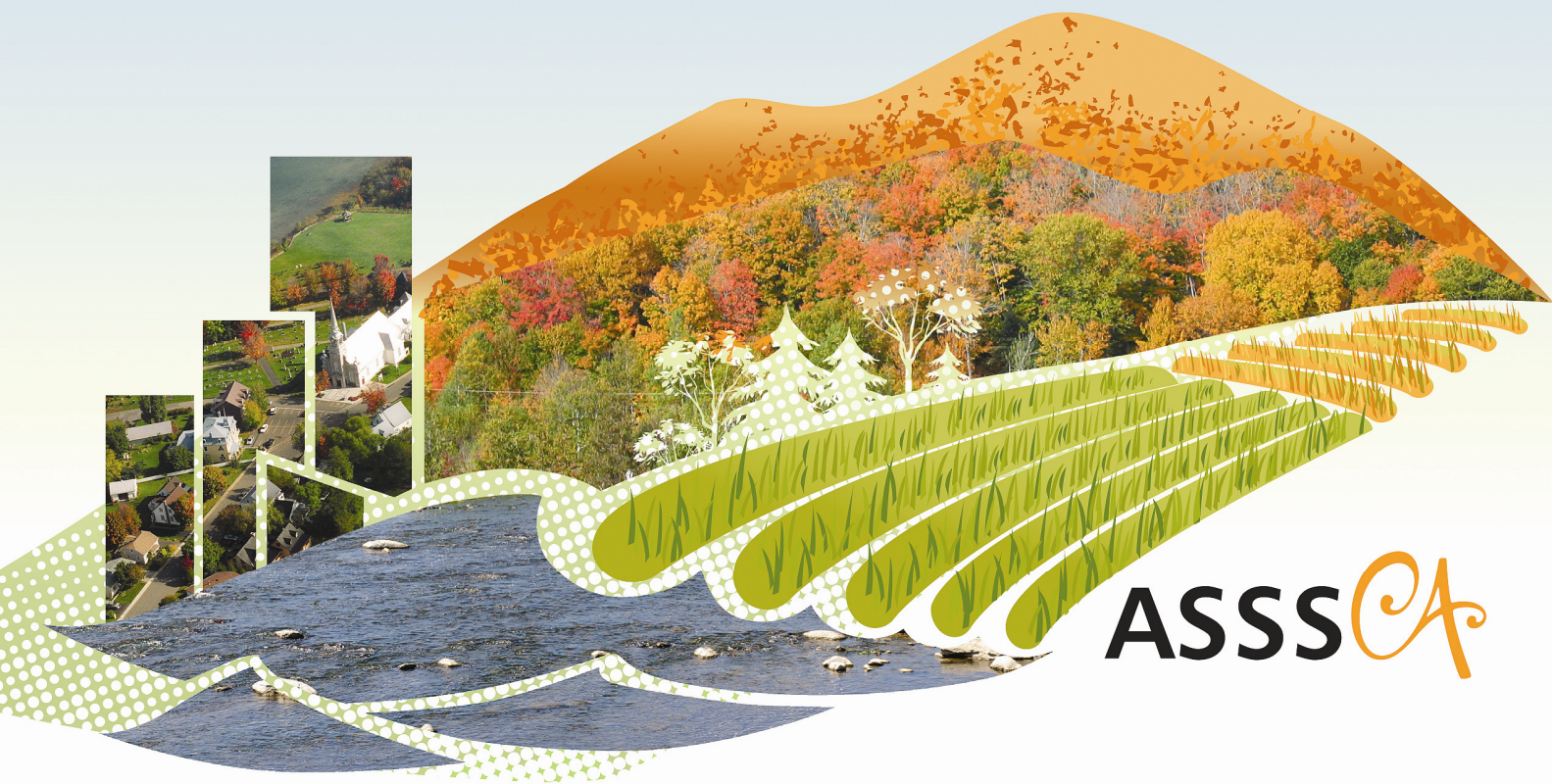




ASSS *CA*

**Guide régional en lien avec les étapes de validation
des rapports I-CLSC transmis par la Régie de
l'assurance maladie du Québec (RAMQ)**

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec



**Guide régional en lien avec les étapes de validation des rapports I-CLSC
transmis par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)**

**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 

Conception, analyse et rédaction

Céline Gagnon, pilote régionale I-CLSC

Avec la collaboration de

madame Nathalie Lebel, pilote locale I-CLSC du Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford et de madame Céline Lemelin, pilote locale I-CLSC du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet

Révision et mise en page

Louise Fortin

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN 978-2-89548-620-6 (version imprimée)

ISBN 978-2-89548-621-3 (version PDF)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2011

Juin 2011

TABLE DES MATIÈRES

Lexique.....	VII
Introduction	IX
Section 1	1
Rapports statutaires de la RAMQ (EGBR) reçus à la fin de chaque période financière, à la suite de la transmission à la RAMQ	1
EGB2R01 : Répartition des demandes, des usagers individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités	2
EGB2R02 : Répartition des demandes, des usagers individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités valides.....	5
EGB2R03 : Répartition des usagers-individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les profils d'intervention	6
EGB2R04 : Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les centres d'activités.....	8
EGB2R05 : Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les profils d'intervention	8
EGB2R06 : Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les centres d'activités	9
EGB2R07 : Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les profils d'intervention.....	9
EGB2R08 : Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités	10
EGB2R09 : Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention.....	11
EGB2R10 : Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités	10
EGB2R11 : Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention	11
EGB2R12 : Répartition des demandes selon leur objet en lien avec le référent.....	13
EGB2R13 : Répartition des demandes selon leur objet en lien avec la décision prise	14
EGB2R14 : Répartition des usagers-groupes et des interventions, selon leur catégorie et la population cible	16
EGB2R15 : Répartition des usagers-communautaires et des interventions, selon leur catégorie et la population cible	17
EGB2R16 : Usagers-individus, interventions, durée et activités ponctuelles représentant le maintien à domicile	18
EGB2R17 : Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon le profil d'intervention et les centres d'activités du maintien à domicile.....	19
EGB2R18 : Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon les programmes-clientèles et les centres d'activités du maintien à domicile	20

EGB2R20 : Nombre d'usagers et d'interventions selon le quintile ¹ de défavorisation pour chacun des centres d'activités.....	21
EGB3R07 : Aperçu de la qualité des données transmises	22
Liste des références	27
Annexes	29
Annexe 1 : Liste des rapports disponibles au cadre normatif I-CLSC.....	29
Annexe 2 : Spécimens de rapports normalisés RN-1 et RN-2.....	35
Annexe 3 : Rapport de rejets en périnatalité (renseignements complémentaires)	43
Annexe 4 : Rapport de qualité de données (EGB3R07), données sur la périnatalité, méthode de validation des éléments	47

¹ Définition : Le quintile est une portion de la distribution de fréquence contenant un cinquième du total de l'échantillon.

LEXIQUE

Centres et les sous-centres d'activités

Ce sont de grands regroupements d'activités pour lesquels de l'information est présentée. Ils permettent aux établissements de répartir les charges en fonction de leurs opérations. Certains centres d'activités (C/A) sont subdivisés en sous-centres. Pour la plupart des centres d'activités, une ou deux unités de mesure sont définies, selon le cas.

Les centres et les sous-centres d'activités définis dans le Manuel de gestion financière (MGF) constituent l'encadrement que l'établissement doit respecter pour rendre compte de ses activités. Ceux qui sont créés régionalement ou localement n'y apparaissent pas. Ils doivent être rattachés à ceux qui sont inclus au MGF.

Il en est de même pour les rapports statutaires EGB de la RAMQ, si les C/A ou les sous-C/A sont dans le cadre normatif I-CLSC (selon la liste des activités en CLSC transmise au début de chaque année financière). S'ils sont absents de cette liste, ils apparaîtront seulement dans le rapport EGB2R01 sans libellé.

« Matérialité »

C'est le pourcentage représenté par le calcul suivant : exemple, le nombre d'interventions de couples pour un C/A ou un sous-C/A divisé par le total d'interventions (individuelles, couples, familles). Cela permettra d'évaluer si ce pourcentage paraît élevé pour l'établissement.

INTRODUCTION

L'objectif de ce guide est d'indiquer toutes les étapes de validation I-CLSC à prendre en compte, en ce qui concerne les rapports de validation transmis par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il sera un outil de référence important pour les pilotes et les copilotes locaux I-CLSC dans leur travail, pour leurs supérieurs immédiats et pour préparer la relève dans chaque établissement, le cas échéant.

Il est important de noter que ce document devra être revu si le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la RAMQ apportent des modifications aux rapports statutaires actuels et au cadre normatif I-CLSC, version 1^{er} avril 2009.

Ce guide inclut la section des rapports statutaires de la RAMQ (EGB) reçus à la fin de chaque période financière.

Un comité de travail a été mis en place, formé de membres du comité régional I-CLSC, dont mesdames Nathalie Lebel et Céline Lemelin, pilotes locales I-CLSC du Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford et du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet et de madame Céline Gagnon, représentante (pilote) régionale I-CLSC.

Ce document a également fait l'objet d'une consultation auprès des autres membres du comité régional I-CLSC avant la version finale.

SECTION 1

Rapports statutaires de la RAMQ (EGBR) reçus à la fin de chaque période financière, à la suite de la transmission à la RAMQ

NOTE : Toutes les vérifications issues des questionnements indiqués à chaque rapport statuaire devront être partagées avec les personnes concernées, notamment les supérieurs immédiats des pilotes et des copilotes locaux I-CLSC, la direction des ressources financières et les répondants des ententes de gestion. Elles devront être considérées dans la mise à jour des processus internes des établissements, le cas échéant.

Il est important de préciser que beaucoup de renseignements pertinents sont inscrits dans le cadre normatif I-CLSC, version du 1^{er} avril de chaque année, au chapitre 6 (retour de l'information), en lien avec les rapports statutaires de la RAMQ et les autres rapports disponibles (voir annexe 1). Le document « Rapports normalisés – Guide de l'utilisateur » produit par SOGIQUE contient également toutes les explications relatives à la production de rapports.

1^{re} étape :

Produire les rapports RN-1 et RN-2, immédiatement avant l'envoi de la transmission à la RAMQ. Une copie de ces rapports est jointe à l'annexe 2. Pour plus de détails, veuillez vous référer au document de SOGIQUE « Rapports normalisés – Guide de l'utilisateur, version 4.08i » (version la plus récente), à la section 3 (spécimen de rapports).

2^e étape :

Une fois que la RAMQ transmet les rapports EGBR, il faut valider les données en lien avec les rapports RN-1 et RN-2 préalablement imprimés.

Il est important de noter que les sous-centres d'activités créés localement n'apparaîtront pas tels quels dans le rapport EGB2R (voir lexique).

EGB2R01 : Répartition des demandes, des usagers individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités

Ce rapport permet :

- de voir le nombre de nouvelles demandes reçues pendant la période en cours;
- de faire une évaluation de l'établissement, par exemple à prendre des nouveaux usagers. En effet, en comparant le nombre total de demandes d'une période à l'autre, par exemple le cumulatif de la P-13 moins le cumulatif de la P-12, nous pourrions constater l'augmentation ou la diminution des usagers desservis;
- de faire un lien avec les délais d'accès ce qui pourrait permettre de se questionner sur la capacité à accepter de nouveaux usagers.

Étapes à suivre :

- Vérifier les totaux de chaque centre d'activités (C/A) ou de chaque sous-centre d'activités (sous-C/A). Voir le lexique pour les définitions. Il est important de noter que dans le rapport RN-1, le centre d'activités numéro 1 (activité médicale) n'est pas inclus. Donc, s'il y a un écart, c'est probablement dû à un problème de transmission à la RAMQ.
- Vérifier la répartition des demandes, des usagers différents, des interventions et des activités ponctuelles, selon les C/A ou sous-C/A. De plus, quelques questions pertinentes sont à se poser, après avoir validé les données en comparaison avec la période précédente :
 - ❖ Le nombre est-il plus élevé?
 - ❖ Est-ce que les saisies sont à jour?
 - ❖ À quelle fréquence valide-t-on cette information dans les CSSS et est-ce suffisant?
- Vérifier si tous les C/A et sous-C/A ont un libellé.
 - ❖ Sinon, quelle est la raison de l'utilisation d'un C/A ou d'un sous-C/A non admissible à la banque commune I-CLSC? Voir la « Liste des activités en CLSC » transmise au début de chaque année financière. Il serait intéressant de documenter et de vérifier auprès des personnes concernées si cela est encore d'actualité.
 - ❖ Si c'est une erreur, revoir au pilotage le rattachement des sous-C/A aux C/A.
- Vérifier si les activités ponctuelles normalisées (au chapitre 3, à la sous-section 3.3.7), en individuel, sont en lien avec les C/A ou les sous-C/A 6540 (dépistage dentaire), 6589 (ITSS anonyme). Les sous-C/A 6307 et 6513 peuvent être considérés en raison du dépistage postnatal. Si d'autres C/A ou sous-C/A sont utilisés, il faut vérifier pourquoi et apporter les corrections.
- Vérifier qu'il n'y ait aucune demande de saisie avec le centre d'activité numéro 1. Donc, il faut faire le lien avec les personnes concernées et apporter les corrections.
- Vérifier les interventions de couples, de familles (voir la définition des interventions de couples et de familles dans le cadre normatif I-CLSC, version du 1^{er} avril de chaque année, sous-section 2.1.1 – Terminologie). Voici le détail de ce qu'il faut vérifier et apporter les corrections en considérant les solutions proposées :

Les C/A et sous-C/A qui sont traités sont ceux pour lesquels des questions se posaient. Pour les autres, ce sont des interventions individuelles.

Centre d'activités ou sous-C/A	Description	Intervention	Règle	Solution
5919	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	Familles	Oui	
5919	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	Couples	Normalement non, mais possible si les problématiques de couples sont traitées sur une courte période, en lien avec un suivi famille avant.	➤ Voir la « matérialité »; (% concerné/total) ➤ Revoir le codage (saisie de données).
5939	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (non réparti)	Couples	Court terme et petit volume.	En lien avec une problématique de santé mentale.
5939	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (non réparti)	Familles	Normalement non, mais possible si la gestion des troubles de comportement chez les jeunes avec diagnostic de troubles mentaux et toute la famille est visée dans le plan d'intervention (P.I.).	Apporter les corrections.
5941	Suivi intensif dans la communauté	Couples et familles	Non	Apporter les corrections.
5942	Suivi d'intensité variable dans la communauté	Couples et familles	Non	Apporter les corrections.
6513	Santé parentale et infantile – CLSC	Couples	Non	Apporter les corrections.
		Familles	Oui. Suivi de la clientèle SIPPE.	
6531 (au 1 ^{er} avril 2009)	Aide à domicile régulier	Couples et familles	Non	Faire le lien avec les P.I., les raisons et les actes.
6561	Services psychosociaux à domicile	Couples	Exception. Parfois, les processus de travail sont en lien avec la gestion de la clientèle en lien avec l'âge.	
6561	Services psychosociaux à domicile	Familles	Oui. Exception. Parfois, les processus de travail sont en lien avec la gestion de la clientèle en lien avec l'âge.	
6562	Services psychosociaux – autres que SAD	Couples	Oui	

Centre d'activités ou sous-C/A	Description	Intervention	Règle	Solution
		Familles	Oui, pour les suivis des services généraux.	
6564	Psychologie	Couples et familles	Oui	
6590	Santé scolaire	Couples et familles	Non	Apporter les corrections.
7112	Nutrition – autres	Couples	Non	Apporter les corrections.
		Familles	Oui, pour le suivi de la clientèle SIPPE.	

Le rapport EGB2R01 peut être différent du rapport EGB2R02, car ce dernier ne contient que les centres d'activités et sous-centres d'activités valides. Donc, s'ils sont absents du cadre normatif I-CLSC (voir la « Liste des activités en CLSC » transmise au début de chaque année financière) et qu'ils sont quand même utilisés par les CSSS (mission CLSC), ils apparaîtront uniquement dans le rapport EGB2R01.

Note : Les rapports EGB2R02 à EGB2R15 incluent seulement les C/A et sous-C/A valides.

EGB2R02 : Répartition des demandes, des usagers individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités valides

Ce rapport permet :

- de voir le nombre de nouvelles demandes reçues pendant la période en cours;
- de faire, par exemple une évaluation de l'établissement à prendre des nouveaux usagers. En effet, en comparant le nombre total de demandes d'une période à l'autre, le cumulatif de la P-13 moins le cumulatif de la P-12, nous pourrions constater l'augmentation ou la diminution des usagers desservis;
- de faire un lien avec les délais d'accès. Cela pourrait permettre de se questionner sur la capacité à accepter de nouveaux usagers.

Les étapes à suivre sont les mêmes que pour le rapport EGB2R01, sauf pour la 3^e étape, car dans le rapport EGB2R02, ce ne sont que les C/A et sous-C/A valides qui sont inscrits.

Le rapport EGB2R02 peut être différent du rapport EGB2R01, car il ne contient que les centres d'activités et sous-centres d'activités valides. Donc, s'ils sont absents du cadre normatif I-CLSC (voir la « Liste des activités en CLSC » transmise au début de chaque année financière) et qu'ils sont quand même utilisés par les CSSS (mission CLSC), ils apparaîtront uniquement dans le rapport EGB2R01.

EGB2R03 : Répartition des usagers-individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les profils d'intervention

Ce rapport permet :

- de connaître la répartition des interventions (individuelles, couples, familles) par programme-services et par profil d'intervention, et ce, en nombre et en pourcentage du nombre total d'interventions;
- d'avoir une vue d'ensemble des types d'interventions;
- d'effectuer un calcul sur la proportion d'interventions individuelles, couples, familles, et ce, par profil d'intervention.

Étapes à suivre :

- Porter une attention au nombre d'usagers différents par programme-services et au total global d'usagers différents. Il est normal que le total global d'usagers différents soit plus petit que l'addition du total d'usagers différents de tous les programmes-services, en raison de la présence d'usagers dans plus d'un programme-services.
- Vérifier la colonne « activités ponctuelles normalisées ». Faire le lien avec l'information du rapport EGB2R01 (surtout avec les C/A ou les sous-C/A où il est possible qu'il y en ait).
- Même si la majorité des interventions sont individuelles, il n'est pas anormal d'en avoir une quantité minime en type familles ou couples (notes au dossier).
- Vérifier les interventions de couples, de familles (voir la définition des interventions de couples et de familles dans le cadre normatif I-CLSC, version du 1^{er} avril de chaque année, sous-section 2.1.1 – Terminologie). Voici le détail de ce qu'il faut vérifier et par la suite apporter les corrections en considérant les solutions proposées.

Même si toutes les interventions sont inscrites dans ce rapport, la majorité est individuelle. Alors, nous indiquons seulement celles pour lesquelles il est possible d'en avoir en couples ou en familles.

Profil/programme-services	Description	Intervention	Règle	Solution
Santé publique				
560	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – volet extrême pauvreté	Couples	Non	P.I. couple avec un autre profil.
		Familles	Oui	P.I. famille.
Perte d'autonomie liée au vieillissement				
710	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Couples et familles	Non, parce que pas au P.I.	
711	Services d'évaluation ou de supervision pour un nouvel usager soutien à domicile (SAD) dans le cadre des conditions d'obtention d'un certificat de	Couples et familles	Non	

Profil/programme-services	Description	Intervention	Règle	Solution
	conformité de résidence pour personnes âgées			
Jeunes en difficulté				
570	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – volet soutien aux jeunes parents	Couples	Non	
		Familles	Oui	
810	Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables	Couples	Normalement non, mais c'est possible si les problématiques de couples sont traitées sur une courte période, en lien avec un suivi famille avant.	
		Familles	Oui	
811	Services pour les enfants, les jeunes et les familles rejoints par le programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise	Couples	Non	
		Familles	Oui	
Services généraux – activités cliniques et d'aide				
420	Services psychosociaux généraux	Couples	Oui	Normalement à l'accueil. S'il y a nécessité de plus de rencontres, le dossier sera transféré au programme-services concerné.
		Familles	Selon l'organisation de services = petit volume.	

Pour les rapports EGB2R04, EGB2R05, EGB2R06 et EGB2R07, les explications ont été regroupées par usagers-groupes et par usagers-communautaires. Il faut vérifier si les données sont bien représentatives de ce qui se fait dans l'établissement, et ce, dans le respect du cadre normatif I-CLSC.

EGB2R04 : Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les centres d'activités

EGB2R05 : Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les profils d'intervention

Ces rapports, respectivement par centre d'activités et par profil d'intervention, permettent :

- d'avoir le nombre d'usagers et d'interventions groupes et le nombre de participants;
- d'avoir le nombre d'activités ponctuelles normalisées et le nombre de participants;
- d'effectuer un calcul sur l'intensité de services pour les usagers-groupes;
- de calculer le nombre moyen de participants dans les rencontres.

Le rapport entre le nombre « interventions groupes » et le nombre « usagers-groupes » détermine l'intensité (nombre d'interventions divisé par nombre d'usagers-groupes).

Le rapport entre « nombre de participants » au milieu du tableau et le nombre « interventions groupes » identifie le nombre moyen de participants dans les rencontres (nombre de participants divisé par nombre d'interventions groupes : moyenne d'usagers par rencontre).

Le nombre total dans la colonne « nombre de participants » à l'extrême droite du tableau, pour les activités ponctuelles normalisées, correspond au total de participants dans les usagers-groupes. Comme les mêmes participants peuvent se retrouver dans plus d'un groupe, **ce nombre ne correspond pas nécessairement à des usagers différents** (nombre de participants divisé par nombre d'usagers-groupes).

EGB2R06 : Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les centres d'activités

EGB2R07 : Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les profils d'intervention

Il faut vérifier si ce sont bien des usagers-communautaires (voir la sous-section 3.3.5 du cadre normatif I-CLSC, version du 1^{er} avril de chaque année). Il faut les différencier des usagers-groupes.

Habituellement, ce sont les sous-C/A 7121 et 7122 qui sont utilisés. Il faut savoir les raisons pour lesquelles il y a des usagers-communautaires dans les C/A ou les sous-C/A; cela serait exceptionnel (ex. : sous-C/A 5919, notamment pour l'approche École en santé, lequel est non identifié dans le guide de saisie provincial).

La plupart du temps, c'est le profil d'intervention 590 (autres services de santé publique [programme Santé publique]) qui est utilisé. Si ce sont d'autres profils d'intervention, il faut en connaître les raisons.

Pour les rapports EGB2R08, EGB2R09, EGB2R10 et EGB2R11, ce sont les rapports EGBR08 et EGBR09 qui sont le plus utilisés, parce qu'ils sont plus complets. Alors l'information est regroupée.

EGB2R08 : Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités

EGB2R10 : Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités

Ces rapports, par centre d'activités, permettent :

- d'obtenir le nombre d'usagers différents et le nombre d'interventions, par groupe d'âge et par sexe;
- de calculer le nombre moyen d'interventions par usager, et ce, par groupe d'âge.

Pour certains centres ou sous-centres d'activités, il peut y avoir des interrogations pour des données dans certaines catégories d'âge. Donc, une présentation est faite de ce qui est ou n'est pas correct.

Centre d'activités ou sous-C/A	Description	Intervention	Règle	Solution
5941	Suivi intensif dans la communauté		18 ans et plus = OK.	
5942	Suivi d'intensité variable dans la communauté		18 ans et plus = OK.	
6513	Santé parentale et infantile - CLSC		Questionner la catégorie d'âge « 65 ans et plus ».	Vérifier la codification utilisée.
6540	Services dentaires préventifs		Plus petit qu'un an = non. 1 à 5 ans = OK 6 à 11 ans = OK De 12 à 17 ans et plus = exception.	Trouver les explications pour les 12 à 17 ans et documenter la situation.
6590	Santé scolaire		Il est possible d'avoir un nombre d'usagers dans la catégorie « moins de 1 an », car souvent les infirmières scolaires vaccinent les bébés durant l'été. Il faut questionner les autres catégories d'âge.	Habituellement, c'est le sous-C/A 6513 qui est utilisé pour les statistiques. Donc, ces infirmières devraient avoir accès au sous-programme en lien avec le sous-C/A 6513.
6865	Orthophonie pour enfants en CLSC		1 à 5 ans = OK 6 à 11 ans = exceptionnel. Pour les adultes = exceptionnel.	Questionner la « matérialité » (% concerné divisé par total).

EGB2R09 : Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention

EGB2R11 : Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention

Ces rapports, par profil d'intervention, permettent :

- d'obtenir le nombre d'usagers différents et le nombre d'interventions, par groupe d'âge, par sexe;
- de calculer le nombre moyen d'interventions par usager, et ce, par groupe d'âge.

Pour certains codes, il peut y avoir des interrogations pour des données dans certaines catégories d'âge. Donc, une présentation est faite de ce qui est ou n'est pas conforme.

Profil d'intervention	Description	Intervention	Règle	Solution
312	Services liés aux troubles envahissants du développement (programme Déficience intellectuelle et TED)		Exclure les moins d'un an.	Car l'évaluation ne peut être effectuée qu'entre 1 et 5 ans.
410	Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (programme Santé mentale)		Si moins d'un an, il faut questionner.	Vérifier la justesse de la codification.
511	Services aux femmes enceintes, clientèle régulière (prénatal) (programme Services généraux s'il y a un suivi individuel; programme Santé publique, s'il y a un suivi de groupe)		Si moins de 12 ans et plus de 50 ans, il faut questionner. Il n'y a pas de « masculin » parce que c'est en prénatal. Exception pour les cas du programme Oeufs, lait, orange (OLO).	Vérifier la justesse de la codification : ➤ Plus de 50 ans, est-ce des situations où la personne supporte la jeune mère au P.I.?
525	Suivi postnatal ou activité de dépistage postnatal (mère et bébé), clientèle régulière (programme Services généraux)		➤ Si moins d'un an = OK, pour « féminin » et « masculin ». ➤ Si de 12 à 49 ans = OK, pour « féminin ». ➤ Les autres = à exclure.	Se questionner s'il y en a dans la catégorie 1 à 5 ans.

Profil d'intervention	Description	Intervention	Règle	Solution
570	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance volet soutien aux jeunes parents (programme Jeunes en difficulté)		➤ La majeure est entre 18 et 29 ans. ➤ Moins de 20 ans = OK. ➤ Si plus de 30 ans = exception pour « masculin ».	Voir note sous le tableau à la page 12.
591	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) (programme Santé publique)		Si plus de 12 ans = OK. Si dans catégorie d'âge 6 à 11 ans = il faut questionner.	Vérifier la justesse de la codification.
610	Dépendances (programme Dépendances)		Si plus de 12 ans = OK. Autrement, questionner.	Vérifier la justesse de la codification.
710	Perte d'autonomie liée au vieillissement (programme Perte d'autonomie liée au vieillissement)		Si entre 30 et 49 ans, exception (ex. : Alzheimer). Si moins de 30 ans, il faut vérifier pourquoi.	Doit être en lien avec l'évaluation de l'utilisateur. Vérifier la justesse de la codification.
711	Services d'évaluation ou de supervision pour un nouvel usager SAD dans le cadre des conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées		Si moins de 65 ans, cela peut être possible, mais questionner.	Est-ce que les usagers évalués le sont à l'intérieur des critères élaborés par le MSSS?
810	Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables (programme Jeunes en difficulté)		Si plus de 65 ans, peut être possible.	Vérifier si les grands-parents sont impliqués ou non, OU s'ils participent seulement à la rencontre.
811	Services pour les enfants, les jeunes et les familles rejoints par le programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise		Programme CAFE – ce code peut être utilisé, mais vérifier si c'est déployé dans chaque territoire de CSSS.	Si ce programme n'est pas actif dans votre territoire de CSSS, ce code ne doit pas être utilisé.

Il est possible qu'on retrouve des données dans la catégorie d'âge « plus grand que 30 ans », par exemple dans les situations où la personne supporte la jeune mère au P.I., notamment avec le profil 570.

EGB2R12 : Répartition des demandes selon leur objet en lien avec le référent

Ce rapport permet :

- d'obtenir la provenance des demandes des services normalisées pour les références formelles du réseau et les autres références formelles, et ce, par code d'objet de demande;
- de vérifier s'il y a des valeurs nulles ou des valeurs non admissibles.

Si les codes n'ont pas de libellé, il faut vérifier la mise à jour des codes (retirés au 1^{er} avril de chaque année) avec le pilotage.

Colonne N/A :

Les valeurs qui s'y retrouvent sont celles notamment avec un centre hospitalier n'ayant pas de numéro d'établissement. Il faut faire le lien avec la colonne « valeurs invalides » de la ligne « référé par » du rapport EGB3R07, des pages 1 et 6.

Il n'y a rien à faire ou il faut les relier au code 250 (centre hospitalier, [incluant le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, le centre hospitalier de soins psychiatriques]). S'il y a des données, alors il faut vérifier le pilotage du « référé par/établissement ».

Pour plus de détails, consulter la page 14 du présent document.

EGB2R13 : Répartition des demandes selon leur objet en lien avec la décision prise

Ce rapport permet :

- d'avoir une vue d'ensemble des codes de décision de la demande des services normalisée, et ce, par code d'objet de la demande;
- de calculer la proportion de chacun des codes de décision sur le nombre total de demandes des services normalisées;
- de calculer le pourcentage du nombre de demandes où il n'y a pas eu de code de décision d'inscrit au moment de la transmission à la RAMQ ([nombre N/A] divisé par nombre total de demandes de services normalisées);
- d'obtenir le nombre de demandes acceptées par objet de demande, notamment pour effectuer le calcul du taux d'inscription du code de priorisation dans le cadre du plan d'accès DI – DP – TED (urgent, élevé et modéré).

Si les codes n'ont pas de libellé, il faut vérifier la mise à jour des codes (retirés au 1^{er} avril de chaque année) avec le pilotage.

Il est à noter que les codes de décision 425 (traitée et terminée et l'utilisateur adoptera l'alcochoix en formule autonome) et 525 (orientée vers le Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes [CRPAT]) peuvent être utilisés avec d'autres codes d'objets de demandes que le 600 (dépendance).

Colonne N/A :

Les données expliquent le nombre de demandes de services normalisées où la décision n'est pas prise lorsque la transmission a été faite à la RAMQ. Il faut faire le lien avec le rapport EGB3R07, dans la section « demande de services », à la ligne décision où il est indiqué « absence de valeur ».

- Localement, les CSSS devront imprimer la liste « attente de décision ». Il ne devrait pas en avoir parce que la transmission à la RAMQ est faite un mois plus tard. **Pour produire le rapport :** Sic+/rapports/liste/accueil/demandes en attente de décision :
 - ❖ Il faut transmettre la liste aux personnes concernées (selon le processus interne de l'établissement). Chaque demande devra être revue, et ce, en lien avec chaque intervenant.
 - ❖ Il faut apporter les corrections nécessaires, le cas échéant.

Colonne « Traité, terminé » :

Il faut questionner ces données, afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles il y en a :

- Les services demandés par l'utilisateur sont-ils offerts par le CLSC?
- Il est possible qu'il y ait les codes d'objets 200 et 700.
- Le code de décision ou les codes d'objets des demandes sont-ils à modifier?

Note : Il est possible que l'utilisateur ne réponde pas aux critères pour le code d'objet 700 (personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement). Alors, il faut vérifier si c'est plutôt une demande d'information qu'une demande de services normalisée;

Colonne « Refus de l'utilisateur » :

- Quel est le pourcentage de refus?
- Quelles en sont les raisons?

Il est important de faire le lien avec le supérieur immédiat du ou des programmes concernés, selon le processus interne de l'établissement.

EGB2R14 : Répartition des usagers-groupes et des interventions, selon leur catégorie et la population cible

N'est pas prioritaire pour l'instant.

Par ailleurs, si des usagers-groupes ont été créés en lien avec l'approche École en santé, il faut faire les corrections pour des usagers-communautaires, car ce nombre n'apparaîtra pas dans le calcul de l'indicateur 1.1.13, dans le suivi des ententes de gestion 2010-2011.

EGB2R15 : Répartition des usagers-communautaires et des interventions, selon leur catégorie et la population cible

Ce n'est pas prioritaire pour l'instant.

Par ailleurs, il faut que les usagers-communautaires soient utilisés pour l'approche École en santé.

NOTE EN LIEN AVEC LE MAINTIEN À DOMICILE

Il est important de préciser que ce sont les C/A ou des sous-C/A du maintien à domicile qui sont retenus, lesquels ont été déterminés il y a plusieurs années.

Nous avons demandé à la RAMQ et au MSSS que tous les C/A et sous-C/A soient détaillés et non pas seulement ceux du maintien à domicile.

EGB2R16 : Usagers-individus, interventions, durée et activités ponctuelles représentant le maintien à domicile

Ce rapport permet :

- d'obtenir la durée moyenne d'intervention par centre ou par sous-centre d'activités du soutien à domicile, par intervention individuelle, de couples et de familles.

Les C/A ou les sous-C/A inscrits sont ceux du maintien à domicile avec une durée obligatoire (à saisir dans I-CLSC) et avec les lieux identifiés dans le cadre normatif I-CLSC, version du 1^{er} avril de chaque année, à la sous-section 3.3.6, élément 041, c'est-à-dire :

- 120 = au domicile
- 140 = en résidence privée pour personnes âgées avec services
- 160 = en ressource intermédiaire
- 170 = en ressource de type familial

Il faut questionner pourquoi il y a des activités ponctuelles de groupe en lien avec les centres ou les sous-centres d'activités du soutien à domicile (SAD).

- Est-ce que cela respecte l'organisation de services du CSSS?
- Il ne doit pas y avoir d'activités ponctuelles individuelles.

NOTE POUR LES RAPPORTS EGB2R17 ET EGB2R18

Il est très important de faire le lien avec le tableau de validation de la RAMQ (profils et centres d'activités), lequel est disponible au début de chaque année financière. Il est également recommandé de vérifier la charte de programmes et sous-programmes de l'établissement.

EGB2R17 : Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon le profil d'intervention et les centres d'activités du maintien à domicile

Veuillez noter qu'il n'y a aucune validation particulière à effectuer, mais cela est à titre informatif.

Ce rapport permet :

- d'obtenir le nombre d'usagers différents et le nombre d'interventions par centre ou par sous-centre d'activités du SAD, et ce, par profil d'intervention;
- de calculer la moyenne d'intervention par usager différent, par profil d'intervention;
- de vérifier si cela respecte la logique d'organisation de services du CSSS.

Ce rapport est très important pour les gestionnaires du SAD du CSSS. Alors, ils devront être informés des résultats par profil d'intervention, en lien avec les C/A ou les sous-C/A du SAD. Cela leur permettra de s'assurer que la logique d'organisation de services est respectée, notamment avec les plans d'intervention (P.I.). Cela n'exclut pas les rapports locaux qui sont actuellement produits par chacun des CSSS.

NOTE : En complément, pour tous les C/A et sous-C/A, se référer au rapport « Profils et C/A – les erreurs de validation » transmis par l'Agence selon les périodes établies.

Il ne faut jamais additionner les usagers différents par profil d'intervention, pour obtenir le total d'usagers pour tous les profils, car il est possible qu'un usager soit calculé dans plusieurs profils d'intervention au cours d'une ou de plusieurs périodes d'une année financière. Alors, il faut utiliser le total d'usagers différents à la fin du rapport. Il est normal que ce nombre soit inférieur au total d'usagers pour tous les profils.

Note pour le profil 191 :

Pour les gestionnaires, il y a un lien à faire avec la durée moyenne du rapport EGB2R16 pour le C/A 6173 (soins infirmiers à domicile [non réparti]). En effet, le profil 191 fait partie du programme Services généraux, mais c'est l'infirmière du SAD qui donne ce type de service. Est-ce que la proportion du nombre d'interventions profil 191 divisé par le nombre d'interventions individus (EGB2R16) respecte l'organisation de services?

EGB2R18 : Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon les programmes-clientèles et les centres d'activités du maintien à domicile

Ce rapport permet :

- d'obtenir les données (usagers différents et interventions) par centre ou sous-centre d'activités du SAD, et ce, par programme-services;
- de calculer la moyenne d'intervention par usager différent, et ce, par programme-services;
- de vérifier si cela respecte l'organisation de services du CSSS.

Il ne faut jamais additionner les usagers différents par centre d'activités, pour obtenir le total d'usagers pour tous les centres d'activités, car il est possible qu'un usager soit calculé dans plusieurs C/A au cours d'une ou de plusieurs périodes d'une année financière. Alors, il faut utiliser le total d'usagers différents à la fin du rapport. Il est normal que ce nombre soit inférieur au total d'usagers pour tous les centres d'activités.

Il est suggéré de faire le lien avec les profils d'intervention du rapport EGB2R17, pour une meilleure analyse.

EGB2R20 : Nombre d'utilisateurs et d'interventions selon le quintile² de défavorisation pour chacun des centres d'activités

Ce rapport n'est pas rendu disponible par la RAMQ maintenant. Par ailleurs, il est inscrit dans la liste des rapports apparaissant au chapitre 6 (retour de l'information) (voir annexe 1).

² Définition : Le quintile est une portion de la distribution de fréquence contenant un cinquième du total de l'échantillon.

EGB3R07 : Aperçu de la qualité des données transmises

Ce sont seulement les données normalisées qui apparaissent dans ce rapport.

Ce rapport permet :

- d'avoir une synthèse de quelques éléments contenus dans les rapports EGB2R01 à EGB2R20;
- d'obtenir les données en lien avec les activités ponctuelles, les services spécifiques, les dossiers grossesses, les dossiers enfants, les assignations, les épisodes de services, l'alimentation de l'enfant et les actes de vaccination.

Nous retenons les éléments pour lesquels il doit y avoir une vérification et une validation, en indiquant les questions à soulever ou les solutions possibles. Ils se retrouvent dans les pages 1 à 5 inclusivement et de façon plus détaillée, de la page 6 à la fin du rapport.

Pour la colonne « valeurs invalides », pour chaque élément concerné (avec données), il faut se poser les mêmes questions, à savoir :

- Est-ce que ce sont des codes désactivés depuis la mise à jour du cadre normatif au 1^{er} avril de chaque année? Si oui, il faut apporter les corrections appropriées.
- Est-ce que les C/A ou sous-C/A absents du cadre normatif sont utilisés localement? Si oui, obtenir les explications.
- Est-ce que les sous-centres d'activités sont bien reliés aux centres d'activités?
- Est-ce que les codes de raisons d'intervention et les codes d'actes sont bien reliés à eux-mêmes ou aux codes normalisés? Sont-ils utilisés pour répondre à un besoin local ou régional?
- Est-ce un code de profil d'intervention désactivé depuis le 1^{er} avril?
- Est-ce une catégorie d'intervenant créée pour un besoin local? À documenter.

Il faut apporter les corrections, le cas échéant.

Nom des éléments	Question soulevée	Solution
Demande de services		
Référé par	Valeurs invalides	Il y a sûrement un mauvais code d'établissement dans « référé par/établissement ». Il s'agit de faire un rapport impromptu sur les « Référé par » (demandes de services normalisées par « Référé par »).
Code de l'établissement	Absence de valeur	Vérifier le pilotage, mais en attente de l'information du MSSS et de la RAMQ.
	Valeurs invalides : Que signifie « valeurs invalides » pour le code d'établissement?	Dans la nomenclature régionale, les codes 260, 285 à 288 inclusivement (ex. : centre hospitalier (CH) de la région de Québec), ne sont pas rattachés à des codes d'établissements.

Nom des éléments	Question soulevée	Solution
Décision	Absence de valeur	Si l'absence de valeur est plus petite que 2 %, c'est correct. Mais, il faut quand même questionner pourquoi la décision n'a pas été inscrite.
	Valeurs invalides	Vérifier le pilotage.
Priorisation de la décision si l'objet est 200 (DP) ou 300 (DI – TED)	Absence de valeur	➤ Est-ce que les codes de priorisation de la décision (objet 200 (DP) ou 300 [DI - TED]) sont tous inscrits et valides? Sinon, il faut les corriger.
	Valeurs invalides	
Usager-individu		
Raison d'absence du numéro d'assurance maladie (NAM)	Comment expliquer le peu de valeurs valides à ce libellé?	Il faut lire le résultat à l'inverse : plus le pourcentage est petit, plus la donnée NAM était présente. Donc, le résultat est positif. Un pourcentage de moins de 5 % est très bon, considérant qu'environ 2 % est attribuable aux nouveau-nés n'ayant pas encore reçu la carte. Cependant, il faut préciser qu'il faut toujours demander le numéro d'assurance maladie et s'assurer que les nouveau-nés ont bien reçu leur carte.
Code de municipalité	Absence de valeur	Il faut produire un rapport impromptu pour obtenir tous les XOX OXO et les corriger, le cas échéant. Si c'est une personne itinérante, il faut inscrire le code du siège social du CLSC.
	Valeurs invalides	Il faut vérifier le pilotage.
Usager-groupe	Valeurs invalides	Il faut vérifier le pilotage.
Usager-communautaire	Valeurs invalides	Il faut vérifier le pilotage.

Nom des éléments	Question soulevée	Solution
Intervention	Valeurs invalides	Tout dans la section « Intervention » est à considérer. Les questions à se poser sont pour tous les sous-éléments de l'élément « intervention » (se référer au début de ce tableau) et revoir la table de pilotage.
Durée de l'intervention :	Pour cette section, il faut vérifier les raisons pour lesquelles il y a des valeurs invalides à la page 2 du rapport EGB3R07. Pour ce faire, plus de détails sont inscrits à partir de la page 6 du même rapport. Référence à la page 2 du rapport EGB3R07.	➤ Il faut revoir le pilotage, parce que ce sont des données obligatoires pour les C/A et sous-C/A du maintien à domicile (voir rapport EGB2R16 et les règles du cadre normatif I-CLSC (chapitre 3), section 3.3, sous-section 3.3.6, élément 041).
	Absence de valeur	➤ Il faut vérifier le pilotage.
Activité ponctuelle	Les questions à se poser sont pour tous les sous-éléments de l'élément « activité ponctuelle » (se référer au début de ce tableau).	➤ Les codes de suivis sont-ils utilisés correctement? ➤ Les codes de profils sont-ils utilisés pour répondre à un besoin local ou régional? ➤ Les codes de modes sont-ils utilisés en lien avec les critères du cadre normatif?
Services spécifiques		À l'annexe 4, plusieurs précisions sont inscrites en lien avec la validation des données sur la périnatalité.
Date de fin de service spécifique :	Voir à la page 3 du rapport EGB3R07.	➤ S'il y a « absence de valeur », cela signifie que l'information n'est pas présente et que le service spécifique est encore actif (voir p. 47 à l'annexe 4). Donc, il doit y avoir des interventions durant l'année

Nom des éléments	Question soulevée	Solution
		financière. Il faut faire le lien avec le tableau de validation des fiches de périnatalité transmis par l'Agence et avec le calcul de l'indicateur 1.1.12 des ententes de gestion 2010-2011.
Dossiers grossesses		À l'annexe 4, plusieurs précisions sont données en lien avec la validation des données sur la périnatalité.
Date effective de l'accouchement	Voir à la page 4 du rapport EGB3R07.	➤ S'il y a des absences de valeurs, c'est normal, parce que l'accouchement est plus tard que la fin de la période ou la fin de l'année financière.
Assignations Centre d'activités de l'assignation	Voir pages 4 et 8 du rapport EGB3R07.	➤ S'il y a des valeurs invalides, cela signifie que les C/A ou sous-C/A ne sont pas reconnus par la banque commune I-CLSC (voir liste des C/A et sous-C/A présents ou absents du cadre normatif I-CLSC – liste des activités en CLSC, transmise au début de chaque année financière). ➤ Il faut vérifier les raisons pour lesquelles ils sont utilisés dans l'établissement (unités de mesure, besoins ponctuels, etc.). ➤ Il faut vérifier également si c'est une erreur de pilotage (mauvais rattachement d'un sous-centre d'activités à un centre d'activités) et il faut documenter, le cas échéant.

Nom des éléments	Question soulevée	Solution
Épisodes Cessation de l'épisode de services	Voir pages 4 et 8 du rapport EGB3R07.	➤ S'il y a des valeurs invalides, il faut s'assurer que les codes de cessation de l'épisode de services sont bien rattachés à des codes normalisés. Sinon, apporter les corrections, le cas échéant.
Actes de vaccination } ➤ Numéro du produit immunisant ➤ Type d'organisme vaccinateur ➤ Raison d'administration du vaccin pour l'influenza	Voir pages 5 et 9 du rapport EGB3R07.	Les questions à se poser sont pour tous les sous-éléments de l'élément « actes de vaccination ». Ils doivent être conformes à ceux inscrits au cadre normatif I-CLSC. ➤ Vérifier si les vaccins inactifs sont utilisés. ➤ Faire le lien avec la liste fournie par le MSSS régulièrement. ➤ Apporter les corrections appropriées.
Rapports de rejets	➤ Des établissements peuvent recevoir ce type de rapport, notamment en lien avec les services spécifiques (incohérence).	➤ Vérifier le motif de cessation. Si c'est une nouvelle grossesse, cela doit être dans le même service spécifique que la grossesse précédente, sinon, il y aura un rejet par la RAMQ. Sinon, il faut que le motif de cessation soit « service spécifique complété ». À l'annexe 3, la démarche à suivre est expliquée, afin de retracer les services spécifiques rejetés. ➤ Les conséquences d'une non-correction : Cela peut fausser les données dans quelques calculs de la RAMQ. En outre, c'est en lien direct avec l'indicateur 1.1.12 des ententes de gestion 2010-2011, le cas échéant.

LISTE DES RÉFÉRENCES

Cadre normatif « Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) », sections 3, 3.3, sous-sections 2.1.1, 3.3.5, 3.3.6, chapitre 6, MSSS, DGSS, Direction des services sociaux généraux, version 1^{er} avril 2009.

Liste des activités en CLSC, Service des normes et pratiques de gestion, MSSS, parution au début de chaque année financière.

Rapport de qualité de données (EGB3R07) – Données sur la périnatalité – Méthode de validation des éléments, RAMQ, 2006-08-25.

Rapport de rejets en périnatalité, renseignements complémentaires, Service des relations avec la clientèle et de la diffusion de l'information, RAMQ, 2006-03-14.

Rapports normalisés – Guide l'utilisateur, version 4.08i, pages 26 à 31, SOGIQUE, 2008-10-06.

ANNEXE 1

LISTE DES RAPPORTS DISPONIBLES AU CADRE NORMATIF I-CLSC

6 RETOUR DE L'INFORMATION

Produits informationnels disponibles aux niveaux provincial, régional et local

Principes de base

L'accès et la diffusion de l'information sur la clientèle et les services des CSSS (mission CLSC) sont essentiels. C'est pourquoi le Ministère et ses partenaires se sont donné les moyens de constituer une véritable banque de données commune dont l'entreposage a été confié à la RAMQ.

Le document d'entente entre le MSSS et la RAMQ vise principalement à établir les lignes directrices encadrant l'accès et la diffusion des données, à court et à moyen terme, de la banque commune de données.

Ce document considère certains principes de base, dont le premier concerne l'accessibilité. À cet effet, il convient d'offrir aux utilisateurs du réseau un accès aux données car leur utilisation à différents niveaux favorise une saine gestion des services de santé. Ainsi, les gestionnaires des établissements, les ASSS de même que le personnel du Ministère doivent avoir un accès privilégié aux données de cette banque dans des délais raisonnables.

Un autre principe est celui de la confidentialité des renseignements concernant les individus qui reçoivent des services et le personnel des CSSS (mission CLSC) qui les dispense. À cet égard, tel que mentionné au chapitre 5, aucun renseignement nominatif ne se retrouve présentement dans la banque de données commune. L'information nominative est réservée aux CSSS (mission CLSC).

Mécanismes d'accès et de diffusion des données

Les modalités et les mécanismes d'accès et de diffusion des données de la banque sur la clientèle et les services des CLSC concernent le Ministère et ses principaux partenaires, c'est-à-dire les CSSS (mission CLSC), l'AQÉSS et les ASSS.

Considérant qu'il s'agit d'une nouvelle banque de données centrale créée au cours de l'année 2000-2001, il est essentiel d'observer un minimum de rigueur. La phase de validation des données est donc indispensable et implique la participation de tous les partenaires.

L'accès aux données en phase de validation

Lors de la phase de validation des données (sur les éléments transmis à la banque commune de données), la RAMQ produit des rapports statutaires prioritaires qu'elle transmet aux CSSS (mission CLSC), aux ASSS, à l'AQÉSS et au MSSS.

L'accès aux données après la validation

Lorsque la validation des données de la banque commune de données est réalisée, en concertation avec les différents partenaires, les rapports statutaires corrigés sont rendus disponibles pour le MSSS et ses partenaires, ainsi qu'à d'autres clientèles.

Diffusion des données

La RAMQ diffuse l'information comme suit :

Au plan local, chaque CSSS (mission CLSC) reçoit ses résultats par l'intermédiaire des rapports statutaires. De plus, un CSSS (mission CLSC) pourrait obtenir les résultats, par le biais de ces mêmes rapports, de certains autres CSSS (mission CLSC) présentant des caractéristiques semblables en termes de population et de territoire. Cependant aucune concertation n'a été entreprise pour identifier ces

*Cadre normatif du système d'information sur la clientèle
et les services des CLSC (I-CLSC)*

groupes de référence. Il est donc actuellement impossible de diffuser l'information d'un autre CSSS (mission CLSC). Enfin, un CSSS (mission CLSC) qui voudrait avoir accès à ses données brutes dans la banque commune de données pourrait toujours le faire en s'adressant à la RAMQ, Service des relations avec la clientèle et de la diffusion de l'information.

Au plan régional, chaque a accès aux résultats de chacun des CSSS (mission CLSC) de sa région et au cumul régional obtenu par l'intermédiaire des rapports statutaires de tous les CSSS (mission CLSC), en plus d'avoir accès au cumul des autres régions ainsi qu'au cumul provincial. Chaque ASSS peut aussi obtenir les données brutes de tous les CSSS (mission CLSC) de sa région.

Au plan provincial, le MSSS et l'AQESSS ont accès aux rapports statutaires de tous les CSSS (mission CLSC), en plus des résultats cumulés par région et pour la province. Ils ont également accès aux données brutes de tous les CSSS (mission CLSC).

Liste des rapports statutaires

EGB2R01	Répartition des demandes, des usagers individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités.
EGB2R02	Répartition des demandes, des usagers individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités valides.
EGB2R03	Répartition des usagers-individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les profils d'intervention.
EGB2R04	Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les centres d'activités.
EGB2R05	Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les profils d'intervention.
EGB2R06	Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les centres d'activités.
EGB2R07	Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les profils d'intervention.
EGB2R08	Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités.
EGB2R09	Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention.
EGB2R10	Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités.
EGB2R11	Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention.
EGB2R12	Répartition des demandes selon leur objet en lien avec le référent.
EGB2R13	Répartition des demandes selon leur objet en lien avec la décision prise.
EGB2R14	Répartition des usagers-groupes et des interventions, selon leur catégorie et la population cible.
EGB2R15	Répartition des usagers-communautaires et des interventions, selon leur catégorie et la population cible.
EGB2R16	Usagers-individus, interventions, durée et activités ponctuelles représentant le maintien à domicile.

*Cadre normatif du système d'information sur la clientèle
et les services des CLSC (I-CLSC)*

EGB2R17	Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon le profil d'intervention et les centres d'activités du maintien à domicile.
EGB2R18	Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon les programmes-clients et les centres d'activités du maintien à domicile.
EGB2R20	Nombre d'usagers et d'interventions selon le quintile de défavorisation pour chacun des centres d'activités
EGB3R07	Aperçu de la qualité des données transmises

Rapports intégrés au système d'information

Le module de Rapports normalisés du système I-CLSC permet de produire des rapports statutaires sur les activités du CSSS (mission CLSC). Il est possible de produire jusqu'à 21 rapports différents. Ce module est paramétrable par chaque CSSS (mission CLSC) afin de répondre exactement à ses besoins. Ainsi, ces rapports peuvent être produits selon différents paramètres. Une ventilation peut-être faite de façon plus spécifique pour certains d'entre eux.

Les rapports normalisés sont disponibles localement et sont dits « normalisés » parce qu'ils sont identiques pour tous les CSSS (mission CLSC). Ils peuvent contenir des informations qui ne sont pas transmises à la banque de données centrale.

LES RAPPORTS POSSIBLES pour les interventions sont les suivants :

- RN-1 Rapport par centre d'activités, excluant les médecins et les dentistes
- RN-2 Rapport par programme
- RN-3 Rapport par municipalité
- RN-4 Rapport par raison d'intervention
- RN-5 Rapport par acte
- RN-6 Rapport par catégorie d'intervention
- RN-7 Rapport par lieu et mode d'intervention
- RN-8 Rapport par profil d'intervention
- RN-9 Rapport par suivi d'intervention
- RN-10 Rapport par profil, âge et sexe
- RN-11 Rapport par âge et sexe
- RN-12 Rapport par profil et acte
- RN-13 Rapport par population cible
- RN-14 Rapport par cessation

Les RAPPORTS POSSIBLES pour la coordination sont les suivants :

- CO-1 Rapport par catégorie d'intervenant et raison d'intervention
- CO-2 Rapport par catégorie d'intervenant et acte

Les RAPPORTS POSSIBLES pour les activités ponctuelles sont les suivants :

- RNA-1 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant

*Cadre normatif du système d'information sur la clientèle
et les services des CLSC (I-CLSC)*

RNA-2 Rapport des activités ponctuelles par lieu et mode

RNA-3 Rapport des activités ponctuelles par profil et acte

COA-1 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant et raison

COA-2 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant et acte

Dans les critères de sélection, il est possible de sélectionner des rapports pour les activités ponctuelles normalisées ou pour les activités ponctuelles non normalisées.

Générateur de rapports

Le générateur de rapports IMPROMPTU de Cognos est utilisé localement afin d'exploiter au maximum les données sur la clientèle utilisant les services des CLSC. IMPROMPTU est un outil d'interrogation et d'édition performant qui permet de consulter des données et de créer des rapports élaborés. Ce générateur est muni d'un catalogue permettant d'accéder aux données et de construire des rapports. La mise à jour de ce catalogue, qui sert de passerelle vers les données, se fait selon l'évolution du système d'information clientèle I-CLSC.

ANNEXE 2

SPÉCIMENS DE RAPPORTS NORMALISÉS RN-1 ET RN-2

3 Spécimens de rapports

3.1 Intervention

3.1.1 RN-1 - Rapport par centre d'activités, excluant les médecins et les dentistes (individu)

RAPPORT PAR CENTRE D'ACTIVITÉS, EXCLUANT LES MÉDECINS ET LES DENTISTES									
Pour la période du 2000/03/01 au 2001/10/27									
Usager-individu									
	Intervention Individuelle		Couple	Intervention Famille		Total Usager	Intervention		%
	Usager	Intervention	Usager	Intervention	Usager	Nbre	Nbre	%	
80 R Cliche 6300 Consult ex 5571 Cons.ext.	1	1	0	0	0	1	1	100	100
Total 80 R Cliche 6300 Consult ex Usagers différents	1	1	0	0	0	1	1	100	100
Total 80 R Cliche Usagers différents	1	1	0	0	0	1	1	100	100
Total Guichet Santé B.E. 2001 Usagers différents	26	38	4	2	8	34	44	100	100

Cratère(s) de sélection : Toutes les installations, Centre d'activité(s), Tous les sous-centres d'activité

- 1 La colonne **Usager** indique toujours le nombre d'usagers différents.
- 2 La ligne **Total** indique la somme des usagers différents pour chaque groupe ventilé. Ce traitement entraîne le comportement général suivant : les totaux par colonne balancent, tandis que les totaux par ligne peuvent ne pas balancer (voir option 4).
- 3 La colonne **Usager**, pour les catégories « Couple » et « Famille », indique le nombre d'usagers différents qui ont fait l'objet d'une intervention. Chaque membre du couple ou de la famille est comptabilisé.



- 4 La colonne **Total Usager Nbre** représente le nombre d'usagers différents toutes catégories confondues (et non la somme des usagers de chaque catégorie Individuelle, Couple et Famille).
- 5 La ligne **Usagers différents** indique le nombre d'usagers différents pour chaque groupe ventilé.
- 6 Le pourcentage des usagers et celui des interventions sont toujours calculés d'après le niveau immédiatement supérieur correspondant au groupe ventilé qui l'enveloppe. Par exemple, le pourcentage des usagers d'un sous-programme est calculé par rapport à l'ensemble des usagers du programme auquel le sous-programme est associé.

3.1.2 RN-1 - Rapport par centre d'activités, excluant les médecins et les dentistes (groupe)

Guichet Santé B.E. 2001
Rapport RN-1 (Grp.)
Par installation, centre d'activités, sous-centre d'activités
RAPPORT PAR CENTRE D'ACTIVITÉS, EXCLUANT LES MÉDECINS ET LES DENTISTES
Pour la période du 2000/09/01 au 2001/10/27
Page 1
2001/10/30 13:32

	Usager-groupe		Participants		Interventions	
	Nbre	%	Hommes	Femmes	Nbre	%
7 IDS/Ver 6300 Consult ex 6571 Cons ext.	1	100	0	0	1	100
Total 6300 Consult ex Usagers différents	1	100	0	0	1	100
Total 7 IDS/Ver Usagers différents	1	50	0	0	1	50
Total Guichet Santé B.E. 2001 Usagers différents	2	100	0	0	2	100

Critère(s) de sélection : Toutes les installations, Centre d'activité(s), Tous les sous-centres d'activité

- 1 La colonne **Usager-groupe** indique toujours le nombre d'usagers-groupes différents.
- 2 La ligne **Total** indique la somme des usagers-groupes différents pour chaque groupe ventilé.
- 3 Les nombres des colonnes **Participants hommes** et **Participants femmes** proviennent de l'information enregistrée à l'intervention dans les champs prévus à cet effet (Nb hommes et Nb femmes). Il s'agit du nombre d'individus de sexe masculin et féminin présents lors de l'intervention.

- 4 L'information de la colonne **Participants Nbre** provient de l'information enregistrée à l'intervention dans le champ prévu à cet effet (Nb participants). Il s'agit du nombre total d'individus présents lors de l'intervention, indépendamment des sexes.
- 5 Le pourcentage des usagers et celui des interventions sont toujours calculés d'après le niveau immédiatement supérieur correspondant au groupe ventilé qui l'enveloppe. Par exemple, le pourcentage des usagers d'un sous-programme est calculé par rapport à l'ensemble des usagers du programme auquel le sous-programme est associé.
- 6 La ligne **Usagers différents** représente le nombre d'usagers-groupes différents pour chaque groupe ventilé.

3.1.3 RN-1 - Rapport par centre d'activités, excluant les médecins et les dentistes (communautaire)

RAPPORT PAR CENTRE D'ACTIVITÉS, EXCLUANT LES MÉDECINS ET LES DENTISTES

Guichet Santé B.E. 2001
Rapport RN-1 (Com.)
Par installation, centre d'activités, sous-centre d'activités

Pour la période du 2000/09/01 au 2001/10/27

Usager-Communautaire

Page 1
2001/10/30 13:32

	Usager-communautaire		Participants		Interventions	
	Nbre	%	Hommes	Femmes	Nbre	%
7 IDS/Ver 6300 Consult. ex 6571 Cons. ext.	1	100	0	0	0	100
Total 6300 Consult. ex Usagers différents	1	100	0	0	0	100
Total 7 IDS/Ver Usagers différents	1	100	0	0	0	100
Total Guichet Santé B.E. 2001 Usagers différents	1	100	0	0	0	100

Critère(s) de sélection :

Toutes les installations, Centre d'activités(s), Tous les sous-centres d'activité

- 1 La colonne **Usager-communautaire** indique toujours le nombre d'usagers-communautaires différents.
- 2 La ligne **Total** indique la somme des valeurs des usagers-communautaires.
- 3 Les nombres des colonnes **Participants hommes** et **Participants femmes** proviennent de l'information enregistrée à l'intervention dans les champs prévus à cet effet (Nb hommes et Nb femmes). Il s'agit du nombre d'individus de sexe masculin et féminin présents lors de l'intervention.

- Le nombre de la colonne **Participants Nb**re provient de l'information enregistrée à l'intervention dans le champ prévu à cet effet (Nb participants). Il s'agit du nombre total d'individus présents lors de l'intervention, indépendamment des sexes.
- Le pourcentage des usagers et celui des interventions sont toujours calculés d'après le niveau immédiatement supérieur correspondant au groupe ventilé qui l'enveloppe. Par exemple, le pourcentage des usagers d'un sous-programme est calculé par rapport à l'ensemble des usagers du programme auquel le sous-programme est associé.
- La ligne **Usagers différents** représente le nombre d'usagers-communautaires différents pour chaque groupe ventilé.

3.1.4 RN-2 - Rapport par programme (individu)

RAPPORT PAR PROGRAMME

Pour la période du 1997/01/01 au 1999/03/20

Rapport RN-2 (Ind.)

Rapport RN-2 (Ind.)

Par installation, programme, sous-programme

Page 1

1999/05/31 14:36

	Intervention Individuelle Usager	Durée Interv.	Couple Usager	Durée Interv.	Famille Usager	Total Usager	Interv. Nbre	%	Durée Hrs
10 Inst. 10 100 SAD	(1) → 5 6 S 5	8 8	10 10	5 5	10 0	(4) → 10 10	(5) → 13 10	57 43	16 15
6170 S. à dom. 6530 A. à dom.									
Total 100 SAD Usagers différents	(2) → 10 10	15	20 10	10 14	10 10	20 10	23 100		31
Total 10 Inst. 10 Usagers différents	10 10	15	20 10	14	10 10	20 10	23 28	29 10	31
Total CLSC Infection CLSC Usagers différents	(5) → 41 33	42 760	60 30	30 835	30 30	71 33	79 100	100 33	1801

Critères(s) de sélection :

Toutes les installations

Tous les programmes

- 1 La colonne **Usager** indique toujours le nombre d'usagers différents.
- 2 La ligne **Total** indique la somme des usagers différents pour chaque groupe ventilé. Ce traitement entraîne le comportement général suivant : les totaux par colonne balancent, tandis que les totaux par ligne peuvent ne pas balancer (voir option 4).
- 3 La colonne **Usager**, pour les catégories « Couple » et « Famille », indique le nombre d'usagers différents qui ont fait l'objet d'une intervention. Chaque membre du couple ou de la famille est comptabilisé.

- 4 La colonne **Total Usager Nbre** indique le nombre d'usagers différents toutes catégories confondues (et non la somme des usagers de chaque catégorie : Individuelle, Couple et Famille).
- 5 La ligne **Usagers différents** indique le nombre d'usagers différents pour chaque groupe ventilé.
- 6 Le pourcentage des usagers et celui des interventions sont toujours calculés d'après le niveau immédiatement supérieur correspondant au groupe ventilé qui l'enveloppe. Par exemple, le pourcentage des usagers d'un sous-programme est calculé par rapport à l'ensemble des usagers du programme auquel le sous-programme est associé.
- 7 La valeur de la durée est conservée dans la base de données avec les décimales, même si ces dernières ne sont pas affichées.
- 8 La durée est additionnée avec les décimales. Au moment du calcul d'une ligne, le logiciel arrondit automatiquement les décimales. Or, il est possible que la somme des durées affichées sur le rapport n'égale pas la durée inscrite au sous-total ou au total.

3.1.5 RN-2 - Rapport par programme (groupe)

CLSC Intégration CLSC
Rapport RN-2 (Grp.)
Par programme

RAPPORT PAR PROGRAMME
Pour la période du 1999/06/01 au 1999/06/01
Usager-groupe

Page 1
1999/06/01 12:19

Usager-groupe		Participants		Interventions	
Nbre	%	Hommes	Femmes	Nbre	%
① → 6	13	7	14	86	7
12	26	22	35	181	15
29	62	237	230	1001	84
→ 47	100	266	279	1248	156
38	⑥				100

100 SAO
200 E-J-F
400 S.Courants

Total CLSC Intégration CLSC
Usagers différents

Critère(s) de sélection : Tous les programmes

- 1 La colonne **Usager-groupe** indique toujours le nombre d'usagers-groupes différents.
- 2 La ligne **Total** indique la somme des usagers-groupes différents pour chaque groupe ventilé.
- 3 Les nombres des colonnes **Participants hommes** et **Participants femmes** proviennent de l'information enregistrée à l'intervention dans les champs prévus à cet effet (Nb hommes et Nb femmes). Il s'agit du nombre d'individus de sexe masculin et féminin présents lors de l'intervention.

- 4 Le nombre de la colonne **Participants Nb** provient de l'information enregistrée à l'intervention dans le champ prévu à cet effet (Nb participants). Il s'agit du nombre total d'individus présents lors de l'intervention, indépendamment des sexes.
- 5 Le pourcentage des usagers et celui des interventions sont toujours calculés d'après le niveau immédiatement supérieur correspondant au groupe ventilé qui l'enveloppe. Par exemple, le pourcentage des usagers d'un sous-programme est calculé par rapport à l'ensemble des usagers du programme auquel le sous-programme est associé.
- 6 La ligne **Usagers différents** indique le nombre d'usagers-groupes différents pour chaque groupe ventilé.

3.1.6 RN-2 - Rapport par programme (communautaire)

CLSC Intégration CLSC
Rapport RN-2 (Com.)
Par programme

RAPPORT PAR PROGRAMME
Pour la période du 19900601 au 19990601
Usager-Communautaire

Page 1
1999/06/01 12:19

Usager-communautaire		Participants		Interventions	
Nbre	%	Hommes	Femmes	Nbre	%
① → 2	14	3	6	75	3
② → 3	21	2	4	50	3
③ → 5	64	128	146	393	24
④ → 14	100	133	156	518	80
⑤ → 10				30	100
⑥ → 10					

100 SAD
200 E-J-F
400 S.Courants

Total CLSC Intégration CLSC
Usagers différents

- Critère(s) de sélection : Tous les programmes
- 1 La colonne **Usager-communautaire** indique toujours le nombre d'usagers-communautaires différents.
 - 2 La ligne **Total** indique la somme des usagers-communautaires différents pour chaque groupe ventilé.
 - 3 Les nombres des colonnes **Participants hommes** et **Participants femmes** proviennent de l'information enregistrée à l'intervention dans les champs prévus à cet effet (Nb hommes et Nb femmes). Il s'agit du nombre d'individus de sexe masculin et féminin présents lors de l'intervention.
 - 4 Le nombre de la colonne **Participants Nb** provient de l'information enregistrée à l'intervention dans le champ prévu à cet effet (Nb participants). Il s'agit du nombre total d'individus présents lors de l'intervention, indépendamment des sexes.
 - 5 Le pourcentage des usagers et celui des interventions sont toujours calculés d'après le niveau immédiatement supérieur correspondant au groupe ventilé qui l'enveloppe. Par exemple, le pourcentage des usagers d'un sous-programme est calculé par rapport à l'ensemble des usagers du programme auquel le sous-programme est associé.

ANNEXE 3

RAPPORT DE REJETS EN PÉRINATALITÉ (RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES)

BUT DU DOCUMENT

Expliquer la démarche à suivre pour retracer les services spécifiques rejetés selon les informations disponibles sur le rapport de rejets en périnatalité fourni par la RAMQ.

MISE EN CONTEXTE

Dans le rapport de rejets en périnatalité, les services spécifiques rejetés sont représentés par le numéro du dossier usager concerné.



Intégration CLSC
Rapport de rejets
CLSC
période du 2005-04-01 au 2006-02-04

Région :

CLSC :

Rejets dus à une incohérence entre deux services spécifiques

Numéro de dossier	Type de service spécifique	Date de début	Date de fin	Numéro de motif de cessation	Description du motif de cessation
#1 - Raison du rejet :	Un usager est inscrit à deux services spécifiques en même temps, alors que ce sont des types de service ne pouvant coexister.				
11421	PSJP	2004-10-08	2006-02-03	100	
11421	NEGS	2006-02-03	2078-12-31		

PROBLÉMATIQUE

Le numéro de dossier indiqué sur le rapport ne correspond pas au numéro de dossier usager que l'on retrouve au niveau de l'application SIC-PLUS. C'est plutôt un numéro interne, surnommé « numéro de dossier RÉF ».

SOLUTION

La seule manière de trouver le numéro de dossier usager qui s'affiche dans SIC-PLUS à partir du numéro fourni dans le rapport est de passer par une requête via le catalogue Impromptu. Cette requête devra permettre de faire la correspondance entre les deux numéros :

- ❖ L'élément « No dossier identi » est le numéro de dossier usager que ***l'on retrouve au niveau de l'application SIC-PLUS*** (Voir Image #1).
- ❖ L'élément « Ref identification usager » est le numéro de dossier usager ***qui est indiqué sur le rapport de rejets en périnatalité***.

Image #1 - L'élément « No dossier identi »

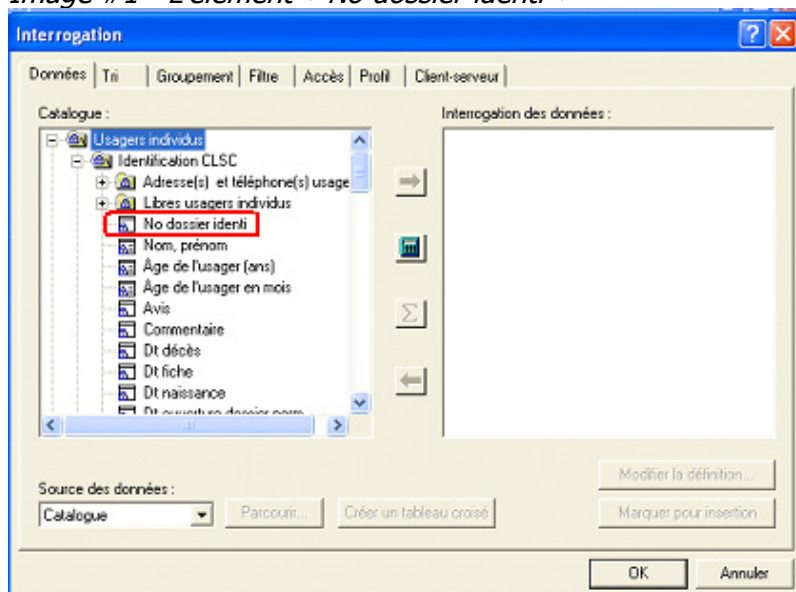
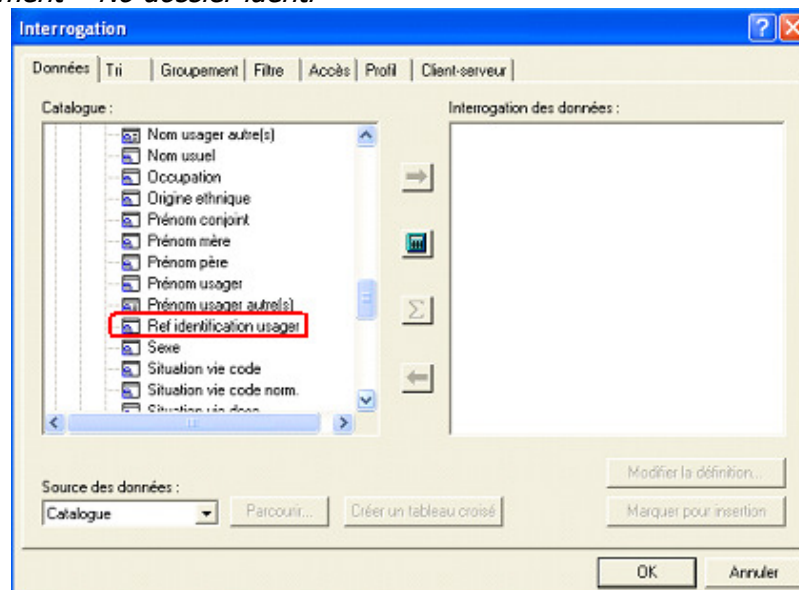


Image #2- L'élément « No dossier identi »



Source : RAMQ, 14 mars 2006

ANNEXE 4

RAPPORT DE QUALITÉ DE DONNÉES (EGB3R07)

DONNÉES SUR LA PÉRINATALITÉ

MÉTHODE DE VALIDATION DES ÉLÉMENTS

RAPPORT DE QUALITÉ DE DONNÉES (EGB3R07)
DONNÉES SUR LA PÉRINATALITÉ
MÉTHODE DE VALIDATION DES ÉLÉMENTS

BUT DU DOCUMENT

Le but du présent document est de préciser comment les données sur la périnatalité sont validées dans le rapport de qualité de données (EGB3R07). En effet, cette section étant nouvelle, il est nécessaire de bien saisir les principes de validation afin d'effectuer les corrections requises.

DÉFINITION DU CONTENU DES COLONNES DU TABLEAU

Élément

C'est le nom de l'élément validé, tel qu'on le retrouve sur le rapport de qualité de données.

Services spécifiques (dossiers grossesses, dossiers enfants) considérés pour la validation

Il arrive parfois que des éléments de données ne soient à valider que si un autre élément donné répond à un critère bien précis. Cette colonne sert donc à préciser les conditions nécessaires pour que l'élément soit validé. Ceux qui ne répondent pas aux critères sont simplement exclus du rapport.

Valeurs valides

Cette colonne précise les critères utilisés pour considérer une valeur comme étant valide.

Présence dans la liste des invalides

Cette colonne indique si l'élément fait partie de ceux dont la liste des valeurs invalides, ainsi que leurs nombres, est listée à la fin du rapport de qualité de données

À noter :

- Pour tous les éléments, les valeurs absentes sont celles pour lesquelles l'information n'est pas présente.
- Il n'y a pas de colonne concernant la validation des valeurs invalides car il est possible d'en déduire les critères à l'aide de ceux des valeurs valides.
- Les éléments accompagnés d'un astérisque (*) indique que l'absence de valeur est autorisé par le cadre normatif. Ce sera également indiqué par un astérisque sur le rapport.

Source : RAMQ, 2006-08-25

Élément	Services spécifiques considérés pour la validation	Valeurs valides	Présence dans la liste des invalides
Services spécifiques			
Code du service spécifique	Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Date de début du service spécifique	Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est une date valide qui se situe entre 1900-01-01 et 2078-12-31 .	
Date de fin du service spécifique *	Tous les services spécifiques qui se sont terminés dans l'année en cours sont validés. À noter : Le traitement mentionné ci haut n'est actuellement pas actif. Les services considérés sont plutôt : <i>Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont validés.</i> Lorsque la correction sera effectuée, ce document vous sera retourné pour vous en avertir.	Lorsque la valeur est une date valide qui se situe entre 1900-01-01 et 2078-12-31 .	
Raison de cessation du service spécifique	Seulement les services spécifiques qui se sont terminés dans l'année en cours sont validés. À noter : Le traitement mentionné ci	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui

Élément	Services spécifiques considérés pour la validation	Valeurs valides	Présence dans la liste des invalides
	haut n'est actuellement pas actif. Les services considérés sont plutôt : <i>Seulement les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours, dont la date de fin de service spécifique est présente, sont validés. Bref, seulement lorsque le service spécifique n'est plus actif.</i> Lorsque la correction sera effectuée, ce document vous sera retourné pour vous en avertir.		
Age gestationnel à l'inscription au service - Nombre de semaines	Seulement les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours pour lesquelles la mère n'a pas accouché, ou encore pour lesquelles le service spécifique a débuté avant la date de l'accouchement. À noter que l'on exclut ceux qui sont considérés comme étant la continuité d'un autre service (1)	Lorsque la valeur est comprise entre 0 et 43 inclusivement .	Oui
Age gestationnel à l'inscription au service – Nombre de jours	Seulement les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours pour lesquelles la mère n'a pas accouché, ou encore pour lesquelles le service spécifique a débuté avant la date de	Lorsque la valeur est comprise entre 0 et 6 inclusivement .	Oui

Élément	Services spécifiques considérés pour la validation	Valeurs valides	Présence dans la liste des invalides
	l'accouchement. À noter que l'on exclut ceux qui sont considérés comme étant la continuité d'un autre service (1)		
Scolarité de la mère à l'inscription au service	Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont validés, sauf ceux qui sont considérés comme étant la continuité d'un autre service (1)	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Situation de vie de la mère à l'inscription au service	Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont validés, sauf ceux qui sont considérés comme étant la continuité d'un autre service (1)	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Situation financière à l'inscription au service	Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont validés, sauf ceux qui sont considérés comme étant la continuité d'un autre service (1)	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Indicateur d'autochtone	Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont validés, sauf ceux qui sont considérés comme étant la continuité d'un autre service (1)	Lorsque la valeur est égale à « O » ou « N »	Oui
Indicateur d'immigrant	Tous les services spécifiques qui ont débuté dans l'année en cours sont	Lorsque la valeur est égale à « O » ou « N »	Oui

Élément	Services spécifiques considérés pour la validation	Valeurs valides	Présence dans la liste des invalides
	validés, sauf ceux qui sont considérés comme étant la continuité d'un autre service (1)		

Élément	Dossiers grossesses considérés pour la validation	Valeurs valides	Présence dans la liste des invalides
Dossier grossesse			
Date effective de l'accouchement *	Seulement les dossiers grossesses dont le premier service spécifique (2) a débuté dans l'année en cours .	Lorsque la valeur est une date valide qui se situe entre 1900-01-01 et 2078-12-31 .	
Code du nombre de naissances	Seulement les dossiers grossesses dont le premier service spécifique (2) a débuté dans l'année en cours pour lesquelles la mère a accouché .	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Durée de la gestation – semaines.	Seulement les dossiers grossesses dont le premier service spécifique (2) a débuté dans l'année en cours pour lesquelles la mère a accouché .	Lorsque la valeur est comprise entre 0 et 43 inclusivement .	
Durée de la gestation – jours	Seulement les dossiers grossesses dont le premier service spécifique (2) a débuté dans l'année en cours pour lesquelles la mère a accouché .	Lorsque la valeur est comprise entre 0 et 6 inclusivement .	

Élément	Dossiers enfants considérés pour la validation	Valeurs valides	Présence dans la liste des invalides
Dossier enfant			
Poids du bébé à la naissance	Tous les dossiers des enfants qui sont nés dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est comprise entre 0 et 9999 inclusivement .	
Allaitement effectif après deux jours *	Tous les dossiers des enfants qui sont nés dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Allaitement effectif après deux semaines *	Tous les dossiers des enfants qui sont nés dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Allaitement effectif après deux mois *	Tous les dossiers des enfants qui sont nés dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Allaitement effectif après quatre mois *	Tous les dossiers des enfants qui sont nés dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Allaitement effectif après six mois *	Tous les dossiers des enfants qui sont nés dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui
Allaitement effectif après douze mois *	Tous les dossiers des enfants qui sont nés dans l'année en cours sont validés.	Lorsque la valeur est permise et normalisée par le cadre normatif en cours.	Oui

(1) Le concept de la continuité

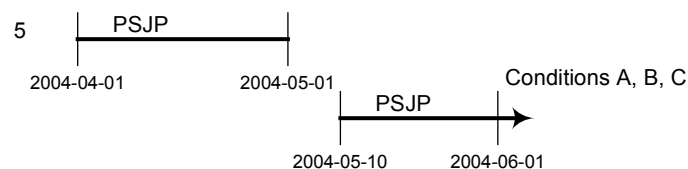
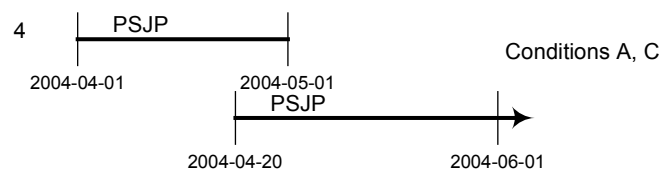
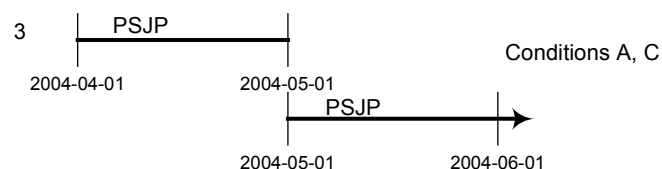
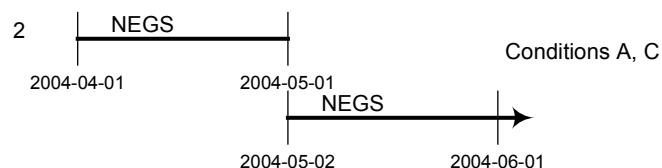
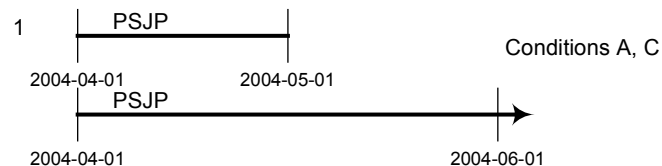
Le suivi d'une personne dans le cadre d'un service spécifique peut durer plusieurs années et couvrir plusieurs grossesses. Cependant, l'application locale (SIC-PLUS) oblige les intervenants à fermer les services à chaque fois qu'une mère fait l'objet d'une nouvelle grossesse, et à les rouvrir ensuite. La raison de cessation « Nouvelle grossesse (100) » est alors utilisée.

Pour pallier à cela, la RAMQ s'est entendue avec les responsables de la périnatalité et a élaboré des règles qui font que deux ou plusieurs services spécifiques peuvent être considérés comme étant le même. Cela permet de compter un service spécifique une seule fois, même si ce dernier est séparé en plusieurs parties.

Pour qu'un service soit considéré comme la continuité de celui qui le précède, sa situation doit être comme l'une des 5 présentées ci-après, et respecter les conditions énumérées.

La notion de continuité fait en sorte que le nombre total d'enregistrements de certains éléments peut être inférieur à celui d'un autre.

Situations pouvant amener à considérer un service comme étant la continuité d'un autre, avec les conditions à respecter.



Conditions :

A - Les deux services spécifiques doivent se suivre, être pour la même mère, et le code de service spécifique doit être le même.

B - Le motif de cessation doit être « nouvelle grossesse » (100).

C - Le code de service spécifique doit être PSJP (200) ou NEGS (300).

(2) La notion de premier service spécifique d'une grossesse.

Pour une même grossesse, une mère peut être suivie dans le cadre de plusieurs services spécifiques. Afin de déterminer si une grossesse doit être considérée comme étant dans l'année en cours, il faut vérifier si le premier des services spécifiques de la grossesse a débuté dans l'année en cours.

Cela évite de valider une même grossesse pendant deux années financières.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec

