



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

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

**CAHIER DES FICHES TECHNIQUES
INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD CENTRAL**

**Le défi de l'accès
l'an 3**

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

Février 2002

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

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002

LES FICHES TECHNIQUES DU TABLEAU DE BORD CENTRAL . . .

Ce document regroupe les fiches techniques des indicateurs du Tableau de bord central du « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » de la Régie régionale de Montréal-Centre. Chaque fiche technique présente les différents éléments qui permettent de définir, de mesurer et d'interpréter les résultats de l'indicateur. Les fiches techniques sont regroupées selon les principaux axes de suivi du Plan 1998-2002 : l'accessibilité aux services, l'impact sur la santé, le point de vue des usagers, les grands chantiers en ressources humaines et la modernisation des services et l'équilibre de la situation financière.

Les indicateurs de l'axe de suivi « les soins et services dans la communauté » n'ont pas été mis à jour à date : des changements majeurs sont prévus compte tenu des modifications de la base de données SIC-CLSC.

Pour la Régie régionale de Montréal-Centre, ce document doit faciliter la reproduction des données d'une année à l'autre et pour les partenaires impliqués dans la réalisation de tableaux de bord (ex. : MSSS, régies régionales), il devrait permettre de comprendre les éléments retenus pour suivre les résultats du Plan 1998-2002 à Montréal-Centre.

Cet ensemble de fiches techniques est complété par un *Cahier des procédures pour la production du Tableau de bord central 1998-2002*. Ce dernier consigne dans un même document toutes les procédures et spécifications techniques (ex. : procédure d'extraction des données des systèmes d'information) devant mener à la production du Tableau de bord.

. . . LE FRUIT D'UN TRAVAIL D'UNE ÉQUIPE MULTIDIRECTIONNELLE

Ce document est le résultat du travail d'une équipe multidirectionnelle de la Régie régionale de Montréal-Centre. Normand Lauzon, chef du Service des études et de l'évaluation de la Direction de la programmation et coordination est chargé de mener à bien les travaux en collaboration avec les répondants des directions suivantes :

- de la Direction des immobilisations et finances, Louis Morache,
- de la Direction de la programmation et coordination, Carole Lécuyer
- de la Direction des relations avec la communauté, Ronald McNeil
- de la Direction des ressources humaines, Ghislaine Tremblay
- de la Direction de la santé publique, Pierre Tousignant.

Le lecteur peut consulter le tableau qui suit. Il identifie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du Tableau de bord central de la Régie en l'an 3 du Plan.

LISTE DES COLLABORATEURS

◆ L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
1) <i>L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES CARDIAQUES</i>	Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1) <i>L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE</i>	Michelle Bérubé	Michelle Bérubé	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1) <i>L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE</i>	Michelle Bérubé	Michelle Bérubé	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
2. <i>L'ATTENTE EN RADIO-ONCOLOGIE (À RÉVISER)</i>	Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
3. <i>DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE DANS LES CHSGS</i>	Michelle Bérubé, Michel Roberge	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	Med-Écho	ANNUEL (NOVEMBRE)
4. <i>SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES</i>	Rolande Daigneault Michel Roberge	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	Registre des urgences	ANNUEL
5. ET 6. <i>TAUX D'ADMISSION ET DÉLAI MOYEN D'ACCÈS EN CHSLD</i>	Cornelia Steavu	Michel Désilet	Info-Admission	ANNUEL
7. <i>L'ACCÈS EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE</i>	Lyse Beaudet Guylaine Ranger	Pierre Provencher Guylaine Ranger	SIC CRPDI Relevé annuel CLSC	ANNUEL
◆ L'IMPACT SUR LA SANTÉ	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
8. <i>TAUX DE RÉADMISSION</i>	Pierre Tousignant	Léo-Roch Poirier, Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Dominique Nadeau, Mélanie Fournier, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUEL
9. <i>TAUX DE LÉTALITÉ</i>	Pierre Tousignant	Léo-Roch Poirier, Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Dominique Nadeau, Mélanie Fournier, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUEL
10. <i>TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES</i>	Pierre Tousignant	Léo-Roch Poirier, Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Dominique Nadeau, Mélanie Fournier, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUEL
◆ LE POINT DE VUE DES USAGERS	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
11. <i>APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL</i>	Ronald McNeil	Diane Savage	Rapport annuel et sondages de satisfaction	ANNUEL
12. <i>APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SERVICES</i>	Ronald McNeil	Diane Savage	Rapport annuel	ANNUEL

LISTE DES COLLABORATEURS

13. APPRÉCIATION DE LA RAPIDITÉ ET FACILITÉ DES SERVICES	Ronald McNeil	Diane Savage	Rapport annuel	ANNUEL
♦ LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
14. ÉVOLUTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT	Ghyslaine Tremblay	Lisette Shaffer, Michel Beauchemin	Riposte	ANNUEL
15. ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES CADRES EN STABILITÉ D'EMPLOI	Ghyslaine Tremblay	Lisette Shaffer, Michel Beauchemin	Sisech	ANNUEL
16. PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SRMO	Ghyslaine Tremblay	Luc Quintal, Michel Beauchemin	OSIOR	ANNUEL
17. ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES TECHNICIENS EN RADIO-ONCOLOGIE	Ghyslaine Tremblay	Luc Quintal, Michel Beauchemin	R22_9898	ANNUEL
♦ MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
18. POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES PAR CATÉGORIE DE SERVICES	Louis Morache	Lina Lemaître Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL
19. ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS BUDGÉTAIRES	Louis Morache	Lina Lemaître Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL
20. NIVEAU DE SURPLUS ET DÉFICITS	Louis Morache	Lina Lemaître Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL
21. NIVEAU D'EMPRUNTS	Louis Morache	Lina Lemaître Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

- # 1 : L'ACCÈS AUX CHIRURGIES CARDIAQUES (ADULTES)
L'ACCÈS AUX CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE
L'ACCÈS AUX CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE
- # 2 : L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE
- # 3 : LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHSGS
- # 4 : LES SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE
- # 5 : TAUX D'ADMISSION EN CHSLD ET RNI (LITS RÉGULIERS)
TAUX DE RÉPONSE (LITS RÉGULIERS ET LITS PROVISOIRES)
POURCENTAGE DE LITS DRESSÉS DE 2,5 HEURES-SOINS ET PLUS EN CHSLD
LITS DRESSÉS EN CHSLD ET RNI (LITS RÉGULIERS ET PROVISOIRES)
- # 6 : DÉLAI MOYEN D'ACCÈS EN HÉBERGEMENT
- # 7 : L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
CRDI
CLSC

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

1-A : L'ACCÈS AUX CHIRURGIES CARDIAQUES (ADULTES)

- 1- **Définition** : Cet indicateur comprend 2 paramètres : A. le nombre total d'usagers en attente à une date donnée pour un pontage ou un remplacement valvulaire; B. le pourcentage d'usagers en attente depuis plus de 3 mois.
- A. **Le nombre d'usagers en attente** équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour un pontage ou un remplacement valvulaire à une date déterminée (date du relevé).
- B. **Le pourcentage d'usagers en attente depuis plus de 3 mois** correspond au rapport entre le nombre d'usagers différents qui attendent depuis plus de 3 mois pour une chirurgie (numérateur) et le total des usagers différents en attente à la date déterminée (dénominateur).
- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :
Le nombre d'usagers différents en attente nous donne un ordre de grandeur de la demande non satisfaite pour les chirurgies cardiaques à un moment déterminé. Le pourcentage d'usagers en attente depuis plus d'un mois permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Ces informations devraient servir à nous interroger sur les facteurs qui nous permettraient de comprendre la situation et d'apporter les correctifs s'il y a lieu.
- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :
Les diverses méthodes de compilation des listes d'attente par les CH peuvent rendre difficiles l'évaluation et l'interprétation de l'ampleur des demandes non satisfaites ainsi que les variations interétablissements.
- 4- **Méthode de calcul** :
- A. **Nombre d'usagers en attente** = à la date du relevé, somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour une chirurgie cardiaque.
- B. **Le pourcentage d'usagers en attente depuis plus de 3 mois** =
$$\frac{\text{somme des usagers en attente depuis plus de 3 mois}}{\text{total des usagers en attente à la date du relevé}} \times 100$$
- 5- **Source** :
Relevé hebdomadaire de la Régie régionale auprès des établissements
- 6- **Unités de mesure** :
Mois. Usager.
- 7- **Période(s) de production** :
La mise à jour de l'indicateur au Tableau de bord central de la Régie est effectuée sur une base annuelle.
- 8- **Valeurs de référence** :
Objectifs : éliminer la liste d'attente et s'assurer par la suite qu'un patient soit opéré dans un délai maximal d'un mois.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

1-B : L'ACCÈS AUX CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE

- 1- **Définition** : cet indicateur comprend 2 paramètres : A. *le nombre total d'utilisateurs en attente d'une chirurgie de prothèses totales de la hanche ou du genou*; B. *le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus*.
- A. *Le nombre total d'utilisateurs en attente d'une chirurgie de prothèse totale de la hanche ou du genou* correspond à la somme des personnes enregistrées (registre des demandes ou d'admission, index des patients, liste d'attente) auprès d'un établissement offrant la chirurgie en orthopédie et toujours en attente pour une chirurgie à une date déterminée (date du relevé).
- B. *Le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus* équivaut au rapport entre le nombre d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus (numérateur) et le nombre total de personnes en attente pour une chirurgie (dénominateur).
- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :
Le nombre d'utilisateurs différents en attente nous donne un ordre de grandeur de la demande non satisfaite pour les chirurgies cardiaques à un moment déterminé. Le pourcentage d'utilisateurs en attente depuis 6 mois et plus permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Ces informations devraient servir à nous interroger sur les facteurs qui nous permettraient de comprendre la situation et d'apporter les correctifs s'il y a lieu.
- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :
Les diverses méthodes de compilation des listes d'attente par les établissements peuvent rendre très difficiles l'évaluation et l'interprétation de l'ampleur des demandes non satisfaites ainsi que les variations interétablissements.
- 4- **Méthode de calcul** :
- A. *Nombre d'utilisateurs en attente* = à la date du relevé, somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour une prothèse totale de la hanche ou du genou.
- B. *Le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus* =
$$\frac{\text{somme des usagers en attente de 6 mois et plus}}{\text{somme des usagers en attente pour une intervention chirurgicale à la date du relevé}} \times 100$$
- 5- **Source** :
Relevé de la Régie régionale auprès des établissements pour des périodes déterminées.
- 6- **Unités de mesure** :
Mois. Usager.
- 7- **Période(s) de production** :
La mise à jour de cet indicateur au Tableau de bord central de la Régie est effectuée sur une base annuelle.
- 8- **Valeurs de référence** :
Objectif : réduire le temps d'attente pour les chirurgies de prothèse totale de la hanche ou du genou.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

1-C : L'ACCÈS AUX CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

- 1- **Définition** : Cet indicateur comprend 2 paramètres : A. *le nombre total d'usagers en attente pour une chirurgie de la cataracte*; B. *le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus*.
 - A. *Le nombre total d'usagers en attente pour une chirurgie de la cataracte* correspond à la somme des personnes enregistrées (registre des demandes ou d'admission, index des patients, liste d'attente) auprès d'un établissement offrant la chirurgie en ophtalmologie et toujours en attente pour une intervention chirurgicale à une date déterminée (date du relevé).
 - B. *Le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus* équivaut au rapport entre le nombre d'usagers en attente de 6 mois et plus (numérateur) et le nombre total de personnes en attente pour une intervention chirurgicale (dénominateur).
- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :

Le nombre d'usagers différents en attente nous donne un ordre de grandeur de la demande non satisfaite à un moment déterminé. Le pourcentage d'usagers en attente depuis 6 mois et plus permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Ces informations devraient servir à nous interroger sur les facteurs qui nous permettraient de comprendre la situation et d'apporter les correctifs s'il y a lieu.
- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :

Les diverses méthodes de compilation des listes d'attente par les établissements peuvent rendre très difficiles l'évaluation et l'interprétation de l'ampleur des demandes non satisfaites ainsi que les variations interétablissements.
- 4- **Méthode de calcul** :
 - A. *Nombre total d'usagers en attente* = à la date du relevé, somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour une chirurgie de la cataracte.
 - B. *Le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus* =
$$\frac{\text{somme des usagers en attente de 6 mois et plus}}{\text{somme des usagers en attente pour une intervention chirurgicale à la date du relevé}} \times 100$$
- 5- **Source** :

Relevé de la Régie régionale auprès des établissements pour des périodes déterminées.
- 6- **Unités de mesure** :

Mois. Usager.
- 7- **Période(s) de production** :

La mise à jour de cet indicateur au Tableau de bord central de la Régie est effectuée sur une base annuelle.
- 8- **Valeurs de référence** :

Objectifs : diminuer le nombre de personnes en attente et réduire le temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

2 : L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

1- **Définition** : L'indicateur comprend 2 paramètres.

Pour le cancer du sein, de la prostate et les autres sites de cancer :

- A. *Le nombre de personnes prêtes à recevoir leurs traitements en radio-oncologie suite à une chirurgie, à un traitement de chimiothérapie ou d'hormonothérapie;*
- B. *parmi elles, le pourcentage d'usagers qui attendent depuis plus de 8 semaines.*

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :

Le nombre d'usagers différents en attente nous donne un ordre de grandeur de la demande non satisfaite pour des traitements en radio-oncologie à un moment déterminé.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :

L'informatisation des listes d'attente est requise pour avoir des informations fiables sur le temps d'attente ou le délai d'accès.

4- **Méthode de calcul** : À la date du relevé :

- A. *les usagers différents prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie mais toujours inscrits en liste d'attente;*
- B.. *le pourcentage d'usagers inscrits en liste d'attente depuis plus de 8 semaines :*

$$\frac{\text{somme des personnes différentes prêtes à recevoir leurs traitements depuis plus de 8 semaines}}{\text{somme des personnes différentes prêtes à recevoir leurs traitements inscrites en liste d'attente}}$$

La méthode de calcul est appliquée : 1) aux usagers en attente suite à un cancer du sein, 2) à un cancer de la prostate, 3) pour tous les autres sites de cancer.

5- **Source** :

Relevé périodique de la Régie régionale auprès des établissements.

6- **Unités de mesure** :

Usagers différents.

7- **Période(s) de production** :

La mise à jour de l'indicateur au Tableau de bord central de la Régie est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence** :

Selon la condition médicale ciblée, la période correspondante de l'année 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

3 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHSGS

Autre appellation : **La durée moyenne de séjour en soins de courte durée dans les CHSGS.**

1- Définition : Pour une année financière, le rapport entre le nombre de jours d'hospitalisation des usagers et les départs en courte durée physique et en courte durée psychiatrique dans les CHSGS.

La DMS en **psychiatrie** exclut : 1) les lits de courte durée des **CHSP** Douglas et Louis-H. Lafontaine car ceux-ci ne participent pas au fichier Med-Écho; 2) les hôpitaux pédiatriques; 3) le CHUM.

La DMS pour des **soins physiques** en **CHSGS** exclut les nouveau-nés et les soins de longue durée. On ne considère pas les centres hospitaliers spécialisés en réadaptation (**CHR**).

2- Utilisation(s) / Interprétation(s) :

Permet d'identifier la durée moyenne de séjour (DMS) selon deux types de soins. Pourrait aussi être ventilé pour des spécialités déterminées en soins de courte durée physique.

Permet de suivre l'évolution de la durée moyenne de séjour d'une année à l'autre en fonction des objectifs régionaux en courte durée physique et psychiatrique.

3- Limite(s) / Mise(s) en garde :

De nombreux facteurs influencent la DMS : les pratiques administratives, l'avancement des technologies, la sévérité des cas, l'âge des personnes hospitalisées, les conditions socio-économiques des usagers, etc.

4- Méthode de calcul :

$$\frac{\text{nombre total de jours-présence en courte durée physique}}{\text{nombre total de départs en courte durée physique}}$$

La même méthode est appliquée en courte durée psychiatrique.

5- Source :

Med-Écho.

6- Unités de mesure :

Départ du CHSGS.

Jour (exprimé avec une décimale).

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeurs de référence :

Les objectifs régionaux : 1- une DMS de 6,8 jours pour les soins de courte durée en courte durée physique; 2- en courte durée psychiatrique, une DMS \leq 25 jours.

La durée moyenne de séjour pour les deux types de soins en 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

4 : SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE

1- **Définition** : Pour une période donnée, le nombre d'usagers qui ont occupé une civière à l'urgence et dont la durée de séjour pour des soins physiques a été de plus de 24 heures et pour les soins psychiatriques, les usagers dont la durée de séjour a été de plus de 48 heures, sur l'ensemble d'usagers qui ont occupé une civière durant cette même période, et ce, pour les CHSGS et les CHSP Douglas et Louis-H. Lafontaine en psychiatrie.

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s) :**

Un indicateur de la capacité des salles d'urgence à maintenir leur accessibilité.

Permet d'identifier les problèmes d'encombrement des salles d'urgence pour cause de séjours excessifs.

Permet de suivre l'atteinte des objectifs régionaux.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde :**

Cet indicateur ne distingue pas les séjours à l'urgence pour les usagers en observation (psychiatrie) et ceux en attente d'hospitalisation.

Au Registre de la salle d'urgence, les soins psychiatriques sont identifiés comme des troubles mentaux et psychosociaux.

Cet indicateur ne comprend que les usagers identifiés comme nécessitant une civière dans le Registre de la salle d'urgence.

4- **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{nombre d'usagers qui ont occupé une civière plus de 24 heures (ou + de 48 heures)}}{\text{nombre total d'usagers qui ont occupé une civière à l'urgence - (soins physiques ou psychiatriques)}} \times 100$$

5- **Source :**

Registre des salles d'urgence (MSSS).

6- **Unités de mesure :**

Usager sur civière.

Catégorie de diagnostic.

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence :**

En soins physiques : les séjours de plus de 24 heures = 0 %

En soins psychiatriques : les séjours de plus de 48 heures = 0 %.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

**5 a) Taux admission
en CHSLD**

**# 5 A) : TAUX D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT
CHSLD ET RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES**

1. Définition :

Pour un exercice financier donné, le nombre d'admissions de personnes requérant pour la première fois un hébergement en CHSLD ou en ressources d'hébergement non institutionnelles sur l'ensemble des nouvelles demandes acceptées dans les CHSLD et en ressources non institutionnelles de la région de Montréal-Centre.

Le taux d'admission dans le réseau de l'hébergement CHSLD est calculé en fonction de la catégorie d'heures-soins requises et selon la détermination de services inscrite à Info-admission. Ce calcul inclut les personnes admises sans détermination d'heures-soins requises.

Cet indicateur ne comprend que les premières demandes d'admission adressées au réseau d'hébergement à long terme. Il peut en résulter une admission transitoire (admission faite dans le but de donner le plus rapidement possible les soins nécessaires à l'utilisateur sans toutefois correspondre au premier choix d'établissement de l'utilisateur) ou permanente.

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); unités d'évaluation gériatrique (programme 43); soins palliatifs (programme 35); hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25, 27, 28); lits provisoires de transition (programmes 34, 37, 38, 47, 50, 53, 54).

2- Utilisation(s) / Interprétation(s) :

Constitue un indicateur de la capacité de réponse des CHSLD pour les nouvelles demandes d'admission. Permet de suivre l'évolution de l'offre et de la demande d'hébergement selon la catégorie d'heures-soins requises.

3- Limite(s) / Mise(s) en garde :

Il ne faut pas confondre le taux d'admission aux demandes d'hébergement avec la réponse aux besoins de la clientèle hébergée dans les CHSLD tel que mesuré par la grille PLAISIR.

Le taux d'admission est fonction du nombre de places disponibles pouvant répondre aux besoins de la clientèle et de l'attrition de la clientèle.

Le numérateur et le dénominateur ne recourent pas tout à fait la même population. En effet, une personne admise en 1997-1998 a pu être orientée en 1996-1997. Cette personne incluse au numérateur est exclue au dénominateur. Inversement, une personne orientée en 1997-1998 mais admise en 1998-1999 est incluse au dénominateur et exclue du numérateur. Le même biais est donc présent au début et à la fin de chaque exercice financier.

4- Méthode de calcul :

Au cours d'un exercice financier donné :

$$\frac{\text{nombre d'admissions effectives en hébergement}}{\text{nombre de références acceptées (orientations) en hébergement}} \times 100$$

L'indicateur est ventilé selon les catégories d'heures-soins (moins de 1,5 heures-soins, 1,5 à 2,5 heures-soins, 2,5 heures-soins et plus par jour)

5- Source : Système Info-admission.

6- Unités de mesure : Nouvelles références (orientations) et admissions d'un bénéficiaire.

7- Période(s) de production de l'indicateur : La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence : Le taux de réponse en 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

5b) Taux réponse
CHSLD

**INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE (ACCÈS HÉBERGEMENT)
5 B) : TAUX DE RÉPONSE EN HÉBERGEMENT DANS LES LITS RÉGULIERS ET LES
LITS FINANCÉS DE FAÇON PROVISOIRE**

1. Définition :

Pour un exercice financier donné, le nombre d'admissions de personnes requérant pour la première fois un hébergement en CHSLD ou en ressources d'hébergement non institutionnelles sur l'ensemble des nouvelles demandes acceptées dans les CHSLD et en ressources non institutionnelles de la région de Montréal-Centre.

Cet indicateur ne comprend que les premières demandes d'admission adressées au réseau d'hébergement à long terme. Il peut en résulter une admission transitoire (admission faite dans le but de donner le plus rapidement possible les soins nécessaires à l'usager sans toutefois correspondre au premier choix d'établissement de l'usager) ou permanente.

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); unités d'évaluation gériatrique (programme 43); soins palliatifs (programme 35); hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25, 27, 28).

Cet indicateur comprend les admissions dans les lits suivants : lits réguliers (programmes 21, 23, 31, 33, 39, 54, 90, 91, 92) et lits provisoires financés dans le cadre du programme de désengorgement des urgences notamment (programmes 34, 37, 38, 47, 50, 53, 54).

2. Utilisation(s) / Interprétation(s) :

Permet de comparer le taux d'admission dans les lits réguliers et le taux de réponse réel compte tenu du financement non-récurrent ajouté d'année en année.

3. Limite(s) / Mise(s) en garde :

Le taux de réponse est fonction du nombre de places disponibles dans les lits réguliers et les budgets non-récurrents investis à chaque année.

Le numérateur et le dénominateur ne recourent pas tout à fait la même population. En effet, une personne admise en 1997-1998 a pu être orientée en 1996-1997. Cette personne incluse au numérateur est exclue au dénominateur. Inversement, une personne orientée en 1997-1998 mais admise en 1998-1999 est incluse au dénominateur et exclue du numérateur. Le même biais est donc présent au début et à la fin de chaque exercice financier.

4. Méthode de calcul :

Au cours d'un exercice financier donné :

$$\frac{\text{nombre d'admissions effectives en hébergement}}{\text{nombre de références acceptées (orientations) en hébergement}} \times 100$$

5. Source : Système Info-admission.

6. Unités de mesure : Nouvelles références (orientations) et admissions d'un bénéficiaire.

7. Période(s) de production de l'indicateur : La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8. Valeur de référence : Le taux de réponse en 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

5 c). % lts 2,5 hrs

**INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE (ACCÈS HÉBERGEMENT)
5 C) ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE LITS RÉGULIERS DRESSÉS
DE 2,5 HEURES-SOINS ET PLUS EN CHSLD**

1- Définition :

Au cours d'une année financière, le nombre moyen de lits dressés de 2,5 heures-soins et plus en rapport avec le total des lits dressés en moyenne au cours de l'année en CHSLD. Les lits dressés de 2,5 heures-soins et plus considérés sont ceux du programme 31 de la base de données Info-admission.

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ; unités d'évaluation gériatrique (programme 43) ; soins palliatifs (programme 35) ; hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25, 26, 27, 28) ; lits de transition (programmes 34, 37, 38, 47, 50, 53, 54).

2- Utilisation(s) / Interprétation(s) :

Indicateur en lien avec l'objectif d'augmenter de 44 à 60 % les lits de 2,5 heures-soins et plus. Permet de suivre l'atteinte de cet objectif.

3- Limite(s) / Mise(s) en garde :

Théoriquement, les lits du programme 31 identifiés dans la base de données Info-admission seraient dédiés aux 2,5 heures-soins et plus par jour. Dans la réalité, le programme 31 n'est pas étanche et on peut y retrouver des lits recevant des usagers nécessitant moins de 2,5 heures-soins. De plus, dans les autres programmes de la base de données Info-admission (ex. : programmes 21, 33, 39, etc.), nous pouvons retrouver des lits de 2,5 heures-soins et plus.

Il ne faut pas confondre les lits théoriquement dédiés aux 2,5 heures-soins et plus par jour et les lits utilisés par les établissements pour desservir une clientèle nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour.

4- Méthode de calcul :

$$\frac{\text{nombre moyen de lits dressés du programme 31}}{\text{nombre moyen de lits dressés en CHSLD}} \times 100$$

5- Source :

Info-admission.

6- Unités de mesure :

Lits dressés (utilisés).

7- Période(s) de production de l'indicateur :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence :

L'objectif visé pour 2002, soit 60 % des lits à 2,5 heures-soins et plus par jour en CHSLD.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

**INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE (ACCÈS HÉBERGEMENT)
5 D) ÉVOLUTION DES LITS RÉGULIERS DRESSÉS EN CHSLD ET RNI
ÉVOLUTION DES LITS PROVISOIRES DRESSÉS**

Autre appellation :

1- Définition :

Au 31 mars de chaque année, le nombre de lits dressés (utilisés) en CHSLD et ressources non institutionnelles.

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ; unités d'évaluation gériatrique (programme 43) ; soins palliatifs (programme 35) ; hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25, 26, 27, 28).

On calcule séparément les lits de transition (programmes 34, 37, 38, 47, 50, 53, 54) et les lits réguliers (programmes 21, 23, 31, 33, 39, 54, 90, 91, 92).

2- Utilisation(s) / Interprétation(s) :

Indicateur en lien avec l'objectif de maintenir 14 017 lits en CHSLD et de développer 400 places de ressources d'hébergement non institutionnelles. Permet de suivre l'atteinte de l'objectif.

3- Limite(s) / Mise(s) en garde :

4- Méthode de calcul :

Au 31 mars de l'année, le nombre de lits dressés (utilisés).

5- Source :

Info-admission.

6- Unités de mesure :

Lits dressés.

7- Période(s) de production de l'indicateur :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence :

Le nombre de lits dressés au 31 mars 1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

6 : DÉLAI MOYEN D'ACCÈS EN HÉBERGEMENT CHSLD ET RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

1- *Définition :*

Au cours d'une période donnée, le temps écoulé entre la date de la première référence (enregistrement de la demande d'admission au système régional d'admission en soins de longue durée) et la date de l'admission dans un CHSLD ou une ressource d'hébergement non institutionnelle moins les périodes de temps en suspens.

En CHSLD, le délai moyen est calculé pour les premières admissions selon la détermination de services associée et inscrite à Info-admission. Ce calcul inclut les admissions sans détermination d'heures-soins requises.

Cet indicateur ne comprend que les premières demandes d'admission adressées au réseau d'hébergement à long terme. Il peut en résulter une admission transitoire (admission faite dans le but de donner le plus rapidement possible les soins nécessaires à l'usager sans toutefois correspondre au premier choix d'établissement de l'usager) ou permanente.

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); unités d'évaluation gériatrique (programme 43); soins palliatifs (programme 35); hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25, 27, 28); lits provisoires de transition (programmes 34, 37, 38, 50, 53, 54).

2- *Utilisation(s) / Interprétation(s) :*

Le délai de réponse des demandes d'hébergement est un indicateur qui permet d'évaluer l'accès au réseau d'hébergement en fonction des catégories d'heures-soins requises. Permet de suivre l'impact du rehaussement des critères d'admission en CHSLD (augmentation de 44 % à 60 % des lits de 2,5 heures-soins et plus) et de l'augmentation des services à domicile des CLSC sur le délai d'admission dans la région. Doit être interprété en tenant compte : 1) des demandes de financement adressées au MSSS relativement à l'alourdissement des clientèles en CHSLD; 2) du financement alloué aux CLSC pour intensifier les services de maintien à domicile.

3- *Limite(s) / Mise(s) en garde :*

Le délai d'admission est fonction du nombre d'admissions possible sur une année (nombre de places disponibles et attrition de la clientèle).

4- *Méthode de calcul :*

Au cours d'un exercice financier donné, pour les premières demandes d'admission adressées au réseau de l'hébergement :

$$\frac{\text{date d'admission, moins date de la première référence (moins temps en suspens)}}{\text{nombre d'usagers nouvellement admis au cours d'une période donnée}}$$

5- *Source :* Système Info-admission.

6- *Unités de mesure :* Jour de calendrier, - Usagers.

7- *Période(s) de production de l'indicateur :* La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- *Valeur de référence :* Le délai moyen d'accès en 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier 2002

7a) Accès
CRDI

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

7 A : ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : PROGRAMMES DES CRDI

- 1- **Définition** : L'indicateur comprend 2 paramètres.
Tous programmes confondus et toutes catégories d'âges confondus et, pour les enfants de 5 ans et moins :
 - A. le nombre d'usagers différents desservis au 31 mars de l'année;
 - B. le nombre de nouveaux usagers en attente d'un premier service au 31 mars de l'année.

Pour enregistrer un usager (registre ou liste d'attente), il est essentiel que la situation de celui-ci ait fait l'objet d'une analyse afin de déterminer que le service est requis et que l'usager est prêt à recevoir le service (admissibilité).
- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** : Cet indicateur contribue à suivre la capacité du réseau de la déficience intellectuelle à répondre aux nouvelles demandes de services.
- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** : Le suivi de cet indicateur se fait dans le contexte du déploiement d'un système d'information clientèle en août 1998.
- 4- **Méthode de calcul** :
 - A. *Nombre d'usagers différents desservis* au 31 mars de l'année : les usagers sont comptés une seule fois par CRDI.
 - B. *Nombre d'usagers différents en attente d'un premier service* au 31 mars de l'année : les usagers sont comptés une seule fois par CRDI.
- 5- **Sources** : Le système d'information clientèle des CRDI.
- 6- **Unités de mesure** : Usager différent.
- 7- **Période(s) de production** : La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.
- 8- **Valeurs de référence** : Les résultats de 1999-2000

Mise à jour : 11 janvier, 2002

7 b) Accès DI
CLSC

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

7 B : ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SUITE) : PROGRAMME DE SUBVENTION À LA FAMILLE OFFERT PAR LES CLSC

Autre appellation : **L'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes autistes.**

1- **Définition** : Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes autistes, l'indicateur comprend 2 paramètres :

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

Pour enregistrer un usager (registre ou liste d'attente), il est essentiel que la situation de celui-ci ait fait l'objet d'une analyse afin de déterminer que la subvention est requise.

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** : Cet indicateur contribue à suivre la capacité du réseau des CLSC à répondre aux nouvelles demandes de subventions.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :

4- **Méthode de calcul** : Les paramètres observés sont calculés comme suit :

- A. **Nombre d'usagers en attente** = au **31 mars** de l'année, la somme des usagers différents (ayant une déficience intellectuelle incluant les personnes autistes) enregistrés et toujours en attente pour une première subvention.
- B. Le **nombre d'usagers différents** (ayant une déficience intellectuelle incluant les personnes autistes) **qui ont obtenu une première subvention entre le 1^{er} avril et le 31 mars de l'année**.

5- **Sources** :

Relevé auprès des CLSC et rapport des services de première ligne.

6- **Unités de mesure** :

Usager différent. Usagers ayant une déficience intellectuelle et les personnes autistes.

7- **Période(s) de production** :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence** :

Les résultats de 1998-1999

Mise à jour : 11 janvier, 2002

IMPACT SUR LA SANTÉ

8 : TAUX DE RÉADMISSION

9 : TAUX DE LÉTALITÉ

10 : TAUX D'ADMISSION ÉVITABLE

IMPACT SUR LA SANTÉ

8 : TAUX DE RÉADMISSION

Autre appellation : **Taux de réadmissions en CHSGS à l'intérieur d'un délai de 30 jours pour trois conditions médicales.**

1- Définition

Une réadmission fait référence à un nouvel épisode de soins qui fait suite à un congé d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Un épisode de soins tient compte des transferts entre établissements.

Taux de réadmission dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour les conditions médicales suivantes : fracture de la hanche (CIM-9 = 820), infarctus du myocarde (CIM-9 = 410, 411), cancers du côlon et du rectum (CIM-9 = 153, 154.0, 154.1, 197.5, 230.3, 230.4). Cet indicateur porte sur les patients de 18 ans et plus qui résident sur l'île de Montréal et qui sont admis en CHSGS pour la condition médicale à l'étude. Les épisodes de soins index et les réadmissions peuvent s'effectuer dans n'importe quel établissement du Québec.

2- Utilisation(s) / Interprétation

Permet d'identifier le taux de réadmission pour des conditions médicales particulièrement sensibles au processus des soins.

Permet de suivre l'évolution annuelle du taux de réadmission en association avec la réduction de la durée de séjour, laquelle est basée sur l'épisode de soins index.

3- Limite(s) / Mise(s) en garde

Il est important d'éliminer de l'analyse les individus décédés lors de l'épisode de soins index car autrement on retrouverait au dénominateur des individus qui ne sont plus à risque de réadmission, ce qui aurait pour effet de diminuer le taux de réadmission, donnant ainsi une fausse image de la situation.

Il faut aussi éliminer de l'analyse les visites en soins hospitaliers d'un jour et les admissions dans un lit de longue durée en CHSGS que l'on retrouve dans Med-Écho.

Par ailleurs, on ne doit pas considérer les admissions en centre de réadaptation ultérieures à l'admission index comme une réadmission. Toutefois, ces admissions en centre de réadaptation doivent être conservées dans la construction des épisodes de soins.

4- Méthode de calcul

Pour chaque exercice financier à l'étude et chacune des conditions médicales :

$$\frac{\text{Nombre total de patients réadmis dans un délai de 30 jours suivant un congé en CHSGS pour une condition médicale}}{\text{Nombre total de patients admis au moins une fois en CHSGS pour une condition médicale}} \times 100$$

5- Source

Banque de données sur la clientèle hospitalière Med-Écho (J00).

6- Unité de mesure

Réadmissions relatives à une condition médicale pour 100 patients admis.

7- Période de production

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence

La valeur de référence sera celle du taux observé pour les deux exercices financiers de référence combinés : 1993-94 et 1994-95. Seront significatifs les changements qui correspondront non seulement au critère de signification statistique à un niveau α de 1 % mais aussi à des critères de signification clinique spécifiques à chaque indicateur (à déterminer).

Mise à jour : 11 janvier, 2002

IMPACT SUR LA SANTÉ

9 : TAUX DE LÉTALITÉ

Autre appellation : **Taux de létalité à l'intérieur d'un délai de 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour trois groupes de conditions médicales.**

1- Définition

Il s'agit des décès des patients pour les conditions énumérées ci-après rapportés au nombre de patients admis au moins une fois en CHSGS pour la condition médicale à l'étude.

Taux de létalité dans un délai de 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour les conditions médicales suivantes : fracture de la hanche (CIM-9 = 820), infarctus du myocarde (CIM-9 = 410, 411), cancers du côlon et du rectum (CIM-9 = 153, 154.0, 154.1, 197.5, 230.3, 230.4). Ces indicateurs portent sur les patients de 18 ans et plus qui résident sur l'île de Montréal et qui sont admis en CHSGS pour la condition médicale à l'étude. Les épisodes de soins index peuvent s'effectuer dans n'importe quel établissement du Québec.

2- Utilisation(s) / Interprétation

Permet d'identifier le taux de létalité pour des conditions médicales sensibles aux changements apportés au réseau des CHSGS.

Permet de suivre l'évolution annuelle du taux de létalité en association avec la réduction de la durée de séjour.

La date de décès peut provenir de trois sources différentes : le fichier des décès (SP-3), le fichier d'inscription des bénéficiaires de la RAMQ (FIB), le fichier Med-Écho (J00).

3- Limite(s) / Mise(s) en garde

Contrairement aux taux de réadmission, on conserve pour ces indicateurs les individus décédés lors de l'épisode de soins index. En effet, la date de référence pour le calcul du taux de létalité est la date d'admission et non la date de congé du patient.

Il faut aussi éliminer de l'analyse les visites en soins hospitaliers d'un jour et les admissions dans un lit de longue durée en CHSGS que l'on retrouve dans Med-Écho.

4- Méthode de calcul

Pour chaque exercice financier et chacune des conditions médicales :

Taux de létalité :

Nombre total de décès dans un délai de 90 jours suivant la date
d'admission en CHSGS pour une condition médicale x 100

Nombre total de patients admis au moins une fois en CHSGS pour la condition médicale

5- Sources

Banque de données sur la clientèle hospitalière Med-Écho (J00) ;
Statistiques démographiques - décès (SP-3).
Fichier d'inscription des bénéficiaires de la RAMQ (FIB) ;

6- Unité de mesure

Décès relatifs à une condition médicale pour 100 patients admis.

7- Période de production

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence

La valeur de référence sera celle du taux observé pour les deux exercices financiers de référence combinés : 1993-94 et 1994-95. Seront significatifs les changements qui correspondront non seulement au critère de signification statistique à un niveau α de 1 % mais aussi à des critères de signification clinique spécifiques à chaque indicateur (à déterminer).

Mise à jour : 11 janvier, 2002

IMPACT SUR LA SANTÉ

10 : NOMBRE D'ADMISSIONS ET TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES

Autre appellation : Nombre d'admissions et taux d'admissions jugées évitables.

1- Définition

Nombre d'admissions et taux d'admission jugées évitables en CHSGS pour 14 groupes de conditions médicales (diagnostic principal) : appendice rompu (CIM-9 = 540.0), asthme (CIM-9 = 493), cellulite (CIM-9 = 682), insuffisance cardiaque (CIM-9 = 428), diabète (CIM-9 = 250), gangrène (CIM-9 = 785.4), hypokaliémie (CIM-9 = 276.8), maladies évitables par immunisation (influenza, CIM-9 = 041.5 ; hépatite B, CIM-9 = 070.2, 070.3 ; diphtérie, CIM-9 = 032 ; tétanos, CIM-9 = 037 ; infection à pneumocoque = 041.2), hypertension maligne (CIM-9 = 401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0) pneumonie (CIM-9 = 480-486, 487.0), pyélonéphrite (CIM-9 = 590), ulcère perforé ou avec hémorragie (CIM-9 = 531-534 sauf les décimales .3, .7 et .9), hernie abdominale en occlusion (CIM-9 = 552), phlébite (CIM-9 = 451) sans embolie pulmonaire aux diagnostics secondaires (CIM-9 = 415.1).

Ces indicateurs portent sur les patients qui résident sur l'île de Montréal. Le groupe d'âge est différent d'une condition médicale à l'autre.

2- Utilisation(s) / Interprétation

Permet de suivre l'évolution annuelle du taux d'admission en CHSGS évitable. Il s'agit d'un indicateur indirect de l'accessibilité aux consultations médicales de première ligne.

Groupe d'âge de 18 ans et plus, sauf pour l'asthme (5-49 ans), la pneumonie (5-49 ans) et l'appendice rompu (tous âges).

3- Limite(s) / Mise(s) en garde

Cet indicateur ne peut s'appliquer à l'ensemble des usagers québécois qui utilisent les soins hospitaliers de l'île de Montréal car il refléterait alors les problèmes d'accessibilité aux consultations médicales de première ligne des autres régions sociosanitaires.

Il est important de noter que ces conditions médicales correspondent à un diagnostic principal et non à un diagnostic secondaire.

Pour l'ensemble des diagnostics, ce n'est pas le traitement qui est jugé évitable mais l'admission. Dans le cas de l'appendice rompu et de l'ulcère perforé, la complication (rupture et perforation) aurait pu être évitée par un dépistage plus précoce de la pathologie ou une prise en charge plus rapide.

Il faut aussi éliminer de l'analyse les visites en soins hospitaliers d'un jour et les admissions dans un lit de longue durée en CHSGS que l'on retrouve dans Med-Écho.

4- Méthode de calcul

Pour chaque exercice financier à l'étude :

Nombre :

Admissions pour l'un des 14 groupes de conditions médicales parmi les résidents de l'île de Montréal

Taux :

Admissions pour l'un des 14 groupes de conditions médicales parmi les résidents de l'île de Montréal x 10 000

Population moyenne du groupe d'âge de référence résidant sur l'île de Montréal

5- Source

Banque de données sur la clientèle hospitalière Med-Écho (J54) ;
Institut de la statistique du Québec, Estimations de population 1996-2041 (Version janvier 2000).

6- Unité de mesure

Admissions jugées évitables pour 10 000 résidents.

7- Période de production : La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence

La valeur de référence sera celle du taux observé pour les deux exercices financiers de référence combinés : 1993-94 et 1994-95. Seront significatifs les changements qui correspondront non seulement au critère de signification statistique à un niveau α de 1 % mais aussi à des critères de signification clinique spécifiques à chaque indicateur (à déterminer).

Mise à jour : 11 janvier, 2002

POINT DE VUE DES USAGERS

11 : APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

12 : APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SERVICES

13 : APPRÉCIATION DE LA RAPIDITÉ ET DE LA FACILITÉ DES SERVICES

POINT DE VUE DES USAGERS

11 : APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

Autre appellation : **Le pourcentage de plaintes fondées des usagers relativement à la compétence du personnel.**

1- **Définition** : Pour une période donnée, le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à la compétence du personnel des établissements sur l'ensemble des plaintes fondées en établissements.

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :

Constitue un indicateur de l'appréciation des usagers à l'égard de la compétence du personnel.

L'analyse longitudinale de ces statistiques permet d'identifier les tendances relatives à l'appréciation des usagers à l'égard de la compétence du personnel.

Les résultats de cet indicateur pourront être comparés avec la production des données en lien avec les études de satisfaction et leur mise à jour se fait à date fixe, soit le mois de mai des années 1994, 1997, 1998 et 2001 (plus spécifiquement, leur satisfaction totale à l'égard de la compétence du personnel). On peut donc procéder à une analyse longitudinale comparative des résultats sous forme de baromètre.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :

D'une catégorie d'établissements à une autre et d'un type de professionnels à un autre, plusieurs facteurs peuvent contribuer à influencer l'appréciation des usagers (ex. : la durée de l'attente, le temps passé en contact direct avec le personnel, etc.).

La production de la mise à jour annuelle de cet indicateur est en fonction du respect par les établissements du délai fixé par la Régie régionale pour le dépôt des rapports des plaintes par les établissements (le 1^{er} juillet de chaque année).

4- **Méthodes de calcul** :

$$\frac{\text{nombre de plaintes fondées relatives à la compétence du personnel}}{\text{nombre total de plaintes fondées}} \times 100$$

Pour la comparaison avec le taux de satisfaction des études régionales :

$$\frac{\text{nombre d'usagers totalement satisfaits des services - la compétence du personnel}}{\text{nombre total des usagers répondants de l'étude régionale}} \times 100$$

5- **Sources** :

Rapport annuel des établissements.

Rapport annuel des activités des établissements - à venir (*voir reddition des comptes des établissements*).

Rapport des études régionales de satisfaction des usagers montréalais (études populationnelles).

6- **Unités de mesure** :

Plainte fondée de première instance : plainte accompagnée d'une mesure corrective en établissement.

Usagers totalement satisfaits des services - la compétence du personnel.

7- **Période de production** :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence** :

Pourcentage de plaintes fondées relatives à la compétence du personnel dans l'ensemble des établissements du réseau en 1997-1998.

Pourcentage d'usagers totalement satisfaits - compétence du personnel en 1997.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

**12. Accessibilité
continue**

POINT DE VUE DES USAGERS

12 : APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SERVICES

Autre appellation : **Le pourcentage de plaintes fondées des usagers relatives à l'accessibilité et à la continuité des services.**

1- **Définition** : Pour une période donnée, le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à l'accessibilité et à la continuité des services en établissements sur l'ensemble des plaintes fondées en établissements.

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s) :**

Constitue un indicateur de l'appréciation des usagers à l'égard de l'accessibilité et de la continuité des services.

L'analyse longitudinale de ces statistiques permet d'identifier les tendances relatives à l'appréciation des usagers à l'égard d'un aspect important des services.

Les résultats de cet indicateur pourront être comparés avec la production des données en lien avec les études de satisfaction et leur mise à jour se fait à date fixe, soit le mois de mai des années 1994, 1997, 1998 et 2001 (plus spécifiquement, les données pour trois dimensions : les délais dans l'obtention d'un service, les refus de services et la continuité). On peut donc procéder à une analyse longitudinale comparative des résultats sous forme de baromètre.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde :**

La production de la mise à jour annuelle de cet indicateur est en fonction du respect par les établissements du délai fixé par la Régie régionale pour le dépôt des rapports des plaintes par les établissements (le 1^{er} juillet de chaque année);

Il peut être difficile d'interpréter les résultats car différentes explications peuvent s'appliquer à l'accessibilité et à la continuité des divers services en établissements (ex. : les ressources disponibles, le degré d'articulation interétablissements, etc.).

4- **Méthodes de calcul :**

$$\frac{\text{nombre de plaintes fondées - l'accessibilité et la continuité des services}}{\text{nombre total de plaintes fondées}} \times 100$$

Pour la comparaison avec le taux de satisfaction :

$$\frac{\text{nombre d'usagers totalement satisfaits des services - accessibilité et continuité des services}}{\text{nombre total des usagers répondants}} \times 100$$

5- **Sources :**

Rapport annuel des établissements.

Rapport annuel des activités des établissements - à venir (*voir reddition des comptes des établissements*).

Rapport des études régionales de satisfaction des usagers montréalais (études populationnelles).

6- **Unités de mesure :**

Plainte fondée de première instance : plainte accompagnée d'une mesure corrective en établissement.

Usagers totalement satisfaits des services - accessibilité des services.

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence :**

Pourcentage de plaintes fondées relatives à l'accessibilité et la continuité des services des établissements du réseau en 1997-1998.

Pourcentage d'usagers totalement satisfaits - accessibilité et continuité des services en 1997.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

**13. Rapidité
facilité**

POINT DE VUE DES USAGERS

13 : APPRÉCIATION DE LA RAPIDITÉ ET DE LA FACILITÉ DES SERVICES

Autre appellation : **Le pourcentage de plaintes fondées des usagers relativement à la rapidité et la facilité des services.**

1- **Définition :** Pour une période donnée, le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à la rapidité et à la facilité des services en établissements sur l'ensemble des plaintes fondées en établissements.

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s) :**

Constitue un indicateur de l'appréciation des usagers à l'égard de la rapidité et la facilité des services du réseau.

L'analyse longitudinale de ces statistiques permet d'identifier les tendances relatives à l'appréciation des usagers à l'égard de la rapidité et de la facilité des services.

Les résultats de cet indicateur pourront être comparés avec la production des données en lien avec les études de satisfaction et leur mise à jour se fait à date fixe, soit le mois de mai des années 1994, 1997, 1998 et 2001 (plus particulièrement, leur satisfaction totale à l'égard de la rapidité et la facilité des services). On peut donc procéder à une analyse longitudinale comparative des résultats sous forme de baromètre.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde :**

La production de la mise à jour annuelle de cet indicateur est en fonction du respect par les établissements du délai fixé par la Régie régionale pour le dépôt des rapports des plaintes par les établissements (le 1^{er} juillet de chaque année).

Il peut être difficile d'interpréter les résultats car différentes explications peuvent s'appliquer à la rapidité et à la facilité des divers services en établissements (ex. : présence ou absence de mécanismes régionaux d'accès aux services, la vétusté des établissements, etc.).

4- **Méthodes de calcul :**

$$\frac{\text{nombre de plaintes fondées - la rapidité et la facilité des services}}{\text{nombre total de plaintes fondées en établissements}} \times 100$$

Pour la comparaison avec le taux de satisfaction des études régionales :

$$\frac{\text{nombre d'usagers totalement satisfaits - rapidité et facilité des services}}{\text{nombre total des usagers répondants de l'étude régionale}} \times 100$$

5- **Sources :**

Rapport annuel des établissements.

Rapport annuel des activités des établissements - à venir (*voir reddition des comptes des établissements*).

Rapport des études régionales de satisfaction des usagers montréalais (études populationnelles).

6- **Unités de mesure :**

Plainte fondée de première instance : plainte accompagnée d'une mesure corrective en établissement.

Usagers totalement satisfaits - rapidité et facilité des services.

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence :**

Pourcentage de plaintes fondées relatives à la rapidité et la facilité des services de l'ensemble des établissements du réseau en 1997-1998.

Pourcentage d'usagers totalement satisfaits - rapidité et la facilité des services en 1997.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

**LES GRANDS CHANTIERS EN
RESSOURCES HUMAINES**

- # 14 : ÉVOLUTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT
- # 15 : ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES CADRES EN STABILITÉ D'EMPLOI
- # 16 : PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SRMO
- # 17 : ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES
TECHNICIENS EN RADIO-ONCOLOGIE

LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES

14 : ÉVOLUTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

1- **Définition** : L'indicateur comprend 3 paramètres :

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

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :

Pour mesurer l'impact des efforts consentis pour la préparation de la relève, l'indicateur choisi s'appuie sur le « nombre de postes d'encadrement affichés dans la région de Montréal-Centre au 31 mars de chaque année ».

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :

4- **Méthode de calcul** :

A. *Le pourcentage de postes comblés* : au 31 mars de l'année
$$\frac{\text{nombre de postes comblés (nominations)}}{\text{nombre de postes affichés}} \times 100$$

B. *le pourcentage de nominations* : pour une année financière
$$\frac{\text{nbre nominations personnel syndiqué ou syndicable non syndiqué} + \text{personnel externe au réseau}}{\text{nombre total de nominations}} \times 100$$

C. pour une année financière, *le nombre de postes d'encadrement en circulation (affiché) pour le personnel infirmier*

5- **Sources** : Riposte

6- **Unités de mesure** : Le poste.

7- **Période(s) de production** : La mise à jour de l'indicateur est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeur de référence** : 1997-1998 ou 1998-1999

Mise à jour : 11 janvier, 2002

15 : ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES CADRES EN STABILITÉ D'EMPLOI

1- Définition :

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

2- Utilisation(s) / Interprétation(s) :

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

3- Limite(s) / Mise(s) en garde :

1- Méthode de calcul :

$$\frac{\text{nombre de cadres en recherche d'emplois}}{\text{nombre de cadres inscrits en stabilité d'emploi}} \times 100$$

5- Sources :

Base de données : Sisech

6- Unités de mesure :

L'inscription.

7- Période(s) de production :

La mise à jour de l'indicateur est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence :

Novembre 1999.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

16 : PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SRMO

- 1- **Définition** : L'indicateur comprend 3 paramètres qui se définissent comme suit :
 - A. Le nombre de personnes inscrites au Service régional de la main-d'œuvre (SRMO) disponibles (en attente de remplacement ou d'autres mesures de fermeture de dossier) au 31 mars de l'année;
 - B. le taux annuel de résolution des dossiers est le rapport entre le nombre de dossiers fermés sur le nombre total cumulatif de salariés inscrits pendant une année financière;
 - C. le nombre de requêtes de main-d'œuvre (postes vacants) reçues au SRMO au cours de l'année financière.

- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :

Le nombre de personnes inscrites au SRMO disponibles au 31 mars de l'année permet de suivre l'évolution de la main-d'œuvre sécuritaire d'emploi en situation de remplacement. Le nombre de personnes disponibles au SRMO devrait fluctuer à la baisse s'il n'y a pas d'autres compressions budgétaires ou de réorganisations de services importantes.

Le taux annuel de résolution de dossier permet de mesurer l'impact des mesures prises pour replacer ou solutionner des problématiques liées au remplacement des personnes inscrites au SRMO. Ce taux devrait diminuer puisque les personnes salariées sécuritaires d'emploi demeurant inscrites présentent actuellement un niveau élevé de problématique de remplacement.

Le nombre de requêtes de main-d'œuvre (postes vacants) reçues au SRMO permet de mesurer les besoins en main-d'œuvre pour la région. Le nombre de requêtes de main-d'œuvre devrait demeurer relativement stable avec le temps.

- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :

Le taux annuel de résolution de dossiers peut refléter la difficulté de remplacement des salariés inscrits au SRMO.

Le taux annuel de résolution de dossiers variera en fonction du financement disponible, les solutions aux problématiques présentes s'avérant généralement coûteuses.

- 4- **Méthode de calcul** :
 - A. nombre de personnes inscrites (disponibles) au SRMO au 31 mars de l'année;
 - B. le taux annuel de résolution des dossiers :
$$\frac{\text{nombre de dossiers fermés (remplacement ou autres mesures ou fermetures de dossiers)}}{\text{total cumulatif salariés inscrits en début et en cours d'année}}$$
 - C. nombre de requêtes de main-d'œuvre (postes vacants) reçues au SRMO au cours de l'année financière.

- 5- **Sources** : Base de données : OSIOR

- 6- **Unités de mesure** : L'inscription au SRMO. Le dossier résolu (tous types de mesures confondus : ex. : départ, retraite, décès, remplacement). La requête traitée par le SRMO.

- 7- **Période(s) de production** : La mise à jour de l'indicateur est effectuée sur une base annuelle.

- 8- **Valeur de référence** : L'année 1997-1998 constitue l'année de référence du plan d'amélioration des services 1998-2002.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

17. P. Infirmier
T. Radio-Onco.

**# 17 : ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET
DES TECHNICIENS EN RADIO-ONCOLOGIE**

1- Définition :

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

2- Utilisation(s) / Interprétation(s) :

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

3- Limite(s) / Mise(s) en garde :

L'augmentation du nombre d'heures travaillées en temps régulier et supplémentaire pour les infirmières bachelières, s'explique notamment par une augmentation du nombre d'effectifs pour cette catégorie d'emploi.

4- Méthode de calcul :

Les heures travaillées en temps régulier et en temps supplémentaire pour chaque catégorie d'emploi, représentent la somme des heures effectuées par l'ensemble des personnes salariées de ces catégories pour la région de Montréal-Centre.

5- Sources :

Base de données : R22_9899

6- Unités de mesure :

L'heure travaillée.

7- Période(s) de production :

La mise à jour de l'indicateur est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence :

L'année 1997-1998 constitue l'année de référence du plan d'amélioration des services 1998-2002.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

**MODERNISATION DES SERVICES ET
ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE**

18 : HEURES TRAVAILLÉES PAR CATÉGORIES DE SERVICES

19 : ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS ET RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES

20 : NIVEAU DE SURPLUS OU DÉFICIT

21 : NIVEAU D'EMPRUNT

18. Heures
travaillées

MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE

18 : HEURES TRAVAILLÉES DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SERVICES

Autre appellation : **L'évolution du pourcentage des heures travaillées et des coûts directs nets par catégories de services.**

1- **Définition :** Total des heures travaillées aux activités principales pour les services directs, administratifs, de soutien et les autres services par rapport au total respectif de 1997-1998 (année de base) pour les établissements publics et privés conventionnés. Les services directs ciblés sont l'ensemble des activités cliniques ou de support clinique impliquant pour la plupart un contact direct avec les usagers (ex. : urgence, soins à domicile, ergothérapie, laboratoires). Les services de soutien ciblés sont principalement l'alimentation, la buanderie, l'entretien ménager, l'entretien et le fonctionnement des installations. Au plan administratif, il s'agit de l'administration des soins, la gestion des programmes, l'administration générale, etc. Enfin, les services autres incluent la santé publique, l'enseignement et le personnel bénéficiant de la sécurité ou stabilité d'emploi.

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s) :**

Permet de suivre la transposition en unités de mesure standardisées l'atteinte des objectifs de réduction pour les services de soutien et administratifs.

Permet d'identifier des situations problématiques d'établissements ou groupes d'établissements.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde :**

L'ajout, le retrait, la fusion ou la modification de centres d'activités, générés à l'occasion par le ministère, peuvent rendre difficiles les comparaisons sur plusieurs années.

Le pourcentage d'heures travaillées d'une catégorie de services par rapport à une autre ne reflète pas nécessairement leur pourcentage de dépenses respectives. Les taux de rémunération de la main-d'œuvre varient d'une catégorie à l'autre et certaines dépenses ne coïncident pas avec des heures travaillées.

Les données semestrielles (rapport RR-444) ne sont pas fournies à temps par tous les établissements.

4- **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Total des heures travaillées de l'année en cours dans une catégorie de services}}{\text{Total des heures travaillées en 1996-1997 dans cette même catégorie de services}} \times 100$$

5- **Source :**

Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.).

6- **Unités de mesure :**

Heures travaillées.

Centres d'activités.

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeur de référence :**

Les heures travaillées par catégorie de services en 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE

19 : ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS BUDGÉTAIRES RÉCURRENTS

Autre appellation :

1. **Définition** : Les développements récurrents cumulatifs des établissements et organismes subventionnés en fonction des prévisions de développements récurrents inscrites au Plan 1998-2002.
2. **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :
Permet de suivre le volet financier des mesures de consolidation de services.

Permet d'apporter un éclairage sur le degré de mise en place des mesures du Plan qui nécessitent l'ajout de ressources financières, ainsi que sur la progression d'autres indicateurs du Tableau de bord central.

Cet indicateur est calculé de façon cumulative.
3. **Limite(s) / Mise(s) en garde** :
La réalisation effective des développements budgétaires récurrents prévus au départ est en grande partie soumise à des facteurs hors du contrôle de la Régie régionale (ex. : impératifs financiers gouvernementaux, décisions ministérielles, contribution des partenaires intersectoriels).

Les efforts d'efficience demandés à certaines catégories d'établissements ne sont pas reflétés par cet indicateur, mais plutôt par celui portant sur la modernisation des services.

Pour les établissements multivocationnels, les informations sont regroupées selon la mission principale (ex. : CH-CHSLD, CHSLD-CLSC).
4. **Méthode de calcul** :

Total cumulatif des développements récurrents reçus du MSSS.
5. **Sources** :
Données internes à la régie Régionale.
Plan régional 1998-2002 approuvé par le conseil d'administration et le Ministère.
6. **Unités de mesure** :
Développements récurrents significatifs.
7. **Périodes de production** :
La mise à jour est effectuée annuellement.
8. **Valeur de référence** :
Valeur de 100 % obtenue dans le cadre du Plan de transformation 1995-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

20.

Surplus
Déficit

20 : NIVEAU DE SURPLUS OU DÉFICIT

Autre appellation : **Pourcentage des surplus ou déficits des établissements publics et privés conventionnés.**

1- **Définition** : Pourcentage des surplus ou déficits des activités principales par rapport aux revenus réels des activités principales des établissements publics et privés conventionnés.

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** :

Permet d'identifier des situations problématiques d'établissements ou groupes d'établissements.

Permet, en suivant son évolution chronologique, d'estimer au moins partiellement un impact possible du Plan de consolidation des services.

Un indicateur complémentaire à la situation des autorisations d'emprunt.

3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :

Des surplus ou déficits peuvent être encourus pour diverses raisons dont certaines n'ont pas de liens avec le Plan de consolidation des services.

La situation de surplus ou déficit ponctuel ne peut s'interpréter sans considérer les surplus ou déficits accumulés.

Pour les établissements multivocationnels, les informations sont regroupées selon la mission principale (ex. : CH-CHSLD, CHSLD-CLSC).

Les données utilisées sont celles fournies par les établissements avant l'analyse financière par la Régie régionale.

4- **Méthode de calcul** :

$$\frac{\text{total des surplus ou déficits des activités principales}}{\text{total des revenus aux activités principales}} \times 100$$

5- **Source** :

Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.).

6- **Unités de mesure** :

Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales.

Total des revenus réels aux activités principales.

7- **Période(s) de production** :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeur de référence** :

Année de référence : 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002

21 : NIVEAU D'EMPRUNT

Autre appellation : **Pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt.**

1- Définition : Pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt en vigueur par rapport à l'ensemble des budgets d'exploitation des établissements publics.

2- Utilisation(s) / Interprétation(s) :

Permet, si l'on isole les autorisations d'emprunt liées à la consolidation des services, d'évaluer son impact à ce chapitre.

Permet d'identifier des situations problématiques d'établissements ou groupes d'établissements.

Indicateur complémentaire à la situation des surplus et déficits.

3- Limite(s) / Mise(s) en garde :

Des autorisations d'emprunt se rapportant au fonds d'exploitation sont accordées pour diverses fins dont certaines n'ont pas de liens avec la consolidation des services.

Des autorisations d'emprunt pourront être utilisées comme moyen de financement temporaire de mesures de réallocation.

Un indicateur non pertinent ou applicable aux établissements privés conventionnés.

Exclut les autorisations d'emprunt en lien avec le fonds d'immobilisation.

Pour les établissements multivocationnels, les informations sont regroupées selon la mission principale (ex. : CH-CHSLD, CHSLD-CLSC).

Sont exclus en 1997-1998 les emprunts pris en charge par la C.H.Q.(coûts de transition assumés par le Ministère).

4- Méthode de calcul :

$$\frac{\text{total des autorisations d'emprunt en vigueur se rapportant aux fonds d'exploitation}}{\text{total des budgets bruts d'exploitation des établissements publics}} \times 100$$

5- Source :

Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.).

États détaillés des autorisations d'emprunt en vigueur produits par les régies régionales.

6- Unités de mesure :

Montant des autorisations en vigueur
Total des budgets d'exploitation approuvés.

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence :

Année de référence : 1997-1998.

Mise à jour : 11 janvier, 2002