



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

DE MONTRÉAL-CENTRE

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

LES FICHES TECHNIQUES DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD CENTRAL



Le défi de l'accès

**PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002**

FÉVRIER 1999

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

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

LES FICHES TECHNIQUES DU TABLEAU DE BORD CENTRAL . . .

Ce document regroupe toutes 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, les soins et services dans la communauté, l'impact sur la santé, le maintien et l'amélioration de la compétence des ressources humaines, la modernisation des services et l'équilibre de la situation financière et le point de vue des usagers.

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.

Vers la fin de l'année 1998, c'est-à-dire après la première production des indicateurs pour l'année 1997-1998, cet ensemble de fiches techniques sera complété par un *Cahier des procédures pour la production du Tableau de bord central 1998-2002* qui consignera 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 était chargé de mener à bien les travaux du *comité sur les indicateurs du Plan 1998-2002*, lequel comité était composé des personnes suivantes :

- de la Direction des immobilisations et finances,
Luc Bordeleau,
- de la Direction de la programmation et coordination,
Daniel Fecteau et Carole Lécuyer
- de la Direction des relations avec la communauté,
Ronald McNeil
- de la Direction des ressources humaines,
Suzanne Turmel
- de la Direction de la santé publique,
Robert Choinière et Pierre Tousignant.

L'excellence de la collaboration des membres de cette équipe a permis de compléter tout le processus en seulement quelques mois.

LISTE DES COLLABORATEURS

SECTEURS DANS LA COMMUNAUTÉ	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC	Danielle Strols, Andrée Carrière, Michel Roberge	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUEL
CLINIQUE : PSYCHIATRIE ADULTE	Michel Roberge	Joanna Lapierre, Marie-Andrée Picard	SBFR et rapport annuel des établissements	ANNUEL
PAR LES CENTRES JEUNESSE ET LES CLSC RÉVISER	Hélène Henry	À déterminer	À déterminer	À DÉTERMINER
CLINIQUE SUR LA SANTÉ				
	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier	Med-Écho	ANNUEL
	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier	Med-Écho	ANNUEL
	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier	Med-Écho	ANNUEL
ON COMPÉTENCE RESS. HUMAINES				
IONNEMENT ET À LA FORMATION CONTINUE	Suzanne Allaire	À déterminer	Relevé auprès des établissements	ANNUEL
ION DES SERVICES ET SITUATION FINANCIÈRE				
S HEURES TRAVAILLÉES ET DES COÛTS DIRECTS	Luc Bordenave	Francine Huot	SBFR	PÉRIODE 8-13
ET RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES	Luc Bordenave	Francine Huot	SBFR	ANNUEL
	Luc Bordenave	Francine Huot	SBFR	ANNUEL
	Luc Bordenave	Francine Huot	SBFR	BI-ANNUEL
LE VUE DES USAGERS				
DU PERSONNEL	Ronald McNeal	À déterminer	Rapport annuel	ANNUEL
ET CONTINUITÉ DES SERVICES	Ronald McNeal	À déterminer	Rapport annuel	ANNUEL
ACILITÉ DES SERVICES	Ronald McNeal	À déterminer	Rapport annuel	ANNUEL

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

- # 1-A : L'ATTENTE AUX CHIRURGIES CARDIAQUES (ADULTES)
- # 1-B : L'ATTENTE AUX SERVICES EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE (ADULTES)
- # 1-C : L'ATTENTE AUX CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE
- # 1-D : L'ATTENTE AUX CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE
- # 2 : LES USAGERS PRÊTS À RECEVOIR LEURS TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE MAIS TOUJOURS EN ATTENTE À UNE DATE DONNÉE
- # 3 : L'ACCÈS AUX SERVICES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (RFI)
- # 4 : L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
- # 5 : DÉLAI MOYEN D'ACCÈS : PREMIÈRE ADMISSION EN HÉBERGEMENT
- # 6 : TAUX DE RÉPONSE : PREMIÈRE ADMISSION AU RÉSEAU D'HÉBERGEMENT (CHSLD)
- # 7 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR
- # 8 : SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE
- # 9 : VISITES AMBULATOIRES AUX SALLES D'URGENCE DES CHSGS

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

Autre appellation : **L'attente aux interventions chirurgicales en cardiologie pour les 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 d'un 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 d'un mois** correspond au rapport entre le nombre d'usagers différents qui attendent depuis plus d'un mois pour une chirurgie (numérateur) et le total des usagers différents en attente à la date déterminée (dénominateur). Les types d'interventions ciblées sont les pontages et les remplacements valvulaires.

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.

Les résultats pourraient éventuellement être ventilés selon les interventions chirurgicales ciblées (lorsque l'information sera disponible). L'interprétation pourra éventuellement intégrer le degré de priorité. En effet, depuis 2 ans déjà les établissements se sont entendus sur des définitions quant à la priorisation des cas en attente pour une chirurgie. Par ailleurs, ces informations pourront être compilées et analysées lors de l'informatisation des données transmises par les CH. Cette informatisation est prévue pour décembre 1998. Elle devrait permettre de suivre si tous les cas « très urgents » sont traités dans les 24 heures et tous les cas « urgents » sont traités dans les 24 à 72 heures.

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 d'un mois** =

$$\frac{\text{somme des usagers en attente depuis plus d'un mois}}{\text{total des usagers en attente à la date du relevé}} \times 100$$

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 semestrielle.

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.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS FAISANT L'OBJET
D'UN SUIVI DE L'ACCÈS AUX CHIRURGIES CARDIAQUES

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Institut de Cardiologie

Mise à jour : 11 janvier 1999

1-B : L'ATTENTE AUX SERVICES EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE (ADULTES)

Autre appellation : **L'attente aux interventions en cardiologie tertiaire pour adultes.**

1- Définition : Cet indicateur comprend 2 paramètres : A) *le nombre total d'usagers en attente pour la pose d'un tuteur ou le remplacement d'un défibrillateur*; 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 une intervention en cardiologie tertiaire 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 intervention (numérateur) et le total des usagers différents en attente à une date déterminée (dénominateur). Les types d'interventions ciblées sont les tuteurs et le remplacement des défibrillateurs.

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 de 3 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.

Les résultats sont ventilés selon les interventions ciblées.

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

Les diverses méthodes de compilation des listes d'attente par les établissements peuvent rendre difficiles l'évaluation et l'interprétation de l'ampleur des demandes non satisfaites ainsi que les variations interétablissements.

Lorsqu'on parle « d'attente de plus de 3 mois » certains CH peuvent inclure les usagers qui attendent depuis 3 mois, 4 mois, 5 mois etc., alors que d'autres CH peuvent inclure que les usagers qui attendent depuis 4 mois, 5 mois, etc.

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 intervention en cardiologie tertiaire.

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 périodique de la Régie régionale auprès des établissements. Les périodes ciblées sont à définir pour s'arrimer avec les besoins du MSSS.

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 semestrielle.

8- Valeurs de référence :

Objectifs : éliminer la liste d'attente et s'assurer par la suite qu'un patient ait l'intervention requise dans un délai maximal de trois mois.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS FAISANT L'OBJET
D'UN SUIVI DE L'ACCÈS AUX CHIRURGIES CARDIAQUES

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Institut de Cardiologie

Mise à jour : 11 janvier 1999

1-C : L'ATTENTE AUX CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE

Autre appellation : **L'attente aux interventions chirurgicales en orthopédie.**

1- Définition : cet indicateur comprend 2 paramètres : A) *le nombre total d'utilisateurs en attente*; B) *le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus*.

A. *Le nombre total d'utilisateurs en attente* 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 (voir liste au verso) 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). Les interventions chirurgicales ciblées sont l'implantation de prothèses totales de la hanche ou du genou.

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 plus de 6 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 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* =
$$\frac{\text{somme des utilisateurs en attente de 6 mois et plus}}{\text{somme des utilisateurs en attente pour une intervention chirurgicale à la date du relevé}} \times 100$$

5- Source :

Relevé de la Régie régionale auprès des établissements pour des périodes à déterminer.

6- Unités de mesure :

Mois. Utilisateur.

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 semestrielle.

8- Valeurs de référence :

Objectif : réduire le temps d'attente pour les chirurgies de prothèse totale de la hanche ou du genou.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS FAISANT L'OBJET
D'UN SUIVI DE L'ATTENTE POUR DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

CHIRURGIE EN ORTHOPÉDIE:

Centre hospitalier Angrignon :

- Pavillon Lasalle
- Pavillon Verdun

Centre hospitalier Fleury

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Centre hospitalier de St. Mary

Centre hospitalier de Lachine

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général du Lakeshore

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Hôpital Jean-Talon

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital Santa Cabrini

Mise à jour : 11 janvier 1999

1-D : L'ATTENTE AUX CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

Autre appellation : L'attente aux interventions chirurgicales en ophtalmologie.

1- **Définition** : Cet indicateur comprend 2 paramètres : A) le nombre total d'usagers en attente; B) le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus.

A. **Le nombre total d'usagers en attente** 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 (voir liste au verso) 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). Les interventions chirurgicales ciblées sont la chirurgie de la cataracte.

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 de 6 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 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 à déterminer.

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 semestrielle.

8- **Valeurs de référence** :

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

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS FAISANT L'OBJET
D'UN SUIVI DE L'ATTENTE POUR DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

CHIRURGIE EN OPHTALMOLOGIE :

Centre hospitalier Angrignon :

- Pavillon Lasalle
- Pavillon Verdun

Centre hospitalier Fleury

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Centre hospitalier de St. Mary

Centre hospitalier de Lachine

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général du Lakeshore

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Hôpital Jean-Talon

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital Santa Cabrini

Mise à jour : 12 janvier 1999

**# 2 : LES USAGERS PRÊTS À RECEVOIR LEURS TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE
MAIS TOUJOURS EN ATTENTE À UNE DATE DONNÉE**

Autre appellation : **Les usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie suite à une chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie mais toujours en attente à une date donnée**

1- Définition : L'indicateur comprend 2 paramètres : A) *le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie suite à une chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie et qui sont en liste d'attente*; B) *parmi les personnes prêtes à recevoir leurs traitements, le nombre de personnes en attente de plus de 4 semaines suite à un cancer du sein ou du col utérin et de plus de 2 semaines pour un lymphome.*

A. *Le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements suite à une chirurgie, chimiothérapie, hormonothérapie* équivaut à la somme des personnes dont une demande de traitement a été formulée par un radio-oncologue mais qui sont toujours en attente à une date déterminée (date du relevé). Les conditions médicales (sites du cancer) ciblées sont : cancer du sein, col utérin et lymphome.

B. *Parmi les personnes prêtes à recevoir leurs traitements, le nombre de personnes en attente de plus de 4 semaines suite à un cancer du sein ou du col utérin et de plus de 2 semaines suite à un lymphome* correspondent à la somme des personnes qui attendent depuis plus de 4 semaines ou plus de 2 semaines suite à une demande de traitement formulée par un radio-oncologue.

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

L'évolution du nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements mais toujours en attente à une date donnée nous donne un ordre de grandeur de la demande non satisfaite pour des traitements en radio-oncologie. Le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements et qui attendent depuis plus de 4 semaines (cancer du sein ou du col utérin) ou depuis plus de 2 semaines (lymphome) permet de suivre le délai d'attente en rapport avec les objectifs visés. Cette information devrait 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 :

L'interprétation des résultats doit se faire en fonction des conditions médicales ciblées (sites du cancer) et non globalement pour tous les traitements en radio-oncologie (tous les sites du cancer).

Des travaux seront menés par des cliniciens au niveau national pour déterminer des standards ou délais raisonnables d'accès aux services pour les différentes conditions médicales. Ces travaux procureront des outils pour l'interprétation des résultats.

4- Méthode de calcul : À l'intérieur d'une période financière :

A. *le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie suite à une chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie et qui sont en liste d'attente* =

à la date du relevé, somme des personnes différentes pour lesquelles une demande de traitement a été formulée par un radio-oncologue et qui sont toujours en attente pour un traitement en radio-oncologie.

B. *Parmi les usagers prêts à recevoir leurs traitements, le nombre d'usagers en attente de plus de 4 semaines (sein, col utérin) ou de plus de 2 semaines (lymphome)* =

à la date du relevé, somme des personnes enregistrées et toujours en attente depuis plus de 4 semaines (sein ou col utérin) et depuis plus de 2 semaines (lymphome).

5- Source :

Relevé périodique de la Régie régionale auprès des établissements.

6- Unités de mesure :

Semaine. 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 semestrielle (évolution périodique des résultats).

8- Valeurs de référence :

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

**LISTE DES CENTRES HOSPITALIERS FAISANT L'OBJET
D'UN SUIVI DE L'ACCÈS
POUR LES TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE**

CHUM :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Mise à jour : 3 février 1999

#3 : L'ACCÈS AUX SERVICES DE R.F.I.¹

Autre appellation : **Évolution du volume d'usagers en attente d'admission prêts à être transférés des CHSGS vers les établissements de réadaptation**

1- Définition : le nombre d'usagers prêts à être transférés d'un CHSGS vers un établissement de réadaptation en attente d'admission équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et prêtes à être transférées d'un CHSGS mais en attente pour une admission à une date déterminée (date du relevé). La mesure de cet indicateur s'adresse à la clientèle adulte ayant une déficience motrice suite à un problème neurologique, orthopédique ou suite à une amputation. Cette mesure exclut les requêtes pour des transferts interétablissements de réadaptation ou interprogrammes de réadaptation.

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

En lien avec un objectif prioritaire pour le réseau hospitalier à l'effet de réduire la durée de séjour en courte durée physique, le nombre d'usagers différents prêts à être transférés d'un CHSGS vers un établissement de réadaptation en attente d'une admission à une date déterminée est un indice de l'accessibilité aux services. Cet indicateur est ventilé selon les programmes de réadaptation adoptés régionalement à savoir : neurologie, orthopédie et personnes amputées.

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

La mesure de cet indicateur implique l'utilisation d'un relevé ad hoc auprès des établissements car elle n'est pas comprise dans un système d'information clientèle en déficience motrice, ce qui nécessite la mise en place d'une procédure uniforme de cueillette et de validation des données. Cet indicateur nous donne un ordre de grandeur de la pression exercée sur les services à un moment déterminé. Toutefois, il importe alors de distinguer les usagers différents prêts à être transférés mais toujours en attente afin d'éviter de calculer les doubles demandes.

4- Méthode de calcul :

À la date du relevé (début de chaque période financière), somme des personnes différentes prêtes à être transférées mais en attente pour une admission

5- Sources :

Relevé de la Régie régionale auprès des établissements (début de chaque période financière).

6- Unités de mesure :

Usager différent. Source de référence (CH-soins aigus).

7- Période(s) de production :

La mise à jour du Tableau de bord central est effectuée sur une base semestrielle.

8. Valeur de référence :

À déterminer, selon les conditions médicales ciblées.

¹ Le délai d'accès pour une admission en établissement de réadaptation pourra être produit lorsque le formulaire de référence interétablissements sera consolidé.

**LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE MONTRÉAL-CENTRE
FAISANT L'OBJET D'UN SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE R.F.I.**

Centre hospitalier Catherine Booth
Centre hospitalier J. Henri-Charbonneau
Centre hospitalier Jacques-Viger
Centre hospitalier Richardson
CHSLD Champlain-Manoir de Verdun
Hôpital Notre-Dame de la Merci
Hôpital de réadaptation Lindsay
Hôpital Marie Clarac
Institut de réadaptation de Montréal
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Villa Médica

Mise à jour : lundi, 8 février 1999

4 : ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

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

- 1- **Définition** : L'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle comprend 3 paramètres : A) *le délai d'accès*; B) *le nombre d'usagers différents en attente*; C) *le nombre de personnes-services en attente*.
 - A. *Le délai d'accès* correspond à la période écoulée entre la date d'enregistrement (registre, liste d'attente) de l'utilisateur à un service (ex. : atelier de travail) d'un CRPDI (voir liste au verso) et la date où s'amorce les premières interventions dans le cadre de ce service.
 - B. *Le nombre d'usagers différents en attente* équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour un service d'un CRPDI à la fin d'un semestre (dates à déterminer).
 - C. *Le nombre de personnes-services en attente dans un programme* correspond à la somme des individus en attente pour chacun des services compris à l'intérieur d'un même programme, peu importe qu'ils soient en attente dans plus d'un service. 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'utilisateur est prêt à recevoir le service (admissibilité). L'accès est mesuré pour chacun des services spécifiques compris dans les trois programmes de services à la clientèle ayant une déficience intellectuelle, c'est-à-dire le programme résidentiel, le programme socioprofessionnel et le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté (incluant les subventions en CLSC pour le soutien à la famille).
- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** : Cet indicateur contribue à suivre la capacité du réseau de la déficience intellectuelle à répondre aux demandes de services. Plus spécifiquement, le délai moyen d'accès est un indice de la rapidité de réponse des établissements, alors que le nombre d'usagers différents en attente d'un service est un indice de la pression de la demande. Il est aussi possible de suivre l'ampleur des besoins car un usager peut avoir plus d'un besoin de service (notion de personne-service).

Permet de déterminer de façon spécifique pour quel(s) service(s) et dans quel(s) programme(s) on retrouve les délais les plus courts et les plus longs.
- 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. La variation des délais d'accès et du nombre de personnes en attente doit être interprétée dans le contexte des ressources disponibles et des modalités et mécanismes en place dans chacun des établissements.
- 4- **Méthode de calcul** :
 - A) *Délai moyen d'accès* :
 1. au cours d'un semestre, pour chaque usager et selon le service requis;
(date prestation du premier service) – (date d'enregistrement d'un usager) = jours calendrier/usager
 2.
$$\frac{\text{somme des jours calendrier de tous les usagers}}{\text{nombre d'usagers ayant reçu un premier service au cours du semestre}}$$
 - B) *Nombre d'usagers en attente* = à une période donnée, la somme des usagers différents enregistrés et toujours en attente pour un service (incluant le soutien à la famille des CLSC).
 - C) *Nombre de personnes-services en attente* = dans un programme correspond à la somme des individus en attente pour chacun des services compris à l'intérieur d'un même programme, peu importe qu'ils soient en attente dans plus d'un service.
- 5- **Sources** :
Le système d'information clientèle des CRPDI. Un formulaire de relevé pour les CLSC.
- 6- **Unités de mesure** :
Jour calendrier. Usager différent. Type de service et catégorie de programme.
- 7- **Période(s) de production** :
La mise à jour est effectuée sur une base semestrielle.
- 8- **Valeurs de référence** :
Délai d'accès : à déterminer selon les services;
Personnes-services en attente : donner accès aux services aux 2076 personnes-services en attente d'ici 2002.

**LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE MONTRÉAL-CENTRE
FAISANT L'OBJET D'UN SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

- *Centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (CRPDI)*

Centre de réadaptation Gabrielle Major

Services de réadaptation l'Intégrale

Centre de réadaptation Lisette Dupras

Centre de réadaptation de l'Ouest de l'Île de Montréal

Centre Miriam

- Les 29 CLSC

Mise à jour : 12 janvier 1999

5 : DÉLAI MOYEN D'ACCÈS : PREMIÈRE ADMISSION EN HÉBERGEMENT

Autre appellation : **Le délai moyen pour la première admission d'un usager en CHSLD selon les heures-soins requises.**

1- **Définition** : Au cours d'une période donnée, le temps écoulé entre la date de la dernière requête (enregistrement de la demande d'admission au système régional d'admission en soins de longue durée) qui précède l'admission et la date de l'admission dans un CHSLD de Montréal-Centre moins les périodes de temps en suspens. Le délai moyen est calculé pour les premières admissions en CHSLD en fonction de la catégorie d'heures-soins requises (voir description au verso) selon la détermination de services associée et inscrite à Info-Admission. Ce calcul exclut les admissions sans détermination d'heures-soins requises.

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

Constitue un indicateur du délai de réponse du réseau d'hébergement en fonction des catégories d'heures-soins requises et du nombre de demandes.

Permet de suivre l'impact du rehaussement des critères d'admission en CHSLD (augmentation du nombre d'heures-soins requis) et de l'augmentation des services à domicile des CLSC sur le délai d'admission dans la région.

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

La mesure du délai d'admission ne tient pas compte du lieu de séjour de la personne en attente (ex. : domicile vs CHSGS).

Le délai d'admission est fonction du nombre d'admissions possibles sur une année (attrition de la clientèle et nombre de places disponibles). Il tient compte des heures-soins requises des demandes d'admission et des fluctuations quant au nombre de places disponibles.

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

4- **Méthode de calcul** : Pour les premières demandes d'admission au réseau de l'hébergement :
date d'admission, moins date de la requête qui précède l'admission/usager (moins temps en suspens)
nombre d'usagers nouvellement admis à l'intérieur d'une période donnée

La méthode est appliquée selon la catégorie d'heures-soins requises.

5- **Source :**

Système Info-Admission.

6- **Unités de mesure :**

Jour de calendrier (exprimé avec une décimale).

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base semestrielle.

8- **Valeur de référence :**

Le délai moyen d'admission par catégorie d'heures-soins requises en 1997-1998.

CATÉGORIES D'HEURES-SOINS REQUISES

EN CHSLD

- * moins de 1,5 heures-soins par jour,
- * de 1,5 à 2,5 heures-soins par jour,
- * 2,5 heures-soins et plus par jour.

Mise à jour : 12 janvier 1999

6 : TAUX DE RÉPONSE : PREMIÈRE ADMISSION AU RÉSEAU D'HÉBERGEMENT (CHSLD)

Autre appellation : **Le taux de réponse aux premières demandes d'hébergement en CHSLD selon les heures-soins requises.**

1- Définition : À l'intérieur d'une période donnée, le pourcentage d'admissions de personnes requérant pour la première fois un hébergement en CHSLD sur l'ensemble des nouvelles demandes acceptées dans les CHSLD de la région de Montréal-Centre. Le taux de réponse aux demandes d'hébergement est calculé en fonction de la catégorie d'heures-soins requises (voir liste au verso) et selon la détermination de services inscrite à Info-Admission. Ce calcul exclut les personnes admises sans détermination d'heures-soins requises.

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.

Le taux de réponse doit être interprété en fonction du taux d'occupation des établissements.

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

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

Cet indicateur ne comprend que les premières demandes d'admissions adressées au réseau des CHSLD. 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 choix de l'usager inscrit dans la dernière orientation précédant l'admission) ou permanente. Mais, l'hébergement temporaire est exclu ainsi que les admissions en pavillons, ressources intermédiaires et résidences d'accueil.

Ce taux de réponse est fonction de l'attrition de la clientèle et du nombre de places disponibles pouvant répondre aux besoins de la clientèle.

Le numérateur et le dénominateur ne recoupent 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 :

à l'intérieur d'une période donnée,

$$\frac{\text{nombre d'admissions effectives en CHSLD}}{\text{nombre d'orientations en CHSLD}} \times 100$$

Cette méthode de calcul s'applique selon la catégorie d'heures-soins requises

5- Source :

Système Info-Admission.

6- Unités de mesure :

Admission d'un usager de la région de Montréal-Centre dans un CHSLD.

La catégorie d'heures-soins requises.

Orientation en CHSLD dans la région de Montréal-Centre.

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base semestrielle.

8- Valeur de référence :

Le taux de réponse selon les heures-soins requises en 1997-1998.

CATÉGORIES D'HEURES-SOINS REQUISES

EN CHSLD

- * moins de 1,5 heures-soins par jour,
- * de 1,5 à 2,5 heures-soins par jour,
- * 2,5 heures-soins et plus par jour.

Mise à jour : 4 février 1999

7 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

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

1- **Définition** : Pour une année financière, le nombre moyen de jours d'hospitalisation des usagers en courte durée physique et en courte durée psychiatrique dans les CHSGS (voir liste des CHSGS visés par cette mesure au verso).

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** :

La DMS en psychiatrie exclut les lits de courte durée des CHSP Douglas et Louis-H. Lafontaine car ceux-ci ne participent pas au fichier Med-Écho.

Cet indicateur ne comprend pas les hôpitaux pédiatriques, de réadaptation et l'Institut neurologique de Montréal.

4- **Méthode de calcul** :

Durant l'année financière, tous les usagers de l'ensemble des CHSGS qui ont quitté un lit de soins de courte durée physique et un lit de soins de courte durée en psychiatrie (excluant les nouveau-nés et les soins de longue durée dans les lits de courte durée).

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

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 ≤ 25 jours.

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

LISTE DES CHSGS

COMPRIS DANS LA MESURE DE SUIVI

DE LA DURÉE DE SÉJOUR POUR LES ANNÉES 1998-2002

Centre hospitalier Angrignon :

- Hôpital de Lasalle (urgence pour personnes ambulantes seulement - pas d'ambulance)
- Hôpital de Verdun

Centre hospitalier de Lachine

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre hospitalier Fleury

Centre hospitalier St-Mary

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Hôpital général du Lakeshore

Hôpital Jean-Talon

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital Santa Cabrini

Institut de Cardiologie de Montréal

Hôpital de Montréal pour enfants

Hôpital Shriners pour enfants

Hôpital Ste-Justine

Mise à jour : 24 septembre 1998

8 : SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE

Autre appellation : **Le taux d'usagers avec un séjour excessif sur civière à l'urgence.**

1- Définition : Pour une période donnée, le taux 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 pour la psychiatrie (voir la liste des CH visés par cette mesure au verso).

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 de la salle d'urgence (MSSS).

6- Unités de mesure :

Usager sur civière.

Catégorie de diagnostics.

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base semestrielle.

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 %.

**LISTE DES CH VISÉS PAR LA MESURE DU SUIVI
DES SÉJOURS EXCESSIFS EN SALLE D'URGENCE
POUR LES ANNÉES 1998-2002**

CHSGS

Centre hospitalier Angrignon :

- Hôpital de Lasalle (urgence pour personnes ambulantes seulement - pas d'ambulance)
- Hôpital de Verdun

Centre hospitalier de Lachine

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre hospitalier Fleury

Centre hospitalier St-Mary

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Hôpital général du Lakeshore

Hôpital Jean-Talon

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital Santa Cabrini

Institut de Cardiologie de Montréal

CHSP

Hôpital Douglas

Hôpital Louis-H. Lafontaine

INDICATEUR À MODIFIER

9 : VISITES AMBULATOIRES AUX SALLES D'URGENCE DES CHSGS

Autre appellation : **Évolution des visites ambulatoires quotidiennes aux salles d'urgence des CHSGS entre 8 et 22 heures.**

1- Définition : Pour une période donnée, le nombre de visites ambulatoires (toutes les catégories de diagnostics) aux salles d'urgence des CHSGS (voir liste au verso) selon que l'utilisateur soit arrivé entre 8 h et 21 h 59, et ce, pour chaque jour de la semaine. Une visite est considérée comme ambulatoire lorsque l'arrivée de l'utilisateur s'est faite sans l'utilisation de l'ambulance. De plus, deux domaines de diagnostics sont utilisés à titre de numérateurs : 1) les soins physiques et 2) les soins psychiatriques.

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

Cet indicateur permet d'identifier l'achalandage aux salles d'urgence occasionné par les visites ambulatoires pendant la période horaire (8-22 h) où les services médicaux de première ligne doivent être disponibles.

L'évolution du nombre de visites ambulatoires sur une base semestrielle permet de suivre l'impact potentiel d'un facteur de l'organisation des soins et services de santé, c'est-à-dire l'accroissement de l'accessibilité des services médicaux de première ligne.

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

Cet indicateur comprend toutes les visites ambulatoires, qu'elles soient évitables ou non.

Il n'existe pas de relation linéaire simple entre la réduction du nombre de visites ambulatoires et l'accroissement de l'accessibilité des services médicaux de première ligne. Pour interpréter l'évolution (c.f. la réduction) des visites ambulatoires aux salles d'urgence, il faut aussi considérer d'autres facteurs (ex. : une campagne publique d'information, les efforts d'accessibilité des services de l'ensemble du réseau, etc.).

Les données de cet indicateur seront d'abord colligées à partir du Système d'information quotidienne (SIQ) au cours des prochaines années. Lorsque que le SIURGE sera déployé dans toute la région, ce système prendra la relève pour la mesure de cet indicateur.

4- Méthode de calcul :

Somme de toutes les visites ambulatoires arrivées entre 8 h et 21 h 59 aux salles d'urgence des CHSGS.

La même procédure est appliquée selon le domaine « soins physiques » et « soins psychiatriques ».

5- Source :

Système d'information quotidienne (SIQ) et ultérieurement, le Système d'information pour la gestion des services d'urgence (SIURGE). Les données sont transmises quotidiennement par les CH et compilées par période financière. Ce relevé a été implanté à partir du 13 septembre 1998.

6- Unités de mesure :

Visite à l'urgence sans utilisation de l'ambulance.

Domaine de diagnostics (santé mentale ou soins psychiatriques).

Heure d'arrivée à l'urgence.

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base semestrielle.

8- Valeurs de référence :

En soins physiques : d'ici le 31 mars 2002, réduire de 10 % le nombre de visites ambulatoires annuelles entre 8 et 22 heures.

En soins psychiatriques : maintenir le volume des visites à celui de l'année 1998-1999.

LISTE DES CHSGS

COMPRIS DANS LES MESURES DE SUIVI

DES SALLES D'URGENCE POUR LES ANNÉES 1998-2002

Centre hospitalier Angrignon :

- Hôpital de Lasalle (urgence pour personnes ambulantes seulement - pas d'ambulance)
- Hôpital de Verdun

Centre hospitalier de Lachine

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre hospitalier Fleury

Centre hospitalier St-Mary

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Hôpital général du Lakeshore

Hôpital Jean-Talon

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital Santa Cabrini

Institut de Cardiologie de Montréal

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

- # 10 : USAGERS DESSERVIS PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS
- # 11 : INTENSITÉ DES SOINS À DOMICILE DISPENSÉS AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS PAR LES CLSC
- # 12 : NOMBRE D'USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) DES CLSC
- # 13 : NOMBRE D'USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC
- # 14 : USAGERS AUX SERVICES AMBULATOIRES EN PSYCHIATRIE ADULTE
- # 15 : CLIENTÈLE JEUNESSE DESSERVIE PAR LES CENTRES JEUNESSE ET LES CLSC

10 : USAGERS DESSERVIS PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS

Autre appellation : **Évolution du nombre d'usagers desservis par les CLSC suite à un traitement en CHSGS (cas de médecine, cas de chirurgie et soins palliatifs).**

- 1- **Définition :** Pour une période donnée, la somme des usagers qui ont reçu des services et soins en posthospitalisation (cas de médecine), en postopération (cas de chirurgie) et en soins palliatifs (phase préterminale et terminale) de la part des CLSC. Cet indicateur comprend les usagers différents desservis aux services à domicile et aux services courants de santé (c.f. services ambulatoires). Avec le temps et les précisions à apporter, une partie de la clientèle des services postnataux devrait être considérée.

- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s) :** Permet d'identifier le volume global d'usagers des CLSC pour l'ensemble des soins et services liés à la réduction des durées de séjour et de la clientèle ambulatoire des CHSGS (cas de chirurgie et de médecine d'un jour) sans égard au lieu de l'intervention. Permet de suivre l'évolution du volume d'une année à l'autre. Est ventilé selon les profils posthospitalisés, postopérés, phases préterminales et terminales (services palliatifs) et éventuellement le profil à déterminer pour les services postnataux.

- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde :** Il est possible que cet indicateur soit sous-estimé car :
 - 1) les catégories ne sont pas mutuellement exclusives (ex. : une personne âgée déjà suivie ne serait pas inscrite dans un profil « posthospitalisation » mais demeurerait avec le profil « malade à long terme »);
 - 2) la saisie des données aux services courants peut varier d'un CLSC à l'autre;
 - 3) la clientèle pertinente du programme de périnatalité ne peut être prise en compte en 1997-1998 compte tenu de la saisie variable des données d'un CLSC à l'autre.

D'autre part, le nombre total d'usagers différents peut être surévalué du fait qu'il s'agit d'usagers différents par CLSC mais non dans l'ensemble des CLSC. C'est ainsi que les usagers qui déménagent en cours d'année peuvent avoir été desservis par plus d'un CLSC.

La relation entre le volume d'usagers lié à la réduction des durées de séjour et aux soins ambulatoires des CHSGS (chirurgie et médecine d'un jour) et le volume d'usagers des CLSC ne peut se faire de façon linéaire car il n'y a pas consensus sur le pourcentage de ces usagers qui requièrent une continuité de soins de la part des CLSC.

- 4- **Méthode de calcul :** Le nombre total d'usagers différents desservis par les CLSC pour des soins et services en posthospitalisation (cas de médecine), en postopération (cas de chirurgie) et des services palliatifs (phase préterminale et terminale) aux services à domicile et aux services courants de santé.

- 5- **Source :** Le système d'information clientèle des CLSC (SIC-CLSC).

- 6- **Unités de mesure¹ :**
 - Usager différent avec profil postopéré (#100 à 109), posthospitalisé (#110 à 119) et les personnes en phase préterminale et terminale (#170 à 179). (*Le profil périnatalité 6510 n'a pas été considéré de 1995-1996 à 1997-1998.*)
 - Usager différent (usager compté une seule fois) pour l'ensemble des 3 profils.
 - Centres d'activités : services à domiciles (#6170, 6171 et 6172 pour Verdun en 1995-1996, 6530, 6531, 6563, 7160) et les services courants de santé (#6570, 6571, 6572). (*Les centres d'activité audiologie 6863 et ambulatoire en psychiatrie 6380 n'ont pas été considérés de 1995-1996 à 1997-1998.*)
 - Les téléphones ne sont pas conservés s'il n'y a pas d'autres types d'interventions associées.
 - Données non disponible pour le CLSC St-Léonard en 1997-1998.

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

- 9- **Valeur de référence :** Volume global d'usagers différents desservis en 1997-1998.

Mise à jour : 13 janvier 1999

¹ En 1998-1999 les centres d'activités changeront compte tenu du nouveau cadre normatif: services à domicile (#6173) et services courants de santé (#6307).

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTE

11 : INTENSITÉ DES SOINS À DOMICILE DISPENSÉS AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS PAR LES CLSC

Autre appellation : **Le nombre de personnes différentes âgées de 65 ans et plus desservies à domicile (aide et soins); le nombre total et le nombre moyen de visites à domicile**

1- Définition : Pour une année financière :

- A. le nombre total d'usagers différents âgés de 65 ans et plus desservis à domicile pour des soins infirmiers et de l'aide à domicile dispensés par les CLSC;
- B. le nombre total de visites à domicile effectuées par les CLSC pour des soins infirmiers et de l'aide à domicile aux personnes âgées de 65 ans et plus;
- C. le nombre moyen de visites à domicile pour des soins infirmiers et de l'aide à domicile dispensés par les CLSC aux personnes âgées de 65 ans et plus.

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

Permet d'identifier le nombre total de personnes âgées différentes desservies annuellement. Permet d'évaluer les changements dans l'intensité des soins à domicile d'une année à l'autre dans un contexte d'alourdissement de la clientèle. En relation avec les indicateurs « Délai d'admission pour un hébergement » et « Taux de réponse aux demandes d'hébergement », permet de vérifier s'il existe un lien avec l'évolution des personnes âgées desservies par les CLSC.

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

La relation entre l'évolution de l'intensité des soins à domicile et les indicateurs « Délai moyen d'accès pour une première admission en hébergement » et « Taux de réponse aux nouvelles demandes d'hébergement » doit être interprétée dans le contexte de l'accès à une gamme d'autres services.

Cet indicateur comprend les activités des soins à domicile, donc les soins infirmiers et l'aide à domicile et exclut les autres services professionnels à domicile (ergothérapeute, physiothérapeute, psychosociaux) et les soins médicaux à domicile.

4- Méthode de calcul :

Au cours d'une période financière :

- A. le nombre total d'usagers différents de 65 ans et plus desservis par les CLSC pour des soins et de l'aide à domicile excluant les profils 900, posthospitalisés, postopérés et les personnes en phase préterminale et terminale.
- B. Le nombre total de visites à domicile pour des soins et de l'aide (excluant les jours où il y a plus de 5 visites dans la même journée).
- C. Le nombre total de visites/le nombre total d'usagers différents selon les paramètres retenus et exclus aux paragraphes A. et B.

5- Source :

Le système d'information clientèle des CLSC (SIC-CLSC).

6- Unités de mesure¹ :

Usager différent de 65 ans et plus - usager compté une seule fois.

(On exclut les profils 900, 100, 110, 170. S'il y a plus de 5 visites par jour on exclut cette journée).

Durée de l'intervention (heure directe).

Lieu d'intervention : à domicile (#125 à 149, 300 à 324, 450 à 474). (Les téléphones sont exclus).

Centres d'activités : soins à domicile (#6170, 6530). (En 1995-1996 et 1996-1997 le centre activité 6531 a été saisi).

Données non disponible pour le CLSC St-Léonard en 1997-1998.

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeurs de référence :

Le nombre total de personnes âgées desservies en soins et aide à domicile, le nombre total de visites et le nombre moyen de visites en 1997-1998.

Mise à jour : 13 janvier 1999

¹ En 1998-1999 les centres d'activités changeront compte tenu du nouveau cadre normatif : services à domicile (#6173).

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

12 : NOMBRE D'USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) DES CLSC

Autre appellation : **Évolution du nombre d'usagers différents ayant une déficience physique ou intellectuelle qui reçoivent des services intensifs à domicile des CLSC**

1- **Définition** : Pour une année financière, la somme des usagers différents de moins de 65 ans bénéficiant des services intensifs à domicile (5 heures et plus par semaine en aide et soins) des CLSC - *Programme d'organisation des services intensifs long terme pour personnes handicapées (POSILTPH)*;

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

Cet indicateur permet de suivre l'évolution de l'offre de services intensifs (POSILTPH) aux usagers ayant une déficience physique ou intellectuelle.

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

Le nombre d'usagers desservis peut être sous-estimé car les services rendus via l'allocation directe (CES) ou le secteur de l'économie sociale ne sont pas comptabilisés dans le SIC-CLSC.

4- **Méthode de calcul** :

Au cours d'une année financière, la somme des usagers de moins de 65 ans ayant une déficience physique ou intellectuelle qui bénéficie d'un service intensif dispensé à domicile (5 heures et plus par semaine en aide et soins).

5- **Source** :

Système d'information clientèle des CLSC (SIC-CLSC).

6- **Unités de mesure¹** :

Usager de 0- 64 ans inclusivement (usager compté une seule fois).

Profil de la clientèle (déficience physique code 130 à 139, déficience intellectuelle code 140 à 149).

Lieu de l'intervention (à domicile seulement : #125 à 149, 300 à 324 et 450 à 474).

Les centres d'activités : soins et aide seulement # 6170 , 6171, 6172 et 6530. (*En 1995-1996 et 1996-1997 centres 6531*).

Durée des interventions : 5 heures et plus par semaine en soins infirmiers et aide à domicile.

CLSC Lasalle n'ayant pas de données en 1995-1996 est retiré dans les calculs. Données non disponible pour le CLSC St-Léonard en 1997-1998.

7- **Période(s) de production** :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeur de référence** :

Le volume d'usagers en 1997-1998.

Mise à jour : 13 janvier 1999

¹ En 1998-99 les centres d'activités changeront compte tenu du nouveau cadre normatif : services à domicile (#6173) .

13 : NOMBRE D'USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC

Autre appellation : **Évolution du nombre d'usagers desservis en santé mentale par les CLSC.**

- 1- **Définition :** Pour une année financière :
 - a) le nombre d'usagers différents de 18 ans et plus (incluant les personnes âgées sauf pour les activités liées à la psychogériatrie) présentant des troubles mentaux sévères et généralement persistants suivis par un intervenant des CLSC;
 - b) le nombre d'usagers différents de 18 ans et plus (incluant les personnes âgées sauf les activités liées à la psychogériatrie) présentant des troubles mentaux transitoires et d'intensité variable ainsi que ceux dont la santé mentale est menacée suivis par un intervenant des CLSC.
- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s) :** Permet de suivre l'évolution de la clientèle santé mentale desservie en CLSC selon deux grandes catégories de problématique. En relation avec les indicateurs « # 7 : durée moyenne de séjour en soins psychiatriques » et « # 14 proportion d'usagers desservis par les services ambulatoires en psychiatrie », permet d'identifier la contribution des CLSC aux objectifs régionaux en santé mentale.
- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde :** La mesure de cet indicateur se fait dans le contexte où un nouveau cadre normatif du SIC-CLSC sera implanté d'ici un ou deux ans. Les changements substantiels apportés aux raisons d'intervention et aux rôles action compliqueront singulièrement les comparaisons d'une version à une autre du cadre normatif. Les activités du centre d'intervention de crise (CIC) du CLSC Hochelaga-Maisonneuve sont exclues du présent suivi. Les CIC feront l'objet d'un autre type de suivi au plan régional. Cet indicateur peut être sous-estimé compte tenu de la saisie variable des données d'un CLSC à l'autre.
- 4- **Méthode de calcul :** Au cours d'une année financière :
 - a) nombre total d'usagers différents de 18 ans et plus (incluant les personnes âgées sauf pour les activités liées à la psychogériatrie) présentant des *troubles mentaux sévères et généralement persistants*;
 - b) nombre total d'usagers différents de 18 ans et plus (incluant les personnes âgées sauf pour les activités liées à la psychogériatrie) présentant des *troubles mentaux transitoires et d'intensité variable ainsi que ceux dont la santé mentale est menacée*.
- 5- **Source :** Système d'information clientèle des CLSC (SIC-CLSC)
- 6- **Unités de mesure :**
 - a) Usager différent de 18 ans et plus avec un profil de trouble du psychisme (# 150) : usager compté une seule fois.
Centres d'activité : intégration/réintégration sociale en santé mentale (# 6930-6931)
Raison d'intervention de premier niveau, problème de santé mentale ou trouble du psychisme (# 3300).
(*Les appels téléphoniques sont conservés même s'il n'y a pas d'autres actions*).
 - b) Les raisons d'intervention de premier niveau considérées sont : (# 2700 à 4799 inclusivement à l'exception des # 3300, 3700, 3800 et 4100). (*Les appels téléphoniques sont conservés même s'il n'y a pas d'autres actions*).
Les usagers comptabilisés sont :

les usagers différents de 18 ans et plus avec le profil « personne ou famille en difficulté d'adaptation situationnelle » (# 160) dont les activités ont été fournis par 1) le programme d'intégration et réintégration sociale en santé mentale (# 6931) pour certains CLSC qui ont un mode d'organisation centralisé en santé mentale.

+

les usagers différents de 18 ans et plus, tous les profils, à l'exception du profil du trouble du psychisme (# 150) dont les activités ont été fournies par les services psychosociaux (# 6362).
 - c) Données non disponible pour le CLSC St-Léonard en 1997-1998.
- 7- **Période(s) de production :** La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.
- 8- **Valeur de référence :** Le volume d'usagers selon deux grandes catégories de problématiques en 1997-1998.
Mise à jour : 19 janvier 1999

14 : USAGERS AUX SERVICES AMBULATOIRES EN PSYCHIATRIE ADULTE

Autre appellation : **Le pourcentage d'usagers vus par les services ambulatoires en psychiatrie adulte.**

1- **Définition :** Au cours d'une année financière, le pourcentage des usagers adultes vus en services ambulatoires de psychiatrie par rapport à la somme de l'ensemble des usagers hospitalisés en soins de courte durée en psychiatrie adulte et des usagers vus en services ambulatoires dans les CHSGS avec un département de psychiatrie et les CHSP Douglas et Louis-H. Lafontaine (voir la liste au verso).

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

L'utilisation du rapport AS-478 a l'avantage d'inclure les CHSP qui sont absents actuellement du fichier Med-Écho.

Constitue un indice du volume d'activités des services ambulatoires et d'hospitalisation en psychiatrie selon le nombre d'usagers desservis.

Permet de suivre l'évolution des variations de ce taux.

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

La clinique externe ne représente qu'un élément des services ambulatoires des CHSGS et CHSP; pour suivre les autres services ambulatoires (centre de jour, hôpital de jour), il y aurait lieu de développer des mesures spécifiques, valides et comparables (réf. : usager).

4- **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{nombre d'usagers différents inscrits aux services ambulatoires}}{\text{nombre d'usagers hospitalisés} + \text{nombre d'usagers inscrits en services ambulatoires}} \times 100$$

5- **Source :**

Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.); rapport annuel AS-471 : page 650, c.a. 6332 pour les usagers inscrits aux services ambulatoires (clinique externe) des CHSGS et CHSP, rapport annuel AS-478, page 5, c.a. 6031 et c.a. 6020 (excluant le c.a. 6024) pour les usagers hospitalisés (sortis) en CHSGS et en CHSP.

6- **Unités de mesure :**

Usager différent inscrit et hospitalisé.

Centres d'activités # 6332, 6031, 6020 (excluant le c.a. 6024).

Pour 1995-1996 à 1997-1998 inclusivement, 9 des 11 CH concernés ont pu voir leurs données traitées. Il manque les CH Fleury et Général Juif.

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base semestrielle.

8- **Valeur de référence :**

Le pourcentage des usagers vus par les services ambulatoires = 90 % en 2002.

**LISTE DES CH COMPRIS DANS LA MESURE DE SUIVI
DES USAGERS DESSERVIS PAR LES SERVICES AMBULATOIRES
EN PSYCHIATRIE POUR LES ANNÉES 1998-2002**

CH AVEC DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DE COURTE DURÉE

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) :

- Campus Hôtel-Dieu de Montréal
- Campus Notre-Dame
- Campus Saint-Luc

Centre hospitalier Fleury

Centre hospitalier St-Mary

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

Hôpital général du Lakeshore

Hôpital Jean-Talon

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

CHSP

Hôpital Douglas

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Mise à jour : 13 janvier 1999

INDICATEUR À MODIFIER

15 : CLIENTÈLE JEUNESSE DESSERVIE PAR LES CENTRES JEUNESSE ET LES CLSC

Autre appellation : **Variation du volume de la clientèle « jeunesse en adaptation sociale » (LSSSS) desservie conjointement par les centres jeunesse et les CLSC.**

1- Définition : Somme des usagers « jeunes en adaptation sociale » (moins de 18 ans) des centres jeunesse où l'on peut identifier aussi une intervention de la part d'un CLSC. Règle générale, le *plan conjoint de services* dispensés par les centres jeunesse et un CLSC est consigné au dossier de l'utilisateur.

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

Cet indicateur est une mesure indirecte de l'intervention intersectorielle des Centres jeunesse et des CLSC

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

Le volume d'utilisateurs ne tient pas compte de l'intensité et de la nature des services dispensés par l'un ou l'autre des établissements.

Au cours de l'année 1998-1999, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw implanteront la procédure de saisie de l'information pour la mesure de cet indicateur.

4- Méthode de calcul :

La somme des utilisateurs différents au 1^{er} avril de chaque année ainsi que le nombre de nouveaux utilisateurs enregistrés au cours de l'année, c'est-à-dire jusqu'au 31 mars suivant.

Pour fin de calcul de cet indicateur, sont retenus dans le système informatisé uniquement les utilisateurs marqués du préfixe « non-utilisateur/LPJ », c'est-à-dire un utilisateur qui n'a pas un dossier régulier LPJ inscrit au Fichier central (ancienne nomenclature du CSSMM).

5- Source :

Système informatisé placement et hébergement

6- Unités de mesure :

Utilisateur différent

Plan conjoint de services (CLSC - Centres jeunesse).

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence :

Le volume d'utilisateurs en 1997-1998 identifié par « Les Centres jeunesse de Montréal », c'est-à-dire 2057 utilisateurs « jeunes en adaptation sociale ».

IMPACT SUR LA SANTÉ

16 : TAUX DE RÉADMISSION

17 : TAUX DE LÉTALITÉ

18 : NOMBRE ET TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES

16 : TAUX DE RÉADMISSION

Autre appellation : **Taux de réadmission en CHSGS à l'intérieur d'un délai d'un mois pour trois conditions médicales particulières.**

1- Définition : Taux de réadmissions en dedans d'un mois suivant un congé hospitalier en CHSGS pour les conditions médicales suivantes : fracture de la hanche (chirurgie), infarctus du myocarde, cancer du côlon et du rectum. Cet indicateur porte sur les usagers de 18 ans et plus quelque soit leur lieu de résidence au Québec (hors Québec exclu) et qui ont été admis en CHSGS sur l'île de Montréal au cours de l'année financière. La réadmission hospitalière peut être n'importe où sur le territoire québécois.

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

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

Permet de suivre l'évolution du taux de réadmission d'une année à l'autre en association avec la réduction de la durée moyenne de séjour ou tout autre objectif visé par la transformation.

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

Il est très important d'éliminer de l'analyse les individus qui décèdent avant leur congé hospitalier en soins de courte durée.

Il faut aussi traiter séparément les cas selon leur niveau de gravité (ex. : avec ou sans complication).

Pour le calcul du dénominateur, il ne faut pas comptabiliser les admissions en soins infirmiers d'un jour et en soins de longue durée que l'on retrouve dans la banque Med-Écho.

4- Méthode de calcul :

Par chaque année financière à l'étude et chacune des trois conditions médicales à l'étude.

Opération sans complication :

$$\frac{\text{nombre total de réadmissions associées à la condition médicale dans un mois suivant le congé}}{\text{nombre total de congés hospitaliers en CHSGS avec DRG = (122, 127 ou 211)}} \times 1\,000$$

Opération avec complication :

$$\frac{\text{nombre total de réadmissions associées à la condition médicale dans un mois suivant le congé}}{\text{nombre total de congés hospitaliers en CHSGS avec DRG = (121, 544 ou 210)}} \times 1\,000$$

5- Sources :

Banque de données sur la clientèle hospitalière Med-Écho (J54) ;

Fichier des DRG : diagnostics regroupés pour la gestion (J57).

6- Unités de mesure :

Nombre de réadmissions en dedans d'un mois d'un congé hospitalier suite à une admission associée à la condition médicale, pour 1 000 admissions pour la même condition médicale.

7- Période(s) 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 l'année financière de référence : 1995. Le taux observé à chaque année sera exprimé sous forme de ratio par rapport à celui de l'année de référence (observations des tendances).

17 : TAUX DE LÉTALITÉ

Autre appellation : **Taux de létalité à l'intérieur d'un délai de trois mois suite à une admission pour trois conditions médicales.**

1- **Définition** : Taux de létalité à l'intérieur d'un délai de trois mois suivant une admission en CHSGS pour les conditions médicales suivantes : fracture de la hanche (chirurgie), infarctus du myocarde, cancer du côlon et du rectum. Cet indicateur porte sur les usagers de 18 ans et plus quelque soit leur lieu de résidence au Québec (hors Québec exclu) et qui ont été admis en CHSGS sur l'île de Montréal au cours de l'année financière.

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

La cause de décès doit être associée à la condition médicale à l'étude. La fracture de hanche, l'embolie, la pneumonie ou la broncopneumonie sont des complications associées et peuvent être la cause médicale du décès inscrite au registre des décès (SP-3).

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

Permet de suivre l'évolution du taux de létalité d'une année à l'autre en association avec la réduction de la durée moyenne de séjour ou tout autre objectif visé par la transformation.

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

Contrairement aux taux de réadmissions, on conserve pour cet indicateur toutes les admissions, même celles où l'utilisateur est décédé suite à son admission en CHSGS ou qui est dirigé dans un CHSLD.

Il faut aussi traiter séparément les cas selon leur niveau de gravité (ex. avec ou sans complication).

Pour le calcul du dénominateur, il ne faut pas comptabiliser les hospitalisations en soins infirmiers d'un jour et les soins de longue durée que l'on retrouve dans la banque Med-Écho.

4- **Méthode de calcul :**

Par chaque année financière à l'étude et chacune des trois conditions médicales à l'étude.

Opération sans complication :

$$\frac{\text{nombre total de décès trois mois après une admission avec DRG} = (122, 127 \text{ ou } 211) \times 1\,000}{\text{nombre total d'admission en CHSGS avec DRG} = (122, 127 \text{ ou } 211)}$$

Opération avec complication :

$$\frac{\text{nombre total de décès trois mois après une admission avec DRG} = (121, 544 \text{ ou } 210) \times 1\,000}{\text{nombre total d'admission en CHSGS avec DRG} = (121, 544 \text{ ou } 210)}$$

5- **Sources :**

Banque de données sur la clientèle hospitalière Med-Écho (J54) ;

Fichier des DRG : diagnostics regroupés pour la gestion (J57) ;

Statistiques démographiques - décès (SP-3).

6- **Unité de mesure :**

Nombre de décès en dedans de trois mois d'une admission associée à la condition médicale, pour 1 000 admissions pour la même condition médicale.

7- **Période(s) 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 l'année financière de référence : 1995. Le taux observé à chaque année sera exprimé sous forme de ratio par rapport à celui de l'année de référence (observations des tendances).

18 : NOMBRE ET TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES

Autre appellation : **Nombre et taux d'admissions de conditions médicales jugées évitables.**

- 1- **Définition :** Nombre et taux d'admissions jugées évitables en CHSGS pour 14 conditions médicales : appendice rupturée (540.0), asthme (493), cellulite (682), insuffisance cardiaque (428), diabète (250), gangrène (785.4), hypokaliémie (276.8), maladies évitables par immunisation (influenza = 041.5, hépatite B = 070.2, 070.3, diphtérie = 032, tétanos = 037, infection à pneumocoque = 041.2), hypertension maligne (401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0) pneumonie (480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487.0), pyélonéphrite (590), ulcère perforé ou avec hémorragie (531-534 sauf les décimales .3, .7 et .9), hernie abdominale en occlusion (552), phlébite (451) sans embolie pulmonaire (415.1). Ces indicateurs portent sur les usagers de 18 ans et plus qui résident sur l'île de Montréal et qui ont été admis dans un CHSGS de l'île de Montréal au cours de l'année financière.

Pour certaines conditions médicales (comme l'insuffisance cardiaque ou l'asthme), l'élément qui nécessite une admission est une détérioration de la condition du malade; pour ces conditions, la détérioration peut être évitée par des soins appropriés et l'admission qui en découle peut aussi être évitée. Pour d'autres conditions comme l'appendice rupturée, la condition elle-même (qui est une complication d'une appendicite non diagnostiquée) peut être évitée et l'admission qui en découle aussi. Cependant, le diagnostic précoce de l'appendicite implique aussi une admission. Au plan strict donc, l'élément évitable ici n'est pas nécessairement "l'admission " mais "l'admission avec complication".

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

Permet d'identifier le nombre d'hospitalisations en CHSGS jugées évitables.

Permet de suivre l'évolution du taux d'hospitalisations en CHSGS jugées évitables d'une année à l'autre comme indicateur de l'accessibilité aux consultations médicales de première ligne.

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

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

Il est important de noter que ces conditions médicales doivent être inscrites dans le champ du diagnostic principal et non pas dans l'un des 15 champs des diagnostics secondaires.

Pour le calcul du dénominateur, il ne faut pas comptabiliser les hospitalisations en soins infirmiers d'un jour et les soins de longue durée que l'on retrouve dans la banque Med-Écho.

- 4- **Méthode de calcul :**

Par chaque année financière à l'étude et chacune des 18 conditions médicales à l'étude :

Nombre :

admissions pour l'une des 18 conditions médicales

Taux :

$$\frac{\text{admissions pour l'une des 18 conditions médicales}}{\text{nombre d'individus de 18 ans et plus habitant le territoire de Montréal-Centre}} \times 100\,000$$

- 5- **Source :**

Banque de données sur la clientèle hospitalière Med-Écho (J54).

- 6- **Unités de mesure :**

Nombre d'admissions pour une condition médicale jugée évitable;

Nombre d'admissions pour une condition médicale jugée évitable, par 100 000 individus.

- 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 (ou nombre) observé pour l'année financière de référence : 1995. Le taux observé à chaque année sera exprimé sous forme de ratio par rapport à celui de l'année de référence (observations des tendances).

***MAINTIEN ET AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE
DES RESSOURCES HUMAINES***

**# 19 : HEURES CONSACRÉES AU PERFECTIONNEMENT ET À LA FORMATION
CONTINUE**

19 : HEURES CONSACRÉES AU PERFECTIONNEMENT ET À LA FORMATION CONTINUE

Autre appellation : **Évolution des heures consacrées au perfectionnement et à la formation continue du personnel selon les priorités du Plan d'amélioration 1998-2002.**

1- Définition : Au cours d'une année financière et pour l'ensemble du personnel cadre, syndiqué et syndicable non syndiqué des établissements publics et privés conventionnés, le nombre et le pourcentage des heures travaillées imputées au perfectionnement et à la formation continue dont le contenu est lié à l'une des douze mesures centrales du « Plan d'action renouvelé pour améliorer nos services » (voir liste au verso). Les heures consacrées à des projets de formation offerts par la Régie régionale ainsi que ceux mis sur pied par les établissements sont compris dans cet indicateur. Sont exclues, les heures travaillées par le personnel des établissements affecté à la formation et au perfectionnement.

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

Le résultat de cet indicateur permet de cibler l'effort spécifique des établissements concernant le maintien et l'amélioration des compétences du personnel en fonction des priorités régionales.

En établissant le pourcentage des heures consacrées au perfectionnement et à la formation continue dont le contenu se rapporte aux douze mesures centrales (numérateur) sur l'ensemble des heures imputées à toutes les formations et sessions de perfectionnement (dénominateur), il est possible de dégager l'effort spécifique des catégories d'établissements par rapport à leur investissement total.

L'effort des établissements doit être interprété en fonction du degré d'implantation des mesures au plan régional (ex. : Plan régional intersectoriel face à l'alcoolisme et aux toxicomanies).

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

Cet indicateur ne comprend que les heures des employés des établissements, ce qui exclut les heures consacrées à la formation (statut universitaire d'un établissement) ou au perfectionnement (selon les ententes avec les fédérations) des médecins ainsi que les stagiaires de toutes disciplines.

L'effort des établissements en termes d'heures consacrées au maintien et à l'amélioration des compétences du personnel n'implique pas qu'il y a eu transfert des apprentissages.

La mesure de cet indicateur nécessite l'élaboration d'un rapport spécifique que les établissements devront compiler en fin d'année financière.

4- Méthode de calcul :

Somme des heures imputées à la formation du personnel en fonction des douze mesures centrales

Somme des heures imputées à toutes les formations et sessions de perfectionnement

La même méthode peut s'appliquer selon la catégorie d'établissements.

5- Sources :

Numérateur : relevé annuel de la Régie régionale auprès des établissements.

Dénominateur : rapport financier annuel (AS-471).

6- Unités de mesure :

Heure travaillée consacrée à la formation et au perfectionnement / douze mesures centrales

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence :

À déterminer.

LISTE DES DOUZE MESURES CENTRALES
DU PLAN D'ACTION RENOUVELÉ 1998-2002
POUR CONSOLIDER ET AMÉLIORER LES SERVICES

- 1- Amélioration de l'accès aux soins ultraspécialisés suivants :
 - ◇ chirurgie cardiaque
 - ◇ neurochirurgie
 - ◇ orthopédie
 - ◇ ophtalmologie
 - ◇ radio-oncologie
- 2- Desservir les personnes ayant une déficience intellectuelle en attente de service
- 3- Amélioration de l'accès aux salles d'urgence
- 4- Amélioration de l'accès aux soins médicaux de première ligne
- 5- Amélioration des services de laboratoire et de l'accès aux prélèvements
- 6- Amélioration de l'efficacité de la réponse aux besoins de nos services aux personnes âgées en perte d'autonomie
- 7- Amélioration de l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive
- 8- Amélioration de l'accès des personnes ayant une déficience physique aux services de maintien dans la communauté
- 9- Amélioration de l'accès aux services ambulatoires et aux services dans la communauté dans le secteur de la santé mentale
- 10- Mise en place d'une organisation intégrée de services pour les enfants, les jeunes, les jeunes adultes et leurs parents
- 11- Se donner un plan régional d'action intersectoriel face à l'alcoolisme et aux toxicomanies
- 12- Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.

MODERNISATION DES SERVICES ET
ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE

- # 20 : SOMMES ET HEURES TRAVAILLÉES DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SERVICES
- # 21 : ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS ET RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES
- # 22 : NIVEAU DE SURPLUS OU DÉFICIT
- # 23 : NIVEAU D'EMPRUNT

20 : SOMMES ET HEURES TRAVAILLÉES DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SERVICES

Autre appellation : **Évolution des sommes et des heures travaillées aux services directs, administratifs, de soutien et autres services.**

1- Définition : Total des coûts directs nets ou 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'impact de la non-indexation de certaines dépenses, dont les coûts salariaux, sera reflété par cet indicateur.

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 :

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

La même méthode s'applique aux sommes imputées par catégorie de services.

5- Source :

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

6- Unités de mesure :

Heures travaillées.

Sommes imputées.

Centres d'activités 1996-1997 (voir liste au verso).

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base semestrielle (période 8 et fin d'année financière).

8- Valeur de référence :

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

**LISTE DES CENTRES D'ACTIVITÉS PAR TYPE DE SERVICES¹
COMPRIS DANS LA MESURE DE SUIVI DE LA MODERNISATION
DES SERVICES DE SOUTIEN ET DE L'ADMINISTRATION**

EXERCICE FINANCIER 1997-1998

SERVICES ADMINISTRATIFS

5900	Adm. des serv. à la clientèle
6000	Administration des soins
6764	Coordin.&soutien adm.(contrat RRSSS)
7150	Gestion et soutien aux programmes
7151	Gestion & soutien prog.serv. domic.
7152	Gestion & soutien aux autres progr.
7153	Gest.Soutien aux prog.-CR(DI,DP,TOX
7154	Gest.& sout. de centrale Info-Santé
7155	Gest.& sout. des services aux réfugiés
7156	Gest & sout.psychogér.-centre jour
7158	Gest./soutien aux programmes (h.t.)
7300	Adm. générale
7301	Direction générale
7302	Administration financière
7303	Administration du personnel
7304	Adm. des serv. profess. & hospit.
7305	Service de la vérification interne
7306	Adm. financière & du pers. non rép.
7307	Approvisionnement et services
7309	Administration générale (n.réparti)
7320	Administration des services techniques
7370	Paiement des ressources

SERVICES TECHNIQUES

5850	Contentieux
7130	Reception - Archives
7340	Informatique
7350	Gestion de l'information
7390	Dépl personnes handicapées
7391	Déplac. des pers. ayant déf. phys.
7392	Déplac. des pers. déf. intellectuelle
7399	Déplac. pers. handicapées-n. réparti
7400	Déplacement des bénéficiaires
7401	Dépl. des bénéf. entre établ.
7402	Dépl. bénéf. âgés de 65ans et +
7403	Dépl. bénéf. par évac. aéromédicales
7404	Déplacement des cas électifs
7405	Dépl. bénéf. autochtones inscrits
7500	Archives
7520	Accueil et communications
7521	Accueil

¹

Des modification mineures seront apportées aux centres d'activités en 1997-1998.

7522	Communications et messagerie
7550	Alimentation
7551	Alimentation - internat pers. D.P.
7552	Alimentation-internat,pers.déf.int.
7553	Nutrition clinique
7554	Alimentation
7558	Alimentation - autres
7559	Alimentation (n.r.)
7600	Buanderie et lingerie
7601	Buanderie et lingerie-internat D.P.
7602	Buanderie et lingerie-int.pers.D.I.
7608	Buanderie et lingerie - autres
7609	Buanderie et lingerie (n.r.)
7640	Entretien ménager
7641	Ent. ménager-Internat déf. intell.
7642	Entret. ménager-Internat déf. phys.
7643	Entretien ménager-Autres
7648	Entretien ménager (hors territoire)
7649	Entretien ménager (n.r.)
7650	Gestion des déchets biomédicaux
7690	Transport des usagers
7700	Fonctionnement des installations
7701	Fonct. inst. - internat pr pers. DI
7702	Fonct. instal.- internat pr pers.DP
7703	Fonctionnement des instal.-Autres
7708	Fonct. des installations (h.t.)
7709	Fonct. des installations (n.r.)
7710	Sécurité
7800	Ent. & réparation des installations
7801	Ent. & répar. des instal. générales
7802	Ent. & répar. instal. équip. médic.
7803	Ent. rép. instal.- Internat pr DI
7804	Ent. rép. instal.-Internat pr DP
7808	Ent. rép. des installations (h.t.)
7809	Ent. & réparation des installations (n.r.)
7920	Dépenses personnelles

SERVICES DIRECTS

5100	Accueil à la jeunesse
5200	Évaluation / orientation et accès
5201	Évaluation/orientation (L.P.J.)
5202	Dem.d'inter. auprès jeunes contrev.
5203	Mécanismes d'accès
5400	Assist.et supp. jeunes et à la fam.
5500	Ress. d'héberg. / réadapt. pour jeunes
5501	Unités de vie
5502	Foyer de groupe pour jeunes
5503	Foyer-appartement pour jeunes
5504	Appartement supervisé pour jeunes
5505	Ress. résid. de réadapt. pour jeunes
5506	Ress. de type fam. - Famille d'accueil
5508	Autre ressources pour enfants
5600	Services externes
5601	Centre de jour pour jeunes
5602	Serv. d'apprent. habitudes travail
5700	Révision des mesures

5810	Expertise à la Cour supérieure
5820	Médiation familiale
5830	Rech.d'antécédents et retrouvailles
5840	Services sociaux autochtones
5860	Santé des jeunes
5870	Adoption
6010	Unités soins psychiatriques jeunes
6011	Act. soins pour enfants 0-12 ans
6012	Act. soins adolescents 13-17 ans
6013	Activités pour jeunes (non-réparti)
6014	Activités spécialisées
6020	Unités soins psychiatriques adultes
6021	Interventions brèves
6022	Soins intensifs
6023	Activités générales de soins aigus
6024	Act. génér. de soins et traitement
6025	Réadaptation active
6026	Activités spécialisées
6030	Unités soins psych. pers. âgées
6031	Activités générales de soins aigus
6032	Act. gén. soins traite. long. pér.
6040	Soins de santé
6050	Soins inf.courte durée adul. enf.
6051	Médecine
6052	Chirurgie
6053	Soins intensifs
6055	Pédiatrie
6056	Médecine et chirurgie (non réparti)
6057	Unité des grands brûlés
6058	Gériatrie active
6060	Soins inf. pers. en perte d'autono.
6070	Chirurgie d'un jour
6080	Soins inf. & d'ass. unité réadapta.
6090	Info-Santé - CLSC
6091	Centrale Info-Santé
6092	Info-Santé - Local
6093	Centrale pour la région de Montréal
6094	Centrale pour les autres régions
6100	Psychiatrie légale
6110	Soins à domicile
6111	Soins à domicile (maladie physique)
6112	Soins à domicile (maladie mentale)
6160	Soins d'ass. pers. en perte d'auto.
6170	Soins infirmiers à domicile
6180	Hôtellerie hospitalière
6200	Soins spécialisés aux nouveau-nés
6240	L'urgence
6250	Nutrition parentérale totale à dom.
6260	Bloc opératoire
6270	Soins pers. perte d'aut. diag. psy.
6280	Hôpital de jour-Santé mentale
6290	Hôpital de jour
6300	Services ambulatoires
6302	Consultations externes
6303	Planification familiale
6304	Unités de soins familiaux
6320	Centre stérilisation & distribution
6321	Centre stér. et distrib.-déf. motr.
6329	Centre stérilisation & distribution (n.r.)
6330	Services externes en psychiatrie

6331	Ser. ext. en psychi. enf. et ado.
6332	Serv. externes psychiatrie adultes
6340	Désintoxication
6341	Désintoxication - usagers admis
6342	Désintoxication - usagers inscrits
6350	Inhalothérapie
6360	Centre de soins - natalité
6361	Maternité
6362	Soins généraux aux nouveau-nés
6364	Mat.soins gén.nouv.-nés & bloc obs.
6365	Mat.& soins gén.aux nouveau-nés
6366	Mat. et bloc obstétrical (n.r.)
6380	Services ambul. de psychogériatrie
6430	Ress. inter. type fam.(encadrement)
6440	Ress. de type familial-allocations
6441	Fam. d'acc. pr enfants-allocations
6442	Rési.d'acc.adul.et pers. âgé-alloc.
6443	Fam.d'acc. enfant-alloc.(déf.intel.
6444	Rés.d'acc.adul.per.âgées (déf.intel
6445	Fam.d'acc. enf.-alloc.(déf. phys.)
6446	Rés.d'acc.adul.pers.âgé.-al(déf.phy
6450	Autres ressources-Allocations
6451	Aut. ress. pr enfants-allocations
6452	Aut.ress. adul.& pers. âgées-alloc.
6460	Services sociaux aux réfugiés
6461	Serv. soc.aux revendi. statut réfugié
6462	Serv. santé revendic. statut réfugié
6510	Santé maternelle et infantile
6518	Santé parentale et infantile (h.t.)
6519	Santé parentale et infantile (n.r.)
6530	Aide à domicile
6540	Services dentaires préventifs
6550	Services dentaires curatifs
6558	Services dentaires curatifs (h.t.)
6559	Services dentaires curatifs (n.r.)
6560	Services psychosociaux
6562	Services psychosociaux -Autres
6563	Services psychosociaux aux p.a.p.a.
6568	Services psychosociaux (h.t.)
6570	Services de santé courants
6571	Clinique de consultations externes
6572	Urgence
6578	Services de santé courants (h.t.)
6580	Prévention
6588	Prév./protec. santé publique (h.t.)
6589	Prév./protec. santé publique (n.r.)
6590	Services en milieu scolaire
6591	Santé scolaire
6592	Services sociaux scolaires
6598	Services en milieu scolaire (h.t.)
6600	Laboratoires
6601	Hématologie-Banque de sang
6602	Biochimie clinique
6603	Microbiologie,virologie,sérologie
6604	Pathologie, histologie
6605	Cytologie
6606	Centre de prélèvements
6607	Autres laboratoires
6608	Laboratoires-Déficience motrice
6609	Laboratoires (non réparti)

6610	Physiologie respiratoire
6640	Ress. type familial - Toxicomanes
6670	Réadapt.-toxicomanes(Usagers admis)
6680	Réadapt.-toxicomanes (usagers insc)
6710	Électrophysiologie
6720	Psychologie
6730	Services sociaux
6750	Hémodynamique
6770	Endoscopie
6780	Médecine nucléaire
6790	Dialyse rénale
6791	Hémodialyse en milieu hospitalier
6792	Hémodialyse semi-auto. milieu hosp.
6793	Hémodialyse à domicile
6794	Hémodialyse hors-centre
6795	Dialyse péritonéale
6800	Pharmacie
6801	Pharmacie - Déf. motrice
6809	Pharmacie (n.r.)
6830	Imagerie médicale
6831	Radiodiagnostic-Général
6832	Ultrasonographie
6833	Mammographie
6834	Tomodensitométrie
6835	Résonance magnétique
6836	Angiographie générale
6837	Lithotripsie
6838	Angiographie cardiaque(hémodynam.)
6839	Radiodiagnostic-Déficience motrice
6840	Radio-oncologie
6850	Services spécialisés
6851	Services spécialisés à domicile
6852	Services spécialisés - autres
6860	Audiologie et orthophonie
6861	Audiologie
6862	Orthophonie
6863	Audiologie/orthophonie (non-réparti)
6870	Physiothérapie
6880	Ergothérapie
6890	Activités dirigées
6891	Activités dirigées-Loisirs & sports
6892	Activités dirigées-Ateliers
6900	Réinsertion et intégration sociales
6901	Réins. & intégr. soc.(mal. phys.)
6902	Réins. & intégr. soc.(mal. mentale)
6904	Réinsert. et intégration soc. toxi.
6920	Serv. psychologie & orientation
6930	Intég.-Réintég. santé mentale
6938	Intég.-Réintég. santé mentale (n.r.)
6939	Intég.-Réintég. santé mentale (h.t.)
6940	Internat-Déficience intel. ou phys.
6945	Internat -déficience intellectuelle
6946	Internat - Déficience physique
6950	Ressources résidentielles de réadapt
6960	Centre jour pers. en perte d'auto.
6968	Centre de jour pour p.p.a. (n.r.)
6969	Centre de jour pour p.p.a. (h.t.)
6970	Centre de jour
6972	Centre de jour (Santé mentale)
6973	Centre de jour-Déficience physique

6976	Centre de jour-Toxicomanes
6980	Foyers de groupe
6981	Foyers de groupe-Maladies physiques
6982	Foyers de groupe-Maladies mentales
6983	Foyer de groupe-Déficiência intel.
6984	Foyers de groupe-Déficiência phys.
6987	Foyer de groupe-Toxicomanes
6990	Hébergement en pavillon
6991	Héberg. pavillon-maladie physique
6992	Héberg. en pavillon-maladie mentale
6993	Héberg. en pavillon-déf. intell.
7000	Centre activités jour-Déf.int.
7010	Atelier trav. - Déf. intel. ou phys.
7011	At. de travail-Déficiência intel.
7012	At. de travail-Déficiência physique
7020	Supp. stages milieu trav.
7021	Supp. stages milieu trav.-déf. int.
7022	Supp. stages milieu trav.-déf. phy.
7030	Intégr. à l'emploi-D.I. ou D.P.
7031	Intégr. à l'emploi-Déf. intellect.
7032	Intégr. à l'emploi-Déf. physique
7040	Assis. résidentielle continue (DI ou DP)
7041	Assis. résidentielle continue (DI)
7042	Assist. résidentielle continue (DP)
7050	Ress.résid.-all.pr ass.résid. (DI ou DP)
7051	Ress.résid.-all.pr ass.résid. (DI)
7052	Ress.résid.-all.pr ass.résid. (DI ou DP)
7060	Hémato-oncologie
7080	Soutien aux fam. des pers. hand. alloc.
7081	Soutien fam. pers. déf. intel.-alloc.
7082	Soutien fam. pers. déf. phys.-alloc.
7090	Médecine de jour
7100	Adapt. et soutien à la personne (DI)
7101	Usagers en milieu naturel - D.I.
7102	Usagers en ress.contractuelle"-D.I"
7103	Usagers en milieu résid.du C.R.-D.I
7104	Usagers admis dans autre étab. - D.I.
7110	Nutrition
7120	Intervention communautaire
7121	Interv. comm.-maintien à domicile
7122	Intervention communautaire - autres
7160	Ergothérapie et physiothérapie
7170	Services d'éducation familiale/sociale
7910	Besoins spéciaux
7990	Activités spéciales
7991	Activités spéciales, santé mentale
7992	Opération verglas
7999	Activités spéciales (autres)
8000	Éval. exp. & orient. - Déf. int./phys.
8001	Éval. expert.& orient.-Déf. intel.
8002	Éval. expert. & orient.-Déf. phys.
8010	Plan de services individualisé
8020	Réadapt. pr adultes - Déf. motrice
8021	Réad. pr adul.-Déf. moteurs cérébr.
8022	Réad. pr adul.-Traum. cranio-céré.
8023	Réad. pr adul.-Maladies neuromuscu.
8024	Réadap. pr adultes - myélopathies
8025	Réad. pr adul.-Lésions musculo-squ.
8026	Réad. pr adul.-Accid. vasc. cérébr.
8027	Réad. pr adul.-Maux de dos chroniq.

8028	Réad. pr adul.-Déf.motrice non rép.
8030	Réad. pr enfants - Déficience motrice
8031	Réad. pr enf.-Déf. moteurs cérébr.
8032	Réad. pr enf.-Traum. cranio-céré.
8033	Réad. pr enf.-Maladies neurologiq.
8034	Réadap. pour enfants -Myélopathies
8035	Réad. pr enf.-Lésions musculo-sque.
8036	Réad. pr enfants -Développ. moteur
8037	Réad. pr enf.-Déf. motrice non rép.
8040	Adap./intégr. soc. & prof./Déf. mot.
8041	Adapt. profess.-Déficience motrice
8042	Adap. & intégr. soc.-Déf. motrice
8061	Adap./réadap. enf.(0-4)-Défi. visu.
8062	Adap./réadap. enf.(5-11) Déf. visuelle
8063	Adap./réadap. enf.(12-17) visuelle
8064	Adap./réad. enf. non rép.-Déf. vis.
8065	Adap./réad. adul.(18-64)-Déf. visu.
8066	Adap./réad. pers.(65 &+)-Déf. visu.
8070	Adap./réadap. - Déficience auditive
8071	Adap./réad. enf.(0-4)-Déf. auditive
8072	Adap./réad. enf.(5-11)-Déf. audit.
8073	Adap./réad. (12-21)-Déf. audit.
8074	Adap./réad.(0-21ans)(n.r) Déf. aud.
8075	Adap./réad.(22-64ans) Déf. aud.
8076	Adap./réad.pers.(65 &+)-Déf. audit.
8077	Adaptation/réadaptation-surdicécité
8080	Adap./réadap.-Déf. langage & parole
8081	Adap./réad.(0-17)-Déf. lang.& paro.
8082	Adap./réad.(18 & +)-Déf. lang.& paro.

FORMATION, ENSEIGNEMENT, SANTÉ PUBLIQUE ET RECHERCHE

6370	Enseignement scolaire
6760	Santé publique
6761	Connais./surveil. (contrat RRSSS)
6762	Prévention,promotion(contrat RRSSS)
6763	Protect. santé publ.(contrat RRSSS)
6765	Autres activités
7200	Enseignement
7201	Rém. bach. pharm. & rés. art dent.
7202	Coordination et soutien
7203	Bibliothèque
7209	Enseignement (n.r.)
7210	Réseau d'enseignement universitaire
7900	Pers. bénéf. de séc. ou stab. empl.
7901	Personnel en surnuméraire
7902	Personnel en orientation et adaptation
7903	Personnel en recyclage
7904	Personnel en attente d'assignation
7905	Personnel non dispo. affectation
7906	Indemnité de cessation d'emploi

21 ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS ET RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES

Autre appellation : **Pourcentage des développements et réallocations réalisés.**

1. **Définition** : Les développements et réallocations réels effectués annuellement ou cumulativement aux établissements et organismes subventionnés en fonction des prévisions de développements et réallocations récurrents et non 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;

Les trois niveaux de calcul de cet indicateur peuvent être calculés pour une année ou cumulativement.

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

La réalisation effective des développements ou réallocations budgétaires 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 :**

$$\frac{\text{total des développements non récurrents effectués}}{\text{total des développements non récurrents prévus}}$$

et

$$\frac{\text{total des développements récurrents effectués}}{\text{total des développements récurrents prévus}}$$

et

$$\frac{\text{total des réallocations récurrentes effectuées}}{\text{total des réallocations récurrentes prévues}}$$

5. **Sources :**

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

Données internes à la Régie Régionale pour les dépenses effectuées par celle-ci;

Plan régional 1998-2002 approuvé par le conseil d'administration et le Ministère.

6. **Unités de mesure :**

Développements et réallocations non récurrents et récurrents signifiés.

7. **Périodes de production :**

La mise à jour est effectuée annuellement selon le calendrier de production des budgets finaux des établissements et de la Régie régionale.

8. **Valeur de référence :**

Valeur de 100 % obtenue dans le cadre du Plan de transformation 1995-1998.

Mise à jour : 18 janvier 1999

22 : 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 : 18 janvier 1999

23 : 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.

Exclu 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 semestrielle.

8- Valeur de référence :

Année de référence : 1997-1998.

Mise à jour : 18 janvier 1999

POINT DE VUE DES USAGERS

24 : APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

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

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

POINT DE VUE DES USAGERS

24 : 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.

25 : 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.

POINT DE VUE DES USAGERS

26 : 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.

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

Prix : 7.00\$

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

