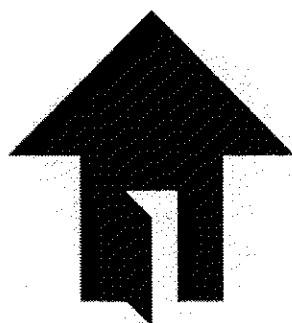




RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

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 2000

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

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2000

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 point de vue des usagers, le maintien et l'amélioration de la compétence des ressources humaine et la modernisation des services et l'équilibre de la situation financière.

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

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

. . . TABLEAU DE BORD RÉVISÉ

À l'origine, 26 indicateurs ont été retenus pour suivre le « Plan 1998-2002 ». Deux indicateurs sont définitivement abandonnés en 1999-2000. Il s'agit du « Délai d'accès pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive » et des « Visites ambulatoires entre 8 et 22 heures dans les urgences ». Aucun système d'information ne supporte la collecte de données pertinentes pour ces indicateurs. Les relevés ad hoc réalisés auprès des établissements par les Services multicientèles de courte durée de la Direction de la programmation et de coordination offrent des données, soit partielles, soit limitées, ne permettant pas l'analyse escomptée.

. . . 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 de coordination est 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 de coordination,
Carole Lécuyer
- de la Direction des relations avec la communauté,
Ronald McNeil
- de la Direction des ressources humaines,
Suzanne Allaire
- de la Direction de la santé publique,
Pierre Tousignant.

Le lecteur peut consulter le tableau qui suit. Il identifie toutes les personnes qui ont collaboré à la réalisation du Tableau de bord central de la Régie en 1999-2000.

LISTE DES COLLABORATEURS

♦ L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES		RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
1A) L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES CARDIAQUES		Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1B) L'ATTENTE POUR DES INTERVENTIONS EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE		Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1C) L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE		Michelle Bérubé	Michelle Bérubé	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1D) L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE		Michelle Bérubé	Michelle Bérubé	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
2. L'ATTENTE EN RADIO-ONCOLOGIE (À RÉVISER)		Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
3. L'ACCÈS EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		Donald Foidart Andrée Carrière	Guylaine Ranger Andrée Carrière	SIC CRPDI Relevé annuel	ANNUEL
4. TAUX D'ADMISSION : PREMIÈRE ADMISSION EN HÉBERGEMENT (CHSLD)		Denyse Roy, Cornelia Steavu	Hélène Gendron	Info-Admission	BI-ANNUEL
5. DÉLAI MOYEN D'ACCÈS : PREMIÈRE ADMISSION EN HÉBERGEMENT (CHSLD)		Denyse Roy, Cornelia Steavu	Hélène Gendron	Info-Admission	BI-ANNUEL
6. DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE DANS LES CHSGS		Michelle Bérubé, Michel Roberge	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	Med-Écho	ANNUEL (NOVEMBRE)
7. SÉJOURS EXCESSIFS SUR CHIÈRE DANS LES URGENCES		Francine Bussièrès Michel Roberge	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	Registre des urgences	ANNUEL
♦ LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ		RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
8. USAGERS DESSERVIS À DOMICILE PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS		Denise Sirois, Danielle Dorval	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUEL
9. INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS		Denise Sirois, Danielle Dorval, Claire Amyot	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUEL
10. USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTHI) DES CLSC		Denise Sirois, Danielle Dorval, Andrée Carrière	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUEL
11. USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC		Denise Sirois, Danielle Dorval, Andrée Carrière	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUEL
12. PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN AMBULATOIRE : PSYCHIATRIE ADULTE		Michel Roberge	Lina-Lemaître Auger	SBFR et AS-471	ANNUEL
13. JEUNESSE (À CONFIRMER)		Monique Tessier	Centres jeunes	Centres jeunesse	ANNUEL

LISTE DES COLLABORATEURS

	♦ <i>L'IMPACT SUR LA SANTÉ</i>	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
14.	TAUX DE RÉADMISSION	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Michelle Dupont, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUUEL
15.	TAUX DE LÉTALITÉ	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Michelle Dupont, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUUEL
16.	TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Michelle Dupont, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUUEL
	♦ <i>LE POINT DE VUE DES USAGERS</i>	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
17.	APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL	Ronald McNeal	À déterminer	Rapport annuel et sondages de satisfaction	ANNUUEL
18.	APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SERVICES	Ronald McNeal	À déterminer	Rapport annuel	ANNUUEL
19.	APPRÉCIATION DE LA RAPIDITÉ ET FACILITÉ DES SERVICES	Ronald McNeal	À déterminer	Rapport annuel	ANNUUEL
	♦ <i>MAINTIEN ET AMÉLIORATION COMPÉTENCE RESSOURCES HUMAINES</i>	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
20.	HEURES CONSACRÉES AU PERFECTIONNEMENT ET À LA FORMATION CONTINUE	Suzanne Allaire	À déterminer	Relevé auprès des établissements	ANNUUEL
	♦ <i>MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE</i>	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
21.	L'ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES ET DES COÛTS DIRECTS NETS PAR CATÉGORIE DE SERVICES	Luc Bordeleau	Francine Huot	SBFR	PÉRIODE 8-13
22.	ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS ET RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES	Luc Bordeleau	Francine Huot	SBFR	ANNUUEL
23.	NIVEAU DE SURPLUS ET DÉFICITS	Luc Bordeleau	Francine Huot	SBFR	ANNUUEL
24.	NIVEAU D'EMPRUNTS	Luc Bordeleau	Francine Huot	SBFR	BI-ANNUUEL

L'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 : L'ATTENTE EN RADIO-ONCOLOGIE
- # 3 : L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
- # 4 : TAUX D'ADMISSION : PREMIÈRE ADMISSION AU RÉSEAU D'HÉBERGEMENT (CHSLD)
- # 5 : DÉLAI MOYEN D'ACCÈS : PREMIÈRE ADMISSION EN HÉBERGEMENT
- # 6 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR
- # 7 : SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

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'utilisateurs en attente à une date donnée pour un pontage ou un remplacement valvulaire*; B) le *pourcentage d'utilisateurs en attente depuis plus d'un mois*.

A) *Le nombre d'utilisateurs en attente* équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour un pontage ou un remplacement valvulaire à une date déterminée (date du relevé).

B) *Le pourcentage d'utilisateurs en attente depuis plus d'un mois* correspond au rapport entre le nombre d'utilisateurs différents qui attendent depuis plus d'un mois pour une chirurgie (numérateur) et le total des utilisateurs différents en attente à la date déterminée (dénominateur). Les types d'interventions ciblées sont les pontages et les remplacements valvulaires.

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 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'utilisateurs en attente* = à la date du relevé, somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour une chirurgie cardiaque.

B. *Le pourcentage d'utilisateurs en attente depuis plus d'un mois* =
$$\frac{\text{somme des utilisateurs en attente depuis plus d'un mois}}{\text{total des utilisateurs en attente à la date du relevé}} \times 100$$

5- Source :

Relevé hebdomadaire de la Régie régionale auprès des établissements

6- Unités de mesure :

Mois. Utilisateur.

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)

- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital 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

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

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 n'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) :

- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital 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

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

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'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 orthopédie (voir liste au verso) et toujours en attente pour une chirurgie 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 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'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 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'usagers 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'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** :

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) :

- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital 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) :

- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital 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

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

2 : L'ATTENTE EN RADIO-ONCOLOGIE

En voie de révision.

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

CHUM :

- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital 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 : en voie de révision

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

3 : 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 CRDI (voir liste au verso) et la date où s'amorcent 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 CRDI 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 exercice financier, 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.

Le calcul effectué par voie de relevé auprès des CRDI, pour 1998-1999, comprenait les paramètres suivants :

- ♦ Le focus a été mis sur les **programmes**. On calcule le délai d'accès pour une **première inscription** à un programme. De plus, on a pris en compte le **premier accès à un des services** d'un programme afin d'exclure la mobilité interne des usagers entre les services d'un programme.
- ♦ Pour le relevé auprès des CLSC on a pris en compte les usagers en attente ayant une **déficience intellectuelle et les personnes autistes**.

Lorsque la Régie pourra traiter le SIC-DI, suite aux travaux menés pour assurer la confidentialité des données et valider le système d'information, une exploration plus en profondeur de l'indicateur pourra être réalisée.

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 : 15 février 2000

4 : TAUX D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT CHSLD ET RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

Autre appellation : **Le taux d'admission à la première référence d'hébergement en CHSLD et ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires ou assimilées et résidences d'accueil).**

1. Définition :

À l'intérieur d'une période donnée, le nombre d'admissions de personnes requérant pour la première fois un hébergement en CHSLD ou en ressources d'hébergement non institutionnelles sur l'ensemble des nouvelles demandes acceptées dans les CHSLD et en ressources non institutionnelles de la région de Montréal-Centre. Le taux d'admission dans le réseau de l'hébergement CHSLD est calculé en fonction de la catégorie d'heures-soins requises et selon la détermination de services inscrite à Info-admission. Ce calcul inclut les personnes admises sans détermination d'heures-soins requises.

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

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); unités d'évaluation gériatrique (programme 43); soins palliatifs (programme 35); hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25); lits provisoires de transition (programmes 34, 36, 37, 38).

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

Indicateur en lien avec le objectifs suivants : maintenir le parc de lits en CHSLD; améliorer l'équité d'accès aux caractéristiques linguistiques et culturelles de la population; développer 400 places d'hébergement non institutionnelles. 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 d'admission 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.

Le taux de réponse est fonction du nombre de places disponibles pouvant répondre aux besoins de la clientèle et de l'attrition de la clientèle. Le numérateur et le dénominateur ne 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 : (voir annexe A : Ventilation des résultats)

Au cours d'un exercice financier donné :

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

5- Source : Système Info-admission.

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

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

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

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 : 15 février 2000

HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE / UTILISATION DES RESSOURCES

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

Autre appellation : **Le délai moyen d'accès pour une première admission en hébergement CHSLD et ressources d'hébergement non institutionnelles (ressources intermédiaires ou assimilées et résidences d'accueil).**

1- Définition :

Au cours d'une période donnée, le temps écoulé entre la date de la première référence (enregistrement de la demande d'admission au système régional d'admission en soins de longue durée) et la date de l'admission dans un CHSLD ou une ressource d'hébergement non institutionnelle moins les périodes de temps en suspens. En CHSLD, le délai moyen est calculé pour les premières admissions en fonction de la catégorie d'heures-soins requises selon la détermination de services associée et inscrite à Info-admission. Ce calcul inclut les admissions sans détermination d'heures-soins requises.

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

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); unités d'évaluation gériatrique (programme 43); soins palliatifs (programme 35); hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25); lits provisoires de transition (programmes 34, 36, 37, 38).

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

Indicateur en lien avec les objectifs suivants : maintenir le parc de lits en CHSLD et augmenter de 44 à 60 % les places de 2,5 heures-soins et plus; améliorer l'équité d'accès aux caractéristiques linguistiques et culturelles de la population; développer 400 places d'hébergement non institutionnelles; diminuer de 853 à 552 le nombre de lits de longue durée en CHSGS et réduire le délai d'attente pour un hébergement en CHSLD. Le délai de réponse des demandes d'hébergement est un indicateur permettant d'évaluer l'accès au réseau d'hébergement en fonction des catégories d'heures-soins requises. Permet de suivre l'impact du rehaussement des critères d'admission en CHSLD (augmentation de 44 % à 60 % des lits de 2,5 heures-soins et plus) et de l'augmentation des services à domicile des CLSC sur le délai d'admission dans la région. Doit être interprété en tenant compte : 1) des demandes de financement adressées au MSSS relativement à l'alourdissement des clientèles en CHSLD; 2) du financement alloué aux CLSC pour intensifier les services de maintien à domicile.

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

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

4- Méthode de calcul : (voir annexe A : Ventilation des résultats)

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

date d'admission, moins date de la première référence (moins temps en suspens)

nombre d'usagers nouvellement admis au cours d'une période donnée

Indice d'évolution = 1997-1998 = 100 %

5- Source : Système Info-admission.

6- Unités de mesure :

- Jour de calendrier, - Usagers.

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

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

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 : 15 février 2000

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

6 : 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).

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

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

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

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

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

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

4- Méthode de calcul :

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

La même méthode est appliquée en courte durée psychiatrique.

5- Source :

Med-Écho.

6- Unités de mesure :

Départ du CHSGS.

Jour (exprimé avec une décimale).

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeurs de référence :

Les objectifs régionaux : 1- une DMS de 6,8 jours pour les soins de courte durée en courte durée physique; 2- en courte durée psychiatrique, une DMS ≤ 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) :

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

Centre hospitalier Fleury

Centre hospitalier St-Mary

Centre universitaire de santé McGill (CSUM) :

- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Royal Victoria (attention séparer Royal Victoria et Institut Thoracique)
- Institut Neurologique
- Institut Thoracique

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 (Attention : non en psychiatrie)

Hôpital Shriners pour enfants

Hôpital Ste-Justine (Attention : non en psychiatrie)

Mise à jour : 15 février 2000

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

7 : 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 des salles d'urgence (MSSS).

6- Unités de mesure :

Usager sur civière.

Catégorie de diagnostic.

7- Période(s) de production :

La mise à jour est effectuée sur une base 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) :

- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital 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

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

- # 8 : USAGERS DESSERVIS À DOMICILE PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS
- # 9 : INTENSITÉ DES SOINS À DOMICILE DISPENSÉS AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS PAR LES CLSC
- # 10 : USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) DES CLSC
- # 11 : USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC
- # 12 : PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN AMBULATOIRE : PSYCHIATRIE ADULTE
- # 13 : LES SIGNALEMENTS NON RETENUS EN VERTU DE LA LPJ ET LES RÉFÉRENCES PROVENANT DES CLSC VERS LES CJ EN VERTU DE LA LSSS (à confirmer)

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

8 : USAGERS DESSERVIS À DOMICILE 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 à domicile 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. 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 les soins et services offerts à domicile et liés à la réduction des durées de séjour et de la clientèle ambulatoire des CHSGS (cas de chirurgie et de médecine d'un jour). 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 clientèle pertinente du programme de périnatalité ne peut être prise en compte à ce jour compte tenu qu'il faut préalablement la définir.

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 :
1) l'indicateur ne couvre que la partie des services à domicile; 2) 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.
- 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 centre d'activités périnatalité 6510 n'a pas été considéré de 1995-1996 à 1998-1999.*)
 - 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). **En 1998-1999 les codes utilisés pour les services à domicile sont : 6173, 6530, 6563, 7160, 6350.**
 - Les téléphones ne sont pas conservés s'il n'y a pas d'autres types d'interventions associées.
 - **Données non disponibles pour le CLSC de Rosemont en 1998-1999; ce CLSC a été retiré pour toutes les années d'observation. Les données du CLSC St-Léonard ont été prises en compte pour toutes les années d'observation.**
- 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 : 15 février 2000

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

9 : 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 (ergothérapie, physiothérapie, 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).

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 1998-1999 les codes utilisés pour les services à domicile sont 6530 et 6173. (En 1995-1996 et 1996-1997 le centre activité 6531 a été saisi).**

Données non disponibles pour le CLSC de Rosemont en 1998-1999; ce CLSC a été retiré pour toutes les années d'observation. Les données du CLSC St-Léonard ont été prises en compte pour toutes les années d'observation.

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 : 15 février 2000

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

10 : 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 bénéficient 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*). **En 1998-1999 les codes des services à domicile sont 6173 et 6530.**

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

Données non disponibles pour le CLSC de Rosemont en 1998-1999; ce CLSC a été retiré pour toutes les années d'observation. Les données du CLSC St-Léonard ont été prises en compte pour toutes les années d'observation.

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 : 15 février 2000

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

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

11 : 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). **En 1998-1999 ces centres d'activités sont codés 6930.** 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 fournies 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. **En 1998-1999 ce programme est codé 6930.**

+

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 (# 6562).

- C) **Données non disponibles pour le CLSC de Rosemont en 1998-1999; ce CLSC a été retiré pour toutes les années d'observation. Les données du CLSC St-Léonard ont été prises en compte pour toutes les années d'observation.**

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 : 15 février 2000

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

12 : PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN AMBULATOIRE : 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 :

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

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 Sacré-Coeur 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) :

- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital 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

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

13 : LES SIGNALEMENTS NON RETENUS EN VERTU DE LA LPJ ET LES RÉFÉRENCES PROVENANT DES CLSC VERS LES CJ EN VERTU DE LA LSSSS (À CONFIRMER)

Autre appellation : **Proportion des signalements non retenus en Protection de la jeunesse, proportion des références personnalisées pour ces signalements, et référence en LSSSS par des CLSC.**

1- Indicateurs retenus : Pour une année financière donnée :

- A) Taux des signalements non retenus en vertu de la LPJ
- B) Taux des signalements non retenus ayant fait l'objet d'une référence personnalisée¹
- C) Taux des demandes de services de nature LSSSS faites par les CLSC

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

Dans le cadre du Projet jeunesse montréalais, on poursuit l'objectif d'assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille. Les mesures mises de l'avant devraient au fil du temps permettre de voir une augmentation des références entre partenaires ainsi que du suivi des clientèles par la LSSSS plutôt que par une loi d'exception (LPJ). De même, l'entente régionale CLSC-CJ devrait augmenter la collaboration et favoriser la continuité de services.

3- Limite(s) / Mise(s) en garde : Le Projet jeunesse montréalais est en voie d'implantation. Les effets escomptés devraient se manifester à moyen terme. Les références personnalisées, au sens où elles sont actuellement définies, ne correspondent pas aux pratiques implantées aux centres jeunesse. Le changement de pratique demandé risque, au cours de la période de transition, d'affecter la mesure de l'indicateur B. La mesure de l'indicateur B risque également d'être affectée par les divergences de compréhension ou de discrimination des situations de références personnalisées pour les membres du personnel durant la période de transition. Dans un premier temps, la formation sur la Loi de la protection de la jeunesse planifiée auprès des intervenants de divers milieux peut avoir un impact sur les références en protection de la jeunesse. La variation du taux de l'indicateur C est influencée par plusieurs facteurs affectant la demande de service comme l'accroissement de la pauvreté, la médiation d'une situation d'un enfant maltraité ou d'une situation particulièrement chargée émotionnellement, etc., ont souvent comme impact d'augmenter le nombre de demandes de services sans que cela ne soit réellement dû à une augmentation de la continuité de services.

4- Méthode de calcul : Au cours d'une année financière :

A) Nombre total de signalements non retenus en vertu de la LPJ	X	100
Total des signalements traités.		
B) Nombre total de signalements non retenus ayant fait l'objet d'une référence personnalisée	X	100
Total des signalements non retenus		
C) Nombre total de demandes de services de nature LSSSS provenant des CLSC	X	100
Total des demandes de services aux centres jeunesse en LSSSS provenant des organismes extérieurs ou des parents		

5- Source : Les centres jeunesse

6- Unités de mesure : Usagers différents.

7- Période(s) de production : La mise à jour est effectuée deux fois par année.

8- Valeur de référence : Les résultats en 1999-2000, soit 1 an après la mise en oeuvre du projet jeunesse et la mise en place de moyens récents par les centres jeunesse pour diminuer le nombre de signalements (vérification terrain).

Version février 2000, en voie de confirmation

¹ Au minimum, une référence est personnalisée si un contact direct est fait entre l'intervenant de la DPJ et celui à qui on réfère.

IMPACT SUR LA SANTÉ

14 : TAUX DE RÉADMISSION

15 : TAUX DE LÉTALITÉ

16 : NOMBRE ET TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES

IMPACT SUR LA SANTÉ

14 : TAUX DE RÉADMISSION

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

1- Définition

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

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

2- Utilisation(s) / Interprétation

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

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

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

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

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

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

4- Méthode de calcul

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

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

5- Source

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

6- Unité de mesure

Réadmissions relatives à une condition médicale pour 100 patients admis.

7- Période de production

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence

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

IMPACT SUR LA SANTÉ

15 : TAUX DE LÉTALITÉ

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

1- Définition

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

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

2- Utilisation(s) / Interprétation

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

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

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

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

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

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

4- Méthode de calcul

Pour chaque exercice financier et chacune des conditions médicales :

Taux de létalité :

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

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

5- Sources

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

6- Unité de mesure

Décès relatifs à une condition médicale pour 100 patients admis.

7- Période de production

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence

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

IMPACT SUR LA SANTÉ

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

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

1- Définition

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

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

2- Utilisation(s) / Interprétation

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

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

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

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

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

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

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

4- Méthode de calcul

Pour chaque exercice financier à l'étude :

Nombre :

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

Taux :

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

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

5- Source

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

6- Unité de mesure

Admissions jugées évitables pour 10 000 résidents.

7- Période de production

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence

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

POINT DE VUE DES USAGERS

17 : APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

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

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

POINT DE VUE DES USAGERS

17 : 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.

POINT DE VUE DES USAGERS

18 : 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

19 : 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.

MAINTIEN ET AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE
DES RESSOURCES HUMAINES

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

MAINTIEN ET AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES DES RESSOURCES HUMAINES

20 : 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 ultraspecialisés 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'efficience 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***

- # 21 : L'ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES ET DES COÛTS DIRECTS NETS PAR CATÉGORIES DE SERVICES
- # 22 : ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS ET RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES
- # 23 : NIVEAU DE SURPLUS OU DÉFICIT
- # 24 : NIVEAU D'EMPRUNT

MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE

21 : SOMMES ET HEURES TRAVAILLÉES DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SERVICES

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

1- Définition : Total des coût 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 SERVICES
COMPRIS DANS LA MESURE DE SUIVI DE LA MODERNISATION
DES SERVICES DE SOUTIEN ET DE L'ADMINISTRATION**

EXERCICE FINANCIER 1998-1999

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
7300	Adm. générale
7301	Direction générale
7302	Administration financière
7303	Administration du personnel
7304	Adm. des serv. profess. & hospita.
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

SERVICES TECHNIQUES

5850	Contentieux
7340	Informatique
7350	Gestion de l'information
7390	Dépl. personnes handicapées
7391	Déplac. des pers. ayant déf. phys.
7392	Déplac. des pers. déf. intellectuelle
7400	Déplacement des usagers
7401	Dépl. des usagers entre établ.
7402	Dépl. usagers âgés de 65ans et +
7403	Dépl. usagers par évac. aéromédicales
7404	Déplacement des cas électifs
7405	Dépl. bénéf. autochtones inscrits
7520	Accueil et communications
7521	Accueil
7522	Communications et messagerie
7530	Récep.-Archives-Télécommunicat.
7531	Réception - Télécommunications
7532	Archives
7533	Réception - Archives -Télécommunicat. (n.r.)
7550	Nutrition - clinique et alimentation
7551	Alimentation - internat pers. D.P.
7552	Alimentation-internat,pers.déf.int.
7553	Nutrition clinique
7554	Alimentation - autres
7600	Buanderie et lingerie
7601	Buanderie et lingerie-internat D.P.
7602	Buanderie et lingerie-int.pers.D.I.
7603	Buanderie et lingerie - autres
7640	Entretien ménager
7641	Ent. ménager-Internat déf. intell.
7642	Entret. ménager-Internat déf. phys.
7643	Entretien ménager-Autres
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
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
7809	Ent. & réparation des installations (n.r.)

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 pour jeunes
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	Serv. en centre de jour et en SAHT
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
6092	Info-Santé - Local
6093	Centrale pour la région de Montréal
6094	Centrale pour les autres régions

6100	Psychiatrie légale
6160	Soins d'ass. pers. en perte d'auto.
6170	Soins infirmiers à domicile
6171	Soins infirmiers à dom. (santé physique)
6172	Soins infirmiers à dom. (santé mentale)
6173	Soins infirmiers à dom. (n.r.)
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	Consultations externes
6302	Consultations externes spécialisées
6303	Planification familiale
6304	Unités de soins familiaux
6307	Services de santé courants
6320	Centre stérilisation & distribution
6321	Centre stér. et distrib.-déf. motr.
6322	Centre stér. & distrib. - CH-CHSLD
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
6363	Bloc obstétrical
6364	Mat.soins gén.nouv.-nés & bloc obs. (n.r.)
6365	Mat.& soins gén.aux nouveau-nés (n.r.)
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
6447	Rés.d'acc.adul.pers.âgé.-al(toxico)
6450	Autres ressources-Allocations
6451	Aut. ress. pr enfants-allocations
6452	Aut.ress. adul.& pers. âgées-alloc.
6453	Aut.ress. pers. toxico- alloc.
6460	Serv. revendicateurs statut réfugié
6461	Serv. soc.aux revendi. statut réfugié
6462	Serv. santé revendi. statut réfugié
6510	Santé parentale et infantile
6530	Aide à domicile
6540	Services dentaires préventifs
6550	Services dentaires curatifs
6560	Services psychosociaux
6562	Services psychosociaux -Autres
6563	Services psychosociaux aux p.a.p.a.
6564	Psychologie
6565	Services sociaux
6580	Prév./protec. de la santé publique
6590	Services en milieu scolaire
6591	Santé scolaire
6592	Services sociaux scolaires
6600	Laboratoires
6601	Banque de sang
6604	Anatomopathologie

6605	Cytologie
6606	Centre de prélèvements
6607	Laboratoires regroupés
6608	Laboratoires suprarégionaux
6610	Physiologie respiratoire
6640	Ress. type familial - Toxicomanes
6670	Réadapt.-toxicomanes(Usagers admis)
6680	Réadapt.-toxicomanes (usagers insc)
6710	Électrophysiologie
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
6802	Pharmacie - Autres
6830	Imagerie médicale
6831	Radiodiagnostic-Général
6832	Ultrasonographie
6833	Mammographie
6834	Tomodensitométrie
6835	Résonance magnétique
6836	Angioradiologie (excluant cardiaque)
6837	Lithotripsie
6838	Angiographie cardiaque(hémodynam.)
6839	Radiodiagnostic-Déficience motrice
6840	Radio-oncologie
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.
6930	Intég.-Réintég. santé mentale
6940	Internat-Déficience intel. ou phys.
6945	Internat -déficience intellectuelle
6946	Internat - Déficience physique
6950	Res. résident. réadapt. toxicomanes
6960	Centre jour pers. en perte d'auto.
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 (santé physique)
6982	Foyers de groupe (santé mentale)
6983	Foyer de groupe-Déficience intel.
6984	Foyers de groupe-Déficience phys.
6987	Foyer de groupe-Toxicomanes
6990	Hébergement enpavillon
6991	Héberg. pavillon-santé physique
6992	Héberg. en pavillon-santé mentale
6993	Héberg. en pavillon-déf. intell.
7000	Centre activités jour-Déf.int.
7010	Atelier trav. - Déf. intel. ou phys.
7011	At. de travail-Déficience intel.
7012	At. de travail-Déficience physique

7020	Supp. stages milieu trav. - DI ou DP
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, DP)
7041	Assis. résidentielle continue (DI)
7042	Assist. résidentielle continue (DP)
7050	Ress.résid.-all.pr ass.résid. (DI, DP)
7051	Ress.résid.-all.pr ass.résid. (DI)
7052	Ress.résid.-all.pr ass.résid. (DP)
7060	Hémato-oncologie
7080	Soutien fam. de pers. handicapées alloc.
7081	Soutien fam. pers. déf. phys.-alloc.
7082	Soutien fam. pers. déf. intel.-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 - MAD
7170	Services d'éducation familiale/sociale
7910	Besoins spéciaux
7990	Activités spéciales
7991	Activités spéciales, santé mentale
7993	Opération an 2000
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	Réadapt. 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	Réadapt. 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
8060	Adap./réadapt. - déficience visuelle
8061	Adap./réadapt. enf.(0-4)-Déf. visu.
8062	Adap./réadapt. enf.(5-11) Déf. visuelle
8063	Adap./réadapt. 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./réadapt. - 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.adul.(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
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

MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE

22 : 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

23 : 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

24 : NIVEAU D'EMPRUNT

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

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

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

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

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

Indicateur complémentaire à la situation des surplus et déficits.

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

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

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

Un indicateur non pertinent ou applicable aux établissements privés conventionnés.

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

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

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

4- Méthode de calcul :

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

5- Source :

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

États détaillés des autorisations d'emprunt en vigueur produits par les régions 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