir.

Gestion des ressources humaines

Les organisations de santé et de services sociaux sont aux prises avec un grave problème de pénurie de ressources humaines dans certaines professions clés, tout particulièrement en ce qui a trait aux infirmières, aux professionnels en réadaptation et même dans le secteur non professionnel (préposés aux bénéficiaires, auxiliaires familiales, etc.). La mise en œuvre de nouvelles stratégies de recrutement est donc nécessaire, mais les gestionnaires sont tout particulièrement conviés à revoir les stratégies qui favorisent, entre autres, la rétention des effectifs. L'équipe d'analystes du CMIS, en collaboration avec le service des ressources humaines réseau de l'Agence, travaille actuellement à définir l'indicateur qui témoignerait le mieux des enjeux stratégiques relatifs à la gestion des ressources humaines. Le choix de la mesure à la base de cet indicateur (taux de rétention des nouveaux employés, nombre d'heures supplémentaires par catégories d'emploi, etc.) n'a pas encore été arrêté.

Indicateurs d'adaptation

Satisfaction des usagers et satisfaction des proches

Dans le cadre du tableau de bord PALV, deux indicateurs de satisfaction ont été suggérés, l'un portant sur la satisfaction des usagers, l'autre portant sur la satisfaction des proches aidants. Il a été proposé d'inclure la satisfaction de ces derniers dans le tableau de bord PALV puisqu'ils sont considérés eux aussi comme des fournisseurs de soins.

À cet effet, des sondages téléphoniques et en face à face ont été réalisés du 30 mai au 5 novembre 2007 auprès de 10 808 répondants, en s'assurant de réaliser un nombre représentatif d'entrevues dans chacun des 12 territoires des CSSS. Les questionnaires ont été développés en collaboration avec le *Conseil québécois d'agrément* (CQA). Trois collectes de données distinctes ont été réalisées, soit auprès :

- des clientèles hébergées en CHSLD (ou auprès d'une personne significative pouvant s'exprimer pour elles si leur état de santé ne leur permettait pas de participer à l'étude) (n=3 256) ;
- des clientèles bénéficiant de services SAD du CLSC (n=3 901), et ;
- des proches aidants (n=3 651).

Des travaux sont en cours pour développer deux indicateurs à partir des données recueillies dans le cadre de ces sondages. Contrairement aux indicateurs développés à partir des banques de données administratives, ces indicateurs n'auront toutefois aucune valeur pour les années antérieures à l'année financière 2007-2008.

5.0 MÉTHODE

Comment est définie une visite à l'urgence ? Pourquoi des périodes de 28 jours sont-elles utilisées plutôt que des mois entiers ? Les banques de données utilisées pour développer les indicateurs PALV sont d'une grande richesse, mais des conventions doivent être établies pour les exploiter. Le présent chapitre a pour objectif d'expliquer au lecteur les détails de la méthode afin de lui permettre de mieux saisir la portée et les limites des indicateurs.

Pourquoi avoir choisi de porter les analyses sur les Montréalais de 75 ans et plus plutôt que sur les Montréalais de 65 ans et plus ?

En général, les plans d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement font référence aux personnes de 65 ans et plus. Dans le cadre du tableau de bord PALV, plusieurs indicateurs portent cependant sur les Montréalais de 75 ans et plus. Cet angle d'analyse a été privilégié parce que la clientèle des 75 ans et plus a été jugée prioritaire. En effet, les personnes de 75 ans et plus sont considérées comme les personnes le plus à risque de perte d'autonomie.

De plus, selon les données du recensement de Statistique Canada 2001, ce groupe d'âge connaîtra au Québec une croissance de 17,4% entre 2001 et 2011. Les balises préliminaires de l'Agence de Montréal sur les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement indiquent qu'en 2005 « *la proportion de gens âgés de 75 à 84 ans est de 5,5 % à Montréal, comparativement à 3,9 % pour le reste du Québec. Pour les gens de plus de 85 ans, nous avons un taux 1,5 fois plus élevé que celui du reste du Québec* »⁵⁴.

Ce document de l'Agence souligne aussi qu'« *il faut convenir que la majorité des services qui devront être rendus disponibles ainsi que les mesures d'accompagnement, de coordination et de suivi, tels la gestion de cas et le plan de services individualisé (PSI), s'adresseront aux personnes qui présenteront une perte d'autonomie due à des incapacités physiques, psychiques ou des difficultés d'ordre social à la suite d'une ou plusieurs maladies aiguës ou chroniques. Parmi ces personnes, plusieurs présenteront des caractéristiques de vulnérabilité qui en feront des clientèles prioritaires, dont la majorité aura 75 ans et plus* »⁵⁵.

⁵⁴ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2004). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - balises préliminaires*, Montréal (mars 2004), p. 8.

⁵⁵ Idem, p.8.

La période de 28 jours

Le découpage des années financières dans le réseau de la santé comporte 13 périodes, la 13^e période finissant toujours le 31 mars. Le nombre de jours de chacune de ces périodes est cependant variable, ce qui pourrait entraîner un biais si on utilisait la période administrative pour comparer des données sur plusieurs périodes. Pour la construction des indicateurs, il a donc été établi par convention d'utiliser systématiquement des périodes de 28 jours. À noter que, dans le but d'alléger le texte, le terme « mois » fait référence à une période de 28 jours dans le présent rapport.

L'intervention du CLSC

La banque de données I-CLSC compile les données sur les services sociaux et en santé offerts en CLSC. Dans la banque de données jumelées, une « intervention du CLSC » consiste donc en une « intervention individualisée » telle que définie dans le cadre normatif d'I-CLSC, soit une :

- *Intervention réalisée pour un usager-individu ou auprès de toute autre personne en relation avec lui (aidant naturel, famille, représentant légal), généralement dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note significative versée au dossier de l'usager-individu. Toutefois, les auxiliaires familiales et sociales ainsi que les préposés aux bénéficiaires, bien qu'ils réalisent des interventions individualisées, ne sont pas tenus de rédiger une note significative au dossier mais doivent consigner une intervention⁵⁶.*

Le profil de l'intervention du CLSC

Chacune des interventions individuelles compilées dans I-CLSC est codée selon le profil de l'intervention. On entend par « profil de l'intervention » le profil de la clientèle ciblée par l'intervention. On dénombre dans le cadre normatif d'I-CLSC 12 profils d'intervention différents, soit :

- 110 Usager en phase postopératoire
- 120 Usager en soins palliatifs, excluant : usager atteint du SIDA (130)
- 130 Usager atteint du SIDA
- 192 Usager ayant une condition de santé physique nécessitant un suivi
- 210 Usager ayant une déficience physique
- 310 Usager ayant une déficience intellectuelle
- 410 Usager présentant des troubles mentaux
- 510 Usager en périnatalité
- 610 Usager ayant un problème de dépendances
- 710 Usager en perte d'autonomie liée au vieillissement
- 810 Usager enfant, jeune et famille vulnérable
- 900 Usager ayant tout autre profil⁵⁷

⁵⁶ DIRECTION DES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS, DGSS) (2007). *Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, Québec (30 avril 2007), 2-4.

⁵⁷ Idem, 3-32, 3-33.

Dans le cadre du présent rapport, le **profil 710-PALV** est particulièrement ciblé. Ce profil est défini de la façon suivante :

- *Usager ayant des incapacités acquises avec l'âge, des maladies assez souvent chroniques, des troubles mentaux (exemple : démence) et des problèmes cognitifs (exemple : maladie d'Alzheimer) survenant au cours du vieillissement et pouvant causer une situation de dépendance. L'âge (65 ans et plus) ne saurait constituer le seul critère, excluant : le vieillissement en bonne santé fonctionnelle permettant un mode de vie de qualité⁵⁸.*

Le lecteur doit cependant tenir compte du fait qu'une personne pour qui une intervention profil 710 s'applique n'a pas nécessairement reçu toutes ses interventions sous le profil 710. C'est pour cette raison que certains indicateurs et variables complémentaires portent sur les Montréalais de 75 ans et plus ayant eu une intervention du CLSC (quel que soit le profil), alors que d'autres portent plus précisément sur les personnes dont l'intervention a été codée profil 710-PALV.

Le territoire de résidence (CSSS ou CLSC)

Toutes les données présentées selon le territoire de CLSC ou le territoire de CSSS font référence à l'endroit où résidait l'utilisateur au moment où un service a été donné, quel que soit l'établissement fréquenté. Par exemple, une personne demeurant à l'intérieur du territoire du CLSC Petite Patrie qui a fréquenté l'hôpital du Lakeshore sera dénombrée sous le territoire de CLSC de résidence Petite Patrie et le CSSS de résidence Cœur-de-l'Île.

Être « Connu » ou « Non connu » du CLSC, du profil 710 ou de l'omnipraticien

Les variables « Connu / Non connu CLSC », « Connu / Non connu 710 » et « Connu / Non connu OMNI » font référence à deux concepts définis précédemment, soit :

- **Le profil de l'intervention du CLSC**
- **La période de 28 jours**

Elles ont été développées pour refléter si les personnes qui ont fréquenté l'urgence ont reçu des services avant leur visite à l'urgence :

- Le fait d'être **connu de son CLSC** représente le fait d'avoir reçu au moins une intervention du CLSC (quel que soit le profil) au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence.
- Le fait d'être **connu 710** représente le fait d'avoir reçu au moins une intervention PALV profil 710 du CLSC au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence.
- Le fait d'être **connu OMNI** représente le fait d'avoir rencontré au moins un omnipraticien en clinique médicale au cours des trois périodes précédant la visite à l'urgence. Cette variable repose sur la même méthode de calcul que l'indicateur de *Non prise en charge médicale*. Avec la variable **connu OMNI**, il est donc

⁵⁸ DIRECTION DES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS, DGSS) (2007). *Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, Québec (30 avril 2007), A2-23.

possible d'étudier la variation de certains indicateurs PALV selon l'indicateur de non prise en charge médicale.

« Nombre de Montréalais » versus « Population des Montréalais »

Dans le présent rapport, la notion de « Montréalais » fait référence à deux concepts différents, soit :

- La **population** montréalaise, telle que projetée par l'ISQ à partir du recensement de 2001 de Statistique Canada et pour laquelle une pondération par territoire de CSSS a été développée (voir le chapitre sur la pondération pour plus de détail à ce sujet).
- Le **nombre** de Montréalais, qui fait référence aux Montréalais qui ont utilisé les services publics du système de santé. Ainsi, tout Montréalais qui a utilisé des services privés ou des services à l'extérieur du Québec n'est pas considéré dans nos analyses.

La population montréalaise n'est utilisée que pour servir de dénominateur dans le calcul des indicateurs qui sont des taux populationnels, soit :

- Fréquentation urgence
- Demande hébergement
- Taux institutionnalisation
- Continuité CLSC-PALV

Pour le calcul des autres indicateurs PALV, le dénominateur est un nombre d'utilisateurs d'un service de santé offert par le réseau public et enregistré dans les banques de données disponibles.

L'évaluation des besoins à l'orientation en termes d'heures-soins

Les orientations de l'Agence de Montréal soulignent l'importance d'accorder la priorité au soutien à domicile, en réservant les places en CHSLD aux clientèles ayant des besoins d'au moins 3 heures de soins par jour⁵⁹. Toutefois, afin d'être comparable avec l'utilisation de ces données dans le réseau, on utilise ici comme indicateur un niveau de besoin égal ou supérieur à 2,5 heures-soins par jour, cette division étant actuellement utilisée pour évaluer le financement des lits d'hébergement.

Dans le cadre du présent rapport, le nombre d'heures-soins fait donc référence au nombre d'heures de soins par jour dont l'individu a besoin, tel qu'évalué au moment de son orientation dans le système régional des admissions (SRA).

⁵⁹ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal (mars 2005), p.24.

La visite à l'urgence

La « visite », qu'elle ait lieu à l'urgence, en clinique médicale ou en CLSC, n'est pas un événement qui est consigné en tant que tel dans la banque de données administratives de la RAMQ ou dans I-CLSC. En effet, seuls les actes sont répertoriés, mais des informations quant au lieu, à la date et à la nature de l'acte posé sont enregistrées.

Les données utilisées pour définir cette visite à l'urgence proviennent de la banque RAMQ sur la facturation à l'acte des médecins. Cette banque contient l'ensemble des informations sur les actes médicaux réalisés dans les urgences. Pour définir une visite à l'urgence, on utilise la date d'un acte médical pour un usager montréalais de 75 ans et plus dans un établissement du réseau de Montréal ou dans un établissement situé à l'extérieur de Montréal.

Notons par ailleurs que lors d'une visite à l'urgence, plusieurs intervenants (médecins omnipraticiens ou spécialistes) peuvent être rencontrés par le même client et différents actes peuvent être posés (examen général, radiographie, etc.). Il est de plus possible de passer plus de 24 heures dans une salle d'urgence. Ainsi, pour tenir compte de cette réalité, les conventions suivantes ont été établies :

- Si plusieurs actes ont été réalisés, le même jour, dans le même établissement, pour un même usager, une seule visite est comptabilisée.
- Si plusieurs dates consécutives pour un usager sont recensées dans le même établissement, on présume que l'utilisateur passe plusieurs jours dans la même salle d'urgence et on ne comptabilise qu'une seule visite. Dans ce cas, la date retenue correspond à la dernière date de la séquence consécutive à l'urgence.

Rappelons que tous les indicateurs qui font référence à la visite à l'urgence ne tiennent compte que de la première des « visites » à l'urgence définie selon ces normes pour un usager entre la période 13 de l'année financière précédente et la période 12 de l'année financière en cours. Par exemple, pour le calcul de l'indicateur pour l'année financière 2005-2006, ne sont considérés que les Montréalais de 75 ans et plus qui ont fréquenté l'urgence entre le 05/03/2005 et le 04/03/2006. La même période a été définie pour tous les indicateurs faisant référence à la fréquentation de l'urgence.

Une telle approche a été établie afin de garder un intervalle de 28 jours équivalant à la période 13 de l'année financière. Les visites à l'urgence subséquentes sont considérées comme faisant partie de la même séquence d'intervention. Ce découpage chronologique est justifié par le besoin d'avoir une base de calcul comparable pour tous les indicateurs utilisant la visite à l'urgence, qu'ils observent ce qui s'est produit avant ou ce qui s'est produit après la visite à l'urgence.

6.0 PONDÉRATION

Pour pouvoir étudier l'utilisation des services par les populations des 12 territoires de CSSS de Montréal, il est important de s'assurer que ces populations soient relativement comparables.

Ce chapitre explique la méthode de pondération utilisée lors du calcul des indicateurs afin de tenir compte de certaines caractéristiques spécifiques des populations des différents territoires de Montréal.

La littérature scientifique a largement démontré que les inégalités en santé sont liées aux inégalités sociales. Afin de rendre les données relativement comparables entre les douze territoires de CSSS, il a donc été convenu de tenir compte des besoins relatifs de la population, lesquels varient selon divers facteurs qui peuvent influencer leur état de santé et, par conséquent, leur consommation de services.

Les variables utilisées pour la pondération de la population proviennent de travaux réalisés antérieurement à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ces travaux ont permis d'identifier et de mesurer les facteurs de prédisposition à l'hébergement les plus pertinents pour les personnes âgées. Ces prédicteurs sont deux variables du recensement de Statistique Canada, soit :

- le taux d'incapacités ;
- le nombre de personnes vivant seules.

TABEAU 18 Pourcentage de personnes de 75 ans et plus ayant des incapacités et vivant seules selon le recensement de 2001, selon le territoire de CSSS de résidence

Réseau de résidence	Personnes vivant seules			Présence d'incapacités		
	Nombre	Pop totale	%	Nombre	Pop totale	%
CSSS L'Ouest-de-l'Île	2 770	10 234	27,1	1 990	10 234	19,4
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	3 230	9 737	33,2	2 145	9 737	22,0
CSSS Sud-Ouest-Verdun	3 515	8 462	41,5	2 125	8 462	25,1
CSSS Cavendish	4 775	12 721	37,5	3 110	12 721	24,4
CSSS de la Montagne	6 490	16 983	38,2	3 560	16 983	21,0
CSSS Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent	3 485	11 197	31,1	2 195	11 197	19,6
CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord	5 705	13 953	40,9	3 200	13 953	22,9
CSSS Cœur de l'Île	2 745	6 775	40,5	1 530	6 775	22,6
CSSS Jeanne-Mance	2 900	7 107	40,8	1 585	7 107	22,3
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	2 150	7 653	28,1	1 805	7 653	23,6
CSSS Lucille Teasdale	5 675	13 216	42,9	3 235	13 216	24,5
CSSS Pointe de l'Île	3 370	10 550	31,9	2 300	10 550	21,8
Montréal	46 810	128 588	36,4	28 780	128 588	22,4

Source : Données interactives ASSSM - Statistiques Canada, Recensement 2001.

À partir de ces données, un indice de besoins a été établi pour chacun des territoires de CSSS. Ce dernier a permis de calculer la pondération de la population pour chacun des territoires selon la formule suivante :

$$= \frac{\text{Nombre réel de personnes de 75 ans et plus} \times \text{Pourcentage de besoins}}{\text{Pourcentage de la population du territoire par rapport à celle de Montréal}}$$

À titre indicatif, on peut constater au tableau 19 la variation du nombre de personnes de 75 ans et plus d'un territoire de CSSS à l'autre constatée pour l'année 2005 lorsque l'on pondère la population :

TABEAU 19 Écart entre la population pondérée selon l'indice de besoins et la population réelle des personnes de 75 ans et plus, selon les projections pour l'année 2005 de l'ISQ réalisées à partir du recensement de 2001 de Statistiques Canada

Réseau de résidence	% besoins vs région	Pop. Totale	% Pop. Totale	Pop. Pond.	Écart	% Écart
CSSS L'Ouest-de-l'Île	5,2	12 561	8,9	7 349	-5 212	-41
CSSS Dorval-Lachine-LaSalle	6,9	10 690	7,6	9 762	-928	-9
CSSS Sud-Ouest-Verdun	8,2	8 820	6,3	11 459	2 639	30
CSSS Cavendish	9,8	12 625	9,0	13 723	1 098	9
CSSS de la Montagne	12,8	17 382	12,4	17 896	514	3
CSSS Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	6,6	12 352	8,8	9 241	-3 111	-25
CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord	11,9	15 509	11,0	16 648	1 139	7
CSSS Cœur de l'Île	6,0	7 155	5,1	8 418	1 263	18
CSSS Jeanne-Mance	8,5	7 373	5,3	11 868	4 495	61
CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	4,6	8 984	6,4	6 514	-2 470	-27
CSSS Lucille Teasdale	12,7	14 297	10,2	17 775	3 478	24
CSSS Pointe de l'Île	7,1	12 715	9,1	9 929	-2 786	-22

Source : Modèle de prédiction des besoins de lits de CHSLD en 2010 - Travaux de Michel Roberge, 2005, ASSSM.

En pondérant la population tel qu'indiqué, on constate au tableau 19 des écarts très significatifs pour deux territoires de CSSS :

- le CSSS de l'Ouest-de-l'Île diminue ainsi son nombre absolu de personnes de 75 ans et plus de 41 % (ce qui est en lien avec le fait que sa population présente moins d'incapacités et de personnes seules que les autres), alors que ;
- le CSSS Jeanne-Mance augmente son nombre absolu de personnes de 75 ans et plus de 61 %.

Les données pondérées de population de 75 ans et plus entre les années 2002 et 2005 sont présentées au tableau 20.

TABLEAU 20 Écart entre la population réelle et la population pondérée des personnes de 75 ans et plus entre 2002 et 2005, selon le territoire de CSSS de résidence

Réseau de résidence	2002		2003		2004		2005	
	Réelle	Pond	Réelle	Pond	Réelle	Pond	Réelle	Pond
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	10 858	6 295	11 423	6 640	11 999	6 996	12 561	7 349
CSSS Dorval-Lachine-La Salle	9 987	9 065	10 227	9 298	10 434	9 502	10 690	9 762
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	8 557	11 036	8 662	11 192	8 715	11 285	8 820	11 459
CSSS Cavendish	12 758	13 727	12 687	13 690	12 610	13 654	12 625	13 723
CSSS de la Montagne	17 039	17 470	17 084	17 553	17 226	17 756	17 382	17 980
CSSS Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	11 526	8 531	11 799	8 764	12 070	8 997	12 352	9 241
CSSS d'Achims et Montréal-Nord	14 375	15 235	14 778	15 728	15 097	16 132	15 509	16 648
CSSS du Cœur de l'île	6 906	8 065	6 999	8 188	7 064	8 285	7 155	8 418
CSSS Jeanne-Mance	7 162	11 437	7 210	11 569	7 266	11 705	7 373	11 923
CSSS de St-Léonard et St-Michel	7 982	5 760	8 319	6 009	8 656	6 258	8 984	6 514
CSSS Lucille-Teasdale	13 579	16 849	13 923	17 305	14 098	17 560	14 297	17 859
CSSS de la Pointe-de-l'Île	11 079	8 598	11 615	9 045	12 215	9 547	12 715	9 976
Montréal (1)	131 808	132 068	134 726	134 979	137 450	137 677	140 463	140 851

(1) Le léger écart observé entre la population réelle de Montréal et celle pondérée totale est dû au fait que les décimales n'ont pas été considérées dans le calcul.

Source : Modèle de prédiction des besoins de lits de CHSLD en 2010 - Travaux de Michel Roberge, 2005, ASSSM.

TABEAU 21 Population pondérée des Montréalais de 75 ans et plus de 2002 à 2005, selon le territoire de CLSC de résidence

CSSS	CLSC	2002	2003	2004	2005
01 - Pierrefonds et Lac St-Louis	Lac-St-Louis	3 280	3 440	3 604	3 760
	Pierrefonds	3 015	3 200	3 392	3 589
CSSS de l'Ouest de l'Île	Total	6 295	6 640	6 996	7 349
02 - LaSalle et du Vieux Lachine	Du Vieux La Chine	5 076	5 165	5 215	5 321
	LaSalle	3 988	4 133	4 287	4 441
CSSS Dorval-Lachine-La Salle	Total	9 065	9 298	9 502	9 762
03 - Verdun-Côte St-Paul, St-Henri et Pointe St-Charles	Cl. Comm. Pointe St-Charles	1 006	1 030	1 051	1 060
	Verdun/Côte St-Paul	7 738	7 882	7 987	8 130
	St-Henri	2 292	2 280	2 247	2 270
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	Total	11 036	11 192	11 285	11 459
04 - René-Cassin et NDG / Montréal- Ouest	René-Cassin	8 064	8 038	8 011	8 040
	NDG/Montréal-Ouest	5 664	5 652	5 643	5 683
CSSS Cavendish	Total	13 727	13 690	13 654	13 723
05 - Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension	Côte-des-Neiges	11 113	11 163	11 298	11 410
	Métro	5 256	5 249	5 297	5 377
	Parc Extension	1 101	1 141	1 162	1 193
CSSS de la Montagne	Total	17 470	17 553	17 756	17 980
06 - Nord de l'Île et St-Laurent	Nord de l'Île	3 075	3 131	3 208	3 303
	St-Laurent	5 456	5 632	5 789	5 938
CSSS de Bordeaux-Cartierville et St - Laurent	Total	8 531	8 764	8 997	9 241
07 - Ahuntsic et Montréal-Nord	Montréal-Nord	8 946	9 320	9 598	9 953
	Ahuntsic	6 288	6 408	6 534	6 695
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	Total	15 235	15 728	16 132	16 648
08 - La Petite Patrie et Villeray	Villeray	4 315	4 433	4 525	4 635
	La Petite Patrie	3 750	3 755	3 760	3 782
CSSS du Cœur de l'Île	Total	8 065	8 188	8 285	8 418
09 - Faubourgs, Plateau Mont-Royal et St-Louis du Parc	St-Louis-du-Parc	1 691	1 673	1 687	1 719
	Des Faubourgs	5 632	5 762	5 892	6 038
	Du Plateau Mont-Royal	4 114	4 134	4 126	4 166
CSSS Jeanne-Mance	Total	11 437	11 569	11 705	11 923
10 - St-Léonard et St-Michel	St-Léonard	2 998	3 157	3 329	3 480
	St-Michel	2 762	2 852	2 930	3 034
CSSS de St-Léonard et St-Michel	Total	5 760	6 009	6 258	6 514
11 - Hoch.-Maisonnette, Olivier- Guimond et Rosemont	Olivier-Guimond	3 290	3 409	3 498	3 580
	Hochelaga-Maisonnette	4 126	4 185	4 215	4 236
	De Rosemont	9 433	9 711	9 847	10 043
CSSS Lucille-Teasdale	Total	16 849	17 305	17 560	17 859
12 - Riv.-d-Prairies, Mercier-Est/Anjou et PAT/Mtl-Est	Rivière-des-Prairies	2 189	2 325	2 467	2 622
	Pte-aux-Trembles/Mtl-Est	2 412	2 564	2 713	2 825
	Mercier-Est/Anjou	3 997	4 156	4 367	4 529
CSSS de la Pointe-de-l'Île	Total	8 598	9 045	9 547	9 976
Montréal	Total	132068	134979	137677	140851

Source : Modèle de prédiction des besoins de lits de CHSLD en 2010 - Travaux de Michel Roberge, 2005, ASSSM.

Annexe : Récapitulatif de la valeur des indicateurs par territoire de CSSS de résidence

TABLEAU 22 Récapitulatif de la valeur des indicateurs en 2005-2006, selon le territoire de CSSS de résidence

	MONTREAL	Ouest-de-l'Île	Dorval-Lasalle-LaSalle	Sud-Ouest - Verdun	Cavendish	Montagne	Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Coeur-de-l'Île	Jeanne-Mance	St-Léonard et St-Michel	Lucille-Teasdale	Pointe-de-l'Île
LES SERVICES D'URGENCE													
Fréquentation de l'urgence par les 75 ans et plus (%) *	33,9	53,4	42,6	29,6	31,7	31,5	42,2	31,3	28,6	21,1	49,1	26,1	43,2
Retour à l'urgence des 75 ans et plus (%)	19,4	27,4	19,7	17,3	17,3	17,6	18,2	18,6	18,7	19,7	20,3	19,8	19,2
Service offert par le CLSC aux 75 ans et plus suite à une visite à l'urgence (%)	24,7	25,7	21,3	18,9	28,6	26,3	22,8	22,7	25,6	31,2	22,7	25,6	25,7
Délai de service du CLSC aux 75 ans et plus suite à un congé de l'urgence (Nb jours)	8,3	8,5	8,5	9,3	8,5	8,3	8,1	8	7,6	7,6	8,2	8,4	8,5
Non prise en charge médicale des 75 ans et plus avant une visite à l'urgence (%)	50	46,9	45,5	55,7	51,5	62,2	47,9	41,9	48,1	62	45,7	48,3	45,9
LES SERVICES D'HÉBERGEMENT													
Demande d'hébergement pour les 75 ans et plus (%) *	2,6	3,9	2,7	1,9	2,4	2,1	3,4	2,5	2,2	2	4	2,1	3,6
Dépense de services aux personnes âgées dans la communauté (\$)	0,52	0,51	0,5	0,52	0,64	0,68	0,46	0,45	0,51	0,72	0,43	0,48	0,35
Délai pour l'obtention d'une place d'hébergement en CHSLD (Nb jours)	128	189	110	109	114	143	127	135	122	108	113	131	128
Taux d'institutionnalisation des 75 ans et plus (%) *	6,3	5,8	6,7	6,3	5,4	5,1	6,6	6,8	6,1	7	6,8	5,9	8,8
LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE													
Continuité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus (%) *	11,7	15,9	13,2	10,1	11,2	12,6	12,8	10,9	9,8	9,6	13,6	9	15,9
Intensité de service PALV du CLSC chez les 75 ans et plus (Nb d'interventions)	61	52	59	63	60	76	65	53	67	68	62	53	48
* Taux populationnels dont le dénominateur est la population pondérée de chacun des territoires de CSSS.													

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 