



LES FICHES TECHNIQUES DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD CENTRAL

Le défi de l'accès
l'an 2

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

Février 2001

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, les grands chantiers en ressources humaines 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 ». Quatre indicateurs sont définitivement abandonnés en 1999-2000. Il s'agit du « Délai d'accès pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive », des « Visites ambulatoires entre 8 et 22 heures dans les urgences », « Des jeunes en difficulté suivis conjointement par les CLSC et les centres jeunesse » et enfin, les « Heures consacrées au perfectionnement et à la formation de la main d'œuvre ». 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.

Par ailleurs, la Direction des ressources humaines a identifié 4 nouveaux indicateurs liés aux priorités du « Défi de l'accès 1998-2002 ». Au total, nous suivons donc 26 indicateurs.

. . . 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, Louis Morache,
- 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, Ghislaine Tremblay
- de la Direction de la santé publique, Pierre Tousignant.

Le lecteur peut consulter le tableau qui suit. Il identifie toutes les personnes qui ont collaboré à la réalisation du Tableau de bord central de la Régie en l'an 2 du Plan.

LISTE DES COLLABORATEURS

◆ L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
1A) <i>L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES CARDIAQUES</i>	Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1B) <i>L'ATTENTE POUR DES INTERVENTIONS EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE</i>	Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1C) <i>L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE</i>	Michelle Bérubé	Michelle Bérubé	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
1D) <i>L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE</i>	Michelle Bérubé	Michelle Bérubé	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
2. <i>L'ATTENTE EN RADIO-ONCOLOGIE (À RÉVISER)</i>	Micheline Lefebvre	Micheline Lefebvre	Relevé périodique	PÉRIODES DÉTERMINÉES
3. <i>L'ACCÈS EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE</i>	Donald Foidart Danielle Dorval	Guylaine Ranger Danielle Dorval	SIC CRPDI Relevé annuel CLSC	ANNUUEL
4. <i>TAUX D'ADMISSION : PREMIÈRE ADMISSION EN CHSLD ET RNI</i>	Cornelia Steavu	Michel Désilet	Info-Admission	ANNUUEL
5. <i>DÉLAI MOYEN D'ACCÈS : PREMIÈRE ADMISSION EN CHSLD ET RNI</i>	Cornelia Steavu	Michel Désilet	Info-Admission	ANNUUEL
6. <i>DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE DANS LES CHSGS</i>	Michelle Bérubé, Michel Roberge	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	Med-Écho	ANNUUEL (NOVEMBRE)
7. <i>SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES</i>	Francine Bussièrès Michel Roberge	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	Registre des urgences	ANNUUEL
◆ LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
8. <i>USAGERS DESSERVIS À DOMICILE PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS</i>	Denise Sirois, Danielle Dorval	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUUEL
9. <i>INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS</i>	Denise Sirois, Danielle Dorval, Claire Amyot	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUUEL
10. <i>USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) DES CLSC</i>	Denise Sirois, Danielle Dorval,	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUUEL
11. <i>USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC</i>	Denise Sirois, Danielle Dorval,	Pierre Provencher, Marie-Andrée Picard	SIC-CLSC	ANNUUEL
12. <i>PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN AMBULATOIRE : PSYCHIATRIE ADULTE</i>	Michel Roberge	Lina-Lemaitre Auger	SBFR et AS-471	ANNUUEL
◆ L'IMPACT SUR LA SANTÉ	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
13. <i>TAUX DE RÉADMISSION</i>	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Michelle Dupont, Robert Choimière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUUEL

LISTE DES COLLABORATEURS

14. TAUX DE LÉTALITÉ	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Michèle Dupont, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUEL
15. TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES	Pierre Tousignant	Gilles Lavoie, Jean Cloutier, Michèle Dupont, Robert Choinière, Denis Lamontagne	Med-Écho	ANNUEL
♦ LE POINT DE VUE DES USAGERS	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
16. APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL	Ronald McNeal	Diane Savage	Rapport annuel et sondages de satisfaction	ANNUEL
17. APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SERVICES	Ronald McNeal	Diane Savage	Rapport annuel	ANNUEL
18. APPRÉCIATION DE LA RAPIDITÉ ET FACILITÉ DES SERVICES	Ronald McNeal	Diane Savage	Rapport annuel	ANNUEL
♦ LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
19. ÉVOLUTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT	Ghyslaine Tremblay	Lisette Shaffer, Michel Beauchemin	Riposte	ANNUEL
20. ÉVOLUTION DE LA SITUATION DES CADRES EN STABILITÉ D'EMPLOI	Ghyslaine Tremblay	Lisette Shaffer, Michel Beauchemin	Sisech	ANNUEL
21. PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SRMO	Ghyslaine Tremblay	Christiane Rouleau, Luc Quintal, Michel Beauchemin	OSIOR	ANNUEL
22. ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES TECHNICIENS EN RADIO-ONCOLOGIE	Ghyslaine Tremblay	Christiane Rouleau, Luc Quintal, Michel Beauchemin	R22_9898	ANNUEL
♦ MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE	RÉPONDANT(S)	PRODUCTEUR(S)	BASE DONNÉE	DATE DISPONIBILITÉ
23. POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILÉES PAR CATÉGORIE DE SERVICES	Louis Morache	Lina Lemaitre Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL
24. ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS BUDGÉTAIRES	Louis Morache	Lina Lemaitre Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL
25. NIVEAU DE SURPLUS ET DÉFICITS	Louis Morache	Lina Lemaitre Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL
26. NIVEAU D'EMPRUNTS	Louis Morache	Lina Lemaitre Auger, Johanna Lapierre	SBFR	ANNUEL

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

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

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

1-C : L'ATTENTE AUX CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE

1-D : L'ATTENTE AUX CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

2 : L'ATTENTE POUR DES TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

3 : L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

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

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

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

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

B. **Le pourcentage d'usagers en attente depuis plus d'un mois** correspond au rapport entre le nombre d'usagers différents qui attendent depuis plus d'un mois pour une chirurgie (numérateur) et le total des usagers différents en attente à la date déterminée (dénominateur).

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

Le nombre d'usagers différents en attente nous donne un ordre de grandeur de la demande non satisfaite pour les chirurgies cardiaques à un moment déterminé. Le pourcentage d'usagers en attente depuis plus d'un mois permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Ces informations devraient servir à nous interroger sur les facteurs qui nous permettraient de comprendre la situation et d'apporter les correctifs s'il y a lieu.

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

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

4- **Méthode de calcul** :

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

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

5- **Source** :

Relevé hebdomadaire de la Régie régionale auprès des établissements

6- **Unités de mesure** :

Mois. Usager.

7- **Période(s) de production** :

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

8- **Valeurs de référence** :

Objectifs : éliminer la liste d'attente et s'assurer par la suite qu'un patient soit opéré dans un délai maximal d'un mois.

Mise à jour : 15 janvier 2001

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 nombre 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 nombre d'usagers en attente depuis plus de 3 mois** équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées depuis ce temps.

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 interventions en cardiologie tertiaire à un moment déterminé. Le nombre 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.

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 la pose d'un tuteur ou le remplacement d'un défibrillateur.

B. **Nombre d'usagers en attente de plus de trois mois** = à la date du relevé, somme des personnes différentes enregistrées depuis plus de trois mois pour la pose d'un tuteur ou le remplacement d'un défibrillateur.

Les résultats sont ventilés selon les interventions ciblées.

5- **Source** :

Relevé périodique de la Régie régionale auprès des établissements pour des périodes déterminées.

6- **Unités de mesure** :

Mois. Usager.

7- **Période(s) de production** :

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

8- **Valeurs de référence** :

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

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'utilisateurs en attente d'une chirurgie de prothèses totales de la hanche ou du genou*; B. *le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus.*

A. *Le nombre total d'utilisateurs en attente d'une chirurgie de prothèse totale de la hanche ou du genou* correspond à la somme des personnes enregistrées (registre des demandes ou d'admission, index des patients, liste d'attente) auprès d'un établissement offrant la chirurgie en orthopédie et toujours en attente pour une chirurgie à une date déterminée (date du relevé).

B. *Le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus* équivaut au rapport entre le nombre d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus (numérateur) et le nombre total de personnes en attente pour une chirurgie (dénominateur).

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

Le nombre d'utilisateurs différents en attente nous donne un ordre de grandeur de la demande non satisfaite pour les chirurgies cardiaques à un moment déterminé. Le pourcentage d'utilisateurs en attente depuis 6 mois et plus permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Ces informations devraient servir à nous interroger sur les facteurs qui nous permettraient de comprendre la situation et d'apporter les correctifs s'il y a lieu.

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

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

4- **Méthode de calcul** :

A. *Nombre d'utilisateurs en attente* = à la date du relevé, somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour une prothèse totale de la hanche ou du genou.

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

5- **Source** :

Relevé de la Régie régionale auprès des établissements pour des périodes déterminées.

6- **Unités de mesure** :

Mois. Usager.

7- **Période(s) de production** :

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

8- **Valeurs de référence** :

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

Mise à jour : 15 janvier 2010

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

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'utilisateurs en attente pour une chirurgie de la cataracte*; B. *le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus.*

A. *Le nombre total d'utilisateurs en attente pour une chirurgie de la cataracte* correspond à la somme des personnes enregistrées (registre des demandes ou d'admission, index des patients, liste d'attente) auprès d'un établissement offrant la chirurgie en ophtalmologie et toujours en attente pour une intervention chirurgicale à une date déterminée (date du relevé).

B. *Le pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus* équivaut au rapport entre le nombre d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus (numérateur) et le nombre total de personnes en attente pour une intervention chirurgicale (dénominateur).

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

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

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

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

4- **Méthode de calcul** :

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

5- **Source** :

Relevé de la Régie régionale auprès des établissements pour des périodes déterminées.

6- **Unités de mesure** :

Mois. Usager.

7- **Période(s) de production** :

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

8- **Valeurs de référence** :

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

2 : LES USAGERS INSCRITS EN LISTE D'ATTENTE POUR DES TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE ET PARMIS EUX LES USAGERS PRÊTS À RECEVOIR DES TRAITEMENTS

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

- A. les usagers inscrits en liste d'attente pour des traitements en radio-oncologie;
- B. parmi eux, les usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie suite à une chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie (mais toujours en attente).

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

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

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

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

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

- A. les usagers différents inscrits en liste d'attente pour des traitements en radio-oncologie;
- B. le pourcentage d'usagers prêts à recevoir leurs traitements mais toujours inscrits en liste d'attente :

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

La méthode de calcul est appliquée : 1) aux usagers en attente tous sites de cancer confondus; 2) aux usagers en attente pour un cancer du sein, du col utérin et le lymphome.

5- **Source** :

Relevé périodique de la Régie régionale auprès des établissements.

6- **Unités de mesure** :

Usagers différents.

7- **Période(s) de production** :

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

8- **Valeurs de référence** :

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

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

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

- A. par programme, le **nombre de nouveaux usagers** toujours en attente d'un premier service d'un CRDI au **31 mars de l'année**;
- B. par programme, le **nombre de nouveaux usagers desservis** c'est-à-dire qui ont reçu un premier service entre le **1^{er} avril et le 31 mars de l'année**;
- C. pour les **nouveaux usagers desservis entre le 1^{er} avril et le 31 mars** de l'année, le **délai moyen d'accès** est calculé. Le délai moyen d'accès par programme correspond à la période écoulée entre la date d'enregistrement sur la liste d'attente et la date où s'amorce la première intervention dans le cadre d'un service du programme.

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).

2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** : Cet indicateur contribue à suivre la capacité du réseau de la déficience intellectuelle à répondre aux nouvelles demandes de services. Plus spécifiquement, le délai moyen d'accès est un indice de la rapidité de réponse des établissements, alors que le nombre d'utilisateurs différents en attente d'un service est un indice de la pression de la demande.

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** : Les paramètres de l'indicateur sont calculés pour chaque programme séparément. Pour chacun des 3 programmes, le focus est mis sur les **nouveaux usagers seulement c'est-à-dire pour les personnes qui ne sont pas déjà desservies dans le programme**. Ces usagers peuvent toutefois être desservis dans les autres programmes des CRDI. Dans l'optique de suivre la capacité du réseau de la déficience intellectuelle à répondre **aux nouvelles demandes** de services, nous ne prenons pas en compte les personnes qui sont déjà desservies dans un programme (ex. : stage dans le cadre du programme socioprofessionnel) et qui attendent un transfert de services dans ce programme (ex. : atelier de travail dans le cadre du programme socioprofessionnel). Les paramètres observés sont calculés comme suit :

- A. **Nombre d'utilisateurs en attente** = par programme, au **31 mars** de l'année, la somme des usagers différents enregistrés et toujours en attente pour un premier service.
- B. Par programme, le **nombre de nouveaux usagers desservis** ce qui équivaut à la somme des personnes différentes qui ont reçu pour la première fois un premier service entre le **1^{er} avril et le 31 mars de l'année**.
- C. **Délai moyen d'accès** : par programme, pour les **nouveaux usagers desservis pour la première fois entre le 1^{er} avril et le 31 mars** de l'année, le **délai moyen d'accès** est calculé.
 - 1. au cours d'un exercice financier, pour chaque usager ayant obtenu pour la première fois un service requis; (date prestation du premier service) – (date d'enregistrement d'un usager en liste d'attente) = jours calendrier/usager
 - 2.
$$\frac{\text{somme des jours calendrier de tous les usagers}}{\text{nombre d'utilisateurs ayant reçu un premier service au cours de l'année}}$$

5- **Sources** : Le système d'information clientèle des CRDI.

6- **Unités de mesure** : Jour calendrier. Usager différent.

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

8- **Valeurs de référence** : Les résultats de 1999-2000

Mise à jour : 15 janvier 2001

**# 3 B : ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SUITE) :
PROGRAMME DE SOUTIEN À LA FAMILLE OFFERT PAR LES CLSC**

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

- 1- **Définition** : Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes autistes, l'indicateur comprend 2 paramètres :
 - A. au **31 mars de l'année**, le **nombre de nouveaux usagers en attente** d'une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille offert par les CLSC;
 - B. entre le **1^{er} avril et le 31 mars de l'année**, le nombre de nouveaux usagers qui ont obtenu une première subvention dans le cadre du programme de soutien à la famille offert par les CLSC.

Pour enregistrer un usager (registre ou liste d'attente), il est essentiel que la situation de celui-ci ait fait l'objet d'une analyse afin de déterminer que la subvention est requise.
- 2- **Utilisation(s) / Interprétation(s)** : Cet indicateur contribue à suivre la capacité du réseau des CLSC à répondre aux nouvelles demandes de subventions.
- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde** :
- 4- **Méthode de calcul** : Les paramètres observés sont calculés comme suit :
 - A. **Nombre d'usagers en attente** = au **31 mars** de l'année, la somme des usagers différents (ayant une déficience intellectuelle incluant les personnes autistes) enregistrés et toujours en attente pour une première subvention.
 - B. Le **nombre d'usagers différents** (ayant une déficience intellectuelle incluant les personnes autistes) **qui ont obtenu une première subvention entre le 1^{er} avril et le 31 mars de l'année**.
- 5- **Sources** :

Relevé auprès des CLSC et rapport des services de première ligne.
- 6- **Unités de mesure** :

Usager différent. Usagers ayant une déficience intellectuelle et les personnes autistes.
- 7- **Période(s) de production** :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.
- 8- **Valeurs de référence** :

Les résultats de 1998-1999

Mise à jour : 15 janvier 2001

**# 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 :

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

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

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

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); unités d'évaluation gériatrique (programme 43); soins palliatifs (programme 35); hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25, 27, 28); lits provisoires de transition (programmes 34, 36, 37, 38, 50, 57).

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

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

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

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

4- Méthode de calcul :

Au cours d'un exercice financier donné :

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

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

5- Source : Système Info-admission.

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

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

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

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 selon la détermination de services associée et inscrite à Info-admission. Ce calcul inclut les admissions sans détermination d'heures-soins requises.

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

Cet indicateur ne comprend pas les admissions dans les lits suivants : unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI); unités d'évaluation gériatrique (programme 43); soins palliatifs (programme 35); hébergement temporaire (programmes 22, 32, 25, 27, 28); lits provisoires de transition (programmes 34, 36, 37, 38, 50, 57).

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

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

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

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

4- *Méthode de calcul :*

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

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

N.B. On met en évidence le rapport entre le nombre d'admissions par catégories d'heures-soins (moins de 1,5 heures-soins, 1,5 à 2,5 heures-soins, 2,5 heures-soins et plus par jour) et le total des admissions de l'année.

5- *Source :* Système Info-admission.

6- *Unités de mesure :*

- Jour de calendrier, - Usagers.

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

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

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 rapport entre le nombre de jours d'hospitalisation des usagers et les départs en courte durée physique et en courte durée psychiatrique dans les CHSGS.

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

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

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

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

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

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

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

4- **Méthode de calcul** :

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

La même méthode est appliquée en courte durée psychiatrique.

5- **Source** :

Med-Écho.

6- **Unités de mesure** :

Départ du CHSGS.

Jour (exprimé avec une décimale).

7- **Période(s) de production** :

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence** :

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

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

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

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

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

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

Permet de suivre l'atteinte des objectifs régionaux.

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

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

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

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

4- **Méthode de calcul :**

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

5- **Source :**

Registre des salles d'urgence (MSSS).

6- **Unités de mesure :**

Usager sur civière.

Catégorie de diagnostic.

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeurs de référence :**

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

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

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

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

12 : USAGERS DESSERVIS EN SERVICES AMBULATOIRES : PSYCHIATRIE ADULTE

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

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

1- **Définition** : Pour un exercice financier donné, 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.

Les résultats sont ventilés selon les profils posthospitalisés, postopérés, phases préterminales et terminales (services palliatifs) et les usagers différents sont identifiés.

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.

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** :

- A. Le nombre 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.
- B. Le nombre d'usagers différents comptés une seule fois pour l'ensemble des 3 profils.

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.**

En 1999-2000, les résultats de l'indicateur ont été estimés pour 28 des 29 CLSC (sauf CLSC Rosemont). La méthode utilisée est annexée. Pour 24 CLSC la méthode d'estimation décrite est la même. Pour 4 CLSC (Des Faubourgs, Petite Patrie, St-Laurent et St-Louis du Parc) l'estimation est faite à partir du ratio d'augmentation régional. Pour le CLSC Parc Extension dont les données sont surestimés en 98-99 on a réestimé les résultats à partir de 97-98

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 janvier 2001.

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

SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTE

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

- 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.

En 1999-2000, les résultats de l'indicateur ont été estimés pour 28 des 29 CLSC (sauf CLSC Rosemont). La méthode utilisée est annexée. Pour 24 CLSC la méthode d'estimation décrite est la même. Pour 4 CLSC (Des Faubourgs, Petite Patrie, St-Laurent et St-Louis du Parc) l'estimation est faite à partir du ratio d'augmentation régional. Pour le CLSC Parc Extension dont les données sont surestimés en 98-99 on a réestimé les résultats à partir de 97-98
- 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 pour des soins et de l'aide à domicile, le nombre total de visites et le nombre moyen de visites en 1997-1998.

Mise à jour : 15 janvier 2001

¹ En 1998-1999 les centres d'activités changent 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.

En 1999-2000, les résultats de l'indicateur ont été estimés pour 28 des 29 CLSC (sauf CLSC Rosemont). La méthode utilisée est annexée. Pour 24 CLSC la méthode d'estimation décrite est la même. Pour 4 CLSC (Des Faubourgs, Petite Patrie, St-Laurent et St-Louis du Parc) l'estimation est faite à partir du ratio d'augmentation régional. Pour le CLSC Parc Extension dont les données sont surestimés en 98-99 on a réestimé les résultats à partir à partir de 97-98

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 janvier 2001

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

11 : 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.

Les activités du centre d'intervention de crise (CIC) du CLSC Hochelaga-Maisonneuve sont exclues.

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 « durée moyenne de séjour en soins psychiatriques » et « 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** :

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**¹ :

- 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.**
- D) En 1999-2000, les résultats de l'indicateur ont été estimés pour 28 des 29 CLSC (sauf CLSC Rosemont). La méthode utilisée est annexée. Pour 24 CLSC la méthode d'estimation décrite est la même. Pour 4 CLSC (Des Faubourgs, Petite Patrie, St-Laurent et St-Louis du Parc) l'estimation est faite à partir du ratio d'augmentation régional. Pour le CLSC Parc Extension dont les données sont surestimés en 98-99 on a réestimé les résultats à partir de 97-98

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 janvier 2001

¹ En 1998-99 les centres d'activités changent compte tenu du nouveau cadre normatif

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 nombre d'adultes vus par les services ambulatoires de psychiatrie (cliniques externes) par rapport à la somme des usagers hospitalisés pour des soins de courte durée dans les CHSGS qui ont un département de psychiatrie.

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

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; pour suivre les autres services ambulatoires (centre de jour, hôpital de jour, unités d'intervention brève, suivi intensif dans la communauté), il y aurait lieu de développer des systèmes d'information appropriés.

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, 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.

6- *Unités de mesure :*

Usager différent inscrit et hospitalisé.

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

Il manque les CH Sacré-Coeur et Général Juif dont les données ne sont pas comparables.

7- *Période(s) de production :*

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- *Valeur de référence :*

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

IMPACT SUR LA SANTÉ

13 : TAUX DE RÉADMISSION

14 : TAUX DE LÉTALITÉ

15 : NOMBRE ET TAUX D'ADMISSIONS JUGÉES ÉVITABLES

13 : 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 de 1 % mais aussi à des critères de signification clinique spécifiques à chaque indicateur (à déterminer).

Mise à jour : juin 2000

IMPACT SUR LA SANTÉ

14 : TAUX DE LÉTALITÉ

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

1- Définition

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

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

2- Utilisation(s) / Interprétation

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

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

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

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

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

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

4- Méthode de calcul

Pour chaque exercice financier et chacune des conditions médicales :

Taux de létalité :

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

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

5- Sources

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

6- Unité de mesure

Décès relatifs à une condition médicale pour 100 patients admis.

7- Période de production

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- Valeur de référence

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

Mise à jour : juin 2000

IMPACT SUR LA SANTÉ

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

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

1- Définition

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

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

2- Utilisation(s) / Interprétation

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

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

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

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

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

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

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

4- Méthode de calcul

Pour chaque exercice financier à l'étude :

Nombre :

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

Taux :

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

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

5- Source

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

6- Unité de mesure

Admissions jugées évitables pour 10 000 résidents.

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

8- Valeur de référence

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

Mise à jour : juin 2000

POINT DE VUE DES USAGERS

16 : APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

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

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

POINT DE VUE DES USAGERS

16 : 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

17 : 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

18 : 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.

LES GRANDS CHANTIERS EN

RESSOURCES HUMAINES

19 : ÉVOLUTION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

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

21 : PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SRMO

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

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

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

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

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

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

4- **Méthode de calcul** :

- A. *Le pourcentage de postes comblés* : au 31 mars de l'année
$$\frac{\text{nombre de postes comblés (nominations)}}{\text{nombre de postes affichés}} \times 100$$
- B. *le pourcentage de nominations* : pour une année financière
$$\frac{\text{nbre nominations personnel syndiqué ou syndicable non syndiqué} + \text{personnel externe au réseau}}{\text{nombre total de nominations}} \times 100$$
- C. pour une année financière, *le nombre de postes d'encadrement en circulation (affiché) pour le personnel infirmier*

5- **Sources** : Riposte

6- **Unités de mesure** : Le poste.

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

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

Mise à jour : 19 janvier 2001

1- Définition :

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

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

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

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

4- Méthode de calcul :

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

5- Sources :

Base de données : Sisech

6- Unités de mesure :

L'inscription.

7- Période(s) de production :

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

8- Valeur de référence :

Novembre 1999.

Mise à jour : 19 janvier 2001

21 : PORTRAIT ÉVOLUTIF DES INSCRIPTIONS AU SRMO

1- **Définition** : L'indicateur comprend 3 paramètres qui se définissent comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

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

4- **Méthode de calcul** :

A. nombre de personnes inscrites (disponibles) au SRMO au 31 mars de l'année;

B. le taux annuel de résolution des dossiers :

$$\frac{\text{nombre de dossiers fermés (remplacement ou autres mesures ou fermetures de dossiers)}}{\text{total cumulatif salariés inscrits en début et en cours d'année}}$$

C. nombre de requêtes de main-d'œuvre (postes vacants) reçues au SRMO au cours de l'année financière.

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

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

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

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

Mise à jour : 19 février 2001

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

1- Définition :

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

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

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

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

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

4- Méthode de calcul :

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

5- Sources :

Base de données : R22_9899

6- Unités de mesure :

L'heure travaillée.

7- Période(s) de production :

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

8- Valeur de référence :

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

Mise à jour : 19 février 2001

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

23 : HEURES TRAVAILLÉES PAR CATÉGORIES DE SERVICES

24 : ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS ET RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES

25 : NIVEAU DE SURPLUS OU DÉFICIT

26 : NIVEAU D'EMPRUNT

MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE

23 : HEURES TRAVAILLÉES DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SERVICES

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

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

Permet d'identifier des situations problématiques d'établissements ou groupes d'établissements.
- 3- **Limite(s) / Mise(s) en garde :**

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

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

Les données semestrielles (rapport RR-444) ne sont pas fournies à temps par tous les établissements.
- 4- **Méthode de calcul :**
$$\frac{\text{Total des heures travaillées de l'année en cours dans une catégorie de services}}{\text{Total des heures travaillées en 1996-1997 dans cette même catégorie de services}} \times 100$$
- 5- **Source :**
Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.).
- 6- **Unités de mesure :**
Heures travaillées.
Centres d'activités.
- 7- **Période(s) de production :**
La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.
- 8- **Valeur de référence :**
Les heures travaillées par catégorie de services en 1997-1998.

Mise à jour : 15 janvier 2001

**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. & hospit.
7305	Service de la vérification interne
7306	Adm. financière & du pers. non rép.
7307	Approvisionnement et services
7309	Administration générale (n.réparti)
7320	Administration des services techniques

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 Réadap. pr adultes - myélopathies
 8025 Réad. pr adul.-Lésions musculo-squ.
 8026 Réad. pr adul.-Accid. vasc. cérébr.
 8027 Réad. pr adul.-Maux de dos chroniq.
 8028 Réad. pr adul.-Déf.motrice non rép.
 8030 Réad. pr enfants - Déficience motrice
 8031 Réad. pr enf.-Déf. moteurs cérébr.
 8032 Réad. pr enf.-Traum. cranio-céré.
 8033 Réad. pr enf.-Maladies neurologiq.

8034 Réadap. pour enfants -Myélopathies
 8035 Réad. pr enf.-Lésions musculo-sque.
 8036 Réad. pr enfants -Développ. moteur
 8037 Réad. pr enf.-Déf. motrice non rép.
 8040 Adap./intégr. soc. & prof./Déf. mot.
 8041 Adapt. profess.-Déficience motrice
 8042 Adap. & intégr. soc.-Déf. motrice
 8060 Adap./réadap. - déficience visuelle
 8061 Adap./réadap. enf.(0-4)-Déf. visu.
 8062 Adap./réadap. enf.(5-11) Déf. visuelle
 8063 Adap./réadap. enf.(12-17) visuelle
 8064 Adap./réad. enf. non rép.-Déf. vis.
 8065 Adap./réad. adul.(18-64)-Déf. visu.
 8066 Adap./réad. pers.(65 &+)-Déf. visu.
 8070 Adap./réadap. - Déficience auditive
 8071 Adap./réad. enf.(0-4)-Déf. auditive
 8072 Adap./réad. enf.(5-11)-Déf. auditi.
 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

24 : ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS BUDGÉTAIRES RÉCURRENTS

Autre appellation :

1. **Définition** : Les développements récurrents cumulatifs des établissements et organismes subventionnés en fonction des prévisions de développements récurrents inscrites au Plan 1998-2002.

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

Permet de suivre le volet financier des mesures de consolidation de services.

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

Cet indicateur est calculé de façon cumulative.

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

La réalisation effective des développements budgétaires récurrents prévus au départ est en grande partie soumise à des facteurs hors du contrôle de la Régie régionale (ex. : impératifs financiers gouvernementaux, décisions ministérielles, contribution des partenaires intersectoriels).

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

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

4. **Méthode de calcul** :

Total cumulatif des développements récurrents reçus du MSSS.

5. **Sources** :

Données internes à la Régie Régionale.

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

6. **Unités de mesure** :

Développements récurrents signifiés.

7. **Périodes de production** :

La mise à jour est effectuée annuellement.

8. **Valeur de référence** :

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

Mise à jour : 15 janvier 2001

25 : 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 : 15 janvier 2001

26 : NIVEAU D'EMPRUNT

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

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

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

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

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

Indicateur complémentaire à la situation des surplus et déficits.

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

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

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

Un indicateur non pertinent ou applicable aux établissements privés conventionnés.

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

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

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

4- **Méthode de calcul :**

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

5- **Source :**

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

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

6- **Unités de mesure :**

Montant des autorisations en vigueur

Total des budgets d'exploitation approuvés.

7- **Période(s) de production :**

La mise à jour est effectuée sur une base annuelle.

8- **Valeur de référence :**

Année de référence : 1997-1998.

Mise à jour : 15 janvier 2001