



CADRE NORMATIF

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA CLIENTÈLE ET LES SERVICES DES CLSC (I-CLSC)

**Direction générale des aînés et des proches aidants
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Avril 2022

Le présent document a été réalisé par la Direction générale des aînés et des proches aidants du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Recherche et rédaction :

- Martin Cossette, pilote d'orientation I-CLSC, MSSS;
- France Authier, conseillère au cadre normatif I-CLSC, MSSS;
- Lucie Boisvert, conseillère au pilote d'orientation I-CLSC, MSSS;
- Nadia Gagné, conseillère au cadre normatif I-CLSC, MSSS;
- Mélanie Bourque, pilote de système I-CLSC, MSSS;
- Diane Beaudoin, pilote d'opération I-CLSC, RAMQ.

Secrétariat :

- Sylvie Bélanger, MSSS;
- Myriam Minier, MSSS.

Révision linguistique

- Gilles Bordage

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN : 978-2-550-93512-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

DÉFINITION D'UN CADRE NORMATIF

Un cadre normatif est un document de référence supportant la saisie d'une information normalisée dans un système d'information et l'utilisation de ses données à des fins informationnelles. Son contenu, qui doit être le plus à jour possible, vise à documenter le contexte d'un système d'information, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données ainsi que les principaux rapports qui en sont tirés. La démarche d'un cadre normatif s'inscrit dans la constitution d'une banque commune de données pour le réseau de la santé et des services sociaux afin de connaître les services rendus à l'utilisateur.

Minimum requis : les données normalisées transmises à la banque commune de données.

Maximum : l'ensemble des éléments du système d'information clientèle, incluant les données locales, régionales et communes.

AVANT-PROPOS

Le cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) est un document évolutif. La mise à jour de ce document se fait annuellement. Le pilote d'orientation, le pilote système et le pilote opérationnel, de concert avec les responsables d'établissement, voient à l'évolution du cadre normatif en tenant compte des besoins d'information des établissements, du MSSS et d'autres organismes liés de près ou de loin à la mission CLSC.

Répondant aux exigences ministérielles, cette version du cadre normatif s'harmonise davantage avec le contexte des organisations publiques. En effet, celles-ci se doivent d'utiliser les systèmes d'information pour produire des indicateurs afin d'améliorer leur reddition de compte.

Les objectifs ultimes de ce document sont de contribuer à améliorer la qualité de données fournies par les établissements et de simplifier la tâche des utilisateurs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PRÉSENTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION	3
SECTION 1.1 HISTORIQUE DU SYSTÈME.....	3
SECTION 1.2 OBJECTIFS VISÉS ET FINALITÉS DU SYSTÈME	5
SECTION 1.3 ENCADREMENT LÉGISLATIF OU CLINICO-ADMINISTRATIF.....	8
SECTION 1.4 PILOTAGE.....	9
CHAPITRE 2 INFORMATION GÉNÉRALE.....	15
SECTION 2.1 ABRÉVIATIONS ET LEXIQUE	15
SOUS-SECTION 2.1.1 ABRÉVIATIONS.....	16
SOUS-SECTION 2.1.2 LEXIQUE.....	19
SECTION 2.2 MODALITÉS PARTICULIÈRES.....	31
SOUS-SECTION 2.2.1 MISES EN GARDE	32
SOUS-SECTION 2.2.2 NOMENCLATURE À PLUSIEURS NIVEAUX	35
SOUS-SECTION 2.2.3 RÈGLES POUR CONSIGNER LES DEMANDES DE SERVICES NORMALISÉES	38
SOUS-SECTION 2.2.4 RÈGLES POUR LA GESTION DE L'ÉPISODE DE SERVICES.....	41
SOUS-SECTION 2.2.5 RÈGLES D'OUVERTURE ET CONTENU DES DOSSIERS INDIVIDUS.....	42
SOUS-SECTION 2.2.6 RÈGLES POUR CONSIGNER LES INTERVENTIONS INDIVIDUALISÉES.....	48
SOUS-SECTION 2.2.7 RÈGLES POUR CONSIGNER LES INTERVENTIONS DE COUPLE ET DE FAMILLE.....	55
SOUS-SECTION 2.2.8 RÈGLES D'OUVERTURE ET CONTENU DES DOSSIERS GROUPES.....	56
SOUS-SECTION 2.2.9 RÈGLES POUR CONSIGNER LES INTERVENTIONS DE GROUPE	60
SOUS-SECTION 2.2.10 RÈGLE D'OUVERTURE ET CONTENU DES DOSSIERS COMMUNAUTAIRES.....	62
SOUS-SECTION 2.2.11 RÈGLES POUR CONSIGNER LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES.....	64
SECTION 2.3 LISTE ALPHABÉTIQUE DES ÉLÉMENTS	67
SECTION 2.4 SCHÉMA DES ÉLÉMENTS.....	72
CHAPITRE 3 DESCRIPTION DES ÉLÉMENTS	74
SECTION 3.0 DESCRIPTION DE CHACUN DES ÉLÉMENTS	74
ÉLÉMENT 0000 GUIDE DE LECTURE.....	74
SECTION 3.1 DEMANDE DE SERVICES NORMALISÉE.....	75
ÉLÉMENT 0101 NUMÉRO DE LA DEMANDE DE SERVICES.....	76
ÉLÉMENT 0102 DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE DE SERVICES	77
ÉLÉMENT 0103 RÉFÉRÉ PAR – DE LA DEMANDE DE SERVICES	78
ÉLÉMENT 0104 OBJET DE LA DEMANDE DE SERVICES.....	82
ÉLÉMENT 0105 CENTRE D'ACTIVITÉS DE LA DEMANDE DE SERVICES.....	84
ÉLÉMENT 0106 DÉCISION DE LA DEMANDE DE SERVICES	86
ÉLÉMENT 0107 DATE DE LA DÉCISION DE LA DEMANDE DE SERVICES.....	88
ÉLÉMENT 0109 TYPE DE DEMANDE.....	90
SECTION 3.2 USAGER.....	91
ÉLÉMENT 0008 NUMÉRO DE DOSSIER.....	92

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

ÉLÉMENT	0009 DATE D'OUVERTURE DU DOSSIER.....	93
ÉLÉMENT	0011 TYPE D'USAGER.....	94
ÉLÉMENT	0012 RÉSERVÉ AU CADRE NORMATIF – USAGER 1.....	96
ÉLÉMENT	0013 RÉSERVÉ AU CADRE NORMATIF – USAGER 2.....	97
SECTION	3.3 USAGER-INDIVIDU	98
ÉLÉMENT	0014 DATE DE NAISSANCE	99
ÉLÉMENT	0015 SEXE.....	101
ÉLÉMENT	0016 RAISON DE L'ABSENCE DU NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	102
ÉLÉMENT	0019 CODE POSTAL DE LA RÉSIDENCE HABITUELLE	104
ÉLÉMENT	0020 CODE DE MUNICIPALITÉ DE LA RÉSIDENCE HABITUELLE.....	106
ÉLÉMENT	0021 CODE DE TERRITOIRE DU CLSC DE LA RÉSIDENCE HABITUELLE.....	108
SECTION	3.4 USAGER-GROUPE	109
ÉLÉMENT	0025 CATÉGORIE D'USAGER-GROUPE	110
ÉLÉMENT	0026 POPULATION CIBLE DU GROUPE	112
SECTION	3.5 USAGER-COMMUNAUTAIRE	114
ÉLÉMENT	0027 CATÉGORIE D'USAGER-COMMUNAUTAIRE	115
ÉLÉMENT	0028 POPULATION CIBLE COMMUNAUTAIRE.....	117
ÉLÉMENT	0029 ACTIVITÉ PRINCIPALE COMMUNAUTAIRE	119
SECTION	3.6 INTERVENTION	122
ÉLÉMENT	0030 NUMÉRO DE L'INTERVENTION.....	124
ÉLÉMENT	0031 CENTRE D'ACTIVITÉS DE L'INTERVENTION	125
ÉLÉMENT	0032 DATE DE L'INTERVENTION.....	127
ÉLÉMENT	0033 TYPE D'INTERVENTION	128
ÉLÉMENT	0034 RAISON DE L'INTERVENTION	129
ÉLÉMENT	0035 ACTE DE L'INTERVENTION.....	162
ÉLÉMENT	0036 SUIVI DE L'INTERVENTION	190
ÉLÉMENT	0038 PROFIL DE L'INTERVENTION	193
ÉLÉMENT	0039 MODE D'INTERVENTION	202
ÉLÉMENT	0040 LIEU DE L'INTERVENTION	204
ÉLÉMENT	0041 DURÉE DE L'INTERVENTION	208
ÉLÉMENT	0042 LANGUE D'INTERVENTION	210
ÉLÉMENT	0043 NOMBRE DE PARTICIPANTS/GROUPE DE L'INTERVENTION.....	211
ÉLÉMENT	0044 CATÉGORIE DE L'INTERVENANT DE L'INTERVENTION	212
ÉLÉMENT	0045 STATUT DE L'INTERVENANT DE L'INTERVENTION.....	215
ÉLÉMENT	0046 NOMBRE D'INTERVENANTS ASSOCIÉS À L'INTERVENTION	217
ÉLÉMENT	0047 NIVEAU DE SCOLARITÉ VISÉ PAR L'INTERVENTION	218
ÉLÉMENT	0048 PROGRAMME D'INTERVENTION.....	220
SECTION	3.7 ACTIVITÉ PONCTUELLE	222
ÉLÉMENT	0049 NUMÉRO DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	225
ÉLÉMENT	0050 CENTRE D'ACTIVITÉS DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	226
ÉLÉMENT	0051 DATE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	228
ÉLÉMENT	0052 TYPE D'ACTIVITÉ PONCTUELLE.....	229
ÉLÉMENT	0053 RAISON DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE.....	230
ÉLÉMENT	0054 ACTE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	232
ÉLÉMENT	0055 SUIVI DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	238
ÉLÉMENT	0056 PROFIL DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE.....	241
ÉLÉMENT	0057 MODE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	248
ÉLÉMENT	0058 LIEU DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE.....	250
ÉLÉMENT	0059 LANGUE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	255
ÉLÉMENT	0060 NOMBRE DE PARTICIPANTS/GROUPE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	256
ÉLÉMENT	0061 CATÉGORIE DE L'INTERVENANT DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	257

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

ÉLÉMENT	0062 STATUT DE L'INTERVENANT DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE	260
ÉLÉMENT	0063 NOMBRE D'INTERVENANTS ASSOCIÉS À L'ACTIVITÉ PONCTUELLE.....	261
ÉLÉMENT	0064 NIVEAU DE SCOLARITÉ VISÉ PAR L'ACTIVITÉ PONCTUELLE.....	262
SECTION	3.8 PÉRINATALITÉ.....	264
SOUS-SECTION	3.8.1 SERVICES SPÉCIFIQUES	265
ÉLÉMENT	0065 DATE DE DÉBUT DU SERVICE SPÉCIFIQUE	266
ÉLÉMENT	0066 DATE DE FIN DU SERVICE SPÉCIFIQUE	267
ÉLÉMENT	0067 SERVICE SPÉCIFIQUE	268
ÉLÉMENT	0068 RAISON DE LA CESSATION DU SERVICE SPÉCIFIQUE	270
ÉLÉMENT	0069 ÂGE GESTATIONNEL (SEMAINES/JOURS).....	271
ÉLÉMENT	0070 SITUATION DE VIE	272
ÉLÉMENT	0071 SITUATION FINANCIÈRE	274
ÉLÉMENT	0072 SCOLARITÉ DE LA MÈRE	275
ÉLÉMENT	0073 AUTOCHTONE	276
ÉLÉMENT	0074 IMMIGRANT (5 ANS OU MOINS)	277
ÉLÉMENT	0075 GRAVIDA (PRÉNATAL).....	278
ÉLÉMENT	0076 PARA (PRÉNATAL).....	279
ÉLÉMENT	0077 ABORTA (PRÉNATAL).....	280
ÉLÉMENT	0078 DATE EFFECTIVE DE L'ACCOUCHEMENT	281
ÉLÉMENT	0079 DURÉE DE GESTATION (SEMAINES/JOURS).....	282
ÉLÉMENT	0080 GRAVIDA (POSTNATAL).....	283
ÉLÉMENT	0081 PARA (POSTNATAL).....	284
ÉLÉMENT	0082 ABORTA (POSTNATAL).....	285
ÉLÉMENT	0083 NAISSANCE	286
ÉLÉMENT	0084 POIDS DU BÉBÉ À LA NAISSANCE	287
ÉLÉMENT	0088 COMPLICATIONS ET PARTICULARITÉS.....	288
ÉLÉMENT	0089 ISOLEMENT SOCIAL	289
SOUS-SECTION	3.8.2 ALIMENTATION DE L'ENFANT	291
ÉLÉMENT	0086 DATE DE LA COLLECTE DE L'INFORMATION SUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT.....	292
ÉLÉMENT	0087 CATÉGORIE D'ALIMENTATION	294
SOUS-SECTION	3.8.3 TRANSFERT.....	296
ÉLÉMENT	0120 TYPE DE TRANSFERT.....	297
ÉLÉMENT	0121 DATE DU TRANSFERT	298
ÉLÉMENT	0122 URGENT	299
ÉLÉMENT	0123 RAISON DU TRANSFERT PRÉNATAL	300
ÉLÉMENT	0124 RAISON DU TRANSFERT PERNATAL	302
ÉLÉMENT	0125 RAISON DU TRANSFERT POSTNATAL DE LA MÈRE.....	304
ÉLÉMENT	0126 RAISON DU TRANSFERT DU BÉBÉ	305
ÉLÉMENT	0127 LIEU D'ORIGINE DU TRANSFERT.....	307
ÉLÉMENT	0150 NUMÉRO DE TRANSFERT	308
SOUS-SECTION	3.8.4 EXAMEN	309
ÉLÉMENT	0128 TYPE D'EXAMEN.....	310
ÉLÉMENT	0129 DATE DE L'EXAMEN	311
ÉLÉMENT	0130 PRESCRIPTEUR.....	312
SOUS-SECTION	3.8.5 PERNATAL	313
ÉLÉMENT	0131 MODE D'ENTRÉE EN TRAVAIL	314
ÉLÉMENT	0132 DILATATION RAM	315
ÉLÉMENT	0133 STATION.....	316
ÉLÉMENT	0134 DÉBUT DE LATENCE	317
ÉLÉMENT	0135 DÉBUT DU TRAVAIL ACTIF	318
ÉLÉMENT	0136 DILATATION COMPLÈTE	319
ÉLÉMENT	0137 DÉBUT DE POUSSÉE.....	320
ÉLÉMENT	0138 DATE ET HEURE DE LA NAISSANCE	321
ÉLÉMENT	0139 DÉLIVRANCE PLACENTAIRE.....	322
ÉLÉMENT	0140 LIEU DE L'ACCOUCHEMENT	323

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

ÉLÉMENT	0141 SOUS LA RESPONSABILITÉ	324
ÉLÉMENT	0142 TYPE D'ACCOUCHEMENT	325
ÉLÉMENT	0143 POSITION DE LA MÈRE	326
ÉLÉMENT	0144 POSITION FŒTALE.....	327
ÉLÉMENT	0145 ANTIBIOTIQUE STREPTOCOQUE B	328
ÉLÉMENT	0146 DÉCHIRURE	329
ÉLÉMENT	0147 PERTE SANGUINE.....	330
ÉLÉMENT	0148 ÉPISIOTOMIE	331
ÉLÉMENT	0149 VENTOUSE	332
SECTION	3.9 TRANSMISSION	333
ÉLÉMENT	0901 CODE DE RÉGION SOCIO SANITAIRE	334
ÉLÉMENT	0902 CODE DE CLSC.....	336
ÉLÉMENT	0903 DATE RÉELLE DE LA TRANSMISSION	337
ÉLÉMENT	0904 NUMÉRO DE LA TRANSMISSION	338
ÉLÉMENT	0905 DATE DE DÉBUT DE PÉRIODE	339
ÉLÉMENT	0906 DATE DE FIN DE PÉRIODE.....	340
SECTION	3.10 ÉPISODE DE SERVICES	341
ÉLÉMENT	0201 DATE DE DÉBUT DE L'ÉPISODE DE SERVICES.....	342
ÉLÉMENT	0202 DATE DE FIN DE L'ÉPISODE DE SERVICES	344
ÉLÉMENT	0203 DATE DE DÉBUT DE L'ASSIGNATION À UN CENTRE D'ACTIVITÉS	346
ÉLÉMENT	0204 DATE DE FIN DE L'ASSIGNATION À UN CENTRE D'ACTIVITÉS	348
ÉLÉMENT	0205 CESSATION DE L'ÉPISODE DE SERVICES	350
ÉLÉMENT	0206 CENTRE D'ACTIVITÉS DE L'ASSIGNATION.....	352
ÉLÉMENT	0207 DATE DE DÉBUT D'INDISPONIBILITÉ.....	354
ÉLÉMENT	0208 DATE DE FIN D'INDISPONIBILITÉ.....	355
ÉLÉMENT	0209 DATE DE SERVICE REQUIS ULTÉRIEUREMENT.....	356
ÉLÉMENT	0210 NUMÉRO DE L'ÉPISODE DE SERVICES.....	357
ÉLÉMENT	0211 NUMÉRO DE L'ASSIGNATION À UN CENTRE D'ACTIVITÉS	358
ÉLÉMENT	0212 NUMÉRO DE L'INDISPONIBILITÉ DE L'USAGER	359
ÉLÉMENT	0213 PRIORISATION DE L'ASSIGNATION À UN CENTRE D'ACTIVITÉS	360
CHAPITRE	4 VALIDATION DES ÉLÉMENTS	364
SECTION	4.1 VALIDATION SUR L'ÉLÉMENT	364
SOUS-SECTION	4.1.1 PRÉSENCE	365
SOUS-SECTION	4.1.2 FORMAT	370
SOUS-SECTION	4.1.3 VALEUR.....	372
SOUS-SECTION	4.1.4 POSITION	376
SECTION	4.2 VALIDATION INTERÉLÉMENTS.....	377
SOUS-SECTION	4.2.1 CORRESPONDANCE SIMPLE	378
SOUS-SECTION	4.2.2 CORRESPONDANCE VERTICALE	379
SOUS-SECTION	4.2.3 CORRESPONDANCE RELATIONNELLE.....	381
SOUS-SECTION	4.2.4 CORRESPONDANCE HIÉRARCHIQUE	386
SECTION	4.3 VALIDATION INTERENREGISTREMENTS.....	387
SOUS-SECTION	4.3.1 RECHERCHE DE DOUBLONS.....	387
CHAPITRE	5 TRANSMISSION DES DONNÉES	389
SECTION	5.1 LE TRANSMETTEUR	389
SOUS-SECTION	5.1.1 PRÉPARATION DE LA TRANSMISSION	389
SOUS-SECTION	5.1.2 PROTOCOLE DE TRANSMISSION	399

SECTION	5.2 LE RÉCEPTEUR	403
SOUS-SECTION	5.2.1 RÉCEPTION DES TRANSMISSIONS.....	403
SOUS-SECTION	5.2.2 PROCÉDURE DE RÉTROACTION.....	404
SOUS-SECTION	5.2.3 PROCÉDURE DE FIN DE PÉRIODES (Y COMPRIS LA FERMETURE DE FIN D'ANNÉE DE LA BANQUE COMMUNE).....	405
CHAPITRE	6 RETOUR DE L'INFORMATION.....	407
ANNEXE 1 : LISTE DES CODES HISTORIQUES		413
ANNEXE 2 : EXEMPLE DE CODIFICATION.....		448
ANNEXE 3 : LISTE DES CENTRES OU SOUS-CENTRES D'ACTIVITÉS ADMISSIBLES À LA BANQUE COMMUNE DE DONNÉES I-CLSC		450
ANNEXE 4 : BANQUE COMMUNE I-CLSC - SPÉCIFICATIONS DU FICHIER À TRANSFÉRER À LA RAMQ.....		459
ANNEXE 5 : GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENTÈLE EN CLSC		492

INTRODUCTION

Un cadre normatif est un document de référence supportant la saisie d'une information normalisée dans un système d'information. Son contenu, qui nécessite une mise à jour périodique, vise à documenter le contexte du système d'information, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données de même que les principales informations qui en sont tirées. Ainsi, il aide à mieux comprendre les données à traiter et facilite l'interprétation des résultats.

Dans le processus de développement d'un système d'information, la réalisation du cadre normatif est l'étape suivant la conception administrative du système. La réalisation du cadre normatif doit être terminée avant le déploiement de celui-ci. Pour l'utilisateur qui réalise ou supervise la saisie des données, les informations que contient le cadre normatif sont un complément au manuel de l'utilisateur. Pour l'équipe de pilotage, c'est l'outil de référence pour documenter l'ensemble de l'information sur le processus de saisie du système, soit les codes, les consignes et les procédures.

Le présent document fait référence au système d'information clientèle I-CLSC. Ce système recueille l'information clinico-administrative concernant les services rendus aux usagers dans la mission CLSC des établissements de santé et de services sociaux. Il a été conçu pour les intervenants afin de mieux connaître les caractéristiques de leur clientèle, ce qui contribue à l'optimisation de leurs actions et de leurs interventions auprès des usagers. Toutefois, ce système ne peut être utilisé pour mesurer l'effort déployé par ces derniers pour assurer la prestation des services aux usagers.

Le système I-CLSC répond également aux différents besoins d'information du MSSS, des CISSS et des CIUSSS, ainsi que des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, sur les différents programmes-services.

Le présent cadre normatif documente les éléments normalisés, recueillis par le système I-CLSC, et ceux servant à alimenter la banque commune de données. De plus, ce document vise une compréhension commune de l'information à saisir et une meilleure qualité des données.

La clientèle visée par ce cadre normatif est celle des pilotes locaux, qui assurent, la plupart du temps, la formation et le soutien aux utilisateurs du système d'information clientèle I-CLSC. Il s'adresse aussi à toutes les personnes impliquées, de près ou de loin, dans le processus de collecte des données (gestionnaires, archivistes médicaux, intervenants, etc.), de même qu'à celles qui exploitent localement les informations. Il sert enfin de référence à l'équipe de pilotage (orientation, opération et système) lors de l'évolution du cadre normatif et du système I-CLSC.

Bref, le présent document a pour fonction de présenter les caractéristiques des éléments normalisés, les processus de validation et ceux reliés à la transmission des données en vue d'alimenter la banque commune de données I-CLSC.

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.1	Historique du système

Les CLSC

La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles sont rejointes, que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2).

Création du système

C'est dans un souci d'obtenir de l'information fiable, accessible et transparente sur la clientèle qui utilise les services des CISSS et CIUSSS (mission CLSC) que le système d'information I-CLSC a vu le jour. Ainsi, une entente entre le consortium Guichet Santé, la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) (à l'époque Direction générale adjointe des systèmes aux services sociaux et administratifs (DGASSA)) et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (à l'époque Fédération des CSLC) a été signée en 1997 pour développer une application pouvant répondre aux différents besoins du réseau de la santé.

Description du mandat

Le système d'information I-CLSC est conçu spécialement pour les CISSS et CIUSSS (mission CLSC). Il vise à soutenir les intervenants et les gestionnaires dans leurs activités en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des services rendus aux usagers par la mise en œuvre de programmes mieux adaptés. Ce système supporte la saisie, la validation, le traitement, l'épuration des informations et la transmission des données vers les organismes du réseau.

I-CLSC regroupe autour d'un même index usager plusieurs applications, dont le module SIC-Plus. Étant le cœur du système, ce module permet de recueillir toutes les informations concernant l'utilisateur. De façon plus précise, il offre la possibilité de gérer les processus d'accueil et de prise en charge des usagers, et d'effectuer la gestion des charges de cas. La saisie des activités ponctuelles et des interventions est également faite à partir de ce module. Au module principal SIC-Plus de I-CLSC s'ajoutent d'autres applications particulièrement utiles aux intervenants.

Ainsi, le module Rendez-vous permet de noter l'ensemble des rendez-vous du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), de rechercher les disponibilités ou de consulter les réservations relatives à un service.

Le module Prêt de dossier permet à un intervenant de vérifier la disponibilité du dossier physique d'un usager et d'effectuer une demande de réservation ou de prêt.

Quant au module Vaccination, ses principales fonctions sont de permettre la saisie de vaccins sous la fonction clinique de vaccination ou encore de permettre cette saisie par institution, laquelle est utilisée lors de la vaccination à l'école. Cependant, depuis 2015, le système SI-PMI est responsable de fournir l'information relative à la vaccination de l'utilisateur.

Pour sa part, le module Rapports normalisés permet la production des rapports statutaires normalisés.

Quant au module Pilotage, il permet, entre autres, de personnaliser le système et de le rendre opérationnel.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.1	Historique du système (suite)

Date et création du système

À la suite de l'entente de mai 1997, Guichet Santé a reçu le mandat de concevoir un système d'information clientèle pouvant répondre à des besoins spécifiques et permettant de constituer une banque provinciale de données. C'est ainsi que le système I-CLSC a été créé et que le déploiement s'est fait en parallèle avec la version 3 du cadre normatif à l'automne 1998.

Changement de mandat

Un des buts du système d'information I-CLSC est de permettre l'accès aux données. L'utilisation de ces informations à différents niveaux favorise une saine gestion des services de santé. Les gestionnaires des établissements et le personnel du MSSS doivent donc avoir accès à une information normalisée et de qualité sur la clientèle et les services des CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

Ainsi, pour obtenir localement de l'information sur sa clientèle, le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) utilise le module Rapports normalisés du système I-CLSC. Ce module permet la production de rapports statutaires normalisés (voir le chapitre 6, item Rapports intégrés au système d'information). De plus, l'utilisation d'un générateur de rapports, le logiciel IMPROMPTU de Cognos, et du catalogue de données nécessaires à son fonctionnement permet d'exploiter au maximum les données sur la clientèle utilisant les services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

Au niveau provincial, le Ministère et ses partenaires se sont donné les moyens de constituer une véritable banque commune de données dont l'entreposage a été confié à la RAMQ. Une fonctionnalité permettant le transfert des données vers la banque commune a été ajoutée à l'application locale I-CLSC à l'occasion d'une migration vers une version améliorée du système.

Cette banque commune de données a été constituée le 1^{er} avril 2000. Les informations normalisées proviennent des CISSS et CIUSSS (mission CLSC) du Québec. On y trouve principalement des données sur l'usager (individu, groupe et communautaire), les interventions, les activités ponctuelles, la demande de services normalisée, les épisodes de services et les activités en périnatalité. La transmission à la banque commune est mensuelle et l'exploitation des données permet, entre autres, une comparaison entre les CISSS et CIUSSS (mission CLSC) aux niveaux régional et provincial.

Chapitre	1	Présentation d'un système d'information
Section	1.2	Objectifs visés et finalités du système

Objectifs opérationnels

I-CLSC est un système de collecte d'information sur la clientèle. Il aide les intervenants et les gestionnaires des CISSS et CIUSSS (mission CLSC) dans leurs activités et il s'avère un outil de travail précieux pour assurer le suivi des demandes et la coordination des services. De plus, il permet une collecte uniforme des données concernant les usagers et les services des CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

Objectifs informationnels

Le système d'information I-CLSC recueille des éléments permettant de fournir des données du domaine informationnel sur la production des services de même que des informations de l'environnement sociosanitaire des usagers qui reçoivent des services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Ainsi, l'exploitation des données sur la clientèle permet la planification et l'organisation de services par les CISSS et CIUSSS (mission CLSC). Soulignons également que les données normalisées sont transmises à la banque commune de données, comme le prescrit le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux (chapitre S-4.2, r. 23). La RAMQ transmet par la suite les rapports statistiques au MSSS et à ses principaux partenaires (chapitre 6, Retour de l'information).

Clientèle visée par le système

Les utilisateurs du système d'information I-CLSC sont, entre autres, le pilote local, les archivistes médicaux, les intervenants et les gestionnaires des CISSS et CIUSSS (mission CLSC). Les membres du personnel du MSSS et de la RAMQ ne sont pas des utilisateurs du système d'information I-CLSC, mais bien de la banque commune de données. Toutefois, ils peuvent utiliser la base de formation du système d'information I-CLSC pour se familiariser avec les conditions de saisie.

La nature des données recueillies

Les données recueillies par le système d'information I-CLSC concernent l'utilisateur (individu, groupe ou communautaire) qui utilise les services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Les informations nécessaires à l'ouverture d'un dossier sont de nature sociodémographique. On saisit également des éléments sur l'état de santé de l'utilisateur. L'ensemble de ces renseignements permet de recevoir et d'analyser une demande de services, d'ouvrir (s'il y a lieu) un épisode de services, de planifier les services avec les différents intervenants et de saisir les interventions et les activités selon les nomenclatures prévues.

Description des acteurs impliqués

À l'origine, le système I-CLSC a été créé dans le cadre d'un projet MSSS-RRSSS, dont le fiduciaire était la RRSSS de la Montérégie, conjointement par l'AQESS (à l'époque Fédération des CLSC) et le MSSS. Ce système a été développé par un consortium d'entreprises connu sous le nom de Guichet Santé.

La DGTI (à l'époque SOGIQUE) a reçu le mandat du MSSS d'agir à titre de gestionnaire d'actifs informationnels d'intérêt commun, dont fait partie la solution I-CLSC. De plus, depuis le 1^{er} avril 2002, la DGTI offre aux CISSS et CIUSSS (mission CLSC) des services de soutien à l'utilisation pour le système d'information clientèle I-CLSC. La DGTI offre également, avec l'aide de Logibec Santé, tous les services de soutien à l'opération.

Chapitre	1	Présentation d'un système d'information
Section	1.2	Objectifs visés et finalités du système (suite)

Gestion du système

Local

Aux CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), le pilote local gère le fonctionnement du système I-CLSC. Il voit à l'application du cadre normatif. Il assure une utilisation optimale et performante du système.

- Le répondant d'établissement, membre du comité provincial d'application du cadre normatif, informe les pilotes locaux de son établissement concernant les décisions prises par le comité sur l'application du cadre normatif et assure le suivi.

Provincial

- Le pilote d'orientation d'I-CLSC veille à ce que la banque commune réponde adéquatement aux besoins d'information des usagers du MSSS et des différents partenaires du réseau. Il est responsable de coordonner les activités liées à la gestion du cadre normatif et des informations contenues dans la banque, de même que celles qui sont liées à la gestion de la qualité. Afin d'assurer l'évolution du cadre normatif et de la banque commune de données, le MSSS a mis en place un comité d'évolution du cadre normatif composé des différents partenaires du réseau. Il existe aussi un comité directeur qui s'occupe d'approuver les changements au cadre normatif qui exigent des modifications au progiciel I-CLSC et de choisir les priorités de développement et d'évolution.
- C'est dans l'environnement informationnel de la RAMQ qu'est située la banque commune de données de I-CLSC. Le pilote d'opération gère les processus d'alimentation de la banque, en vertu des critères établis dans l'entente de dépôt. Il prend également en charge les problèmes rencontrés avec les fournisseurs de données (établissements). Il effectue les validations nécessaires sur les données transmises, de façon à assurer leur cohérence et leur conformité aux prescriptions du cadre normatif. Il présente les résultats au pilote d'orientation et lui fait part de tout problème ou anomalie. Le pilote d'opération rend les données de la banque disponibles aux utilisateurs, selon les modalités d'accès et de diffusion établies par le pilote d'orientation, en fonction des orientations ministérielles.

Maintenance du système

Local

- Le pilote local maintient et améliore la qualité des informations inscrites dans le système. Il assure la mise à jour périodique.
- Selon les ententes, lorsqu'il y a rehaussement du système d'information I-CLSC, les technocentres régionaux collaborent avec la DGTI, Logibec et les CISSS et CIUSSS (mission CLSC) aux activités nécessaires à la conversion de l'application.

Provincial

- Logibec et la DGTI s'assurent de la maintenance du système, afin d'adapter celui-ci aux nouveaux besoins et aux changements technologiques. La DGTI offre, avec l'aide de Logibec, tous les services de soutien à l'opération.

Chapitre	1	Présentation d'un système d'information
Section	1.2	Objectifs visés et finalités du système (suite)

Diffusion des données

Local

- Le pilote local produit les extraits pour les utilisateurs de données du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) à l'aide du module Rapports normalisé du système I-CLSC. Selon la nature des demandes d'information, le générateur de rapports IMPROMPTU peut être utilisé. Le pilote local peut répondre également à toutes les demandes d'information faites par les différents partenaires du réseau de la santé.
- Le répondant d'établissement assure un suivi avec les pilotes locaux sur les rapports transmis au MSSS en ce qui concerne la qualité des données.

Provincial

- Le pilote d'orientation du MSSS assure la diffusion adéquate du cadre normatif. Il établit les modalités de transmission en vue d'alimenter la banque commune de données, de même que les lignes directrices en matière d'accès et de diffusion des données, et s'assure qu'elles sont respectées.
- La RAMQ, par l'entremise du pilote d'opération, rend les données de la banque disponibles aux utilisateurs, selon les modalités d'accès et de diffusion établies par le pilote d'orientation du MSSS.

Circulation de l'information

Les informations sur les usagers qui reçoivent des services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) sont saisies localement. Ces données permettent de répondre aux besoins du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et aux demandes faites par les différents partenaires du réseau de la santé. Elles servent également à alimenter la banque commune de données du MSSS selon l'entente de dépôt avec la RAMQ.

Description sommaire des rôles respectifs des personnes qui font la saisie

Plusieurs personnes contribuent à la saisie des informations sur les usagers qui reçoivent des services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Voici une brève description de leurs rôles :

- L'ouverture du dossier et l'ajout des informations pertinentes pour le suivi de l'utilisateur;
- La saisie des interventions, des activités ponctuelles, des demandes de services, des formulaires de préanalyse et d'analyse, ainsi que des notes d'évolution;
- Le maintien et l'amélioration de la qualité des informations inscrites dans le système ainsi que leur mise à jour périodique;
- La compilation des informations sur les usagers pour en faire des données statistiques, soutenant la prise de décision.

Ententes administratives

Une entente est intervenue le 31 août 2000 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec précisant les modalités administratives relatives à l'application de l'entente de dépôt de données anonymes et des modifications pour le volet Intégration CLSC. Les données des modules Vaccination et Info-Santé ne font pas l'objet de cette entente. La RAMQ offre les services de pilotage opérationnel, qui incluent notamment les liens avec les fournisseurs de données pour s'assurer de leur intégralité et de leur qualité. Elle diffuse également l'information selon la politique de diffusion des données de la banque commune I-CLSC du Ministère.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.3	Encadrement législatif ou clinico-administratif

Données nominatives

Lors de la préparation de fichiers par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) pour la transmission des données à la banque commune, les informations nominatives sont dénominalisées. Ainsi, les personnes qui exploitent ces données après la transmission n'ont accès à aucune donnée nominative. De plus, l'information transmise ne permet pas d'identifier l'intervenant qui dispense les services. Tous les renseignements nominatifs demeurent à l'usage exclusif des administrations locales.

Suite à l'adoption du Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux en mars 2009, « l'établissement qui exploite un centre local de services communautaires transmet au ministre les renseignements mentionnés à l'annexe I à l'égard d'un usager-individu, d'un usager-groupe ou d'un usager-communautaire qui reçoit les services d'un tel centre ».

Il est maintenant prescrit par règlement de transmettre des informations d'identification concernant chaque usager permettant, depuis l'année financière 2012-2013, l'attribution d'un identifiant unique anonyme (IUA) dans la banque commune de données I-CLSC.

Propriété de la banque commune

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est propriétaire de la banque commune de données I-CLSC.

Localisation de la banque commune

La banque commune de données I-CLSC est déposée dans l'environnement informationnel de la RAMQ.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.4	Pilotage

Pilotage d'orientation

Vacant

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale des aînés et des proches aidants
1075, chemin Sainte-Foy, 6^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Pilotage d'opération

Diane Beaudoin
Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction de l'analyse et de la gestion de l'information
Service de la gestion informationnelle des banques confiées
1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Courriel : PilotageI-CLSC@ramq.gouv.qc.ca

Pilotage de système

Mélanie Bourque
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale des technologies de l'information
405, avenue Ogilvy, 4^e étage
Montréal (Québec) H3N 1M3
Courriel : melanie_bourque@ssss.gouv.qc.ca

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.4	Pilotage

Notion de pilotage pour les banques communes de données du MSSS

Le pilotage permet de gérer le fonctionnement, l'évolution et l'utilisation optimale et efficace d'un système d'information. Pour ce faire, l'équipe de pilotage est composée, entre autres, d'un pilote d'orientation provenant du Ministère et d'un pilote opérationnel provenant d'un autre organisme. Cette équipe doit tenir compte des besoins des utilisateurs, des problèmes opérationnels, des priorités établies, de l'évolution législative et des diverses préoccupations organisationnelles. Le but ultime de cette équipe est de satisfaire les besoins d'information du MSSS, du réseau de la santé et des services sociaux et des autres utilisateurs donnés, dans la mesure de ses ressources et des contraintes opérationnelles.

En quoi consiste le pilotage d'un système d'information?

Le pilotage d'un système d'information comporte plusieurs volets, dont les suivants :

- Orienter la réalisation des travaux menant à la constitution des fichiers informationnels;
- Évaluer, maintenir et améliorer la qualité des informations inscrites dans le système;
- Identifier les besoins des utilisateurs;
- S'assurer que le système d'information répond bien aux besoins d'exploitation et de diffusion;
- S'assurer du respect du cadre légal et réglementaire;
- S'assurer de l'existence et de la mise à jour de la documentation du système d'information;
- Agir à titre d'expert-conseil auprès du Ministère et du réseau;
- Assurer l'évolution du système d'information et de l'accès aux données;
- S'assurer que le système est efficace et efficient;
- Favoriser l'homogénéité du système avec les autres banques officielles du MSSS par le respect de certaines lignes directrices, l'utilisation de définitions communes et l'adoption d'un découpage territorial uniforme;
- Collaborer avec l'équipe de développement en cas de refonte du système ou de changements majeurs à celui-ci, afin qu'il corresponde aux besoins des utilisateurs;
- Disposer des ressources nécessaires à l'accomplissement de son mandat et avoir accès aux niveaux d'autorité appropriés pour l'exercice de ses fonctions.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.4	Pilotage (suite)

Le pilotage d'orientation

Le pilotage d'orientation est sous la responsabilité du MSSS. Afin de veiller à ce que la banque commune de données réponde adéquatement aux besoins d'information des usagers du MSSS et des différents partenaires du réseau, le pilote d'orientation est responsable des activités liées à la gestion du cadre normatif et des informations contenues dans la banque.

De façon générale, les fonctions d'un pilote d'orientation sont les suivantes :

- Statuer sur l'évolution du contenu de la banque commune de données et du système d'information à sa source dans une perspective d'intégration des systèmes et des banques de données, en collaboration avec les différents partenaires;
- Mettre à jour le cadre normatif et le diffuser;
- Contribuer à l'identification des besoins de formation sur le cadre normatif;
- Établir en collaboration avec le pilote d'opération les modalités de transmission en vue d'alimenter la banque et s'assurer qu'elles sont respectées;
- Établir les lignes directrices en matière d'accès et de diffusion des données et s'assurer qu'elles sont respectées;
- Établir les règles de saisie et s'assurer conjointement avec le pilote d'opération qu'elles sont respectées;
- Participer à l'identification des besoins de contrôle opérationnel du système;
- Formuler ses demandes à la DGTI sous forme de besoin et s'assurer que la solution informatique permet d'obtenir l'information requise;
- S'assurer que les modifications aux applications informatiques locales, suggérées par les utilisateurs du système dans les établissements, ne vont pas à l'encontre du contenu normalisé prévu dans la banque commune de données;
- Établir les orientations en matière de qualité des données (contrôle de qualité et assurance qualité) et s'assurer qu'elles sont respectées;
- Offrir un soutien-conseil quant à l'utilisation des données et à l'interprétation des résultats qui découlent de la banque de données.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.4	Pilotage (suite)

Le pilotage d'opération

Le pilotage d'opération est sous la responsabilité de la RAMQ. Le rôle du pilote opérationnel consiste à gérer les processus d'alimentation en données de banques communes, à voir à l'application du cadre normatif et à jouer un rôle-conseil auprès du pilote d'orientation. Le pilote opérationnel prend également en charge les problèmes rencontrés avec les producteurs de données (établissements).

De façon générale, les fonctions d'un pilote d'opération sont les suivantes :

- S'assurer que les données transmises à la banque commune de données respectent l'application du cadre normatif et à ses mises à jour;
- Offrir le soutien pour la correction des erreurs dans le rapport de qualité;
- Établir avec les producteurs de données les modalités d'acheminement servant à alimenter la banque et les soutenir dans les activités de transmission;
- Signaler aux établissements, au pilote d'orientation et au pilote de système toute anomalie concernant la transmission ou le non-respect des critères de recevabilité des données, et en faire le suivi auprès des personnes concernées;
- Évaluer les impacts des demandes de changements sur la maintenance et l'évolution de la banque commune de données;
- Effectuer les validations nécessaires sur les données transmises de façon à assurer leur cohérence et leur conformité aux prescriptions du cadre normatif, présenter les résultats au pilote d'orientation et lui faire part de tout problème ou anomalie;
- Rendre disponibles les données de la banque aux utilisateurs, selon les modalités d'accès et de diffusion établies par le pilote d'orientation;
- Faire part au besoin au pilote d'orientation des mesures prises ou envisagées pour résoudre les problèmes rencontrés dans le cadre de ses fonctions.
- Développer et produire les rapports (indicateurs, rapports ad-hoc, rapports statutaires, etc.) établis par le pilote d'orientation, en provenance de toutes les instances;

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.4	Pilotage (suite)

Le pilotage de système

Le pilotage de système est sous la responsabilité de la DGTI. Le pilote de système assure l'équilibre entre les besoins et les solutions par rapport à l'application locale.

De façon générale, les fonctions d'un pilote de système sont les suivantes :

- S'assurer de la bonne compréhension des besoins des utilisateurs du système I-CLSC;
- Réviser et recommander les biens livrables liés à l'application locale en fonction des besoins des différents acteurs d'I-CLSC;
- Superviser la formation des utilisateurs de l'application I-CLSC;
- Assister les établissements dans le déploiement de l'application;
- Soutenir l'utilisation et l'application locale;
- Participer à l'amélioration de la qualité des données et du cadre normatif;
- Recommander au comité directeur l'échéancier des biens livrables.



CHAPITRE 2

INFORMATION GÉNÉRALE

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique

La liste des abréviations présente les différentes abréviations utilisées dans le cadre normatif (voir la sous-section 2.1.1).

Pour sa part, le lexique désigne plus précisément la définition des principaux termes utilisés dans le cadre normatif I-CLSC (voir la sous-section 2.1.2).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.1	Abréviations

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AVD	Activité de vie domestique
AVQ	Activité de vie quotidienne
APS	Antigène prostatique spécifique
BCD	Banque commune de données
CDJ	Centre de jour
CH	Centre hospitalier
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CS	Centre de santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CTMSP	Classification par type en milieu de soins prolongés
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DSP	Direction de santé publique (régionale)
DPJ	Direction ou directeur de la protection de la jeunesse
ECG	Électrocardiogramme
EEG	Électroencéphalogramme
FSC	Formule sanguine complète
I-CLSC	Intégration-CLSC
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires

ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de la grossesse
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M-34	Référentiel territorial
M-02	Référentiel Établissement
NAM	Numéro d'assurance maladie
NCA	Non classé ailleurs
NEGS	Naître égaux – Grandir en santé
OC	Organismes communautaires
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OLO	Programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes (œufs, lait, jus d'orange)
PAD	Programme d'adaptation de domicile
PAP	Test de Papanicolaou (études des frottis vaginaux)
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interprofessionnel
PPD	Dépistage de la tuberculose, épreuve de Mantoux (PPD)
PQBSDF	Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
PQSBHB	Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

SAD	Service à domicile
SAI	Sans autre indication
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIC	Système d'information clientèle
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SI-PMI	Système d'information pour la protection en maladies infectieuses
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SP-1	Bulletin de naissance vivante
TA	Tension artérielle
T°	Température
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique

Activité administrative

Activité réalisée par le personnel du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) qui n'est pas liée à un usager-individu, un usager-groupe ou un usager-communautaire (ex. : réunion, formation, projet de recherche, création d'outils de travail, feuilles de temps, etc.).

Activité de masse

Activité ponctuelle réalisée par le personnel du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) dans le cadre d'une campagne de promotion, de sensibilisation ou d'information sur des thèmes relatifs à la santé et au bien-être. Cette activité s'adresse à un ensemble de personnes qui ne peuvent être dénombrées (ex. : kiosque, émission de radio ou de télévision).

Activité d'éducation systématique

Activité ponctuelle réalisée auprès d'un groupe de personnes **ayant des caractéristiques similaires** (par exemple : groupe d'âge d'or, groupe classes, femmes, etc.). Elle vise la prévention des problèmes de santé et psychosociaux ou la promotion de la santé et du bien-être.

Activité ponctuelle

Activité réalisée pour un individu ou un groupe d'individus dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou d'une visioconférence. La nature de cette activité ne justifie pas la rédaction d'une note clinique significative au dossier et encore moins l'ouverture d'un dossier. Il s'agit souvent d'une demande d'information, de référence, de conseil, d'assistance ou de service téléphonique pour laquelle aucun suivi n'est généralement prévu.

Note : Il peut arriver qu'un dossier soit déjà ouvert pour l'utilisateur faisant l'objet d'une activité ponctuelle. L'intervenant peut consigner une note au dossier, mais en aucun cas il ne peut la qualifier de « significative », ce qui entraînerait une intervention au sens du cadre normatif (voir dans cette sous-section les définitions des termes « intervention » et « note et note clinique significative »).

Par ailleurs, à des fins statistiques, toute activité ayant un caractère « anonyme » et, par conséquent, ne pouvant générer une note clinique significative dans un dossier est considérée comme une activité ponctuelle (exemple : dépistage anonyme ITSS).

Différence entre l'activité ponctuelle de groupe (de masse et d'éducation systématique) et l'intervention de groupe : Les activités ponctuelles de masse et d'éducation systématique s'adressent à des personnes n'ayant aucun plan d'intervention, qui y assistent sans avoir nécessairement une problématique liée au contenu de l'information donnée. Il peut y avoir plusieurs activités prévues au programme, mais l'ensemble de ces activités ne constitue pas un plan d'intervention. Pour sa part, l'intervention de groupe s'adresse à des gens qui ont des problématiques communes et pour qui un plan d'intervention et des objectifs communs à atteindre ont été établis. Cela nécessite l'inscription à un groupe et l'ouverture d'un dossier.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique

Allocation directe

Allocation financière accordée par un établissement à des personnes ou à des familles admissibles, à la suite d'une évaluation de leurs besoins et de leur situation, leur permettant de s'acheter les services dont elles ont besoin en engageant l'employé de leur choix et en gérant elles-mêmes ou avec l'aide de leur réseau de soutien. Les allocations directes constituent une alternative pour la prestation des services à domicile et s'inscrivent parmi d'autres modalités de prestation de services existants (Manuel de gestion financière – Volume 01, chapitre 03, section C, page 11).

Les données concernant les services dispensés grâce à l'allocation directe (par exemple : chèque emploi-service ou montant forfaitaire) ne doivent pas être consignées dans le système d'information clientèle I-CLSC. Voir la sous-section 2.2.6 Règles pour consigner les interventions individualisées, règle 8.

Analyse

L'analyse comprend notamment la vérification des critères d'obtention de services et la détermination sommaire des besoins de l'utilisateur en fonction des services que le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) peut lui offrir. L'analyse est réalisée par un professionnel faisant fonction d'accueil et permet de diriger l'utilisateur vers un ou plusieurs *programmes* ou *sous-programmes* du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), un autre établissement du réseau, un organisme communautaire, etc.

Assignment à un centre ou sous-centre d'activités

Période circonscrite dans le temps pendant laquelle l'utilisateur bénéficie d'une prestation de services prévue aux centres ou sous-centres d'activités tels que définis au Manuel de gestion financière. L'assignment à un centre ou sous-centre d'activités débute et se termine à l'intérieur d'un épisode de services actif auprès de l'utilisateur et comprend la période d'attente pour bénéficier d'une intervention.

Une assignment à un centre ou sous-centre d'activités est inscrite à l'épisode de services d'un usager lorsque celui-ci doit rencontrer un ou des intervenants de façon régulière pour une période donnée, dans le but d'atteindre les objectifs prévus au plan d'intervention, pour un service inclus aux activités de ce centre ou sous-centre d'activités.

Pour l'intervenant, le centre ou sous-centre d'activités est représenté par l'entremise du sous-programme. Un lien de pilotage est obligatoirement fait dans l'applicatif I-CLSC entre le sous-programme et le centre ou le sous-centre d'activités correspondant au Manuel de gestion financière.

Centre d'activités

Grand regroupement d'activités pour lequel l'information est présentée. Il permet aux établissements de répartir les charges relativement à leurs opérations.

Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres. Pour la plupart des centres d'activités, une ou deux unités de mesure sont définies, selon le cas.

Les centres d'activités sont définis dans le Manuel de gestion financière et constituent l'encadrement que l'établissement doit respecter pour rapporter les charges.

Clinique ambulatoire de soins

Soins infirmiers pour des usagers ambulants, avec ou sans rendez-vous, réalisés en dehors d'un service d'urgence (centre d'activités 6240).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique

Concertation clinique

Action de consulter une ou plusieurs personnes et de se mettre d'accord afin de mettre au point une action commune. La concertation clinique possède nécessairement l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- Elle peut être réalisée en unidisciplinarité, en multidisciplinarité ou en interdisciplinarité;
- Elle entraîne une décision d'orientation ou de réorientation du plan d'intervention;
- Elle est suivie de la rédaction d'une note clinique significative au dossier;
- Elle interpelle des intervenants qui sont impliqués dans le suivi de l'utilisateur;
- Elle est prévue ou prévisible au plan d'intervention.

Les situations suivantes constituent des exclusions à la définition de la concertation clinique :

- Rencontre entre partenaires où l'intervenant agit à titre de représentant d'un ou plusieurs CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (qu'il soit ou non responsable de l'utilisateur), par exemple un comité régional d'orientation et d'admission en milieu institutionnel;
- Discussion servant à se valider entre intervenants;
- Discussion entre intervenants pour désamorcer une charge émotionnelle (ventilation);
- Soutien professionnel entre intervenants;
- Rencontre de supervision professionnelle;
- Échange d'information;
- Transfert de dossier entre intervenants;
- Rencontre dans le but de déterminer les services qui seront dispensés à l'utilisateur par le CLSC ou discussion dans le but d'orienter une demande de services. Ces rencontres peuvent être nécessaires à la planification des services, mais ne doivent en aucun cas générer une intervention (exemple : comité d'allocation des ressources, comité d'orientation, table d'accès, etc.).

Conseil-assistance

Conseils que l'intervenant donne sur une conduite à tenir. Exemple : Info-Santé.

Délai d'accès

Le délai d'accès représente la durée pendant laquelle l'utilisateur est en attente de recevoir un premier service. Le délai d'accès considéré aux fins de reddition de compte est la période d'attente attribuable au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

Demande d'information

Toute demande d'information formulée par une personne, à laquelle répond généralement un professionnel faisant fonction d'accueil, y compris, entre autres, l'infirmière en milieu scolaire. Sont exclues les informations transmises par les téléphonistes, réceptionnistes et préposés à l'accueil.

Demande de services normalisée

Demande de services pour un usager n'ayant aucun épisode de services actif et qui requiert une analyse de la part d'un professionnel faisant fonction d'accueil aux CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ou, à défaut de cette analyse, demande de services normalisées qui provient d'une référence formelle telle que décrite à cette section.

Toutefois, les références formelles pour des soins postnataux (suivi systématique, infirmier), pour des enquêtes épidémiologiques, les références de la Société d'habitation du Québec, les références du centre jeunesse et les références provenant de la plateforme Avis de grossesse nécessitent toujours l'ajout d'une demande de services normalisée, même lorsqu'il y a un épisode de services actif.

Une demande de services normalisée, dont la décision est acceptée, entraîne obligatoirement l'ouverture d'un épisode de services s'il n'y en a pas déjà un en cours.

Les cinq (5) types de demandes de services normalisées :

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique

Demande individualisée

La demande de services individualisée est utilisée lorsqu'une personne effectue une demande de services, lors d'une référence formelle ou lorsqu'elle est faite par un membre de l'entourage de la personne avec son consentement.

Demande de couple

La demande de services de couple est utilisée lorsqu'une demande de services est faite par un couple pour une problématique de couple et qu'une prise en charge de couple est prévue. Dans cette situation, la demande concerne les usagers-individus de ce couple, visés par la prise en charge.

Demande de famille

La demande de services de famille est utilisée lorsqu'une demande de services est faite par les membres composant une famille pour une problématique familiale et qu'une prise en charge familiale est prévue. Dans cette situation la demande concerne les usagers-individus de cette famille, visés par la prise en charge.

Demande de groupe

La demande de services de groupe est utilisée lorsqu'un ensemble de personnes vivant une situation semblable effectue une demande de services en vue de bénéficier d'interventions en groupe de type préventif, thérapeutique ou éducatif, pour une période déterminée.

Demande communautaire

La demande de services communautaire est utilisée lorsqu'un groupe de la population visée par un projet ou ayant des objectifs communs, effectue une demande de services en vue de bénéficier d'interventions communautaires. La demande peut être faite par un représentant de ce groupe.

Demande de services non normalisée

Toute autre demande de services qui ne nécessite pas d'analyse et qui n'est pas une des cinq exceptions à la demande de services normalisée (références postnatales (suivi systématique, infirmier), références pour des enquêtes épidémiologiques, références d'un centre jeunesse, références de la SHQ, référence provenant de la plateforme Avis de grossesse). En ce qui a trait aux cliniques de prélèvements et à la consultation pour des services médicaux courants et au triage, les demandes de services normalisées n'ont pas à être saisies, puisqu'elles sont incluses dans l'activité ou l'intervention.

Dépistage

Recherche permettant de déceler précocement des problèmes ou des facteurs de risque pouvant mener à des problèmes plus importants (ex. : dépistage dentaire, dépistage visuel, dépistage du cancer du sein, dépistage de la maltraitance envers les personnes âgées). Ce dépistage se déroule généralement dans le cadre d'un programme, c'est-à-dire dans des activités organisées à l'échelle d'une population et mobilisant de façon structurée les ressources du système.

Dépistage nominatif d'ITSS

Dépistage d'ITSS pour lequel apparaissent des données nominatives (nom, numéro d'assurance maladie du Québec, autres) sur le formulaire de demande d'analyse. Le résultat de cette analyse se retrouve au dossier de la personne.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique

Dépistage non nominatif d'ITSS

Dépistage d'ITSS pour lequel n'apparaît aucune donnée nominative sur le formulaire de demande d'analyse. Le professionnel de la santé inscrit un code déterminé par l'établissement sur le formulaire de demande d'analyse, code qui permettra au professionnel de savoir à qui se rattache le résultat. Ce code est connu uniquement du professionnel et de la personne pour laquelle une demande d'analyse est faite. Ce résultat non nominatif se retrouve au dossier de la personne pour qui la demande d'analyse a été faite. Les règles de confidentialité qui régissent les renseignements consignés dans un dossier s'appliquent.

Dépistage anonyme d'ITSS

Dépistage d'ITSS pour lequel une personne n'a pas à fournir son identité. Un code aléatoire est inscrit sur le formulaire de demande d'analyse et au dossier médical. La personne pour laquelle une demande d'analyse est faite par ce moyen et qui désire connaître le résultat de son analyse doit établir son identité avec ce code connu d'elle seule. Ainsi, personne d'autre ne peut être associé au code indiqué sur le formulaire de demande d'analyse. Seuls les SIDEPS peuvent offrir ce type de dépistage du VIH.

Épisode de services

Période circonscrite dans le temps pendant laquelle l'utilisateur présentant une condition clinique est pris en charge par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) pour déployer les interventions requises afin de répondre à son besoin. Elle débute avec l'acceptation de la première demande de services (décision acceptée) et l'assignation à un centre d'activités. Elle se poursuit tout au long de la prestation des services à l'utilisateur en CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), incluant la période d'attente pour bénéficier d'une intervention. Voir la sous-section 2.2.4 Règles pour la gestion de l'épisode de services.

Évaluation

Activité au cours de laquelle l'intervenant utilise des outils cliniques particuliers lui permettant de préciser les données nécessaires à l'élaboration du plan d'intervention ou du plan thérapeutique infirmier. L'évaluation conduit obligatoirement à l'élaboration ou à un ajustement d'un plan d'intervention ou d'un plan thérapeutique infirmier s'il y a un suivi.

Indisponibilité de l'utilisateur

Période pendant laquelle un utilisateur n'est pas disponible pour recevoir les services offerts par l'établissement.

Seule la période d'indisponibilité de l'utilisateur qui survient avant le début des services est normalisée. La période d'indisponibilité de l'utilisateur permet la planification des services et la gestion des charges de cas tout en étant utilisée dans le calcul de l'intensité des services lorsqu'un épisode de services est en cours.

Installation

Une installation est le lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. Un établissement comporte généralement plusieurs installations.

Intervenant associé

Dans le cadre des interventions ou activités ponctuelles auprès d'un utilisateur-individu, l'intervenant associé correspond à un intervenant interne ou externe impliqué dans le service rendu lorsqu'il s'agit du même acte.

Dans le cadre des interventions ou activités ponctuelles de groupe ou communautaires, l'intervenant associé correspond à un intervenant interne ou externe impliqué dans le service rendu sans égard aux actes.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique

Intervention

Une ou plusieurs actions posées pour un usager (individu, groupe, communautaire) qui exigent une note clinique significative au dossier. Certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à la réalisation de l'intervention, ne sont pas considérées comme des interventions en soi :

- Vérification des critères d'admissibilité en vue de l'inscription à un groupe;
- Lecture du dossier usager;
- Préparation du matériel;
- Rédaction de la note au dossier et de tout autre document (ex. : outils d'évaluation multiclientèle, plan d'intervention, etc.);
- Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.;
- Confirmation du résultat d'une démarche;
- Temps de transport de l'intervenant aller-retour au domicile de l'utilisateur ou autres lieux.
- Activité de télésanté réalisée en temps différé (ex. : visionnement de la vidéo d'un enfant acheminée par le parent, etc.).

Les cinq types d'interventions

Intervention individualisée

Intervention auprès d'un usager-individu ou de toute autre personne en relation avec lui (proche aidant, famille, représentant légal) généralement dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou d'une visioconférence. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée au dossier de l'utilisateur-individu.

Une intervention auprès d'un usager-individu en présence de d'autres usagers dont le plan d'intervention vise seulement l'utilisateur-individu (problématique propre à l'utilisateur) correspond à une intervention individualisée. Le fait d'être en présence de plusieurs personnes lors d'une intervention individuelle n'implique pas nécessairement que tous les usagers présents soient visés par le plan d'intervention. Il peut s'agir par exemple : d'une personne qui accompagne l'utilisateur, qui donne de l'information sur l'utilisateur visé par le plan, le représentant légal de l'utilisateur etc. Pour consigner une intervention couple, famille ou groupe, la raison et l'acte doivent être communs aux usagers visés par le plan d'intervention. Dans le cas où la raison et l'acte n'est pas la même pour chacun des usagers présents, il s'agit d'interventions individuelles à saisir pour chaque usager concerné.

Toutefois, les auxiliaires en santé et services sociaux ainsi que les préposés aux bénéficiaires, bien que réalisant des interventions individualisées, ne sont pas tenus de rédiger une note clinique significative au dossier. Ils doivent toutefois consigner leur intervention.

Intervention de couple

Intervention réalisée auprès de deux usagers-individus qui constituent un couple généralement dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou d'une visioconférence. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée à chaque dossier usager-individu et la raison et l'acte doivent être communs aux usagers visés par le PI de couple.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique (suite)

Intervention de famille

Intervention réalisée auprès de deux ou plusieurs usagers-individus qui constituent une famille généralement dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou d'une visioconférence. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée à chaque dossier usager-individu et la raison et l'acte doivent être communs aux usagers visés par le PI de famille.

Intervention de groupe

Intervention réalisée auprès d'un usager-groupe généralement dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou d'une visioconférence. L'objectif de cette intervention est l'évolution personnelle des individus qui composent le groupe. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée au dossier de l'usager-groupe.

Intervention communautaire

Intervention réalisée pour un usager-communautaire ou un représentant, généralement dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou d'une visioconférence. L'objectif poursuivi est d'apporter une solution communautaire à des besoins perçus comme collectifs en créant, soutenant et consolidant des groupes d'action. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée au dossier de l'usager-communautaire.

Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires (IPPAP)

Regroupe l'ensemble des activités préventives auprès de la personne atteinte d'une ITSS-MADO et vise la recherche de ses partenaires sexuels, selon les modalités régionales établies.

IPPAP approche négociée

Après entente entre le cas-index et le professionnel de la santé, chacun des partenaires est joint soit par le cas-index, soit par le professionnel. Cette approche exige un mécanisme de suivi et est recommandée pour tous les cas prioritaires selon les modalités régionales établies.

IPPAP approche passive

Le cas-index, encouragé et soutenu par un professionnel de la santé, informe lui-même chacun de ses partenaires de la possibilité qu'il soit infecté et de la nécessité qu'il soit traité et examiné. Cette approche n'exige aucun suivi systématique et est recommandée pour les cas non prioritaires.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique (suite)

Main-d'œuvre indépendante

L'établissement fait appel, au besoin, à des travailleurs qui, sans faire partie de son personnel, s'engagent à fournir une certaine prestation pour assurer un remplacement ou parer à un surcroît de travail. Les prêts de service ne doivent pas être considérés comme de la main-d'œuvre indépendante. (Manuel de gestion financière – Volume 1, chapitre 03, section C, page 02). Voir la sous-section 2.2.6 Règles pour consigner les interventions individualisées, règle 7.

Motif de l'indisponibilité de l'utilisateur

Raison pour laquelle l'utilisateur est dans l'impossibilité de recevoir les services offerts par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

Note et note clinique significative au dossier

Une **note** au dossier indique une information ou une action réalisée par un intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), par exemple dans les cas suivants :

- Absence de l'utilisateur-individu lors d'un rendez-vous ou d'une rencontre prévue;
- Départ de l'utilisateur-individu avant la réalisation de l'intervention;
- Prise ou annulation d'un rendez-vous;
- Confirmation d'un rendez-vous;
- Planification de rencontres;
- Message laissé sur un répondeur;
- Communication d'information contenue au dossier entre intervenants afin d'assurer une continuité des services (temporaire ou permanente), incluant notamment la présentation du dossier à un comité interne visant à orienter l'utilisateur vers les services appropriés;
- Description de l'activité ponctuelle réalisée (toujours par un intervenant du CISSS ou CIUSSS [mission CLSC]).

Une note est qualifiée de **note clinique significative** lorsque l'ensemble des caractéristiques suivantes est présent :

- Elle est pertinente, importante et marquante dans le suivi de l'utilisateur (significative);
- Elle documente la situation de l'utilisateur (clinique);
- Elle indique l'évolution chronologique de la situation de l'utilisateur;
- Elle décrit la nature du service rendu à l'utilisateur;
- Elle se rapporte au plan d'intervention de l'utilisateur;
- À défaut de plan d'intervention, elle découle d'une décision ou d'un acte d'ordre professionnel.

Objet de la demande

Code qualifiant l'orientation de la demande de services faite aux CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) par l'utilisateur lui-même, son représentant ou tout autre référent vers le programme-services approprié, en fonction de la situation de l'utilisateur et des besoins exprimés dans la demande.

Plan d'intervention

Processus structuré par lequel un organisme ou un établissement, en fonction de son mandat et avec la participation active de la personne ou de son représentant, détermine les objectifs à atteindre et gère les interventions nécessaires pour répondre à des besoins spécifiques identifiés par cette personne ou son représentant.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique (suite)

Plan de services individualisé

Démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale tout en assurant sa protection.

Prise en charge individuelle

Elle se caractérise par un ensemble d'interventions prévues dans un plan d'intervention. Sa durée est généralement déterminée en fonction de l'atteinte d'objectifs clairement définis. Les services offerts dans le cadre du programme des services de santé courants, de santé en milieu scolaire, ainsi que les prélèvements autres que ceux à domicile, ne font pas l'objet d'une prise en charge, à moins que l'intervenant doive rencontrer l'utilisateur de façon régulière pour une période donnée dans le but d'atteindre les objectifs décrits dans un plan d'intervention.

Proche aidant

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité est considérée comme un proche aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Programme-services

Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

Programme-soutien

Un programme-soutien désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

Programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)

Ensemble d'activités intégrées destinées à une clientèle ciblée, visant des résultats particuliers, pour lesquelles sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières (ex. : soutien à domicile, Enfance-Famille-Jeunesse, services courants, santé mentale, etc.).

Le programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ne constitue pas une notion normalisée. Il n'est donc pas considéré comme un élément du présent cadre normatif. Il se peut que les programmes varient d'un CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) à l'autre.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique (suite)

Référence formelle (référence formelle ou référence formelle du réseau sans distinction - codes 110 à 800 de l'élément 0103)

Un document papier ou électronique, ou une communication téléphonique faite à un professionnel faisant fonction d'accueil, qui fournit sur la personne qui doit recevoir des services des indications précises quant à la raison d'intervention et au service requis.

La référence formelle est faite avant l'arrivée de la personne visée à l'établissement et permet de planifier les services avec cette dernière.

La référence formelle est acheminée au professionnel du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et contient une analyse. Lorsque le professionnel du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) doit rencontrer l'utilisateur afin de procéder à l'analyse, il ne s'agit plus d'une référence formelle.

La prescription médicale qui fournit des indications précises quant à la raison d'intervention et au service requis est considérée comme une référence formelle lorsque le médecin référent transmet directement la prescription au professionnel du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

Dans le cas d'un établissement multivocationnel, on doit distinguer la mission CLSC des autres missions. Par conséquent, une référence provenant d'un service du CISSS ou CIUSSS lié à une mission autre que celle du CLSC sera codée comme une référence formelle. Toutefois, la référence en provenance d'un GMF, qu'il soit intra ou extra muros, ou qu'il provienne d'un professionnel y étant attitré, est considérée comme une référence formelle du réseau.

Lors des cinq exceptions suivantes, une demande de services normalisée doit toujours être créée, qu'un épisode de services soit actif ou non :

- Les références pour des soins postnataux (suivi systématique, infirmier);
- Les références du centre jeunesse;
- Les références de la Société d'habitation du Québec (pour permettre le suivi du programme d'adaptation de domicile);
- Les enquêtes épidémiologiques.
- Les références provenant de la plateforme Avis de grossesse

À l'exception des quatre situations ci-dessus, lorsqu'un usager a un épisode de services actif, il n'y a aucune consignation de demande de services normalisée, même lorsqu'il s'agit d'une référence formelle.

Ne sont pas considérés comme des références formelles :

- Une prescription médicale qui implique un changement ou un renouvellement pour le service en cours auprès d'un usager (exemple : fréquence, dosage, durée);
- Une prescription médicale sans indication sur les services à rendre, reçue du médecin traitant (exemple : médecin qui transmet un diagnostic);
- Le formulaire de référence acheminé pour une reprise de service à la suite d'une hospitalisation;
- Toutes les demandes de prêt d'équipement;
- Les usagers qui demandent un service du GMF intra-muros.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique (suite)

Services achetés

Services achetés d'autres établissements ou d'entreprises avec ou sans contrat comprenant à la fois de la main-d'œuvre et d'autres charges et fournitures. La méthode pour établir la facture peut se faire sur la base d'un prix unitaire incluant la main-d'œuvre et les fournitures, sur la base du coût de la main-d'œuvre et des fournitures plus les frais de gérance et le pourcentage de profit, ou sur la base d'un prix forfaitaire. Il est entendu qu'un établissement achète des services pour les activités régulières d'un centre, celles-ci n'étant pas dispensées par ce centre d'activités (Manuel de gestion financière – Volume 01, chapitre 03, section C, page 10). Voir la sous-section 2.2.6 Règles pour consigner les interventions individualisées, règle 7.

Service requis ultérieurement

Planification future des services à la suite d'une référence formelle. Aucun service n'est requis dans l'immédiat. Exemple : Référence de l'hôpital le 17 mai pour le changement d'un pansement requis le 20 mai. Le service est donc requis 3 jours plus tard.

Situation de crise

Situation où le comportement de l'utilisateur présente un risque immédiat pour lui-même ou pour ses proches (santé mentale en phase aiguë), ou situation présentant un risque immédiat pour la sécurité de l'utilisateur ou de ses proches (violence, sinistre).

Sous-programme ou sous-service du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)

Sous-ensemble d'activités couvertes par un programme. La notion de sous-programme permet de distinguer les besoins particuliers d'une ou de plusieurs clientèles visées par un programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Par exemple, le programme de soutien à domicile peut être subdivisé en plusieurs sous-programmes tels que l'aide à domicile, les soins infirmiers à domicile, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'intervention communautaire, etc. N'étant pas un élément normalisé au présent cadre normatif, la répartition et l'appellation des programmes et sous-programmes peuvent varier d'un CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) à l'autre.

Toutefois, un lien de pilotage est obligatoirement fait dans l'appliquet I-CLSC entre le sous-programme et le centre ou le sous-centre d'activités correspondant au Manuel de gestion financière.

Télésanté

Événement à visée clinique impliquant l'utilisation de la modalité télésanté pour la prestation à distance d'un soin ou service de santé au profit d'un usager. Une activité de télésanté peut être réalisée en temps réel ou différé, avec ou sans l'utilisateur et peut inclure un ou plusieurs actes cliniques.

- **Temps différé** : Activité clinique de télésanté réalisée en deux temps ou avec un certain délai en l'absence de toutes les parties prenantes. Ex : Transmission d'informations avec analyse ultérieure. Synonyme: activité asynchrone
- **Temps réel** : Activité clinique de télésanté réalisée immédiatement ou sans délai en présence de toutes les parties prenantes. Ex: Transmission d'informations avec analyse en direct. Synonyme: activité synchrone

Usager du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)

Toute personne ou tout groupe à qui sont fournis des services prévus dans le cadre de la mission CLSC. Ces services peuvent être rendus sous forme d'interventions ou d'activités ponctuelles.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.1	Abréviations et lexique
Sous-section	2.1.2	Lexique (suite)

Usager-individu

Toute personne qui bénéficie d'interventions sur une base individuelle. Chaque membre d'un couple, d'une famille sera considéré comme un usager-individu s'il bénéficie d'une intervention. Un usager-individu est susceptible de bénéficier d'une intervention individualisée, de couple, de famille ou de groupe.

Usager-groupe

Ensemble de personnes vivant une situation semblable, qui bénéficient d'interventions de type préventif, thérapeutique ou éducatif pour une durée déterminée.

Usager-communautaire

Groupe de la population visée par un projet ou ayant des objectifs communs, qui bénéficie d'interventions communautaires. L'usager-communautaire peut être représenté par un membre de ce groupe.

Visioconférence

Téléconférence qui permet à ses participants non seulement de s'entendre, mais aussi de se voir grâce à l'utilisation de caméras et d'écrans qu'on installe pour la saisie, la transmission et la reproduction des images. La visioconférence utilisée en télésanté, réfère à l'utilisation de moyens technologiques (ex. Zoom, Teams, Reacts, etc) permettant de rendre, à distance, des services cliniques communément offerts dans la programmation clinique des établissements de santé et de services sociaux pour traiter les usagers.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières

Il a été mentionné précédemment que le système d'information clientèle I-CLSC est un système d'information permettant la saisie, la validation, le traitement et l'épuration des données. Il permet également la production de rapports normalisés ou de rapports spéciaux sur les demandes de services, les dossiers des usagers, les interventions et les activités ponctuelles à l'intérieur des programmes sociosanitaires en vigueur dans les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

Le présent cadre normatif comprend donc quatre éléments de comparaison : l'utilisateur, l'intervention, la demande de services et l'activité ponctuelle. Ces éléments, bien que différents, possèdent une valeur relative équivalente.

On trouvera à la sous-section 2.2.1 plusieurs mises en garde relatives au traitement de certaines données et à leur exploitation.

Afin d'assurer l'uniformisation dans la collecte des données, il est apparu essentiel de préciser des règles pour consigner les demandes de services, les épisodes de services, l'ouverture des dossiers et les interventions (sous-sections 2.2.3 à 2.2.11).

Enfin, l'élaboration d'un lexique précis permet de limiter les divergences d'interprétation relatives à certains éléments (section 2.1, sous-section 2.1.2).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.1	Mises en garde

De façon générale, on pourrait considérer chacune des interventions telles qu'elles sont définies dans le lexique comme un point de référence susceptible de répondre aux besoins de comparabilité des données. Ce n'est cependant pas le cas dans un certain nombre de situations particulières.

Ces situations particulières sont celles qui, sous l'angle de la consignation des interventions, ont exigé des règles spécifiques. Ces situations, considérées sous l'angle de la « comptabilisation » des données dans des contextes organisationnels différents, peuvent mener à des résultats différents.

Les éléments suivants sont présentés à titre d'exemples, sans aucun caractère exhaustif, et constituent des mises en garde faites aux personnes qui utiliseront les données sur la clientèle.

Démarche pour l'utilisateur

Le système prévoit une codification permettant d'identifier la démarche première effectuée pour un usager et une autre pour la poursuite de la démarche. De plus, la règle précise que l'on doit consigner une seule et unique intervention relative à des démarches par jour.

À titre d'exemple, un usager qui fait appel aux services d'un intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) pour résoudre un problème matériel recevra une réponse qui variera dans le temps (en nombre de jours et d'interventions) en raison davantage de la réalité du milieu sociocommunautaire et économique que des efforts consentis par l'intervenant.

En fait, ce qu'il faut constater, c'est qu'une même demande liée à des contextes différents exigera un nombre différent d'interventions pour une réponse similaire (ex. : résoudre le problème matériel) au besoin exprimé par l'utilisateur.

Évaluation de l'utilisateur

Selon la règle, pour consigner une intervention, quand une évaluation nécessite plus d'une rencontre, un code d'acte particulier pour la première rencontre de l'évaluation est utilisé, tandis que les autres rencontres font partie de la poursuite de l'évaluation et sont codées en conséquence.

Tout comme dans les démarches pour l'utilisateur, ces interventions n'ont pas toutes le même poids informationnel.

En effet, l'utilisation d'une codification différente pour les codes de « première rencontre » et de « poursuite de l'évaluation » permet le décompte du nombre d'évaluations réalisées par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), de même que du nombre d'interventions requises pour réaliser ces évaluations.

Du point de vue du système d'information, le nombre d'interventions requises pour parachever l'évaluation de l'utilisateur est consigné dans le système et peut donner différentes indications : lourdeur du cas, pratiques professionnelles, organisation du travail, etc. Il faut retenir que, dans les faits, une seule évaluation sera faite pour l'utilisateur.

Dans ce contexte, une analyse linéaire basée sur la seule addition du nombre d'interventions n'est pas représentative de la réalité ou du travail effectué auprès de l'utilisateur.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.1	Mises en garde (suite)

Intervention réalisée auprès d'un couple ou d'une famille

Il n'existe pas de dossier couple ou de dossier famille dans les CISSS et CIUSSS (mission CLSC) pour des raisons à la fois légales et pratiques. Un usager-individu peut donc recevoir une intervention individualisée, une intervention de couple ou une intervention de famille.

Par exemple, les notes cliniques significatives liées à une intervention de couple sont versées aux dossiers des deux usagers concernés. Dans ce cas, il y a une seule intervention, à laquelle plusieurs usagers sont rattachés, et non une intervention différente par usager.

Ces types d'interventions étant courantes en CISSS et CIUSSS (mission CLSC), le traitement et l'analyse des données doivent tenir compte de cette réalité.

Intervention impliquant simultanément plusieurs intervenants

Si, pour une raison particulière, la présence de plusieurs intervenants est nécessaire pour une intervention qu'elle soit destinée à un usager-individu, groupe ou communautaire, les règles de consignation prévoient qu'il n'y a alors qu'une seule intervention faisant appel à plusieurs intervenants (voir la notion d'intervenant associé), indépendamment du centre d'activités.

Dans une perspective clientèle, il est vrai que l'usager a reçu une réponse à son besoin (ex. : un bain donné pour des raisons de sécurité par deux ASSS). Cependant, il est important que l'analyse tienne compte du nombre d'intervenants associés à cette intervention ou à quelque intervention que ce soit.

La concertation clinique constitue un autre exemple où, pour assurer entre autres la mise à jour du plan d'intervention, plusieurs intervenants, impliqués dans le suivi de l'usager, sont appelés à donner un avis professionnel. Il n'y a cependant qu'un seul plan d'intervention qui fait l'objet d'une mise à jour, et en conséquence, une seule intervention est consignée. Ici encore, le nombre d'intervenants associés demeure une indication importante.

Intervention impliquant successivement plusieurs intervenants

Pour un usager-individu, les règles de consignation précisent que, pour des actes différents, chaque intervenant doit inscrire dans le dossier de l'usager l'intervention qu'il a réalisée.

Les services de santé courants sont souvent confrontés à cette situation. Par exemple, pour un même usager, une infirmière fera une courte évaluation (triage), un médecin posera par la suite un ou plusieurs actes précis et, finalement, une autre infirmière fera un pansement ou posera tout autre acte particulier. Dans cet exemple, l'usager s'est présenté une seule fois avec un besoin précis (ex. : une blessure au bras) et il a reçu un service en réponse à ce besoin. Cependant, les ressources mises en œuvre pourraient, d'un CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) à l'autre, varier en fonction des choix locaux et des processus de travail retenus. En conséquence, le nombre d'interventions auprès d'un usager variera de façon importante. En l'absence d'une unité de mesure commune, le traitement des données touchant les interventions successives auprès d'un usager doit faire l'objet d'une attention particulière et d'une analyse différente des situations où une chaîne d'interventions est absente.

Demande de services normalisée

La fonction accueil exercée par les professionnels dans les CISSS et CIUSSS (mission CLSC) diffère de celles des autres activités. Afin de mieux refléter la réalité, la demande de services est l'unité de mesure retenue. Bien que propre à l'accueil, l'unité de mesure « demande de services » a la même valeur que l'intervention.

L'information reliée à la notion « référé par » est inscrite dans la section Demande de services normalisée et non dans chacune des interventions.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.1	Mises en garde (suite)

L'élément « référé par » permet de comptabiliser le nombre de demandes de services en provenance des partenaires et d'analyser des tendances dans le temps à partir d'une période de référence similaire (par mois, par trimestre, par année, etc.).

Toutefois, cette façon de procéder ne permet pas de connaître automatiquement le volume d'activités générées par une référence particulière ou par les références faites par un partenaire donné. Une lecture plus détaillée de chacune des situations s'impose alors : par exemple, la production d'un rapport à partir d'écart de dates peut entraîner des erreurs de comptabilisation importantes (ex. : deux prises en charge dans des programmes différents).

Le code « aucune référence formelle » indique uniquement l'absence d'une référence formelle. On ne doit pas déduire de ce code que l'utilisateur aurait dû être référé et qu'il ne l'a pas été.

Considérant la normalisation des éléments « services requis ultérieurement » et « indisponibilité de l'utilisateur », il est possible de calculer le délai d'accès à un premier service en tenant compte de ceux-ci.

Interventions réalisées en milieu scolaire

Les interventions ou activités ponctuelles réalisées en milieu scolaire (lieu 150 École, lieu 155 École en santé publique et 145 École en santé privée) sont identifiées selon le niveau de scolarité des étudiants rencontrés à l'aide du champ réservé à cette fin dans le cadre normatif. Cet élément nous permettra de connaître la nature des activités réalisées à l'école et leur volume.

Il ne s'agit pas ici d'interventions ou d'activités réalisées auprès ou pour la population scolaire, mais uniquement de celles réalisées à l'école. Or, la pratique dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse est de rejoindre les jeunes d'âge scolaire dans tous les milieux où ils se trouvent, c'est-à-dire à l'école bien sûr, mais aussi au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), à domicile, dans les groupes communautaires, etc. Les données sur le niveau de scolarité sont de ce fait très partielles et ne couvrent pas l'ensemble de la réalité de ce secteur, car il est possible qu'un étudiant n'obtienne jamais de services à l'école.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.2	Nomenclature à plusieurs niveaux

Définition de nomenclature

Par nomenclature, on entend l'ensemble des valeurs d'un élément ou d'un champ, lorsque ces valeurs sont exprimées par une liste de codes et une description de codes.

Par exemple, les valeurs de la nomenclature des lieux d'intervention sont les suivantes :

Code	Description
120	Au domicile
140	Résidence privée pour aînés
150	À l'école
200	En service de garde
300	Au CISSS ou CIUSSS
900	Autres lieux

Notion de niveaux

L'un des objectifs visés par la révision des nomenclatures du système Intégration CLSC est d'établir une codification standard des informations à enregistrer. Cette standardisation permettra éventuellement de fusionner et de comparer des renseignements provenant de différents établissements d'une même région ou de différentes régions de la province de Québec.

Afin d'atteindre cet objectif, tout en laissant aux CISSS et CIUSSS (mission CLSC) la plus grande flexibilité possible d'adaptation des nomenclatures à leur propre contexte, une codification à deux niveaux a été établie pour certains éléments d'information devant être transférés aux organismes externes.

La codification de premier niveau est celle dite standard et préétablie. Dans le cas des raisons d'intervention et des actes, certains codes de deuxième niveau clairement identifiés sont aussi standards et normalisés. Dans la version 4, l'ensemble des codes a été révisé dans le but de répondre aux besoins des établissements, mais aussi des différents paliers de responsabilité. Les différents secteurs d'intervention (médical, psychosocial, collectif, individuel, etc.) sont également pris en compte. Cette codification n'est pas modifiable par l'établissement sans l'accord du responsable du cadre normatif au niveau provincial.

Sous réserve du paragraphe précédent, il existe pour chacun des codes de premier niveau une nomenclature de deuxième niveau adaptable par les CISSS et CIUSSS (mission CLSC) selon leurs besoins, soit par l'ajout de certains codes de deuxième niveau à leur nomenclature, pourvu que, par leur définition, ces nouveaux éléments soient complémentaires à la nomenclature de premier niveau, ou soit par le retrait de codes existants.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.2	Nomenclature à plusieurs niveaux (suite)

Prenons comme exemple la nomenclature rattachée aux codes des lieux d'intervention. On trouve au premier niveau un ensemble de valeurs préétablies qui sont :

120	Au domicile
140	Résidence privée pour aînés
150	À l'école
200	En service de garde
300	Au CISSS ou CIUSSS
900	Autres lieux

Le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) peut se limiter à cette nomenclature de premier niveau. Cependant, s'il désire identifier chacune des écoles de sa localité, il peut le faire en les inscrivant à l'intérieur d'une nomenclature de deuxième niveau.

Par exemple, à l'intérieur du code 150, concernant les lieux, on peut introduire trois codes de second niveau :

160	En ressource intermédiaire
150	À l'école
199	École primaire n° 1 (deuxième niveau)
198	École primaire n° 2 (deuxième niveau)
197	École secondaire n° 1 (deuxième niveau)
	Etc.
200	En service de garde

De plus, pour répondre aux besoins locaux ou régionaux, des codes de troisième niveau peuvent être utilisés.

Gestion de niveaux

Premier niveau

Les nomenclatures de premier niveau s'appliquent à l'ensemble des CISSS et CIUSSS (mission CLSC). Elles sont identifiées dans les listes des valeurs permises par des caractères gras. On retrouve ces listes au chapitre 3.

Deuxième niveau

Dans le cas des raisons d'intervention et des actes, certains codes de deuxième niveau clairement identifiés (*) sont normalisés et donc transmis à la banque commune de données.

Pour les autres codes de deuxième niveau, afin de promouvoir le partage des informations concernant la clientèle d'une région, il y a un intérêt certain à standardiser les nomenclatures de ce niveau en concertation régionale.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.2	Nomenclature à plusieurs niveaux (suite)

Advenant l'utilisation de la nomenclature de deuxième niveau, l'emploi des codes numériques établis pour une même définition est obligatoire. Toute nouvelle nomenclature de deuxième niveau devra utiliser un code différent de ceux qui sont présentés au chapitre 3.

Les derniers codes d'une catégorie doivent être utilisés afin de faciliter la gestion des données.

Prenons par exemple la catégorie 2200 de l'élément « raison d'intervention ». Dans la nomenclature de deuxième niveau liée à cet élément, on trouvera les codes suivants :

Maladies et troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

- *2201 Ulcération chronique de la peau, incluant : escarre de décubitus
- 2202 Acné

Dans ce cas-ci, le code précédé d'un astérisque (*) est normalisé et transmis à la banque de données centrale, même s'il s'agit d'un code de deuxième niveau.

*Note : Au module pilotage, un code défini comme étant de deuxième niveau et **précédé d'un astérisque (*)** au cadre normatif doit être rattaché à lui-même.
De plus, les autres codes de deuxième niveau qui **ne sont pas précédés d'un astérisque (*)** au cadre normatif doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie.
Si l'on désire ajouter « psoriasis » comme élément de deuxième niveau pour la catégorie 2200, on choisira **2299** comme code et non **2203**.*

On aura donc :

Maladies et troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

- *2201 Ulcération chronique de la peau, incluant : escarre de décubitus
- 2202 Acné
- 2299 Psoriasis

La catégorie suivante est le 2300

2300 Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

Troisième niveau

Pour répondre aux besoins locaux ou régionaux, des codes de troisième niveau peuvent être utilisés régionalement, notamment dans le champ « référé par » de la demande de services normalisée.

Exclure des saisies

Lorsqu'elle est cochée au pilotage, la case Exclure des saisies rend l'élément invisible et non disponible dans les listes déroulantes de l'application I-CLSC. Par conséquent, il est impossible d'utiliser ce code (libellé) dans la liste déroulante du champ de saisie.

Dans le cadre normatif I-CLSC, la mention Exclure des saisies associée à un code de premier niveau a pour effet de donner préséance à l'utilisation des codes de deuxième niveau de la rubrique concernée. Dans ce contexte, le code de premier niveau ne doit pas être utilisé.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.3	Règles pour consigner les demandes de services normalisées

La demande de services est normalisée pour un usager n'ayant aucun épisode de services actif et qui requiert une analyse de la part d'un professionnel faisant fonction d'accueil au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ou qui provient d'une référence formelle telle que décrite à la section 2.1.2-Lexique.

Toutefois, les références formelles pour des soins postnataux (suivi systématique, infirmier), pour des enquêtes épidémiologiques, les références de la Société d'habitation du Québec, les références du centre jeunesse et les références provenant de la plateforme Avis de grossesse nécessitent toujours l'ajout d'une demande de services normalisée, même lorsqu'il y a un épisode de services actif.

Une demande de services normalisée dont la décision est acceptée entraîne obligatoirement l'ouverture d'un épisode de services s'il n'y en a pas déjà un en cours.

Règles générales – demandes de services normalisées

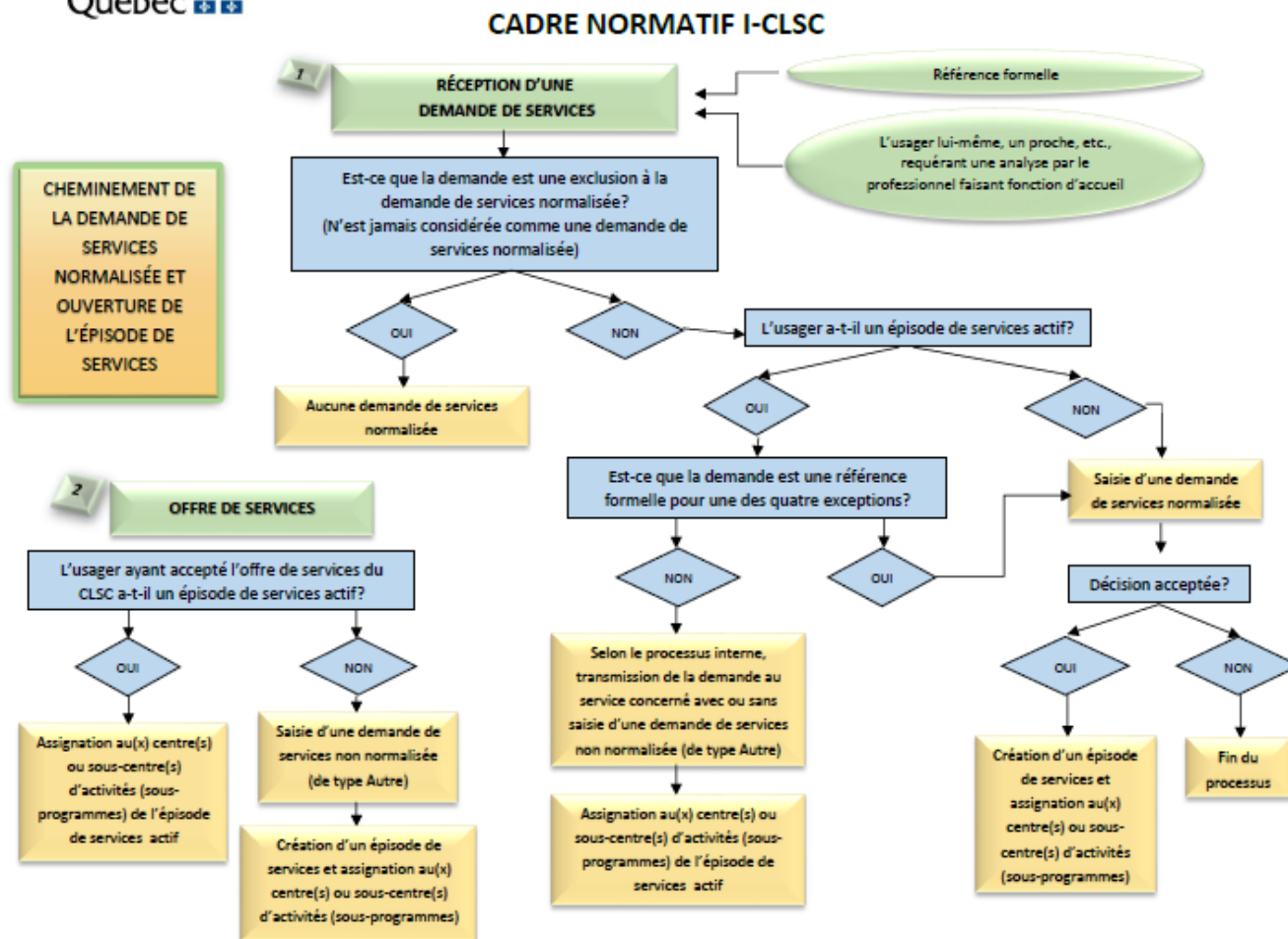
Demande de services normalisée	Exclusions Ne sont jamais considérées comme des demandes de services normalisées
Une demande de services normalisée doit être créée lorsqu'aucun épisode de services n'est actif pour l'utilisateur. De plus, pour les cinq situations suivantes, une demande de services normalisée doit toujours être créée même si un épisode de services est actif : Exceptions : ➤ Références pour des soins postnataux (suivi systématique, infirmier) ➤ Références du centre jeunesse ➤ Référence de la Société d'habitation du Québec (suivi PAD) ➤ Les enquêtes épidémiologiques ➤ Les références provenant de la plateforme Avis de grossesse À l'exception des cinq (5) situations ci-haut mentionnées, lorsqu'un usager a un épisode de services actif, il n'y a aucune consignation de demande de services normalisée, même lorsqu'il s'agit d'une référence formelle.	➤ Demande d'information et conseil-assistance ➤ Prise de rendez-vous ➤ Services de santé courants avec ou sans rendez-vous, ainsi que les cliniques ambulatoires de soins ➤ Service de santé en milieu scolaire ➤ Centres de prélèvements, ECG (électrocardiogramme) ➤ Prescription pour prélèvements autres qu'à domicile (ex. : service courant) ➤ Feuilles de consultation de l'urgence du centre hospitalier (CH) ➤ Clinique de vaccination ➤ Réception du bulletin de naissance SP-I (sans document de référence formelle) ➤ Situation de crise ➤ Inscription à un groupe ➤ Prêt d'équipement ➤ Usager demandant le service du GMF intra-muros ➤ Référence interne ➤ Offre de services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) pour un nouvel usager (ex. : proche aidant, Prisma 7) ➤ Services en « Aire Ouverte ».

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.3	Règles pour consigner les demandes de services normalisées

Règles spécifiques

1. La demande de services normalisée sera inscrite au nom de la (des) personne(s) qui, après analyse, recevra (recevront) les services.
2. Si l'intervenant faisant fonction d'accueil reçoit une demande de services, commence l'analyse de la demande par téléphone et la termine lors d'une rencontre, on ne comptabilise qu'une demande de services normalisée.
3. À la suite d'une demande de services normalisée de type individuel faite par un usager, on constate après analyse, selon les besoins de la personne, qu'elle pourrait être orientée vers des rencontres de groupes. La demande sera considérée comme une demande de services individuelle acceptée et référée à un groupe.
4. Dans le cas où un usager fait une demande de services individuelle au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et qu'on assure un suivi selon le plan d'intervention individuel : si le processus d'évolution amène un suivi de couple ou de famille, il n'y aura pas de nouvelle demande de services.
5. La centrale Info-Santé et Info-Social (Urgence-détresse), qu'elle fasse partie ou non de l'établissement, doit être considérée comme un partenaire externe du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
6. Dans les situations où la Direction de santé publique (DSP) adresse des demandes d'enquêtes épidémiologiques, la comptabilisation d'une seule demande de services normalisée est indiquée au nom du cas index (usager qui porte la maladie). Les contacts téléphoniques réalisés auprès des personnes qui ont été en contact avec le cas index correspondent à du dépistage. Les usagers visés par l'enquête ne font aucune demande, c'est le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) qui offre des services.
7. Lorsqu'un intervenant traite une demande de services et que l'intervention débute au cours de la même rencontre (évaluation en vue d'établir le plan d'intervention), celui-ci comptabilise seulement une demande de services. À la prochaine rencontre, une intervention sera consignée.
8. À l'exception des références pour des soins postnataux (suivi systématique, infirmier), pour des enquêtes épidémiologiques, des références du centre jeunesse, des références provenant de la plateforme Avis de grossesse et de la SHQ, les visites subséquentes de l'usager à l'AAOR, de même que les références subséquentes reçues pendant un épisode de services actif n'entraînent pas la comptabilisation d'une demande de services normalisée. Toutefois, si l'usager requiert une intervention de l'intervenant de l'AAOR, celui-ci consignera une intervention.
9. La référence en provenance de la mission CLSC d'une autre installation du CISSS ou CIUSSS ne constitue pas une demande de services normalisée.
10. Lorsqu'un intervenant du CLSC (AAOR, comité d'orientation, etc.) contacte un usager en attente d'un premier service afin de vérifier les besoins, d'assurer une relance ou un suivi de la demande, ou lors d'une présentation à un comité d'orientation afin de préciser ou déterminer l'orientation de la demande, aucune intervention ne doit être consignée, étant donné que cela s'inscrit dans le continuum de la demande de services normalisée. Toutefois, une note peut être consignée et une activité ponctuelle non normalisée saisie selon le besoin local.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.3	Règles pour consigner les demandes de services normalisées (suite)



Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.4	Règles pour la gestion de l'épisode de services

Règle générale

Il n'y a qu'un seul épisode de services actif par usager.

Un usager ne peut avoir plus d'un épisode de services ouvert en même temps, mais peut avoir plusieurs épisodes de services au cours de sa vie.

Une demande de services normalisée dont la décision est acceptée entraîne obligatoirement l'ouverture d'un épisode de services s'il n'y en a pas déjà un en cours.

De façon générale, un épisode de services est constitué lorsque l'utilisateur doit rencontrer un ou des intervenants de façon régulière pour une période donnée, dans le but d'atteindre les objectifs prévus au plan d'intervention.

De façon générale, toute intervention doit être associée à une assignation du centre ou sous-centre d'activités approprié de l'épisode de services. Par conséquent, la saisie d'une intervention doit être précédée de l'ouverture d'un épisode de services et de l'assignation au centre ou sous-centre d'activités correspondant à l'intervention réalisée.

Une assignation à un sous-programme ayant été fermée ne peut être réouverte.

Règles spécifiques

1. Certaines situations requièrent l'ouverture d'un épisode de services bien qu'elles n'aient pas fait suite à la saisie et à l'acceptation d'une demande de services normalisée :
 - La référence interne;
 - Une offre de services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) pour un nouvel usager (ex. : proche aidant, un nouvel usager dans le cadre d'un suivi familial, etc.).
2. Les services ne requérant pas l'ouverture d'un épisode de services sont les suivants :
 - Les services de santé courants avec ou sans rendez-vous;
 - Les services Aire Ouverte
 - Services de santé en milieu scolaire;
 - Services dentaires préventifs en milieu scolaire;
 - Prélèvements autres qu'à domicile;
 - Centre de prélèvement, électrocardiogramme (ECG);
 - Clinique de vaccination;
 - Situation de crise;
 - Prêt d'équipement;
 - Les services de l'Urgence;
 - Les interventions de groupe pour lesquelles les usagers s'inscrivent eux-mêmes sans qu'une demande de service ne soit requise (ex. rencontres prénatales, etc.). Voir exclusions à la demande de services normalisée – Inscription à un groupe - Sous-section 2.2.3 Règles pour consigner les demandes de services normalisées.
3. Une assignation au centre d'activité approprié doit être créée pour tout usager-individu bénéficiant d'interventions de groupe dans le cadre des services pour lesquels un épisode de services est requis.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.5	Règles d'ouverture et contenu des dossiers individus

Les tableaux ci-après énoncent les règles relatives à l'ouverture des dossiers individus et ne constituent pas une politique d'ouverture de dossiers.

Chaque CISSS et CIUSSS (mission CLSC) doit établir une politique d'ouverture de dossiers qui fait référence aux éléments légaux inclus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements, ainsi qu'aux éléments définis par le présent cadre normatif.

Il existe différents usagers, dont l'usager-individu (sous-section 2.2.5), l'usager-groupe (sous-section 2.2.8) et l'usager-communautaire (sous-section 2.2.10). Pour chacun de ces usagers, des règles relatives à l'ouverture de dossiers et à leur contenu sont énoncées.

Règles spécifiques – dossier individus

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
<i>Selon le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (L.R.Q., chapitre S-5, r. 5), chapitre V,</i> Article 50 : ➤ « Un établissement doit tenir un dossier sur chacun des bénéficiaires qui reçoivent des services, sauf ceux visés aux articles 45 et 51. ➤ Les renseignements exigés du bénéficiaire en vertu de l'article 23 sont conservés au dossier de l'usager. » <i>Pour tout usager de moins de 14 ans, l'intégrité (sécurité) de l'enfant et l'urgence de la situation priment sur l'exigence d'obtenir le consentement des parents avant d'ouvrir le dossier (en vertu des articles 13, 14, 33 et 37 du Code civil du Québec).</i> <i>Dans le cas de signalements retenus ou non, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, la règle générale d'ouverture du dossier s'applique.</i>	<i>Selon le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (L.R.Q., chapitre S-5, r. 5), chapitre V,</i> Article 52 : ➤ « Un établissement n'est pas tenu d'ouvrir un dossier pour une personne décédée à son arrivée dans l'établissement. L'attestation du décès de même que les constatations médicales de l'examen du cadavre doivent être conservées au service des archives de l'établissement ». <i>Un prêt d'équipement (avec ou sans ordonnance médicale) ne fait pas l'objet d'une ouverture de dossier.</i>

Les règles spécifiques viennent préciser l'application de la règle générale au regard de certains types de services. Pour chaque type de services, les cas pour lesquels un dossier est ouvert ou non sont nommément précisés.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.5	Règles d'ouverture et contenu des dossiers individus

Règles spécifiques – dossier individus (suite)

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)	
	Information/référence. Vérification des critères d'admissibilité en vue d'une inscription à un groupe. Personne pour qui une demande de services est faite par un tiers.
Analyse avec suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).	Analyse sans suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
Services à domicile	
Analyse avec suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Pour la famille qui a besoin d'aide à domicile, le dossier est ouvert au nom de la personne qui fera l'objet du plan d'intervention (PI). Pour un couple qui a besoin d'aide dans le cadre des activités de la vie domestique (AVD), un dossier sera ouvert au nom de la personne qui fera l'objet d'un plan d'intervention (PI). Pour un couple qui a besoin d'aide dans le cadre des activités de la vie quotidienne (AVQ), un dossier sera ouvert au nom de chacune des deux personnes qui font l'objet d'un plan d'intervention (PI).	Analyse sans suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
<i>Note : L'analyse implique l'utilisation d'une grille ou d'un questionnaire dans le but de s'assurer que les besoins de la personne correspondent aux critères internes d'admissibilité à un service du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).</i>	
Services psychosociaux	
Pour les couples ou les familles qui ont besoin de services psychosociaux, un dossier sera ouvert pour chacune des personnes visées par un plan d'intervention (PI).	

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.5	Règles d'ouverture et contenu des dossiers individus

Règles spécifiques – dossier individus (suite)

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Santé au travail	
	Les services étant financés par la CNESST, le dossier du travailleur en santé et sécurité au travail peut être ouvert. Cependant, ce dossier n'appartient pas au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), mais à la DSP.
Vaccination	
Pour tout usager-individu qui reçoit un vaccin, la règle générale s'applique, <u>incluant</u> la vaccination antigrippale. Pour la vaccination en milieu scolaire, dans les territoires du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) où l'on trouve une mobilité considérable des usagers, l'ouverture de dossier est optionnelle.	Opération à la fois massive et urgente de vaccination (ex. : méningite, H1N1, COVID-19).
Prélèvements	
Pour les usagers-individus pour lesquels des prélèvements sont effectués à domicile. Pour les usagers-individus à qui on effectue un prélèvement au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) en dehors des activités du centre de prélèvement du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).	Pour toute personne à qui on fait un prélèvement à l'intérieur des activités du centre de prélèvement du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ou pour tout dépistage anonyme. On procède alors à une inscription au registre en vertu des articles 20 et 51 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.
Services en milieu scolaire	
Pour tout usager-individu qui a besoin d'un plan d'intervention (PI). Pour tout usager-individu qui a besoin d'un suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), après un résultat positif d'un test de dépistage. Pour toute intervention de premiers soins majeurs. Pour tout usager-individu qui reçoit la pilule du lendemain ou pour qui on effectue un test de grossesse.	Pour toute activité d'information et d'éducation liée à la prévention des problèmes sociaux et de santé et à la promotion de la santé et du bien-être. Pour toute opération de dépistage (ex. : auditif, visuel, dentaire). Pour toute activité de premiers soins mineurs.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.5	Règles d'ouverture et contenu des dossiers individus

Règles spécifiques – dossier individus (suite)

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Services en milieu de garde	
Pour tout usager-individu qui a besoin d'un plan d'intervention (PI). Pour tout usager-individu qui a besoin d'un suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), après un résultat positif d'un test de dépistage.	Pour toute activité d'information et d'éducation liée à la prévention des problèmes sociaux et de santé et à la promotion de la santé et du bien-être. Pour tout usager-individu qui n'a pas besoin de suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), après un dépistage en milieu de garde.
Services en milieu carcéral	
Si l'entente de service entre le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et le centre de détention stipule que le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) est responsable de la prestation des services, il est responsable de la garde des dossiers et la règle générale s'applique.	
Enquêtes épidémiologiques demandées par la DSP (ex. : recherche de contacts visant une maladie à déclaration obligatoire)	
Pour tout usager-individu dont le résultat du dépistage effectué au cours d'une enquête épidémiologique nécessite un suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).	Pour tout usager-individu qui n'a pas besoin de suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), à la suite d'un dépistage effectué dans le cadre d'une enquête épidémiologique. Pour toute personne porteuse d'une maladie infectieuse signalée par la DSP pour laquelle aucun suivi n'est prévu par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
Enquête santé et projets de recherche (ex. : enquête Santé Québec, enquête Santé du cœur, enquête Nutrition)	
Pour tout usager-individu dont le résultat de dépistage effectué au cours d'une enquête santé nécessite un suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).	Pour tout usager-individu qui n'a pas besoin de suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), à la suite d'un dépistage effectué au cours d'une enquête santé.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.5	Règles d'ouverture et contenu des dossiers individus

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Santé parentale et infantile	
Pour tout usager-individu qui a besoin d'un plan d'intervention (PI).	Vérification des critères d'admissibilité en vue d'une inscription à un groupe (pré ou postnatal).
Pour tout usager-individu (mère, père, nouveau-né) dont l'état nécessite un suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) après un dépistage postnatal*.	Pour toute activité de dépistage postnatal.
Dans le cadre d'un suivi postnatal, le dossier est ouvert au nom de la mère.	Pour toute activité d'information et d'éducation liée à la prévention des problèmes sociaux et de santé et à la promotion de la santé et du bien-être.
Pour toute mère et tout nouveau-né qui ont besoin de soins postnataux à la suite de la réduction de la durée de séjour en milieu hospitalier.	Réception d'un avis de naissance.

**Note : Le dépistage postnatal implique l'utilisation d'une grille ou d'un questionnaire dans le but de vérifier si la mère, le père ou le nouveau-né ont besoin d'un suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Cette activité peut se dérouler au cours d'une rencontre ou d'une communication téléphonique.*

Contenu du dossier individu

Selon le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (L.R.Q., chapitre S-5, r. 5), chapitre V,

Article 56 :

« Le dossier tenu par un centre local de services communautaires comprend notamment :

- 1° Une formule d'identification des pièces au dossier;
- 1.1° Une feuille sommaire;
- 2° L'évaluation médicale, psychosociale ou l'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire;
- 3° Les rapports d'examen diagnostiques;
- 4° La demande de services;
- 5° Les ordonnances;
- 5.1° L'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments;
- 6° Le plan d'intervention et les rapports de révision périodique;
- 7° Les notes d'évolution rédigées par les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les membres du personnel clinique;
- 8° Les demandes et les rapports de consultation;
- 9° Le document visé à l'article 52.1;

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.5	Règles d'ouverture et contenu des dossiers individus

- 10° Le document attestant l'obtention du consentement d'un bénéficiaire pour des soins ou des services dispensés par le centre local de services communautaires;
- 11° Un rapport sur tout accident subi par un bénéficiaire dans l'établissement;
- 12° Le document attestant le consentement du bénéficiaire à la prise par l'établissement de photographies, films ou enregistrements le concernant;
- 13° Les documents photographiques, les clichés radiologiques, les tracés d'électrocardiographie ou d'électroencéphalographie ainsi que les autres pièces ayant servi à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement;
- 14° Le protocole d'anesthésie;
- 15° Le diagnostic préopératoire, la nature de l'intervention projetée, le protocole opératoire indiquant la nature des interventions, les constatations, les techniques opératoires utilisées et la description des pièces prélevées;
- 16° Une copie de la déclaration de décès. »

Les directives pour consigner les interventions (section 2.2) dans le cadre du système d'information clientèle I-CLSC sont énoncées dans les Règles pour consigner les interventions. Ces orientations sont constituées de règles générales et de règles spécifiques et visent les interventions individualisées (sous-section 2.2.6), de couple et de famille (sous-section 2.2.7), de groupe (sous-section 2.2.9) et communautaires (sous-section 2.2.11).

Le but visé par ces directives est de standardiser la consignation des interventions et ainsi d'aider les intervenants au regard des différentes situations auxquelles ils sont confrontés, l'objectif étant de favoriser la comparaison des données aux niveaux local, régional et provincial. Néanmoins, le lecteur devra considérer que les mises en garde présentées à la sous-section 2.2.1 de ce chapitre nuancent cet objectif.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.6	Règles pour consigner les interventions individualisées

Règle générale

En respect de la définition d'une intervention présentée dans ce chapitre (section 2.1, sous-section 2.1.2 du cadre normatif), une intervention est consignée lorsque les points suivants sont réunis :

1. Toute intervention, telle que définie, doit être consignée au système.
2. L'intervention inclut l'ensemble des actions posées au cours de la rencontre ou de la communication téléphonique. Puisque le système d'information Intégration CLSC prévoit un maximum de trois raisons d'intervention et de trois actes pour décrire une intervention, les informations retenues pour la décrire se doivent d'être les plus pertinentes possible par rapport au service rendu à l'usager-individu.
3. Chaque intervention se retrouve au dossier au moyen de notes cliniques significatives, mais toute note pour le professionnel n'entraîne pas nécessairement la consignation d'une intervention. Puisque le mode de rédaction des notes versées au dossier varie d'un intervenant à un autre, on ne peut établir une relation entre le nombre de notes et le nombre d'interventions consignées.
4. Certaines actions posées en dehors de la rencontre ou de la communication téléphonique auprès de l'usager-individu ou de toute autre personne en relation avec lui (proche aidant, famille, représentant légal) peuvent être consignées à titre d'interventions. Pour plus de détails, se référer aux règles spécifiques qui sont présentées à la page suivante.
5. Certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à la réalisation de l'intervention, peuvent, dans certains cas, entraîner la rédaction d'une note consignée au dossier, mais ne sont pas considérées comme des interventions en elles-mêmes. Il s'agit notamment des activités suivantes :
 - Vérification des critères d'admissibilité en vue de l'inscription à un groupe;
 - Lecture du dossier usager-individu;
 - Préparation du matériel;
 - Rédaction de la note au dossier et de tout autre document (ex. : outil d'évaluation multiclientèle, plan d'intervention, etc.);
 - Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.;
 - Confirmation du résultat d'une démarche.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-Section	2.2.6	Règles pour consigner les interventions individualisées (suite)

6. Bien qu'elles puissent entraîner la rédaction d'une note au dossier, les situations suivantes ne sont pas considérées comme des interventions et ne doivent pas être consignées :
 - Absence de l'utilisateur-individu à un rendez-vous ou à une rencontre prévue;
 - Départ de l'utilisateur-individu avant la réalisation de l'intervention;
 - Inscription ou annulation d'un rendez-vous;
 - Confirmation d'un rendez-vous;
 - Planification de rencontres;
 - Message laissé sur un répondeur;
 - Communication d'information entre intervenants pour assurer la continuité des services ou le prêt de matériel ou d'équipement;
 - Communication avec l'utilisateur afin de compléter l'information en vue de prioriser les services.
7. Pour les centres d'activités admissibles à la banque, les données de la main-d'œuvre indépendante ou des services achetés sont consignées dans le système d'information clientèle I-CLSC.
8. Les données concernant les services dispensés grâce à l'allocation directe ne doivent pas être consignées dans le système d'information clientèle I-CLSC.
9. Le système SI-PMI est responsable de fournir l'information relative à la vaccination de l'utilisateur. L'information sur le service rendu à l'utilisateur, à l'exception de la vaccination, est, quant à elle, fournie par I-CLSC.

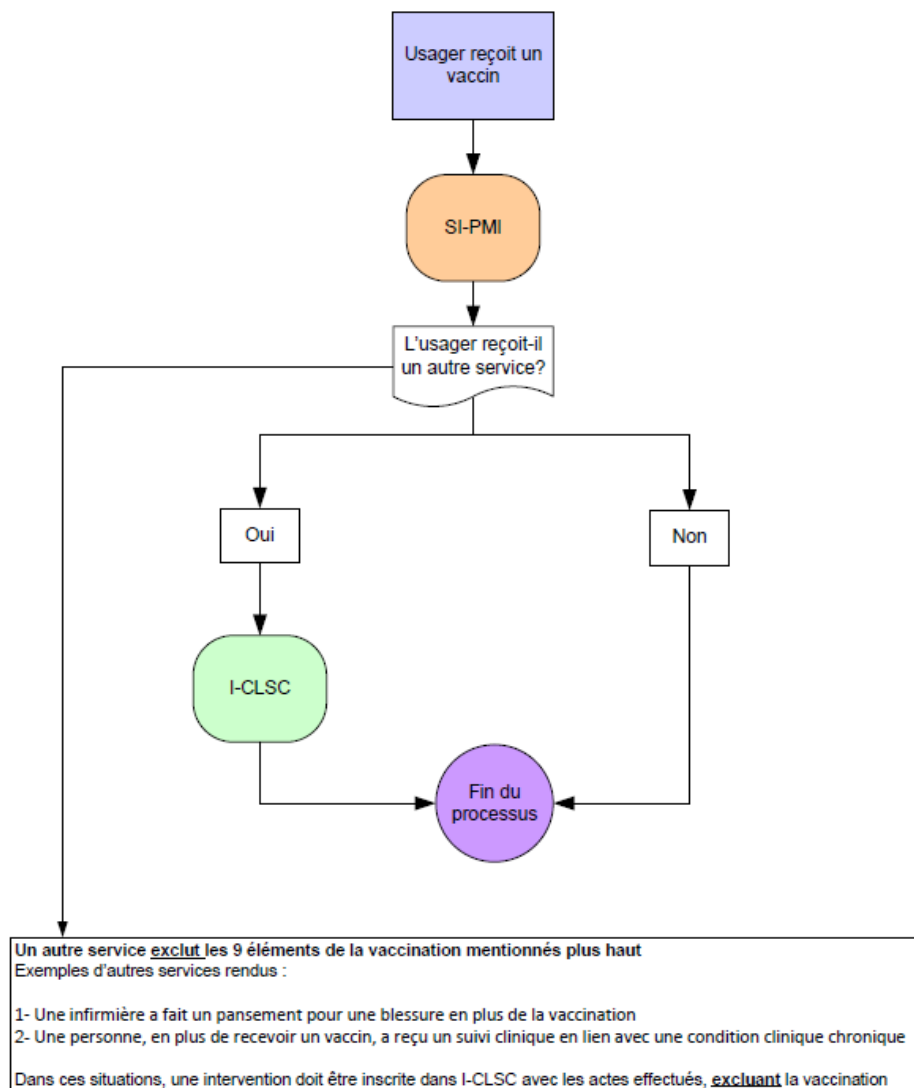
Lorsqu'un service rendu à un utilisateur inclut une vaccination, par exemple un soin de plaie suivi d'une vaccination contre le tétanos, l'information relative au service rendu (soin de la plaie) est colligée au I-CLSC et l'information relative à la vaccination contre le tétanos est colligée au SI-PMI.

L'information concernant l'alimentation de l'enfant (Élément 087) doit être saisie par l'infirmière au I-CLSC lors du premier contact avec le CLSC et lorsque l'enfant se fait vacciner.
10. Le prêt de matériel et la gestion de celui-ci sont des activités administratives. Il ne s'agit pas d'interventions au sens du cadre normatif.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-Section	2.2.6	Règles pour consigner les interventions individualisées (suite)

La vaccination comprend l'ensemble des éléments suivants:

- 1- Vérifier le statut et l'histoire vaccinale de la personne;
- 2- Déterminer la pertinence de vacciner la personne à la lumière des données recueillies, des indications et des contre-indications;
- 3- Renseigner la personne sur les avantages et les risques de l'immunisation;
- 4- Obtenir le consentement libre et éclairé de la personne;
- 5- Administrer le produit immunisant;
- 6- Noter les immunisations dans le dossier, le carnet de vaccination et dans le registre de vaccination;
- 7- Assurer la surveillance requise immédiatement après la vaccination;
- 8- Respecter la conduite à tenir en cas de réactions à la suite de la vaccination (incluant l'administration d'adrénaline);
- 9- Déclarer les manifestations cliniques inhabituelles survenues chez une personne qui a reçu un vaccin.



Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.6	Règles pour consigner les interventions individualisées (suite)

Règles spécifiques

Dans la pratique, certaines situations suscitent différentes interprétations, soit à cause du nombre d'intervenants, de la durée ou de la continuité (ou périodicité) de l'intervention ou de sa nature. Les règles spécifiques précisent les modalités d'interprétation de ces situations, et ce, à l'intérieur des règles générales énoncées précédemment. Ces règles ont été établies avec un souci de normalisation.

Démarches pour l'utilisateur-individu (voir aussi la sous-section 2.2.1 Mises en garde)

- Si une ou plusieurs démarches pour l'utilisateur-individu sont amorcées pendant ou après la rencontre ou la communication téléphonique, au cours d'une même journée, celles-ci ne constituent pas une nouvelle intervention. Elles sont considérées plutôt comme une ou des actions liées à l'intervention.
- Si la ou les démarches pour l'utilisateur-individu s'échelonnent sur plusieurs journées, on ne consigne pour les jours subséquents qu'une seule intervention par jour. Dans ce cas, chacune des interventions est identifiée par un code d'acte particulier appelé « Poursuite de la démarche ».

Interventions réalisées à l'urgence (centre d'activités 6240)

Pour les interventions réalisées aux services d'urgence, une seule intervention est comptabilisée, par l'un des professionnels rattachés à ce centre d'activités (6240), pour chaque visite de l'utilisateur. Le médecin comptabilisera son intervention au centre d'activités 0001 : Activités médicales, s'il y a lieu.

Dépistage

Les activités de dépistage ne font pas l'objet d'une intervention, que le résultat du dépistage soit positif ou négatif (voir la section 3.7 sur les activités ponctuelles).

Analyse

L'analyse fait l'objet d'une demande de services normalisée et non d'une intervention, que le résultat soit positif ou négatif.

Évaluation de l'utilisateur-individu (voir aussi la sous-section 2.2.1 Mises en garde)

Dans la majorité des cas, l'évaluation d'un utilisateur-individu s'effectue par un intervenant à l'intérieur d'une rencontre. Par conséquent, l'évaluation entraînera une seule intervention.

Cependant, si le processus d'évaluation nécessite plus d'une rencontre, chaque rencontre ou communication téléphonique subséquente avec l'utilisateur-individu ou avec toute autre personne en relation avec lui fera l'objet d'une intervention (ex. : certaines évaluations en soutien à domicile). Dans ce cas, chacune des interventions est identifiée par un code d'acte particulier appelé « Poursuite de l'évaluation ».

Note : Cette approche permet de connaître le nombre d'évaluations réalisées par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ainsi que le nombre d'interventions requises pour réaliser ces évaluations.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.6	Règles pour consigner les interventions individualisées (suite)

Concertation clinique pour un usager-individu

La concertation clinique est consignée comme une seule intervention et est inscrite par l'un des intervenants y ayant participé. Cependant, chaque intervenant impliqué dans le suivi de l'usager, présent et participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé (voir le lexique, section 2.1, sous-section 2.1.2) et peut être identifié à cette intervention.

Autres interventions individualisées impliquant simultanément plusieurs intervenants

(voir aussi la sous-section 2.2.1 **Mises en garde**)

Lorsque plusieurs intervenants agissent simultanément auprès d'un usager-individu, à l'intérieur d'un même acte, une seule intervention est consignée par l'un des intervenants (par exemple : deux auxiliaires familiales et sociales pour donner un bain). Chaque intervenant présent et participant à l'intervention est toutefois considéré comme intervenant associé et peut être identifié à cette intervention.

Autres interventions individualisées impliquant successivement plusieurs intervenants

(voir aussi la sous-section 2.2.1 **Mises en garde**)

Lorsque plusieurs intervenants agissent successivement auprès d'un usager-individu pour des actes différents, chaque intervenant consigne l'intervention qu'il a réalisée (ex. : services de santé courants).

Activités de dépistage et d'information réalisées dans le cadre d'une intervention

Lorsqu'un mode de fonctionnement interne prévoit la réalisation d'activités de dépistage et d'information à l'intérieur d'une intervention, seule l'intervention est consignée. Les activités de dépistage et d'information sont considérées comme des activités ponctuelles et sont incluses dans l'intervention.

Lorsque des activités de dépistage et d'information sont réalisées à l'intérieur d'un acte de vaccination, l'acte de vaccination est saisi au SI-PMI et aucune intervention n'est saisie au I-CLSC. Les activités de dépistage et d'information sont incluses dans l'acte de vaccination saisi au SI-PMI.

Plus d'une rencontre ou d'une communication téléphonique par jour avec un usager-individu

Si la nature du service requis nécessite plus d'une rencontre ou d'une communication téléphonique par jour avec un usager-individu ou avec toute autre personne en relation avec lui, on consigne autant d'interventions qu'il y a de rencontres (ex. : changement de pansements trois fois par jour, lever et coucher de l'usager, communications téléphoniques auprès d'un usager-individu en situation de crise).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.6	Règles pour consigner les interventions individualisées (suite)

Absence de l'utilisateur-individu

L'absence de l'utilisateur-individu n'est pas considérée comme une intervention. Par contre, si l'intervenant juge que l'utilisateur-individu est à risque et fait des démarches significatives pour s'assurer de sa sécurité (ex. : démarches prévues dans un protocole d'urgence, appeler la police), une intervention est alors consignée.

Plan d'intervention (PI), plan d'intervention interprofessionnel (PII) ou plan de services individualisé (PSI)

La codification du PI, PII ou PSI est prévue lors de son élaboration en présence de l'utilisateur ou son représentant et de ses proches si requis. La même règle s'applique lors de la révision de celui-ci.

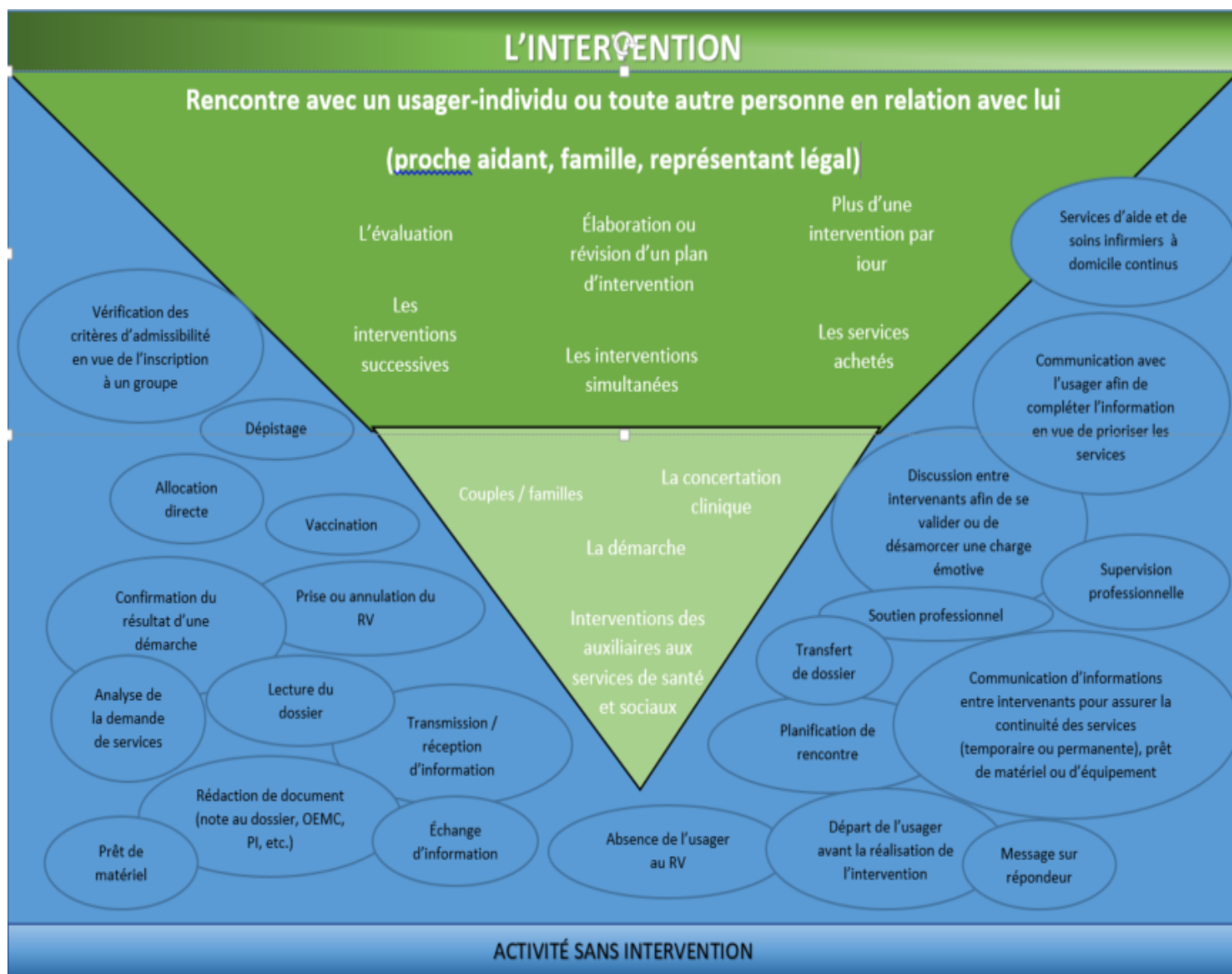
Suivi post-décès

A la suite du décès de l'utilisateur, lorsqu'un suivi est accordé auprès d'un proche, aucune intervention n'est consignée au dossier de l'utilisateur décédé.

Services continus

Lorsqu'il s'agit de services offerts dans le cadre des services continus, soit les services de soins infirmiers à domicile continus (6174) et d'aide à domicile continue (6532), aucune intervention n'est colligée au I-CLSC, l'unité de mesure étant le jour-services.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.6	Règles pour consigner les interventions individualisées (suite)



Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.7	Règles pour consigner les interventions de couple et de famille

Règle générale pour consigner les interventions de couple et de famille (voir aussi la sous-section 2.2.1 Mises en garde)

La rencontre d'un couple ou d'une famille fait l'objet d'une seule intervention réalisée auprès d'un couple ou d'une famille, où sera identifié chacun des usagers-individus présents à cette rencontre. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée à chaque dossier usager-individu et la raison et l'acte doivent être communs aux usagers visés par le PI de couple ou de famille.

Note : Cette approche permet de connaître le nombre de services rendus à chacun des usagers-individus composant les couples ou les familles, de même que le nombre d'interventions réalisées par les intervenants auprès des couples et des familles.

Les règles générales et spécifiques pour consigner les interventions individualisées s'appliquent aussi pour les interventions de couple et de famille, à l'exception du fait qu'une seule intervention soit consignée pour l'ensemble des membres du couple ou de la famille.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.8	Règles d'ouverture et contenu des dossiers groupes

Les tableaux ci-après énoncent des règles relatives à l'ouverture des dossiers groupes et ne constituent pas une politique d'ouverture de dossiers.

Chaque CISSS et CIUSSS (mission CLSC) doit établir une politique d'ouverture de dossiers qui fait référence aux éléments légaux inclus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements, ainsi qu'aux éléments définis dans le présent cadre normatif.

Il existe différents usagers, dont l'usager-individu (sous-section 2.2.5), l'usager-groupe (sous-section 2.2.8) et l'usager-communautaire (sous-section 2.2.10). Pour chacun de ces usagers, des règles relatives à l'ouverture de dossiers et à leur contenu sont énoncées.

Règle générale – dossiers groupes

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Un établissement doit constituer et tenir un dossier groupe pour chaque groupe d'individus vivant une situation semblable et formé à l'initiative du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ou à la demande des personnes. Ces groupes sont constitués à des fins de prévention, d'éducation ou d'intervention thérapeutique, et ce, pour une durée déterminée. Ces groupes sont constitués à l'intérieur d'un programme structuré et sont rencontrés plus d'une fois. Les participants y sont enregistrés à titre de membres du groupe. Il peut s'agir, par exemple, d'un groupe prénatal, d'un groupe de croissance personnelle ou d'un groupe de thérapie. Tous les renseignements qu'un établissement possède sur un usager-groupe doivent être conservés dans son dossier groupe. Un dossier groupe est également ouvert lorsqu'il y a un suivi thérapeutique d'un groupe à la suite d'une situation éprouvante (ex. : suicide d'un pair, meurtre, mort accidentelle, etc.)	Les activités suivantes ne font pas l'objet d'une ouverture de dossier groupe (voir les règles d'ouverture des dossiers individus énoncées précédemment, sous-section 2.2.5). : ➤ Dépistage ➤ Prélèvement ➤ Vaccination ➤ Enquête épidémiologique (MADO) ➤ Premiers soins mineurs (en milieu scolaire) ➤ Prêt de matériel ou d'équipement Un suivi de couple ou de famille ne fait pas l'objet d'une ouverture de dossier groupe (voir les règles d'ouverture des dossiers individus, sous-section 2.2.5). Si le plan d'intervention du groupe demande un travail en sous-groupes, ces derniers ne constituent pas de nouveaux groupes (ex. : groupes parents-enfants). Les activités liées à la vérification des critères d'admissibilité en vue d'une inscription à un groupe ne font pas l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe, communautaire ou individuel.

Note : Si un participant à un groupe a besoin d'un suivi individuel en dehors de la rencontre de groupe, on doit se référer aux règles d'ouverture des dossiers individus (sous-section 2.2.5).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.8	Règles d'ouverture et contenu des dossiers groupes (suite)

Règle générale – dossiers groupes (suite)

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
	Toute activité d'information de masse ne fait pas non plus l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe. Il s'agit là d'une activité ponctuelle de groupe (ex. : kiosque, émission de radio ou de télévision, etc.). Toute activité de dépistage anonyme ne fait pas l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe : il s'agit plutôt d'une activité ponctuelle individuelle. Toute activité de présentation des services qu'offre le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ne fait pas l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe. Les services offerts aux groupes par un organisme autre que le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ne font pas l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe (ex. : cours prénataux donnés par un organisme communautaire). Tous les groupes où les participants ne sont pas enregistrés au préalable ne font pas l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe (ex. : groupes anonymes, groupes ouverts, groupes à durée indéterminée). Les activités <i>ad hoc</i> de prévention et de promotion de la santé ne font pas l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe.

Note : Si un participant à un groupe a besoin d'un suivi individuel en dehors de la rencontre de groupe, on doit se référer aux règles d'ouverture des dossiers individus (voir sous-section 2.2.5).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.8	Règles d'ouverture et contenu des dossiers groupes (suite)

Les règles spécifiques précisent, s'il y a lieu, l'application de la règle générale au regard de certains types de services. Pour chaque type de services, les cas pour lesquels un dossier est ouvert ou non sont nommément définis.

Règles spécifiques – dossiers groupes

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Services en milieu scolaire	
Les groupes créés par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) pour des problématiques particulières (ex. : violence, famille éclatée, enfants hyperactifs). Lorsqu'il y a un suivi thérapeutique d'un groupe à la suite d'une situation éprouvante (ex. : suicide d'un pair, meurtre, mort accidentelle, etc.).	Les activités <i>ad hoc</i> du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (ex. : situation éprouvante sans suivi, information sur la pédiculose, l'asthme, l'épilepsie, etc.). Toutes les activités de soutien et d'information réalisées auprès du personnel enseignant, non enseignant et d'encadrement (allergie-EpiPen, services offerts par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), etc.). Les activités d'éducation systématique planifiées dans un programme de prévention des problèmes sociaux et de santé ou de promotion de la santé et du bien-être (ex. : éducation sexuelle, prévention des abus sexuels, prévention en hygiène dentaire, etc.). Les activités de promotion des mesures d'hygiène générale. Les activités d'évaluation de la salubrité et de la sécurité. Les activités d'information auprès des parents d'élèves. La participation d'un intervenant à des activités parascolaires (ex. : olympiades, brosse-o-thon, pièce de théâtre, midi-causerie, aide aux devoirs, etc.).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.8	Règles d'ouverture et contenu des dossiers groupes (suite)

Contenu du dossier groupe

Le dossier groupe comprend notamment les éléments suivants :

- Formulaire d'inscription;
- Enregistrement des personnes qui participent aux rencontres du groupe (l'enregistrement doit comprendre le nom et le prénom du participant, sauf pour les groupes anonymes);
- Plan d'intervention en matière d'objectifs et de moyens utilisés, et de thèmes à traiter;
- Notes d'évolution du groupe;
- Bilan des rencontres du groupe.

S'il y a lieu, le dossier groupe peut comprendre également les éléments suivants :

- Correspondance et documentation pertinentes du groupe;
- Grilles individuelles de vérification des critères d'admissibilité des participants, tests ou autres outils de travail.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.9	Règles pour consigner les interventions de groupe

Les directives pour consigner les interventions (section 2.2) dans le cadre du système d'information clientèle I-CLSC sont énoncées dans les Règles pour consigner les interventions. Ces orientations sont constituées de règles générales et de règles spécifiques et visent les interventions individualisées (sous-section 2.2.6), de couple et de famille (sous-section 2.2.7), de groupe (sous-section 2.2.9) et communautaires (sous-section 2.2.11).

Le but visé par ces directives est de standardiser la consignation des interventions et ainsi d'aider les intervenants au regard des différentes situations auxquelles ils sont confrontés, l'objectif étant de favoriser la comparaison des données aux niveaux local, régional et provincial. Néanmoins, le lecteur devra considérer que les mises en garde présentées à la sous-section 2.2.1 de ce chapitre nuancent cet objectif.

Règle générale

L'intervention de groupe s'adresse à des gens qui ont des problématiques communes et pour qui un plan d'intervention et des objectifs communs à atteindre ont été établis. Cela nécessite l'inscription à un groupe et l'ouverture d'un dossier groupe.

1. Une intervention est consignée pour chaque rencontre avec un usager-groupe.
2. L'intervention inclut l'ensemble des actions posées dans le cadre de la rencontre. Puisque le système Intégration CLSC prévoit un maximum de trois raisons d'intervention et de trois actes pour décrire une intervention, les informations retenues pour la décrire se doivent d'être les plus pertinentes possible, par rapport au service rendu à l'usager-groupe.
3. Chaque intervention est consignée au dossier au moyen de notes cliniques significatives, mais toute note pour le professionnel n'entraîne pas nécessairement la consignation d'une intervention. Puisque le mode de rédaction des notes au dossier varie d'un intervenant à l'autre, on ne peut établir une relation entre le nombre de notes et le nombre d'interventions consignées.
4. En accord avec la définition de l'intervention de groupe, aucune des actions posées en dehors de la rencontre avec l'usager-groupe ne fait l'objet d'une telle intervention. Ces actions ne sont donc pas consignées.
5. Certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à la réalisation de l'intervention et puissent, dans certains cas, entraîner la rédaction d'une note consignée au dossier, ne sont pas considérées comme des interventions de groupe en elles-mêmes. Il s'agit des activités suivantes :
 - Vérification des critères d'admissibilité en vue de l'inscription à un groupe;
 - Lecture du dossier usager-groupe;
 - Rédaction de la note au dossier et de tout autre document;
 - Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.9	Règles pour consigner les interventions de groupe (suite)

6. Bien qu'elles puissent entraîner la rédaction d'une note qui sera versée au dossier, les situations suivantes ne sont pas considérées comme des interventions et ne doivent pas être consignées :
 - Absence de tous les participants au cours d'une rencontre prévue;
 - Planification ou annulation d'une rencontre;
 - Confirmation d'une rencontre;
 - Préparation technique d'une rencontre (lecture, recherche, visionnement de films ou de vidéos, préparation de matériel, prêt, commande ou organisation : salles, équipements, photocopies, etc.);
 - Concertation clinique;
 - Activités de formation et rencontres administratives auprès du personnel du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC);
 - Création d'outils de travail;
 - Prêt de matériel ou d'équipement.
7. Une intervention auprès d'une famille ou d'un couple n'est pas considérée comme une intervention de groupe (voir les règles pour consigner les interventions de couple et de famille, sous-section 2.2.7).
8. Lors d'une intervention de groupe, la gestion des présences des usagers est obligatoire. Chaque intervention de groupe doit apparaître dans l'historique du dossier de l'utilisateur participant.

Règles spécifiques

Dans la pratique, certaines situations suscitent différentes interprétations, soit à cause du nombre d'intervenants, de la durée ou de la continuité (ou périodicité) de l'intervention ou de sa nature même. Les règles spécifiques viennent préciser les modalités d'interprétation de ces situations, et ce, à l'intérieur des règles générales énoncées précédemment. L'élaboration de ces règles s'est faite dans un souci de normalisation.

Intervention de groupe impliquant plusieurs intervenants (voir aussi la sous-section 2.2.1 Mises en garde)

Lorsque plusieurs intervenants auprès d'un usager-groupe au cours d'une même rencontre, une seule intervention est consignée par l'un des intervenants. Cependant, chaque intervenant présent et participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé (voir le lexique, section 2.1, sous-section 2.1.2) et peut être identifié à cette intervention, indépendamment du centre d'activité et de l'acte; excluant lorsque l'un des intervenants n'est pas autorisé à exercer un acte professionnel précis (exemple psychothérapie), deux interventions devront être saisies avec deux codes d'actes distincts.

Si le plan d'intervention du groupe demande un travail en sous-groupes, une seule intervention sera consignée pour la rencontre (ex. : groupes parents-enfants).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.10	Règle d'ouverture et contenu des dossiers communautaires

Le tableau ci-après énonce les règles relatives à l'ouverture des dossiers communautaires et ne constitue pas une politique d'ouverture de dossiers.

Chaque CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) doit établir une politique d'ouverture de dossiers qui fait référence aux éléments légaux inclus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements, ainsi qu'aux éléments définis dans le présent cadre normatif.

Il existe différents usagers, dont l'usager-individu (sous-section 2.2.5), l'usager-groupe (sous-section 2.2.8) et l'usager-communautaire (sous-section 2.2.10). Pour chacun de ces usagers, des règles relatives à l'ouverture de dossiers et à leur contenu sont énoncées.

Règle générale – dossiers communautaires

Ouverture de dossier	Pas d'ouverture de dossier
Un établissement doit constituer et tenir un dossier pour tout usager-communautaire à qui il fournit des services dans le cadre d'un plan d'action. Lorsqu'il y a analyse avec suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (besoin de groupe, nature de la demande, lien avec la communauté et vie associative). Tous les renseignements qu'un établissement possède sur un usager-communautaire doivent être conservés dans son dossier.	Information/référence. Lorsqu'il y a analyse sans suivi par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Le soutien matériel uniquement (ex. : prêt de matériel ou de locaux, photocopies, etc.). Toute activité de présentation des services qu'offre le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Le regroupement d'intervenants communautaires en CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (intra ou interétablissements).
Les tables de concertation, lorsque l'intervenant agit à titre d'aide professionnel. Par exemple : constitution d'une table de concertation, coordination d'un projet de la table, recherche de fonds, personne-ressource (organisation, animation, etc.).	Les tables de concertation, lorsque l'intervenant agit uniquement à titre de représentant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (il s'agit alors d'une activité administrative).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.10	Règle d'ouverture et contenu des dossiers communautaires (suite)

Contenu du dossier communautaire

Le dossier communautaire comprend notamment les éléments suivants :

- Formulaire d'inscription;
- Structure organisationnelle de l'utilisateur-communautaire;
- Plan d'action;
- Notes d'évolution;
- Bilan¹ de l'action communautaire.

S'il y a lieu, le dossier communautaire peut comprendre également les éléments suivants :

- Correspondance et documentation pertinentes.

¹ « Un bilan permet de juger si les objectifs ont vraiment été atteints, de cibler les points forts, les points faibles, d'identifier les améliorations à apporter pour une action plus efficace. Le bilan porte autant sur le processus, c'est-à-dire la façon dont se sont déroulées les différentes étapes, que sur les résultats de l'intervention. Donc ce qu'on a appris autant que ce qui a changé dans la communauté. » *Pratique de l'action communautaire en CLSC*, document de réflexion, FLCSCQ, 1994, 92 pages.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.11	Règles pour consigner les interventions communautaires

Les directives pour consigner les interventions (section 2.2) dans le cadre du système d'information clientèle I-CLSC sont énoncées dans les Règles pour consigner les interventions. Ces orientations sont constituées de règles générales et de règles spécifiques et visent les interventions individualisées (sous-section 2.2.6), de couple et de famille (sous-section 2.2.7), de groupe (sous-section 2.2.9) et communautaires (sous-section 2.2.11).

Le but visé par ces directives est de standardiser la consignation des interventions et ainsi d'aider les intervenants au regard des différentes situations auxquelles ils sont confrontés, l'objectif étant de favoriser la comparaison des données aux niveaux local, régional et provincial. Néanmoins, le lecteur devra considérer que les mises en garde présentées à la sous-section 2.2.1 de ce chapitre nuancent cet objectif.

Règle générale

1. Une intervention est consignée pour chaque rencontre ou communication téléphonique avec un usager-communautaire ou son représentant.
2. L'intervention inclut l'ensemble des actions posées dans le cadre de la rencontre ou de la communication téléphonique. Puisque le système Intégration CLSC prévoit un maximum de trois raisons d'intervention et de trois actes pour décrire une intervention, les informations retenues pour la décrire se doivent d'être les plus pertinentes possible par rapport au service rendu à l'usager-communautaire.
3. Chaque intervention est consignée dans le dossier au moyen de notes cliniques significatives, mais toute note pour le professionnel n'entraîne pas nécessairement la consignation d'une intervention. Puisque le mode de rédaction des notes versées au dossier varie d'un intervenant à un autre, on ne peut établir une relation entre le nombre de notes et le nombre d'interventions consignées.
4. Certaines actions posées en dehors de la rencontre ou de la communication téléphonique peuvent être consignées à titre d'interventions. Pour plus de détails, se référer aux règles spécifiques présentées à la page suivante.
5. Certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à la réalisation de l'intervention et puissent dans certains cas entraîner la rédaction d'une note au dossier, ne sont pas considérées comme des interventions communautaires en soi. Il s'agit des activités suivantes :
 - Lecture du dossier usager-communautaire;
 - Préparation du matériel;
 - Rédaction de la note au dossier et de tout autre document;
 - Remplissage d'un formulaire pour une demande de subvention;
 - Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.11	Règles pour consigner les interventions communautaires (suite)

6. Bien qu'elles puissent entraîner la rédaction d'une note qui sera versée au dossier, les situations suivantes ne sont pas considérées comme des interventions et ne doivent pas être consignées :
- Absence de l'utilisateur-communautaire lors d'un rendez-vous ou d'une rencontre prévue;
 - Inscription ou annulation d'un rendez-vous;
 - Confirmation d'un rendez-vous;
 - Planification technique de rencontres (ex. : réservation de salle);
 - Message laissé sur un répondeur;
 - Prêt de matériel ou d'équipement.

Règles spécifiques

Dans la pratique, certaines situations suscitent différentes interprétations, soit à cause du nombre d'intervenants, de la durée ou de la continuité (ou périodicité) de l'intervention, ou de sa nature même. Les règles spécifiques précisent les modalités d'interprétation de ces situations, et ce, à l'intérieur des règles générales énoncées précédemment. L'élaboration de ces règles s'est faite dans un souci de normalisation.

Démarches pour l'utilisateur-communautaire (voir aussi la sous-section 2.2.1 Mises en garde)

1. Si une ou plusieurs démarches pour l'utilisateur-communautaire sont amorcées pendant ou après la rencontre ou la communication téléphonique au cours d'une même journée, celles-ci ne constituent pas une nouvelle intervention. Elles sont considérées plutôt comme une ou des actions liées à l'intervention.
2. Si la ou les démarches pour l'utilisateur-communautaire s'échelonnent sur plusieurs journées, on ne consigne, pour les jours subséquents, qu'une seule intervention par jour. Dans ce cas, chacune des interventions est identifiée par un code d'acte particulier appelé « Poursuite de la démarche ».

Analyse

L'analyse fait l'objet d'une demande de services normalisée et non d'une intervention, que le résultat soit positif ou négatif.

Évaluation de l'utilisateur-communautaire (voir aussi la sous-section 2.2.1 Mises en garde)

Dans la majorité des cas, l'évaluation d'un utilisateur-communautaire s'effectue par un intervenant à l'intérieur d'une rencontre. Par conséquent, l'évaluation entraînera une seule intervention.

Cependant, si le processus d'évaluation nécessite plus d'une rencontre, chaque rencontre ou communication téléphonique subséquente avec l'utilisateur-communautaire ou son représentant fera l'objet d'une intervention. Dans ce cas, chacune des interventions est identifiée par un code d'acte particulier appelé « Poursuite de l'évaluation ».

Note Cette approche permet de connaître le nombre d'évaluations réalisées par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), de même que le nombre d'interventions requises pour réaliser ces évaluations.

Chapitre	2	Information générale
Section	2.2	Modalités particulières
Sous-section	2.2.11	Règles pour consigner les interventions communautaires (suite)

Planification concertée d'une intervention communautaire

La planification concertée d'une intervention communautaire possède nécessairement les caractéristiques suivantes :

- Elle se fait en partenariat avec des intervenants du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) ou de la communauté;
- La discussion conduit à une décision quant à l'orientation ou à la réorientation du plan d'action;
- Elle est suivie de la rédaction d'une note clinique significative versée au dossier.

Les situations suivantes **constituent des exclusions** à cette définition :

- Planification concertée entre partenaires (intra ou interétablissements) où l'intervenant agit à titre de représentant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC);
- Discussion servant à se valider entre intervenants;
- Discussion entre intervenants pour désamorcer une charge émotive (ventilation);
- Soutien professionnel entre intervenants;
- Rencontre de supervision professionnelle;
- Échange d'information;
- Transfert de dossier entre intervenants.

La planification concertée d'une intervention communautaire est consignée comme une seule intervention et est inscrite par l'un des intervenants ayant participé à la concertation. Cependant, chaque intervenant présent et participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé et peut être identifié à cette intervention.

Autres interventions communautaires impliquant plusieurs intervenants (voir aussi la sous-section 2.2.1 Mises en garde)

Lorsque plusieurs intervenants agissent au cours d'une même rencontre auprès d'un usager-communautaire, une seule intervention est consignée par l'un des intervenants (ex. : coanimation d'une rencontre, coordination d'une activité et animation). Cependant, chaque intervenant présent et participant à l'intervention est considéré comme un intervenant associé et il peut être identifié à cette intervention, indépendamment du centre d'activités.

Si le plan d'action de l'usager-communautaire demande un travail en sous-groupes, une seule intervention sera consignée pour la rencontre.

Plus d'une rencontre ou d'une communication téléphonique par jour avec un usager-communautaire

Si la nature du service requis nécessite plus d'une rencontre ou plus d'une communication téléphonique par jour avec un usager-communautaire ou son représentant, on consigne autant d'interventions qu'il y a de rencontres (ex. : documentation d'une demande de subvention ou rencontre pour la collecte de données avec un usager-communautaire).

Chapitre	2	Information générale
Section	2.3	Liste alphabétique des éléments

Nom de l'élément	Section/Sous-section	Numéro
Aborta (postnatal)	3.8	0082
Aborta (prénatal)	3.8	0077
Acte de l'activité ponctuelle	3.7	0054
Acte de l'intervention	3.6	0035
Activité principale communautaire	3.5	0029
Âge gestationnel (semaines/jours)	3.8	0069
Antibiotique streptocoque B	3.8.5	0145
Autochtone	3.8	0073
Catégorie d'alimentation	3.8	0087
Catégorie d'usager-communautaire	3.5	0027
Catégorie d'usager-groupe	3.4	0025
Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	3.7	0061
Catégorie de l'intervenant de l'intervention	3.6	0044
Centre d'activités de la demande de services	3.1	0105
Centre d'activités de l'activité ponctuelle	3.7	0050
Centre d'activités de l'assignation	3.10	0206
Centre d'activités de l'intervention	3.6	0031
Cessation de l'épisode de services	3.10	0205
Code de CLSC	3.9	0902
Code de région sociosanitaire	3.9	0901
Code de municipalité de la résidence habituelle	3.3	0020
Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle	3.3	0021
Code postal de la résidence habituelle	3.3	0019
Complications et particularités	3.8.2	0088
Date d'ouverture du dossier	3.2	0009
Date de début d'indisponibilité	3.10	0207
Date de début de l'assignation à un centre d'activités	3.10	0203
Date de début de l'épisode de services	3.10	0201

Chapitre	2	Information générale
Section	2.3	Liste alphabétique des éléments (suite)

Nom de l'élément	Section/Sous-section	Numéro
Date de début du service spécifique	3.8	0065
Date de fin d'indisponibilité	3.10	0208
Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	3.10	0204
Date de fin de l'épisode de services	3.10	0202
Date de fin de période	3.9	0906
Date de fin du service spécifique	3.8	0066
Date de l'activité ponctuelle	3.7	0051
Date de l'examen	3.8.4	0129
Date de l'intervention	3.6	0032
Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant	3.8	0086
Date de la décision de la demande de services	3.1	0107
Date de naissance	3.3	0014
Date de réception de la demande de services	3.1	0102
Date de service requis ultérieurement	3.10	0209
Date du transfert	3.8.3	0121
Date effective de l'accouchement	3.8	0078
Date et heure de la naissance	3.8.5	0138
Date réelle de la transmission	3.9	0903
Début de latence	3.8.5	0134
Début de poussée	3.8.5	0137
Début du travail actif	3.8.5	0135
Déchirure	3.8.5	0146
Décision de la demande de services	3.1	0106
Délivrance placentaire	3.8.5	0139
Dilatation complète	3.8.5	0136
Dilatation RAM	3.8.5	0132
Durée de gestation (semaines/jours)	3.8	0079
Durée de l'intervention	3.6	0041
Épisiotomie	3.8.5	0148
Gravida (postnatal)	3.8	0080
Gravida (prénatal)	3.8	0075

Chapitre	2	Information générale
Section	2.3	Liste alphabétique des éléments (suite)

Nom de l'élément	Section/Sous-section	Numéro
Immigrant (5 ans et moins)	3.8	0074
Indice de défavorisation globale	3.3	0022
Indice de défavorisation matérielle	3.3	0023
Indice de défavorisation sociale	3.3	0024
Langue d'intervention	3.6	0042
Langue de l'activité ponctuelle	3.7	0059
Lieu d'origine du transfert	3.8.3	0127
Lieu de l'accouchement	3.8.5	0140
Lieu de l'activité ponctuelle	3.7	0058
Lieu de l'intervention	3.6	0040
Mode d'entrée en travail	3.8.5	0131
Mode d'intervention	3.6	0039
Mode de l'activité ponctuelle	3.7	0057
Naissance	3.8	0083
Niveau de scolarité visé par l'intervention	3.6	0047
Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle	3.7	0064
Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle	3.7	0063
Nombre d'intervenants associés à l'intervention	3.6	0046
Nombre de participants/groupe de l'activité ponctuelle	3.7	0060
Nombre de participants/groupe de l'intervention	3.6	0043
Numéro de dossier	3.2	0008
Numéro de l'activité ponctuelle	3.7	0049
Numéro de l'intervention	3.6	0030
Numéro de la demande de services	3.1	0101
Numéro de transmission	3.9	0904
Objet de la demande de services	3.1	0104
Para (postnatal)	3.8	0081
Para (prénatal)	3.8	0076
Perte sanguine	3.8.5	0147
Poids du bébé à la naissance	3.8	0084

Chapitre	2	Information générale
Section	2.3	Liste alphabétique des éléments (suite)

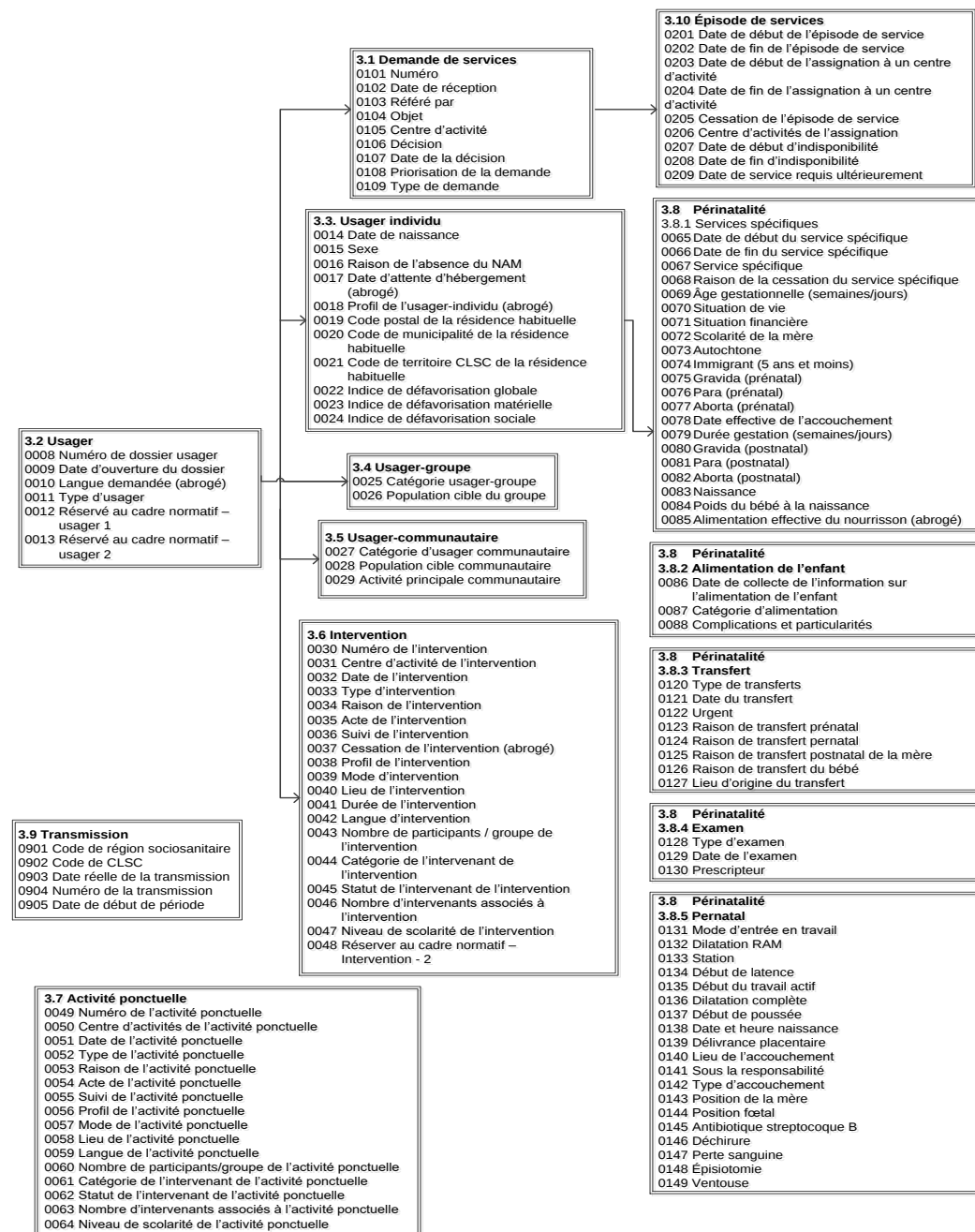
Nom de l'élément	Section/Sous-section	Numéro
Population cible communautaire	3.5	0028
Population cible du groupe	3.4	0026
Position de la mère	3.8.5	0143
Position fœtale	3.8.5	0144
Prescripteur	3.8.4	0130
Priorisation de la demande	3.1	0108
Profil de l'activité ponctuelle	3.7	0056
Profil de l'intervention	3.6	0038
Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	3.3	0016
Raison de l'activité ponctuelle	3.7	0053
Raison de l'intervention	3.6	0034
Raison de la cessation du service spécifique	3.8	0068
Raison du transfert du bébé	3.8.3	0126
Raison du transfert périnatal	3.8.3	0124
Raison du transfert postnatal de la mère	3.8.3	0125
Raison du transfert prénatal	3.8.3	0123
Référé par – de la demande de services	3.1	0103
Réservé au cadre normatif – intervention – 2	3.6	0048
Réservé au cadre normatif – usager – 1	3.2	0012
Réservé au cadre normatif – usager – 2	3.2	0013
Scolarité de la mère	3.8	0072
Service spécifique	3.8	0067
Sexe	3.3	0015
Situation de vie	3.8	0070
Situation financière	3.8	0071
Sous la responsabilité	3.8.5	0141
Station	3.8.5	0133
Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	3.7	0062
Statut de l'intervenant de l'intervention	3.6	0045
Suivi de l'activité ponctuelle	3.7	0055

Chapitre 2 Information générale
Section 2.3 Liste alphabétique des éléments (suite)

Nom de l'élément	Section/Sous-section	Numéro
Suivi de l'intervention	3.6	0036
Type d'accouchement	3.8.5	0142
Type d'activité ponctuelle	3.7	0052
Type d'examen	3.8.4	0128
Type d'intervention	3.6	0033
Type d'usager	3.2	0011
Type de demande	3.1	0109
Type de transfert	3.8.3	0120
Urgent	3.8.3	0122
Ventouse	3.8.5	0149

Chapitre 2 Information générale

Section 2.4 Schéma des éléments



CHAPITRE 3

DESCRIPTION DES ÉLÉMENTS

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.0	Description de chacun des éléments
Élément	0000	Guide de lecture

Chacun des éléments contenus dans le cadre normatif est décrit de la façon suivante :

FORMAT	Type, longueur (du système I-CLSC) : X (Gabarit si nécessaire, ex. : AAAAMMJJ)
DÉFINITION	S'assurer que la définition est la plus précise possible.
DESCRIPTION	Caractéristiques (obligatoire, mesure ou catégories, provenance avec référence) Valeurs (construction de l'élément, étendue des valeurs, valeur par défaut et attribution) Exceptions ou réserves (ex. : écourté)
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Pratiques acceptées Contexte particulier
VALIDATION	Décrire la ou les règles de validation en vigueur.
REQUIS PAR	Par le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC), l'établissement, etc.
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Puisque de plus en plus de systèmes d'information clientèle puisent des éléments dans d'autres systèmes, en vue d'une intégration des éléments.
TRANSMISSION	Cette description sera présente dans certains cas où il est nécessaire d'apporter une précision concernant la transmission (ex. : « Seuls les trois premiers caractères du code postal seront transmis. »).
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises (code, libellé ou étiquette) Liste des codes historiques

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée

La présente section regroupe les éléments d'information relatifs à une demande de services normalisée. La demande de services normalisée constitue une demande de services, que la décision touchant cette demande soit une acceptation ou un refus.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

- 0101 Numéro de la demande de services
- 0102 Date de réception de la demande de services
- 0103 Référé par – de la demande de services
- 0104 Objet de la demande de services
- 0105 Centre d'activités de la demande de services
- 0106 Décision de la demande de services
- 0107 Date de la décision de la demande de services
- 0109 Type de demande

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0101	Numéro de la demande de services

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Numéro séquentiel attribué à chaque demande de services normalisée.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
PRÉCISIONS	Le numéro séquentiel est généré automatiquement par le système. Un numéro de demande de services normalisée n'est attribué qu'une seule fois.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de la demande est remplacé par un numéro séquentiel à 6 positions, neutre et anonyme, afin de préserver la confidentialité des données concernant les usagers. La séquence débute par le numéro 000001 à chaque transmission effectuée. Ce procédé est appliqué automatiquement par le système au moment de la préparation des fichiers pour le transfert des données aux organismes externes.
VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0102	Date de réception de la demande de services

FORMAT	Date Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJHHMM
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure, minute), date à laquelle une demande de services normalisée est reçue par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour chaque demande de services normalisée.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de réception de la demande de services normalisée doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec les éléments date d'ouverture du dossier (élément 0009) et date de naissance de l'utilisateur (élément 0014) : la date de réception de la demande de services normalisée peut être antérieure à la date d'ouverture du dossier, mais doit être égale ou postérieure à la date de la fiche; la date de réception de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date de naissance de l'utilisateur-individu.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 8 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0103	Référé par – de la demande de services

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code identifiant la provenance de la demande de services normalisée.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ L'élément « référé par » doit être présent, qu'il y ait ou non prise en charge de l'usager par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). ➤ Dans le cas d'une référence formelle, celle-ci consiste en un document papier ou électronique, ou une communication téléphonique faite à un professionnel faisant fonction d'accueil. Ce document fournit des indications précises sur la personne qui doit recevoir des services, quant à la raison d'intervention et au service requis. La référence formelle est faite avant l'arrivée de la personne et permet de planifier les services avec cette dernière. ➤ Pour les centres hospitaliers, on doit utiliser les codes de deuxième niveau (251 à 349) pour identifier les centres hospitaliers référents. Pour cette raison, le pilotage doit être à jour. Par la suite, un lien de pilotage doit être fait entre le code de deuxième niveau, de l'élément « référé par », et le numéro d'établissement. ➤ Dans le cas d'un établissement multivocationnel, on doit distinguer la mission CLSC des autres missions. Par conséquent, une référence provenant d'un service lié à une mission autre que celle du CLSC sera codée comme une référence formelle.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le code de l'établissement de la table de pilotage. Ce code provient du référentiel Établissement (M-02) : si le code est 250, un code de deuxième niveau devrait être disponible avec une liste de centres hospitaliers.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Référentiel Établissements (M-02).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0103	Référé par – de la demande de services (suite)

TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données, tous les codes de deuxième niveau normalisés sont transformés en codes de premier niveau, en utilisant la correspondance de la table de pilotage. De plus, si le code de premier niveau est 250 (Centre hospitalier), un code d'établissement est ajouté dans la zone prévue du fichier de transfert des données en utilisant la correspondance de la table de pilotage. Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises :
RÉFÉRENCE FORMELLE	(codes 110 à 800 sans distinction)
Référence formelle du réseau (de la santé et des services sociaux)	
110	Clinique médicale privée Le médecin en pratique privée, <u>excluant</u> les groupes de médecine de famille (GMF)
130	Mission CLSC d'un autre CISSS ou CIUSSS Tout intervenant travaillant dans un autre CISSS ou CIUSSS en mission CLSC
150	Groupe de médecine de famille (GMF) Le médecin ou le professionnel pratiquant dans un GMF accrédité intra-muros ou extra-muros
155	Plateforme Avis de grossesse Référence provenant de la plateforme Avis de grossesse pour laquelle un service est requis en CLSC seulement
160	Centrale Info-Santé et Info-Social Tout intervenant travaillant à la centrale Info-Santé et Info-Social
165	Service Aide Abus Aînés
170	Centre de réadaptation en dépendances Tout intervenant travaillant dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance
180	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique Tout intervenant travaillant dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique. Un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique appartient à un ou plusieurs des types suivants : ➤ Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience auditive; ➤ Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0103	Référé par – de la demande de services (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

Référence formelle du réseau (de la santé et des services sociaux) - suite

- 190 Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle**
Tout intervenant travaillant dans un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.
- 195 Centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation**
- 200 Centre jeunesse**
Tout intervenant travaillant dans un centre jeunesse
- 250 Centre hospitalier, incluant : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins psychiatriques**
Tout intervenant travaillant dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou un centre hospitalier de soins psychiatriques
- 350 Centre de jour**
Tout intervenant travaillant dans un centre de jour, excluant l'hôpital de jour
- 400 Hôpital de jour**
Tout intervenant travaillant dans un hôpital de jour, excluant le centre de jour
- 450 Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**
Tout intervenant travaillant dans un CHSLD
- 550 Entité régionale**
Le personnel d'une entité régionale, incluant : DSP

Autres références formelles

- 610 Autre intervenant en pratique privée**
Tout autre intervenant en pratique privée
- 620 Services policiers**
Un membre des forces policières
- 630 Institution scolaire**
Le personnel enseignant, non enseignant ou d'encadrement d'une école, d'un cégep ou de toute autre institution d'enseignement

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0103	Référé par – de la demande de services (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

Autres références formelles (suite)

700 Organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique

Un membre d'un organisme bénévole, communautaire ou socioéconomique : groupe connu qui travaille au mieux-être de ses concitoyens et de la communauté

705 Réseau d'éclaireurs

Éclaireurs de la communauté

710 Centre local d'emploi (CLE)

Le personnel d'un centre local d'emploi (CLE)

740 Service de garde

Le personnel d'une garderie, d'une halte-garderie, d'un jardin d'enfants ou d'un service de garde en milieu familial

770 Centre de crise en santé mentale

Tout intervenant travaillant dans un centre de crise en santé mentale

775 Milieu judiciaire

Le personnel du milieu judiciaire, incluant : agent de probation, avocat, juge, etc.; excluant : les services policiers (620)

780 Curatelle publique

Le personnel de la curatelle publique

785 Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

Le personnel de l'OPHQ

788 Société d'habitation du Québec

Le personnel de la Société d'habitation du Québec

790 Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)

Le personnel de la CNESST

795 Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)

Le personnel de la SAAQ

800 Toute autre référence formelle

Référence formelle effectuée par les entreprises privées. Ententes particulières avec les entreprises privées

AUCUNE RÉFÉRENCE FORMELLE

900 Aucune référence formelle

À titre indicatif seulement, incluant : parent, ami, voisin, usager lui-même, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0104	Objet de la demande de services

FORMAT Alphanumérique Longueur : 10

DÉFINITION Code qualifiant l'orientation de la demande de services faite au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) par l'utilisateur lui-même, son représentant ou tout autre référent vers le programme-services approprié, en fonction de la situation de l'utilisateur et des besoins exprimés dans la demande.

DESCRIPTION Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.

PRÉCISIONS

VALIDATION **Validation sur l'élément**
Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.
Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.
Validation interéléments
Aucune.

REQUIS PAR Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

TRANSMISSION Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

100 Santé physique

Demande de services reliée à des soins et services de santé physique pour un usager aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu (généralement, les services demandés sont à plus long terme).

150 Services de santé généraux

Demande de services reliée à des soins et services de santé physique de courte durée offerts à l'ensemble de la population.

200 Déficience physique

Demande de services reliée à des soins et services visant à suppléer à une déficience physique.

310 Services liés à la déficience intellectuelle

Demande de services reliée à des soins et services visant à suppléer à une déficience intellectuelle.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0104	Objet de la demande de services

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

320 Services liés au trouble du spectre de l'autisme

Demande de services reliée à des soins et services visant à suppléer à un trouble du spectre de l'autisme.

410 Services de santé mentale

Demande de services reliée à des soins et services en lien avec des troubles mentaux avérés ou présumés (lors des références formelles du réseau).

420 Services psychosociaux généraux

Demande de services reliée à des soins et services en lien avec un problème psychosocial ou socioéconomique

***422** Problème en lien avec les inondations.

500 Santé publique

Demande de services reliée à des soins et services relevant des secteurs santé publique, santé parentale et infantile, nutrition et services dentaires.

510 Services prénataux

Demande de services reliée à des soins et services prénataux.

520 Soins postnataux

Demande de services reliée à des soins postnataux se déroulant généralement jusqu'à 6 semaines de vie, incluant : les soins de césarienne.

600 Dépendances

Demande de services reliée à un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique.

700 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Demande de services concernant le soutien à l'autonomie des personnes âgées. C'est la perte d'autonomie qui est à l'origine de la demande.

800 Jeunes en difficulté

Demande de services concernant le soutien à la vie familiale, les services sociaux en milieu scolaire et les services sociaux concernant la dynamique familiale.

950 Pandémie

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0105	Centre d'activités de la demande de services

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités du Manuel de gestion financière est rattaché l'intervenant qui traite la demande de services normalisée (voir le chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2 Lexique).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ L'intervenant qui traite la demande de services normalisée inscrira le code de sous-programme auquel il est rattaché. ➤ Le sous-programme n'apparaît pas comme un élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système d'information I-CLSC. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il enregistre une demande de services. ➤ Un lien de pilotage est obligatoirement fait entre le centre ou le sous-centre d'activités et le sous-programme. Pour faire le lien de pilotage dans le sous-programme, il faut obligatoirement sélectionner le centre ou le sous-centre d'activités dans le menu déroulant. ➤ Les centres d'activités non identifiés à la mission CLSC des CISSS et CIUSSS dans le Manuel de gestion financière (MGF) ne doivent pas apparaître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé doit être rattaché à l'un des centres ou sous-centres d'activités identifiés à la mission CLSC des CISSS et CIUSSS (voir l'annexe 3 du cadre normatif et le Manuel de gestion financière (MGF)).
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) de la table de pilotage.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0105	Centre d'activités de la demande de services

REQUIS PAR Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION Aux fins de la transmission de données aux organismes externes, une correspondance est effectuée entre la notion de sous-programme du CISSS ou CIUSSS et les centres ou sous-centres d'activités du Manuel de gestion financière. C'est l'un ou l'autre de ces derniers codes qui est transmis à la banque commune de données. Seules les 4 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**
Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à la banque commune de données I-CLSC, annexe 3. Pour connaître la définition des valeurs permises admissibles à la banque commune de données I-CLSC, il faut se référer au Manuel de gestion financière (MGF).

Liste des codes historiques
Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0106	Décision de la demande de services

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code attribué à une décision rendue à la suite de l'analyse de la demande de services normalisée ou de la vérification des critères d'admissibilité aux services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Une décision est obligatoirement rendue par un professionnel faisant fonction d'accueil pour toute demande de services normalisée. ➤ Il est important de s'assurer que le code de décision est saisi. Pour connaître la liste des valeurs permises, se référer à l'item Valeurs permises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle au central. Validation de valeur manuelle à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0106	Décision de la demande de services (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

100	Acceptée
200	Refusée pour non-respect des critères d'admissibilité aux services définis par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)
300	Refusée pour services inexistants au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)
400	Traitée et terminée
500	Orientée vers des ressources externes
*501	Orientée vers un GMF extra-muros
*502	Orientée vers une UMF extra-muros
600	Orientée vers une autre mission (EXCLURE DES SAISIES)
*602	CH (centre hospitalier)
*603	CJ (centre jeunesse)
*604	CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée)
*605	CRDI (centre de réadaptation en déficience intellectuelle)
*606	CRDP (centre de réadaptation en déficience physique)
*607	CRD (centre de réadaptation en dépendances)
700	Refus de l'utilisateur

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0107	Date de la décision de la demande de services

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date à laquelle la décision de la demande de services normalisée est rendue.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour chaque décision prise.		
PRÉCISIONS			
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de la décision doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date d'ouverture du dossier (élément 0009) : la date de décision de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture de dossier. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de naissance (0014) : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date de naissance. Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date de décès : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être antérieure ou égale à la date de décès. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de réception de la demande de services (0102) : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de début de l'épisode de services (0201) : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être postérieure ou égale à la date de début de l'épisode de services. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de fin de l'épisode de services (0202) : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être antérieure ou égale à la date de fin de l'épisode de services. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de début d'assignation à un centre d'activités (0203) : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être antérieure ou égale à la date de début d'assignation à un centre d'activités.		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0107	Date de la décision de la demande de services (suite)

VALIDATION

Validation interéléments

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de fin d'assignation à un centre d'activités (0204)** : la date de la décision de la demande de services normalisée doit être antérieure ou égale à la date de fin d'assignation à un centre d'activités.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	Demande de services normalisée
Élément	0109	Type de demande

FORMAT	Numérique	Longueur : 01
DÉFINITION	Code permettant de catégoriser le type de demande.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire.	
PRÉCISIONS	Se référer aux règles spécifiques de la sous-section 2.2.3 Règles pour consigner les demandes de services normalisées.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	La première position est transmise à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
1	Demande individualisée	
2	Demande de couple	
3	Demande de famille	
4	Demande de groupe	
5	Demande communautaire	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager

La présente section regroupe les éléments d'information relatifs à l'utilisateur. Ces données sont obtenues auprès de l'utilisateur ou de son représentant au moment de l'ouverture du dossier et elles sont maintenues à jour au besoin. La définition de l'utilisateur d'un CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) est donnée au chapitre 2, section 2.1.

On trouve dans la présente section les éléments suivants :

- 0008 Numéro de dossier
- 0009 Date d'ouverture du dossier
- 0011 Type d'utilisateur
- 0012 Réserve au cadre normatif – utilisateur-1
- 0013 Réserve au cadre normatif – utilisateur-2

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	0008	Numéro de dossier

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 12
DÉFINITION	Numéro non descriptif, unique et permanent, attribué par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), qui permet de regrouper toutes les données concernant l'usager et les services qui lui sont dispensés.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
PRÉCISIONS	La composition du numéro de dossier de l'usager est laissée à la discrétion du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Le numéro peut être attribué séquentiellement par le système ou manuellement par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Le numéro de dossier de l'usager doit être unique à l'intérieur d'un CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Toutefois, dans le contexte où la mission CLSC des CISSS et CIUSSS peut comporter plus d'une banque locale de données I-CLSC correspondant aux anciennes structures des CSSS, les usagers peuvent se voir attribuer plus d'un numéro de dossier, selon le site de prestation des services reçus. Un numéro de dossier ne doit jamais être réutilisé. Chaque usager doit avoir son propre numéro de dossier, y compris les nouveau-nés. Les règles d'ouverture des dossiers usagers-individus prévoient la possibilité pour un CISSS ou CIUSSS d'ouvrir un dossier usager-individu propre au système SMEST (santé et sécurité au travail). Mis à part cette exception, le dossier d'un usager-individu du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) est unique. Le numéro de dossier doit être non descriptif. Par conséquent, l'usage du numéro d'assurance maladie ou de tout numéro similaire comme numéro de dossier de l'usager doit être évité.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de dossier est remplacé par un numéro séquentiel à 8 positions, neutre et anonyme. Ce numéro séquentiel est constant à l'intérieur d'une même transmission (afin de conserver l'intégrité des fichiers transmis), mais diffère d'une transmission à l'autre afin de préserver la confidentialité du dossier usager.
VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	0009	Date d'ouverture du dossier

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de l'ouverture du dossier unique de l'utilisateur du CISSS ou CIUSSS.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
PRÉCISIONS	Se référer aux règles d'ouverture des dossiers usagers (chapitre 2, section 2.2) pour connaître le moment et les conditions d'ouverture d'un dossier usager. La date d'ouverture du dossier est inscrite au moment même de l'ouverture du dossier et n'est modifiée qu'en cas d'erreur. Cette date permet de connaître le nombre de nouveaux usagers pour lesquels un dossier a été ouvert au CISSS ou CIUSSS pendant une période donnée. La date d'ouverture du dossier ne correspond pas nécessairement à la date de la première intervention. Par contre, la date de la première intervention est toujours postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date d'ouverture du dossier doit être antérieure ou égale à la date du jour.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	0011	Type d'usager

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant si l'usager est une personne (usager-individu) ou un groupe de personnes (usager-groupe ou usager-communautaire).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et sa forme est numérique de longueur 1. Le type d'usager est attribué automatiquement en sélectionnant la fenêtre appropriée au type d'usager à saisir.
PRÉCISIONS	Usager-individu (code 1) A) Les éléments suivants doivent être présents : ➤ Date de naissance ➤ Sexe ➤ NAM ou raison de l'absence du NAM ➤ Code postal de la résidence habituelle ➤ Code de municipalité de la résidence habituelle ➤ Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle B) Les éléments suivants doivent être absents (zones vides) : ➤ Catégorie d'usager ➤ Groupe ➤ Population cible groupe ➤ Catégorie d'usager-communautaire ➤ Population cible communautaire ➤ Activité principale communautaire Usager-groupe (code 2) A) Les éléments suivants doivent être présents : ➤ Catégorie d'usager-groupe ➤ Population cible groupe B) Les éléments suivants doivent être absents (zones vides) : ➤ Date de naissance ➤ Sexe ➤ NAM ou raison de l'absence du NAM ➤ Date d'attente d'hébergement ➤ Code postal de la résidence habituelle ➤ Code de municipalité de la résidence habituelle ➤ Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle ➤ Catégorie d'usager-communautaire ➤ Population cible communautaire ➤ Activité principale communautaire

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	0011	Type d'utilisateur (suite)

Usager-communautaire (code 3)

- A) Les éléments suivants doivent être présents :
 - Catégorie d'utilisateur-communautaire
 - Population cible communautaire
 - Activité principale communautaire
- B) Les éléments suivants doivent être absents (zones vides) :
 - Date de naissance
 - Sexe
 - NAM ou raison de l'absence du NAM
 - Code postal de la résidence habituelle
 - Code de municipalité de la résidence habituelle
 - Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle
 - Date d'attente d'hébergement
 - Catégorie d'utilisateur-groupe
 - Population cible groupe

Consigne à la saisie

- Si le type d'utilisateur est communautaire (code 3), le code de la population cible communautaire 550 (les couples) ne peut être utilisé, il est réservé pour le type d'utilisateur-groupe.
- Se référer au chapitre 2, section 2.2 du présent cadre normatif pour connaître les définitions s'y rattachant.

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.
Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interélément

Aucune.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNNES

TRANSMISSION

Seule la première position est transmise à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 1 Usager-individu
- 2 Usager-groupe
- 3 Usager-communautaire

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	0012	Réservé au cadre normatif – usager 1

FORMAT	Numérique	Longueur : 03
DÉFINITION	Élément du bloc usager réservé au cadre normatif pour usage futur.	
DESCRIPTION	Cette information sera obligatoire au moment de son activation par l'instance en autorité. Les valeurs possibles seront définies au moment de l'activation de cette variable.	
PRÉCISIONS	Cet élément a été créé pour un usage spécial à des fins de recherche ou afin de répondre à des besoins particuliers pour une période donnée seulement. L'activation de cet élément sera toujours signifiée par écrit aux CISSS ou CIUSSS concernés, pour une période donnée seulement, par les instances autorisées.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Aucune. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.2	Usager
Élément	0013	Réservé au cadre normatif – usager 2

FORMAT	Numérique	Longueur : 03
DÉFINITION	Élément du bloc usager réservé au cadre normatif pour usage futur.	
DESCRIPTION	Cette information sera obligatoire au moment de son activation par l'instance en autorité. Les valeurs possibles seront définies au moment de l'activation de cette variable.	
PRÉCISIONS	Cet élément a été créé pour un usage spécial à des fins de recherche ou afin de répondre à des besoins particuliers pour une période donnée seulement. L'activation de cet élément sera toujours signifiée par écrit aux CISSS ou CIUSSS concernés, pour une période donnée seulement, par les instances autorisées.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Aucune. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu

La présente section regroupe les données propres à un usager-individu. Les notions d'usager-couple et d'usager-famille n'ont pas été retenues dans le cadre normatif I-CLSC puisque chacune des personnes constituant un couple ou une famille est considérée individuellement. Par conséquent, ces personnes feront l'objet, s'il y a lieu, de l'ouverture d'un dossier usager-individu, comme le prévoient les règles d'ouverture des dossiers usagers-individus énoncées au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.5.

Toutefois, les notions d'intervention de couple et d'intervention de famille sont inscrites dans le système. On peut se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.7 pour connaître leur définition.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

0014	Date de naissance
0015	Sexe
0016	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie
0019	Code postal de la résidence habituelle
0020	Code de municipalité de la résidence habituelle
0021	Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0014	Date de naissance

FORMAT	DateLongueur : 08Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de naissance de l'usager-individu.
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Si l'année de la date de naissance est antérieure à l'année de la date du jour moins 100, faire confirmer l'année.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur manuelle à la saisie. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu (code 1), la date de naissance est obligatoire; ➤ Si le type d'usager est groupe (code 2), la date de naissance est absente (zone vide); ➤ Si le type d'usager est communautaire (code 3), la date de naissance est absente (zone vide). Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date d'ouverture du dossier (0009) : la date de naissance doit être antérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier. Validation relationnelle automatique à la saisie également faite avec la date du jour : la date de naissance de l'usager-individu doit être antérieure ou égale à la date du jour.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0014	Date de naissance (suite)

TRANSMISSION

La date de naissance est convertie en code d'âge à 3 positions au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes. Pour connaître la règle de transformation, se référer au chapitre 5, section 5.1, sous-section 5.1.2.

Le code d'âge qui apparaît au fichier des usagers dans la banque commune de données est défini à partir de la date de la première intervention effectuée pour l'usager durant la période couverte par la transmission des données.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0015	Sexe

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 01				
DÉFINITION	Confirmation biologique caractéristique qui distingue l'homme et la femme.				
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque usager-individu. Elle est normalisée et saisie sous une forme alphabétique.				
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ En l'absence d'information concrète, le code X (inconnu) peut être utilisé temporairement. ➤ Afin d'éviter des codes de sexe erronés et avant de procéder à la transmission des données vers la banque commune ou à l'extraction des données locales, il est important d'effectuer une validation manuelle afin de corriger les dossiers qui auraient un code de sexe avec une valeur X.				
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie, manuelle à l'établissement et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu, le code de sexe est M ou F; ➤ Si le type d'usager est groupe ou communautaire, le code du sexe n'apparaît pas (zone vide).				
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).				
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES					
TRANSMISSION	La première position est transmise à la banque commune de données.				
VALIDATION	Liste des valeurs permises <table> <tr> <td>M</td><td>Masculin</td></tr> <tr> <td>F</td><td>Féminin</td></tr> </table>	M	Masculin	F	Féminin
M	Masculin				
F	Féminin				

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0016	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant la raison pour laquelle le numéro d'assurance maladie (NAM) n'apparaît pas au dossier informatisé de l'usager-individu.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque usager-individu dont le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.
PRÉCISIONS	Le NAM n'apparaît pas comme élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système. Les établissements doivent notamment respecter les règles émises à la circulaire 2018-026 (01.02.10.14) portant sur les orientations ministérielles concernant l'identification des usagers². • Les établissements avec une unité de naissances sont dans l'obligation d'ouvrir le dossier d'un nouveau-né avec le nom de famille de la mère et bb de prénom de la mère. • Si un enfant de moins d'un an né au Québec se présente dans un établissement dont la carte d'assurance maladie (CAM) du Québec n'est pas émise, vous devez également respecter cette règle. • S'il ne s'agit pas d'un enfant né au Québec, ne pas utiliser le nom de famille et le prénom de la mère. Inscrire le nom et prénom de l'enfant tel que déclaré par les parents et inscrits sur la pièce étatique présentée.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu (code 1) et que le NAM est absent, la raison de l'absence du NAM est obligatoire; ➤ Si le type d'usager est groupe (code 2) ou communautaire (code 3), la raison de l'absence du NAM est absente (zone vide).
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 2 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

² Normes et pratiques de gestion, tome ii, répertoire, circulaire émise le 9 décembre 2019.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0016	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 10 Usager âgé de moins d'un an
- 20 Usager dont l'état nécessite des soins urgents
- 30 Usager admis dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour y recevoir des soins de longue durée
- 40 Mineur de 14 ans ou plus recevant des services assurés sans l'autorisation parentale
- 50 Usager dont la carte est expirée, qui n'a pu la présenter, qui ne l'a pas encore reçue ou dont la carte a été perdue, volée ou n'a jamais été demandée
- 60 Non-résident du Québec (résident d'une autre province ou d'un autre pays)
- 70 Revendicateur du statut de réfugié
- 90 Autres

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0019	Code postal de la résidence habituelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 06 Gabarit : X9X9X9
DÉFINITION	Partie intégrante de l'adresse du lieu de résidence habituelle de l'usager individu, selon la Société canadienne des postes.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour l'usager-individu résident du Québec.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Le lieu de résidence habituelle désigne le logement dans lequel une personne vit habituellement. Dans la plupart des cas, les usagers connaissent leur lieu de résidence habituelle. Cependant, pour certains cas particuliers, on précise ci-dessous ce qui doit être considéré comme l'adresse du lieu de résidence habituelle de l'usager. ➤ Pour un usager qui réside temporairement ailleurs qu'à son lieu de résidence habituelle pour différentes raisons (répit, dépannage, convalescence, situation sociale difficile, sinistre ou autre) : indiquer l'adresse du lieu de résidence habituelle de l'usager et non celle de la résidence temporaire. ➤ Pour un étudiant : indiquer l'adresse du logement qu'il occupe au moment de la demande de services au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). ➤ Pour une personne itinérante ou sans adresse fixe : indiquer l'adresse du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). ➤ Pour un usager en centre de détention : indiquer l'adresse du centre de détention. ➤ Pour un enfant en garde partagée : indiquer l'adresse de l'un des parents de l'enfant. ➤ Pour une personne qui occupe un logement saisonnier : indiquer l'adresse de son lieu de résidence habituelle. ➤ Pour l'usager qui a plus d'un lieu de résidence habituelle et qui n'habite pas un logement saisonnier : indiquer l'adresse du lieu de résidence au moment de la demande de services au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0019	Code postal de la résidence habituelle (suite)

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.
Validation de format automatique à la saisie.
Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément code de municipalité de la résidence habituelle (0020) :
le code postal de la résidence habituelle de l'usager doit débuter par G, H, J ou K ou P ou X si le code de municipalité de la résidence habituelle de l'usager est propre au Québec.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Le référentiel Territorial M-34.

TRANSMISSION

Au moment de la préparation du fichier de transfert des données, les trois dernières positions du code postal de la résidence habituelle sont tronquées, afin de préserver le caractère anonyme des données transmises.

Pour les usagers dont l'adresse du lieu de résidence habituelle est située à l'extérieur du Québec, le code postal de la résidence habituelle n'est pas transmis à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

Position 1	G ou H ou J ou K ou P ou X
Position 2	Numérique
Position 3	Alphabétique
Position 4	Numérique
Position 5	Alphabétique
Position 6	Numérique

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0020	Code de municipalité de la résidence habituelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code défini par le Bureau de la statistique du Québec, attribué à chacune des municipalités ayant un statut légalement reconnu et aux territoires non organisés du Québec. Ce code identifie également une province ou un territoire canadien, les États-Unis ou « autres pays ». Le code de municipalité de la résidence habituelle inscrit au dossier de l'usager est celui qui correspond au lieu de résidence habituelle de l'usager.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 5. Elle fait l'objet d'un chargement et doit être conforme aux valeurs présentées dans la table des établissements fournie par le MSSS (référentiel Territorial M-34). Si une des valeurs utilisées ne fait pas partie du chargement, elle peut être ajoutée par pilotage local.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Le code de municipalité de la résidence habituelle est généré automatiquement par le système à partir du code postal de la résidence habituelle de l'usager. ➤ La plage des codes réservés aux municipalités hors Québec est comprise en 00080 et 00099. ➤ Si le code postal n'est pas un code québécois, des messages de validation apparaîtront au code de municipalité et au code de territoire du CLSC.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément code postal de la résidence habituelle (0019) : ➤ Si le code de municipalité de la résidence habituelle est inférieur à 100 (hors Québec), un code hors territoire devra être sélectionné.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Le référentiel Territorial M-34.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0020	Code de municipalité de la résidence habituelle (suite)

TRANSMISSION Seules les 5 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**
Pour les usagers qui ne résident pas au Québec, les codes suivants doivent être utilisés :

00080	Alberta
00081	Colombie-Britannique
00082	Île-du-Prince-Édouard
00083	Manitoba
00084	Nouveau-Brunswick
00085	Nouvelle-Écosse
00086	Ontario
00087	Saskatchewan
00088	Terre-Neuve
00089	Territoires du Nord-Ouest
00090	Yukon
00091	États-Unis d'Amérique (É.-U.)
00092	Autres pays
00093	Nunavut

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Usager-individu
Élément	0021	Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Les codes de territoire d'un CISSS ou CIUSSS sont définis par le MSSS et attribués à chacun des territoires de CLSC du Québec. Le code de territoire du CLSC de la résidence habituelle apparaissant au dossier de l'utilisateur est celui correspondant à l'adresse de son lieu de résidence habituelle.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les résidents du Québec. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 5.
PRÉCISIONS	Le code de territoire du CLSC de la résidence habituelle est généré automatiquement par le système à partir du code postal de la résidence habituelle de l'utilisateur.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément code de municipalité de la résidence habituelle : ➤ Si le code de municipalité de la résidence habituelle est supérieur à 100, le code de territoire du CLSC de la résidence habituelle est présent.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Le référentiel Territorial M-34.
TRANSMISSION	Seules les 5 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe

La présente section vise les données propres à un usager-groupe. Les notions d'usager-couple et d'usager-famille n'ont pas été retenues dans le présent cadre normatif puisque chacune des personnes constituant un couple ou une famille est considérée individuellement. Par conséquent, ces personnes feront l'objet, s'il y a lieu, de l'ouverture d'un dossier usager-individu, comme le prévoient les règles d'ouverture de dossiers individus énoncées au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.5.

Toutefois, les notions d'intervention de couple et d'intervention de famille sont inscrites dans le système d'information clientèle I-CLSC. On peut se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.2 pour en connaître la définition.

La notion d'« activité principale » du groupe a été retirée du présent cadre normatif.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

- 0025 Catégorie d'usager-groupe
- 0026 Population cible du groupe

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe
Élément	0025	Catégorie d'usager-groupe

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code renvoyant à la caractéristique principale de l'usager-groupe qui reçoit des services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les usagers-groupes. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Un couple ou une famille ne fait pas l'objet de l'ouverture d'un dossier groupe (voir le chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.5 Règles d'ouverture et contenu des dossiers individus).
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu (code 1) ou communautaire (code 3), la catégorie d'usager propre n'existe pas; ➤ Si le type d'usager est groupe (code 2), le code de la catégorie d'usager-groupe est différent de 0.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe
Élément	0025	Catégorie d'usager-groupe (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

100 Groupe de thérapie

Groupe de personnes ayant une problématique commune. L'objectif du groupe de thérapie est centré sur la diminution des symptômes et le recouvrement d'un équilibre satisfaisant. Cet objectif se veut curatif et est poursuivi grâce à une approche professionnelle et reconnue scientifiquement (ex. : groupe de femmes violentées, groupe de personnes endeuillées par le suicide d'un proche, groupe d'agoraphobes, etc.).

200 Groupe d'éducation

Groupe qui vise la transmission de connaissances théoriques ou l'apprentissage de rôles sociaux dans le but d'améliorer la santé et le bien-être des participants. L'objectif est préventif et informatif (ex. : cours prénataux, OLO, gestion du stress, etc.).

300 Groupe d'entraide

Groupe qui favorise le soutien mutuel. Les membres du groupe y expriment leur vécu, leurs difficultés. Le groupe d'entraide vise le bien-être individuel et le recours aux ressources personnelles des participants devant une situation de vie difficile. Les rencontres de groupe permettent de désamorcer la charge émotionnelle, de se sentir soutenu, compris et accepté tout en allant chercher de l'information (ex. : proches aidants, personnes endeuillées, etc.).

900 Autres

Tout groupe autre que ceux qui sont énumérés précédemment.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe
Élément	0026	Population cible du groupe

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant quelle est la clientèle visée par les activités de l'usager-groupe.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les usagers-groupes. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Lorsqu'il y a plus d'une population cible rejointe par le groupe, on indique celle qui prédomine.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu (code 1) ou communautaire (code 3), le code de la population cible est égal à 0; ➤ Lorsque le type d'usager-groupe est 2, le code de la population cible du groupe est différent de 0.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.4	Usager-groupe
Élément	0026	Population cible du groupe (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

100	La population en général
150	Les enfants (0-5 ans)
170	Les enfants (6-11 ans)
200	Les adolescents (12-17 ans)
250	Les jeunes adultes (18-24 ans)
300	Les adultes (24-64 ans)
350	Les personnes âgées (65 ans ou plus)
400	Les femmes
450	Les hommes
500	Les parents
550	Les couples
600	Les familles
900	Autres

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire

La présente section comprend les données visant l'usager-communautaire. Les notions d'usager-couple et d'usager-famille n'ont pas été retenues dans le présent cadre normatif puisque chacune des personnes constituant un couple ou une famille est considérée individuellement. Par conséquent, ces personnes feront l'objet, s'il y a lieu, de l'ouverture d'un dossier usager-individu, comme le prévoient les règles d'ouverture de dossiers usager-individus énoncées au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.5.

Toutefois, les notions d'intervention de couple et d'intervention de famille sont inscrites dans le système d'information clientèle Intégration CLSC. On peut se référer au chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2 pour connaître leur définition.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

- 0027 Catégorie d'usager-communautaire
- 0028 Population cible communautaire
- 0029 Activité principale communautaire

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire
Élément	0027	Catégorie d'usager-communautaire

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code renvoyant au statut de l'usager-communautaire qui reçoit des services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et qui permet de considérer les différents usagers de cette catégorie comme appartenant à une même catégorie.
DESCRIPTION	Cette catégorie est obligatoire pour les usagers-communautaires. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu (code 1) ou groupe (code 2), le code de la catégorie d'usager-communautaire est égal à 0; ➤ Si le type d'usager est communautaire (code 3), le code de la catégorie d'usager-communautaire est différent de 0.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 100 Regroupement sous la responsabilité du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) Regroupement de personnes constitué par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) afin d'apporter une solution communautaire à des besoins perçus comme collectifs (ex. : bénévoles de soutien à l'allaitement). 250 Coopérative Organisme constitué en vertu de la Loi sur les coopératives, <u>incluant</u> : coopérative de logement, de services, etc. 300 Organisme à but lucratif Organisme ou groupe dont le but premier est de faire des profits ou d'en tirer un gain et qui peuvent être incorporés ou enregistrés.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire
Élément	0027	Catégorie d'usager-communautaire (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

350 Organisme à but non lucratif

Organisme à but non lucratif qui définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches. Les objectifs et l'action du groupe visent des questions collectives à dimension sociale ou économique. Le groupe peut obtenir sa propre reconnaissance légale ou être une filiale d'un organisme supérieur. On inclut ici les organismes suivants : club de l'âge d'or avec incorporation, maison des jeunes, centre communautaire, action bénévole, corporation de développement économique communautaire, Club Optimiste, Club Lions, etc.

400 Regroupement sans statut légal

Regroupement de personnes régi par un principe d'appartenance volontaire, sans encadrement légal, incluant : club de l'âge d'or sans incorporation, comité de loisirs sans incorporation, comité de parents, comité de citoyens, etc.

500 Regroupement d'associations

Rassemblement de groupes, d'organismes ou d'associations qui ont des intérêts et des objectifs communs. Ces organisations peuvent être constituées légalement ou non et avoir une portée locale, régionale ou provinciale.

600 Table de concertation

Instance de participation pouvant réunir à la fois des individus, des organismes, des institutions ou des partenaires socioéconomiques qui visent l'atteinte d'objectifs communs et la réalisation d'actions communautaires concertées portant sur une problématique particulière (ex. : jeunesse, violence conjugale, lutte contre la pauvreté) ou sur différents aspects du développement local (ex. : développement de ressources, revitalisation d'un milieu, aménagement urbain). Les tables de concertation peuvent avoir différentes limites territoriales.

700 Comité de travail, comité ad hoc

Groupe de personnes mandatées pour préparer et réaliser une ou plusieurs actions précises dans un échéancier déterminé.

900 Autres

Tout groupe ou organisme autre que ceux qui sont énumérés précédemment.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire
Élément	0028	Population cible communautaire

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10								
DÉFINITION	Code indiquant quelle est la clientèle visée par les activités de l'usager-communautaire.								
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les usagers-communautaires. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.								
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Lorsqu'il y a plus d'une population cible rejointe, on indique celle qui prédomine. ➤ Si le type d'usager est communautaire (code 3), le code de la population cible communautaire 550 (les couples) ne peut être utilisé, il est réservé pour le type d'usager-groupe.								
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique et manuelle à la saisie avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu (code 1) ou groupe (code 2), le code de la population cible communautaire est égal à 0; ➤ Si le type d'usager est communautaire (code 3), le code de la population cible communautaire est différent de 0.								
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).								
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES									
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.								
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises <table> <tr> <td>100</td><td>La population en général</td></tr> <tr> <td>150</td><td>Les enfants (0-5 ans)</td></tr> <tr> <td>170</td><td>Les enfants (6-11 ans)</td></tr> <tr> <td>200</td><td>Les adolescents (12-17 ans)</td></tr> </table>	100	La population en général	150	Les enfants (0-5 ans)	170	Les enfants (6-11 ans)	200	Les adolescents (12-17 ans)
100	La population en général								
150	Les enfants (0-5 ans)								
170	Les enfants (6-11 ans)								
200	Les adolescents (12-17 ans)								

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire
Élément	0028	Population cible communautaire (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

250	Les jeunes adultes (18-24 ans)
300	Les adultes (24-64 ans)
350	Les personnes âgées (65 ans ou plus)
400	Les femmes
450	Les hommes
500	Les parents
550	(Ne pas utiliser)
600	Les familles
730	AÉS Ordre d'enseignement préscolaire et/ou primaire
740	AÉS Ordre d'enseignement secondaire
760	AÉS Ordre d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire
900	Autres

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire
Élément	0029	Activité principale communautaire

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code attribué à l'activité ou aux activités principales de l'usager-communautaire qui reçoit des services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les usagers-communautaires. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Il peut y avoir deux codes d'activité pour un usager-communautaire : le code de l'activité principale communautaire 1 et le code de l'activité principale communautaire 2. ➤ La présence de l'activité principale communautaire 2 est optionnelle lors de la saisie.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'usager (0011) : ➤ Si le type d'usager est individu (code 1) ou groupe (code 2), il n'y a pas d'activités principales communautaires 1 et 2; ➤ Si le type d'usager est communautaire (code 3), le code des activités principales communautaires 1 et 2 est différent de 0.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire
Élément	0029	Activité principale communautaire (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 175 Services liés au maintien à domicile**
Services dont les activités principales visent le maintien à domicile, incluant : groupe bénévole de maintien à domicile, popote roulante, etc.
- 250 Santé et services sociaux**
Secteur dont les activités principales visent la prestation de services de santé et de services sociaux autres que le maintien à domicile, incluant : soins de santé, protection de la jeunesse, adoption, hébergement, activités d'intégration sociale, etc.
- 325 Services matériels**
Secteur dont les activités principales visent à fournir des services matériels, incluant : comptoir alimentaire ou vestimentaire, dépannage financier ou autre, etc.
- 400 Défense des droits – groupe de pression**
Groupe dont les activités principales visent la défense des droits et des intérêts de ses membres ou d'une clientèle particulière, incluant : droits des locataires, défense des droits sociaux, associations de personnes handicapées, etc.
- 475 Entraide, soutien**
Services dont les activités principales visent le soutien et l'entraide, incluant : soutien aux parents, aux alcooliques, aux personnes démunies, etc.
- 550 Formation, animation sociale et éducation**
Services dont les activités principales visent la formation et l'éducation populaire ou l'animation, incluant : AFEAS, formation des bénévoles, formation à la vie associative, etc.
- 625 Promotion**
Secteur dont les activités principales visent la promotion sociale d'objectifs particuliers, incluant : protection de l'environnement, soutien à la jeunesse, promotion de la condition féminine, etc.
- 700 Activités sociales**
Secteur dont les activités principales visent les loisirs.
- 750 École qui met en œuvre l'approche École en santé (AÉS)**
Services dont les activités principales visent à réunir, dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école et dans les plans d'action des partenaires, une offre globale et concertée d'interventions de promotion de la santé et de prévention, lesquelles sont destinées aux jeunes qui fréquentent les écoles de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire.
- 775 Service de garde éducatif à l'enfance ou École primaire qui implante le PQBSDF**
Services dont les activités principales visent à mettre en place le brossage supervisé avec un dentifrice fluoré (PQBSDF) en service de garde éducatif à l'enfance (SGÉE) et à l'école primaire (ÉP) et d'assurer la continuité de cette activité dans les années subséquentes.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.5	Usager-communautaire
Élément	0029	Activité principale communautaire (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

800 Développement social et économique communautaire

Secteur dont les activités principales visent à soutenir la mise en valeur des ressources du milieu par la concertation des divers agents économiques, des gouvernements, des groupes et des établissements, et à favoriser un meilleur contrôle de l'économie par la population locale dans une perspective d'enrichissement des personnes exclues ou fragilisées face au monde du travail.

900 Autres

Toute activité principale autre que celles qui sont énumérées ci-dessus.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention

L'intervention se définit comme une ou plusieurs actions réalisées pour un usager (individu, groupe, communautaire) et nécessitant l'ajout d'une note clinique significative au dossier. Certaines activités, bien que nécessaires à la réalisation de l'intervention, ne sont pas considérées comme des interventions en soi.

Il s'agit notamment des activités suivantes :

- Vérification des critères d'admissibilité en vue de l'inscription à un groupe;
- Lecture du dossier usager;
- Préparation du matériel;
- Rédaction de la note au dossier et de tout autre document (ex. : outils d'évaluation multiclientèle, plan d'intervention, etc.);
- Transmission ou réception d'information, quel que soit le moyen utilisé : téléphone, télécopieur, courrier, échange électronique, lettre circulaire, etc.;
- Confirmation du résultat d'une démarche;
- Temps de transport de l'intervenant aller-retour au domicile de l'usager ou autres lieux.

Il existe cinq types d'interventions :

1 Intervention individualisée

Intervention réalisée pour un usager-individu ou auprès de toute autre personne en relation avec lui (proche aidant, famille, représentant légal), généralement dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou par visioconférence. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative versée au dossier de l'usager-individu.

Toutefois, les auxiliaires familiales et sociales ainsi que les préposés aux bénéficiaires, bien qu'ils réalisent des interventions individualisées, ne sont pas tenus de rédiger une note clinique significative au dossier, mais doivent consigner une intervention.

2 Intervention de couple

Intervention réalisée auprès de deux usagers-individus qui constituent un couple. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée au dossier de chaque usager-individu.

3 Intervention de famille

Intervention réalisée auprès de deux ou plusieurs usagers-individus qui constituent une famille. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée au dossier de chaque usager-individu.

4 Intervention de groupe

Intervention réalisée auprès d'un usager-groupe, généralement dans le cadre d'une rencontre ou par visioconférence. L'objectif est l'évolution personnelle des individus qui composent le groupe. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée au dossier de l'usager-groupe.

5 Intervention communautaire

Intervention réalisée pour un usager-communautaire ou auprès d'un représentant, généralement dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou par visioconférence. L'objectif est d'apporter une solution communautaire à des besoins perçus comme collectifs en développant, soutenant et consolidant des groupes d'action. Cette intervention doit obligatoirement inclure une note clinique significative qui sera versée au dossier de l'usager-communautaire.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention (suite)

La présente section regroupe les éléments d'information relatifs à l'intervention. Ces données sont obtenues pour l'intervenant.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

- 0030 Numéro de l'intervention
- 0031 Centre d'activités de l'intervention
- 0032 Date de l'intervention
- 0033 Type d'intervention
- 0034 Raison de l'intervention
- 0035 Acte de l'intervention
- 0036 Suivi de l'intervention
- 0038 Profil de l'intervention
- 0039 Mode d'intervention
- 0040 Lieu de l'intervention
- 0041 Durée de l'intervention
- 0042 Langue d'intervention
- 0043 Nombre de participants/groupe de l'intervention
- 0044 Catégorie de l'intervenant de l'intervention
- 0045 Statut de l'intervenant de l'intervention
- 0046 Nombre d'intervenants associés à l'intervention
- 0047 Niveau de scolarité visé par l'intervention
- 0048 Réserve au cadre normatif – intervention-2

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0030	Numéro de l'intervention

FORMAT	Numérique	Longueur : 09
DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'une intervention faite auprès d'un usager.	
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont : 000000001 à 999999999.	
PRÉCISIONS	La composition du numéro de l'intervention est laissée à la discrétion du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Ce numéro peut être attribué automatiquement par le système ou manuellement par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de l'intervention est remplacé par un numéro séquentiel à 6 positions, neutre et anonyme, afin de préserver la confidentialité des données des usagers. La séquence démarre avec le numéro 000001 à chaque transmission effectuée. Toute intervention transmise est associée au numéro de dossier de l'utilisateur sous sa forme anonyme (numéro séquentiel à 6 positions), permettant ainsi la mise en relation des données de l'intervention avec celles de l'utilisateur correspondant, au cours d'un même exercice financier (1 ^{er} avril au 31 mars).	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0031	Centre d'activités de l'intervention

FORMAT Alphanumérique Longueur : 10

DÉFINITION Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités du Manuel de gestion financière (au moyen de l'intervention) le service rendu se rattache. Toutefois, le code 0001 (activité médicale) ne s'y retrouve pas.

DESCRIPTION Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.

PRÉCISIONS **Consignes à la saisie**

- Le sous-programme n'apparaît pas comme un élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système d'information clientèle I-CLSC. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il enregistre une intervention.
- Un lien de pilotage est obligatoirement fait entre le centre ou le sous-centre d'activités et le sous-programme. Pour faire le lien de pilotage dans le sous-programme, il faut obligatoirement sélectionner le centre ou le sous-centre d'activités dans le menu déroulant.
- L'intervention, à l'exception de l'activité médicale, se rattache à un centre ou sous-centre d'activités, alors qu'un intervenant peut être affecté à un ou plusieurs centres ou sous-centres d'activités.
- Les centres d'activités non identifiés à la mission CLSC des CISSS et CIUSSS dans le Manuel de gestion financière (MGF) ne doivent pas apparaître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé doit être rattaché à l'un des centres ou sous-centres d'activités identifiés à la mission CLSC des CISSS et CIUSSS (voir l'annexe 3 du cadre normatif et le Manuel de gestion financière (MGF)).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0031	Centre d'activités de l'intervention (suite)

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.
Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) de la table de pilotage.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

Aux fins de la transmission de données aux organismes externes, une correspondance est effectuée entre la notion de sous-programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et les centres ou sous-centres d'activités du Manuel de gestion financière. C'est l'un ou l'autre de ces derniers codes qui est transmis à la banque commune de données. Seules les 5 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à la banque commune de données I-CLSC (voir l'annexe 3).

Pour connaître la définition des valeurs permises admissibles à la banque commune de données I-CLSC, se référer au Manuel de gestion financière (MGF).

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Note : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0032	Date de l'intervention

FORMAT	Date Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJHHMM
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure, minute), date de l'intervention faite auprès de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour chaque intervention.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de l'intervention doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec les éléments date d'ouverture du dossier (0009) et date de naissance (0014) : la date de l'intervention doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier; la date de l'intervention doit être postérieure ou égale à la date de naissance de l'utilisateur, uniquement dans le cas d'un usager-individu.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 8 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0033	Type d'intervention

FORMAT	Numérique	Longueur : 01										
DÉFINITION	Code permettant de catégoriser les interventions en fonction des caractéristiques des usagers concernés.											
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire.											
PRÉCISIONS	Se référer au lexique (chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2) du présent cadre normatif pour connaître la définition des différents types d'interventions. On retrouve également ces définitions au début de la section 3.6.											
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'utilisateur (0011) : ➤ Si le type d'utilisateur est individu (code 1), le code du type d'intervention sera individu (1), couple (2) ou famille (3); ➤ Si le type d'utilisateur est groupe (code 2), le code du type d'intervention sera groupe (4); ➤ Si le type d'utilisateur est communautaire (code 3), le code du type d'intervention sera communautaire (5).											
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).											
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES												
TRANSMISSION	La première position est transmise à la banque commune de données.											
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises <table><tr><td>1</td><td>Intervention individualisée</td></tr><tr><td>2</td><td>Intervention de couple</td></tr><tr><td>3</td><td>Intervention de famille</td></tr><tr><td>4</td><td>Intervention de groupe</td></tr><tr><td>5</td><td>Intervention communautaire</td></tr></table>		1	Intervention individualisée	2	Intervention de couple	3	Intervention de famille	4	Intervention de groupe	5	Intervention communautaire
1	Intervention individualisée											
2	Intervention de couple											
3	Intervention de famille											
4	Intervention de groupe											
5	Intervention communautaire											

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Maladie, affection, problème, besoin ou situation de l'utilisateur (individu, groupe ou communautaire) tel que défini par l'intervenant au cours de l'intervention.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire, de même que celle de deuxième niveau normalisé. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4. La nomenclature s'inspire de certaines classifications internationales, dont la CIM-9, la CIM-10 et le DSM-IV. Les codes normalisés de premier niveau sont tous transmis à la banque commune de données; ceux-ci sont en caractères gras dans la liste des valeurs permises. Certains codes normalisés de deuxième niveau sont également transmis à la banque commune de données; ceux-ci sont précédés d'un astérisque (*) dans la liste des valeurs permises (voir l'item des valeurs permises).
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ On peut consigner jusqu'à trois raisons pour chaque intervention. Une raison entraîne nécessairement la codification d'au moins un acte. Cette codification traduit la raison réelle et non celle prévue. ➤ La première raison qui est codifiée doit traduire la maladie, l'affection ou le problème sur lequel a porté la majeure partie de l'intervention. ➤ Les autres raisons (2^e et 3^e) sont des maladies, affections ou problèmes qui coexistent, qui surviennent pendant l'intervention ou qui influent sur cette dernière. Il peut s'agir de la source ou de la conséquence associée à ces maladies, affections ou problèmes. ➤ La saisie des raisons d'intervention doit se faire de manière successive à partir du champ de la raison 1. ➤ Le code 5500 ne peut être utilisé pour une intervention et est réservé à l'activité ponctuelle normalisée. ➤ Pour plus de renseignements sur la définition des interventions et les règles concernant leur enregistrement, se référer au chapitre 2, sections 2.1 et 2.2.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

- Des exemples de codification sont présentés à l'annexe 2.
- Au module pilotage, un code défini comme étant de deuxième niveau et **précédé** d'un astérisque (*) au cadre normatif doit être rattaché à lui-même.
- De plus, les autres codes de deuxième niveau qui ne sont pas précédés d'un astérisque (*) au cadre normatif doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie.
- Pour plus de renseignements sur la notion de niveaux, se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.2.

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

Validation verticale manuelle à la saisie avec les éléments date de l'intervention (0032) et date de naissance (0014) :

- Si l'une des raisons de l'intervention est codée 2900 (problèmes reliés à la vie de couple), l'âge de l'utilisateur doit être supérieur ou égal à 14 ans;
- Si l'une des raisons d'intervention est codée 3500 (problèmes reliés au travail), l'âge de l'utilisateur doit être supérieur ou égal à 14 ans.

La différence entre la date de l'intervention et la date de naissance définit l'âge de l'utilisateur au moment de l'intervention.

Validation hiérarchique automatique et manuelle à la saisie des raisons 2 et 3 avec la raison 1.

Validation hiérarchique manuelle à la saisie de la raison 3 avec la raison 2.

Validation hiérarchique manuelle à la saisie de la raison 3 avec la raison 2 et la raison 1, et de la raison 2 avec la raison 1.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

TRANSMISSION Au moment de la préparation du fichier de transfert des données, tous les codes de deuxième niveau non normalisés sont transformés en codes de premier niveau, en utilisant la correspondance de la table de pilotage. Les codes inconnus sont remplacés par une zone libre. Seules les 4 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

1000 Maladies infectieuses et parasitaires, excluant : les ITS

Maladies dues à un agent étranger (bactérie, virus, champignon, parasite), transmissibles ou non, incluant : tuberculose, SIDA, etc., excluant : maladies transmissibles sexuellement et syndromes cliniques associés (1100), maladies infectieuses du système nerveux central (1501), infections ophtalmologiques (1601) et maladies infectieuses de l'appareil urinaire (2101).

- 1001 Maladies infectieuses intestinales, incluant : salmonellose, amibiase, gastro-entérite, etc.
- 1002 Tuberculose
- 1003 Maladies à virus avec exanthème, incluant : varicelle, zona, rougeole, etc.
- 1004 Autres maladies à virus, incluant : rage, oreillons, mononucléose, etc.
- 1005 Pédiculose
- 1006 Gale
- 1007 Morpion, phthirus
- *1008 SIDA
- *1009 Hépatite B
- *1010 Hépatite A
- 1012 Maladies bactériennes, incluant : scarlatine, coqueluche, E. coli, etc.
- *1013 Hépatite C
- *1014 Autres hépatites virales

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

1100 Infections transmissibles sexuellement (ITS) et syndromes cliniques associés

Maladies infectieuses transmissibles par contact sexuel et syndromes cliniques associés, incluant : syphilis, gonorrhée, infections génitales à chlamydia, salpingite, urétrite, etc.

1101 Syphilis

1102 Chlamydia

1103 Condylome

1104 Herpès génital

1105 Syndrome clinique associé aux maladies transmises sexuellement, incluant : vaginite associée à une ITS, salpingite, urétrite, etc.

1106 Gonorrhée

1107 NGPP (gonorrhée résistante à la pénicilline)

1200 Tumeurs

Cette catégorie inclut les tumeurs bénignes et malignes

*1202 Tumeur bénigne (SAI)

*1204 Tumeur maligne de la glande thyroïde et des autres glandes endocrines

*1205 Tumeur maligne du sang et des organes hématopoïétiques, excluant : leucémie et lymphome (1206)

*1206 Leucémie et lymphome

*1207 Tumeur maligne du système nerveux

*1208 Tumeur maligne ophtalmologique, incluant : œil et annexes

*1209 Tumeur maligne du système respiratoire, excluant : tumeur maligne du poumon (1210)

*1210 Tumeur maligne du poumon

*1211 Tumeur maligne du système digestif, excluant : tumeur du côlon et du rectum (1219)

*1212 Tumeur maligne des organes génitaux, excluant : tumeur maligne de la prostate (1213) et du col utérin (1214)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

1200 Tumeurs (suite)

- *1213 Tumeur maligne de la prostate
- *1214 Tumeur maligne du col utérin
- *1215 Tumeur maligne du système urinaire
- *1216 Tumeur maligne du sein
- *1217 Tumeur maligne de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- *1218 Tumeur maligne du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- *1219 Tumeur maligne du côlon et du rectum

1300 Maladies et troubles endocriniens, de la nutrition et du métabolisme

Affections ou troubles des glandes endocrines, états de carence, incluant : avitaminose, malnutrition, obésité, diabète, etc., excluant : tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne de la glande thyroïde et d'autres glandes endocrines (1204), résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (2411) et résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles sans diagnostic (2412).

- 1301 Maladies et troubles de la glande thyroïde, incluant : hyperthyroïdie
- 1302 Maladies et troubles des autres glandes endocrines, incluant : hypoglycémie
- 1303 État de carence, incluant : malnutrition, avitaminose, etc.
- 1304 Obésité
- *1305 Diabète, excluant : diabète gestationnel (2705)
- *1307 Fibrose kystique
- *1308 Troubles du métabolisme, incluant : hyperlipidémie, hypertriglycémie, hyperlipoprotéinémie, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

1400 Maladies et troubles du sang, des organes hématopoïétiques et certains troubles immunitaires

Affections ou troubles des globules blancs, des globules rouges, de la rate et de la lymphe ainsi que certains troubles immunitaires, incluant : anémie, purpura, etc., excluant : SIDA (1008), tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne du sang et des organes hématopoïétiques (1205), séropositivité au VIH (2401) et résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (2411).

- 1401 Anémie, excluant : anémie par carence en vitamine B12 (1405)
- 1402 Anomalies de la coagulation
- 1403 Purpura et autres affections hémorragiques
- 1404 Maladies et troubles des globules blancs
- 1405 Anémie par carence en vitamine B12
- 1406 Troubles immunitaires

1500 Maladies et troubles du système nerveux

Affections ou troubles du système nerveux et de la moelle épinière, incluant : méningite, dégénérescence, Parkinson, sclérose en plaques, paralysie cérébrale, épilepsie, migraine, Alzheimer, etc., excluant : tumeur bénigne SAI (1202) tumeur maligne du système nerveux (1207), symptômes relatifs au système nerveux et ostéomusculaire (2407), résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (2411) et résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles sans diagnostic (2412).

- 1501 Maladie infectieuse du système nerveux central, incluant : poliomyélite, excluant : méningite (1510)
- *1502 Autres maladies et troubles du système nerveux central, incluant : paralysie cérébrale, hémiplegie, etc., excluant : poliomyélite
- *1503 Affections héréditaires et dégénératives du système nerveux central, incluant : sclérose latérale amyotrophique, ataxie de Friedreich, maladie d'Huntington, excluant : Alzheimer (1507)
- *1504 Maladies et troubles du système nerveux périphérique, incluant : dystrophie musculaire, myopathie, mononévrite, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

1500 Maladies et troubles du système nerveux (suite)

- *1505 Parkinson
- *1506 Sclérose en plaques
- *1507 Alzheimer
- 1508 Migraine
- 1509 Épilepsie
- 1510 Méningite

1600 Maladies et troubles ophtalmologiques (œil et annexes)

Affections ou troubles de l'œil, des annexes et de la vue, excluant : tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne ophtalmologique (1208) et symptômes tels que la baisse de la vision (2400).

- 1601 Infections, incluant : conjonctivite, kératite, etc.
- 1602 Glaucome
- 1603 Cataracte
- 1604 Cécité
- 1605 Autres affections de l'œil, incluant : myopie, strabisme, etc.

1700 Maladies et troubles de l'oreille

Affections ou troubles de l'oreille et de l'ouïe, excluant : les symptômes tels que la baisse de l'ouïe (2400).

- 1701 Otite
- 1702 Surdité

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

1800 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

Affections ou troubles des vaisseaux lymphatiques et sanguins, maladies cardiaques, cardio-pulmonaires, vasculaires cérébrales et maladies hypertensives, excluant : symptômes relatifs à l'appareil circulatoire (2403), résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles sans diagnostic (2412), ECG et échocardiogramme anormaux.

- *1801 Hypertension
- *1802 Cardiopathies ischémiques, incluant : MCAS, angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, etc.
- *1803 Maladies vasculaires cérébrales, incluant : séquelles d'AVC, ischémie cérébrale transitoire, etc.
- *1804 Maladies et troubles des artères, artérioles et capillaires, incluant : artériosclérose, thrombose, vasculite, etc.
- *1805 Maladies et troubles des veines et des vaisseaux lymphatiques, incluant : phlébites, varices, hypotension, hémorroïdes, etc.
- *1806 Rhumatisme articulaire aigu
- *1807 Autres formes de cardiopathies, incluant : insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES**Liste des valeurs permises****1900 Maladies et troubles de l'appareil respiratoire**

Affections ou troubles de l'arbre respiratoire : nez, sinus, amygdales, bronches, poumons, plèvre, etc., incluant : la rhinite allergique (1909); pour la grippe, apparition soudaine de fièvre et de toux et d'au moins l'un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration. Des symptômes gastro-intestinaux peuvent aussi être présents. Chez les individus âgés de moins de 5 ans et de 65 ans et plus, la fièvre peut être plus ou moins importante, excluant : tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne du système respiratoire (1209), tumeur maligne du poumon (1210), symptômes relatifs à l'appareil respiratoire (2404), détresse ou difficulté respiratoire consécutive à une réaction allergique (2404), réaction allergique respiratoire secondaire à la prise d'un médicament (2604), résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (2411) et résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles sans diagnostic (2412).

1901 Sinusite, incluant : aiguë et chronique

*1902 Grippe, incluant : influenza

1903 Pneumonie

*1904 Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), incluant : bronchiectasie et emphysème, excluant : bronchite (1912), bronchite aiguë chronique (1913) et asthme (1911)

1905 Maladies pulmonaires dues à des agents externes, incluant : amiantose, pneumoconiose

1906 Amygdalite

1907 Affections aiguës des voies respiratoires supérieures, incluant : rhume, pharyngite aiguë, laryngite aiguë, excluant : sinusite (1901), amygdalite (1906)

1909 Rhinite allergique

1910 Autres maladies des voies respiratoires supérieures, incluant : polypes, laryngite chronique, pharyngite chronique, excluant : amygdalite (1906), rhinite allergique (1909)

*1911 Asthme

1912 Bronchite aiguë

*1913 Bronchite chronique

*1914 Maladie à coronavirus (COVID-19) confirmée

*1915 Maladie à coronavirus (COVID-19) suspectée

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2000 Maladies et troubles de l'appareil digestif

Affections ou troubles du tractus digestif : bouche, œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle et côlon, péritoine, foie, voies biliaires et pancréas, excluant : maladies infectieuses intestinales (1001), hépatite B (1009), hépatite A (1010), hépatite C (1013), autres hépatites virales (1014), tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne du système digestif (1211), symptômes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen (2405), symptômes relatifs à l'absorption d'aliments et de liquides (2410), résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (2411), résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles sans diagnostic (2412) et problèmes d'hygiène dentaire (2500).

- 2001 Maladies et troubles de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires, incluant : alvéolite, gingivite, maladies de la gencive, périodontite, dysfonction temporo-mandibulaire, etc.
- 2002 Maladies et troubles de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum, incluant : ulcère gastrique, duodénite, excluant : gastro-entérite (1001)
- 2003 Entérite et colite non infectieuse
- 2004 Maladies du foie et des voies biliaires, incluant : cirrhose
- 2005 Lithiase biliaire
- 2006 Diverticulose et diverticulite
- 2007 Diarrhée non infectieuse
- 2008 Constipation
- 2009 Maladies et troubles de l'intestin et du péritoine, incluant : colique, fissures et abcès anal, irritabilité du côlon, etc.
- 2010 Hernies, incluant : abdominale, hiatale, inguinale, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES**Liste des valeurs permises****2100 Maladies et troubles des organes génito-urinaires**

Affections ou troubles de l'appareil urinaire et génital : rein, vessie, prostate, problèmes liés à la ménopause et affection du sein, excluant : ITS (1100), tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne des organes génitaux (1212), tumeur maligne de la prostate (1213), tumeur maligne du col utérin (1214), tumeur maligne du système urinaire (1215), tumeur maligne du sein (1216), symptôme relatif à l'appareil urinaire (2408), résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (2411) et résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles sans diagnostic (2412) (défaut de remplissage du rein).

- 2101 Maladies infectieuses de l'appareil urinaire
- 2102 Autres maladies et troubles de l'appareil urinaire, incluant : cystite, urétrite non associée à une ITS, calcul, etc.
- 2103 Maladies et troubles des organes génitaux de l'homme, incluant : prostatite, hydrocèle, phimosis, orchite, excluant : ITS (1100)
- 2104 Maladies et troubles des organes génitaux de la femme, incluant : prolapsus génital, endométriose, excluant : ITS (1100), troubles reliés à la ménopause et à la postménopause (2107)
- 2105 Maladies et troubles du sein, incluant : mastite, mastalgie, excluant : tumeur bénigne SAI (1202) et tumeur maligne du sein (1216)
- 2106 Insuffisance rénale
- 2107 Troubles reliés à la ménopause et à la postménopause

2200 Maladies et troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

Affections ou troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, incluant : furoncle, impétigo, eczéma, dermatite, prurit, cors, acné, urticaire, coup de soleil, etc., excluant : tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (1217), plaie chirurgicale (2609) et insolation, coup de chaleur (2614).

- *2201 Ulcération chronique de la peau, incluant : escarre de décubitus
- 2202 Acné

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2300 Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

Affections ou troubles des muscles, du tissu conjonctif, des articulations, incluant : arthropathies, lumbago, bursite, tendinite, rhumatisme, ostéomyélite, ostéoporose, etc., excluant : tumeur bénigne SAI (1202), tumeur maligne du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (1218), empoisonnements et lésions traumatiques (2600).

2302 Ostéoporose

2304 Affections des régions du plan dorsal, incluant : lombalgie, dorsalgie, hernie discale, cervicalgie, torticollis, excluant : post-traumatique

2305 Affections des muscles, tendons, synoviales, ligaments et aponévroses, incluant : tendinite, bursite, synovite, capsulite, etc.

*2306 Arthrite, rhumatisme, arthrose, excluant : rhumatisme articulaire aigu (1806)

2307 Fibromyalgie

2400 Symptômes, signes, états morbides mal définis et résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic

Symptômes, signes, résultats anormaux d'examens de laboratoire ou d'autres procédés d'investigation et états morbides mal définis pour lesquels n'est formulé aucun problème qui puisse être classé ailleurs, incluant : fièvre, convulsion, perte ou prise de poids anormale, céphalée, nausée, séropositivité au VIH, œdème, allergie cutanée, allergie respiratoire, etc., excluant : rhinite allergique (1909), réaction allergique secondaire à un médicament (2604) et anorexie mentale (5150).

*2401 Séropositivité au VIH

2402 Autonomie affectée par des problèmes de capacité fonctionnelle

2403 Troubles relatifs à l'appareil circulatoire, incluant : anomalie du rythme cardiaque, souffles et autres bruits cardiaques, gangrène, anomalie de la tension artérielle sans diagnostic, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2400 Symptômes, signes, états morbides mal définis et résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (suite)

- 2404 Troubles relatifs à l'appareil respiratoire, incluant : détresse ou difficulté respiratoire secondaire à une réaction allergique, hémorragie des voies respiratoires, toux, anomalies de la respiration, douleur à la gorge et au thorax, etc.
- 2405 Troubles relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen, incluant : douleur abdominale et pelvienne, nausées et vomissements, pyrosis, dysphagie, flatulence, incontinence fécale, hépatomégalie et splénomégalie, ictère, ascite, encoprésie, etc.
- 2406 Troubles relatifs à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, incluant : troubles de la sensibilité cutanée, rash, éruption cutanée allergique, tuméfactions et masses localisées sur la peau, rougeur, etc.
- 2407 Troubles relatifs au système nerveux et ostéomusculaire, incluant : mouvements involontaires anormaux, anomalie de la démarche et de la mobilité, troubles de la coordination, réflexes anormaux, etc.
- 2408 Troubles relatifs à l'appareil urinaire, incluant : douleur à la miction, incontinence urinaire, rétention d'urine, anurie, oligurie, polyurie, écoulement urétral, énurésie, etc.
- 2409 Troubles généraux, incluant : fièvre, hypothermie, céphalée autre que migraine (1508), douleur (généralisée) NCA, malaise, fatigue, somnolence, épistaxis, étourdissement, sénilité, débilité sénile, syncope et collapsus, évanouissement, convulsion, choc, hémorragie, adénopathies, œdème, hyperhidrose, retard du développement physiologique, cachexie, etc.
- 2410 Troubles relatifs à l'absorption d'aliments et de liquides, incluant : perte ou augmentation de l'appétit polydipsie, perte ou prise de poids anormale, etc.
- 2411 Résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic, incluant : examen du sang, de l'urine et d'autres substances liquides et tissus, excluant : séropositivité au VIH (2401)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2400 Symptômes, signes, états morbides mal définis et résultats anormaux d'examens de laboratoire sans diagnostic (suite)

2412 Résultats anormaux d'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles, sans diagnostic, incluant : masse, lésion intracrânienne, masse du sein, échocardiogramme anormal, défaut de remplissage du rein, EEG anormal, ECG anormal, etc.

2413 Syndrome de fatigue chronique

2500 Problèmes et hygiène dentaires

Problèmes d'ordre dentaire, incluant : carie, édentation, tartre, malposition, occlusion, restauration, fluoration, etc., excluant : maladies et troubles de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires (2001).

2501 Restauration défectueuse

2502 Lésion tissu mou

2503 Lésion tissu dur

2504 Édentation totale ou partielle

2505 Dépôts sur les dents (tartre, plaque)

2506 Problème d'occlusion

2507 Orthodontie

2509 Caries dentaires

2510 Vulnérabilité à la carie dentaire, incluant : manque d'hygiène buccale

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2600 Empoisonnements et lésions traumatiques

Empoisonnements, intoxications, lésions traumatiques, plaies traumatiques, fractures survenues à la suite d'un accident, incluant : séquelles d'accidents, maladies iatrogènes et réactions allergiques secondaires à la prise d'un médicament.

- *2601 Brûlure, engelure
- 2602 Contusion et écrasement
- 2603 Corps étrangers
- 2604 Effets secondaires de médicaments, incluant : réaction allergique secondaire à un médicament
- 2605 Entorse, subluxation, luxation
- 2606 Fracture
- 2607 Intoxication et empoisonnement
- 2608 Morsure, piquûre
- 2609 Plaie chirurgicale
- 2610 Amputation
- 2611 Traumatisme crânien
- 2612 Séquelle de traumatisme
- 2613 Lacération, coupure et éraflure
- 2614 Insolation, coup de chaleur
- *2615 Traitement relié à une chirurgie totale de la hanche (PTH)
- *2616 Traitement relié à une chirurgie totale du genou (PTG)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2700 Suivi prénatal auprès de la mère

Situations ou problèmes concernant la période prénatale.

- 2701 Grossesse normale
- *2702 Grossesse à risque
- *2703 Grossesse non désirée
- *2704 Complication de la grossesse
- 2705 Diabète gestationnel
- *2707 Fausse couche – avortement spontané

2710 Suivi pernatal auprès de la mère

Situations concernant l'accouchement.

- 2711 Complication durant l'accouchement
- *2712 Accompagnement à l'accouchement à la suite d'un transfert de responsabilité clinique

2730 Suivi postnatal auprès de la mère

Situations ou problèmes concernant la période postnatale chez la mère.

- *2731 Allaitement
- *2732 Complication due à l'accouchement et aux suites de couches, incluant : complication postcésarienne

2740 Suivi postnatal auprès du bébé

Situations ou problèmes concernant la période postnatale chez le nouveau-né.

- *2741 Bébé prématuré
- *2742 Bébé de petit poids
- *2743 Ictère du nouveau-né
- *2744 Gain de poids insuffisant

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2760 Contraception et reproduction

Situations ou problèmes concernant la procréation et la contraception.

- 2761 Choix d'une méthode contraceptive, incluant : pilule du lendemain
- 2762 Infertilité (situation temporaire, non diagnostiquée)
- 2763 Planification des naissances (conseils en planification)
- 2764 Surveillance de méthode contraceptive antérieure
- 2765 Grossesse probable
- 2766 Stérilité (situation permanente, diagnostiquée)
- 2767 Demande d'avortement

2800 Problèmes reliés à la sexualité

Difficultés reliées à l'expression de la vie sexuelle, incluant : troubles du désir sexuel, troubles de l'orgasme, etc.

- 2810 Troubles du désir sexuel, incluant : baisse du désir, aversion sexuelle, etc.
- 2811 Troubles de l'excitation sexuelle, incluant : trouble de l'excitation sexuelle chez la femme et de l'érection chez l'homme
- 2812 Troubles de l'orgasme, incluant : éjaculation précoce.
- 2813 Troubles sexuels avec douleur, incluant : dyspareunie, vaginisme, etc.
- 2814 Dysfonction sexuelle globale, incluant : troubles du désir sexuel (2810), troubles de l'excitation sexuelle (2811) et troubles de l'orgasme (2812)
- 2815 Paraphilies, incluant : exhibitionnisme, fétichisme, pédophilie, sadisme, voyeurisme, masochisme, etc.
- 2816 Troubles de l'identité sexuelle

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

2900 Problèmes reliés à la vie de couple

Difficultés reliées à l'expression de la vie de couple, incluant : communication dans le couple, rupture de couple, etc., excluant : problèmes reliés à la vie familiale (3000), problèmes reliés à la violence conjugale (5300) et problèmes reliés à la violence familiale (5310).

- 2901 Alcoolisme du conjoint
- 2902 Communication dans le couple
- 2903 Décès du conjoint
- 2904 Rupture du couple, incluant : séparation, divorce, excluant : adaptation d'un enfant à une dislocation familiale (3011)
- 2905 Maladie grave du conjoint
- 2907 Remise en question du couple
- 2908 Toxicomanie du conjoint, excluant : alcoolisme du conjoint (2901)

3000 Problèmes reliés à la vie familiale

Difficultés perturbant la dynamique familiale, incluant : relation parents-enfants (peu importe l'âge de l'individu), décès dans la famille, etc., excluant : problèmes reliés à la vie de couple (2900), problèmes reliés à la violence conjugale (5300) et problèmes reliés à la violence familiale (5310).

- 3001 Adaptation à l'arrivée d'un enfant
- 3003 Décès dans la famille, excluant : décès du conjoint (2903)
- 3004 Relations interfamiliales
- 3005 Relations parents-enfants (0 à 11 ans)
- 3006 Relations parents-adolescents (12 à 17 ans)
- 3007 Santé physique ou mentale dans la famille, excluant : adaptation à l'arrivée d'un enfant handicapé (intellectuel ou physique) ou malade (3012)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

3000 Problèmes reliés à la vie familiale (suite)

- 3009 Adaptation à une situation de famille monoparentale
- 3010 Adaptation à une situation de famille reconstituée
- 3011 Adaptation d'un enfant à une dislocation familiale, incluant : séparation, divorce, excluant : rupture du couple (2904)
- 3012 Adaptation à l'arrivée d'un enfant handicapé (intellectuel ou physique) ou malade, excluant : santé physique ou mentale dans la famille (3007)
- *3013 Adaptation au placement d'un membre de la famille
- 3014 Compétences parentales déficientes ou insuffisantes
- *3015 Épuisement de la famille
- 3016 Toxicomanie dans la famille, excluant : alcoolisme du conjoint (2901) et toxicomanie du conjoint (2908)
- *3017 Réintégration familiale après un placement
- 3018 Relation parents-enfants d'âge adulte (18 ans et plus)

3400 Problèmes socioéconomiques

Difficultés ou troubles liés à la non-satisfaction des besoins essentiels, incluant : logement, nourriture, vêtements, etc.

- 3403 Logement (domicile)
- 3404 Ressources matérielles insuffisantes, incluant : réfrigérateur, couches, bassinette, pansements, etc.
- 3406 Nourriture
- 3407 Vêtements

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

3500 Problèmes reliés au travail

Difficultés ou troubles ayant pour origine le travail, le milieu de travail, le chômage et la recherche d'un emploi, incluant : harcèlement en milieu de travail, retrait préventif du travailleur, relations interpersonnelles au travail, épuisement professionnel (« burnout »), etc.

- 3501 Harcèlement en milieu de travail, excluant : victime de harcèlement sexuel (4507)
- *3502 Épuisement professionnel (« burnout »)
- 3503 Perte d'emploi et problèmes reliés à la recherche d'un emploi
- 3504 Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite
- 3505 Retrait préventif du travailleur
- 3506 Adaptation professionnelle
- 3507 Intégration au marché du travail
- 3508 Relations interpersonnelles au travail, excluant : relations interpersonnelles (5003)

3600 Problèmes sociaux divers

Autres situations qui deviennent des raisons d'avoir recours aux services d'un CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), incluant : environnement, immigration ou citoyenneté, défense des droits, minorité ethnique, éloignement, loisirs, etc.

- 3604 Discrimination, incluant : âge, sexe, religion, etc.
- 3605 Environnement (pollution, qualité de vie, etc.)
- 3607 Immigration ou citoyenneté
- *3612 Itinérance
 - L'itinérance englobe une variété de situations de vie physiques, notamment :
 - vivre dans la rue ou dans des endroits qui ne sont pas conçus pour le logement des êtres humains (p. ex. trottoirs, parcs, voitures);
 - passer la nuit dans des refuges ou des ressources d'hébergement d'urgence;
 - être logé ou hébergé temporairement (p. ex. ressources de transition, motels, séjours chez des amis ou de la famille, « couch surfing ») sans avoir aucun autre endroit où habiter.
- 3616 Hygiène personnelle inadéquate
- 3617 Demande de subvention, incluant : garderie, camp d'été, loisirs, etc.
- 3618 Transport
- 3619 Demande de régime de protection (curatelle, tutelle, mandat d'inaptitude, etc.)
- *3620 Absence ou épuisement des proches aidants

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

3700 Demande d'examen

Personne demandant à être rencontrée pour un examen, incluant : demande d'examen médical, demande d'examen radiologique, etc.

- *3701 Demande d'examen (dépistage nominatif d'ITSS)
- *3702 Demande d'examen (dépistage non nominatif d'ITSS)
- 3709 Demande d'examen de santé de groupe de population (enquête épidémiologique)
- 3711 Demande d'examen médical
- 3718 Demande d'examen radiologique

3900 Demande de placement

Personne consultant pour une demande de placement, à long terme ou temporaire, incluant : placement d'un enfant, d'un adolescent, d'un adulte ou d'une personne âgée en hébergement ou en famille d'accueil.

- 3901 Placement d'un enfant (0 à 11 ans)
- 3902 Placement d'un adolescent (12 à 17 ans)
- 3903 Placement d'un adulte (18 à 64 ans)
- 3904 Placement d'une personne âgée (65 ans et plus)
- 3905 Placement d'une personne handicapée physiquement
- 3906 Placement d'une personne handicapée intellectuellement
- *3907 Placement temporaire pour répit et/ou dépannage

3950 Enfant faisant l'objet d'une durée maximale de placement

Personne consultant à la suite d'un placement d'un ou de plusieurs de ses enfants par le directeur de la protection de la jeunesse en vue de permettre la réintégration de l'enfant dans son milieu familial.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES**Liste des valeurs permises****4000 Problèmes reliés à la victimisation**

Conséquences, séquelles, contrecoups, effets inévitables liés au fait que l'individu a été victime d'accident, de vol, de vandalisme, d'agression, d'acte de violence ou de disparition, excluant : problèmes reliés à la maltraitance (4100), problèmes reliés à des agressions à caractère sexuel (4500), problèmes reliés à la violence conjugale (5300) et problèmes reliés à la violence familiale (5310).

4001 Victime d'accident

4004 Victime d'un vol, de vandalisme, de méfaits

4005 Disparition, enlèvement, fugue d'une personne de l'entourage

*4006 Victime de sinistres, incluant : incendie, inondation, etc.

4007 Victime de harcèlement, excluant : victime de harcèlement sexuel (4507) et harcèlement en milieu de travail (3501)

4008 Victime d'agression ou d'acte de violence, excluant : victime d'inceste (4501), victime de viol (4502), victime d'autres formes d'agression sexuelle (4503), harcèlement en milieu de travail (3501), victime de violence conjugale (5301) et problèmes reliés à la violence familiale (5310)

4009 Victime d'exploitation financière

*4010 Problème en lien avec le sinistre de Lac-Mégantic

4100 Problèmes reliés à la maltraitance

Problèmes découlant d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne. Incluant : aînés et toutes autres personnes majeures en situation de vulnérabilité. Excluant : personnes mineures.

*4101 Maltraitance psychologique : gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique

*4102 Maltraitance physique : gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique

*4103 Maltraitance sexuelle : gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle

*4104 Maltraitance matérielle ou financière : obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale

*4105 Maltraitance organisationnelle : toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes

*4106 Âgisme : discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale

*4107 Violation des droits : toute atteinte aux libertés et droits individuels et sociaux

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

4200 Problèmes reliés à la dépendance

Difficultés ou troubles découlant de la consommation de substances psychoactives (SPA), de la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) ou de l'utilisation d'Internet, incluant : alcool, médicaments, tabac, drogues, etc.

- *4201 Alcool
- *4203 Médicaments
- *4204 Tabac
- *4205 Drogues
- *4206 Jeux de hasard et d'argent
- *4207 Utilisation problématique d'Internet, incluant : les jeux vidéo, les réseaux sociaux et autres écrans, excluant : les jeux de hasard et d'argent.

4400 Problèmes reliés à la négligence

Difficultés ou troubles occasionnés par l'omission d'un acte essentiel au bien-être ou à la sécurité d'une personne. La négligence peut être causée par un manque de connaissances, de temps ou de ressources financières, ou par un acte délibéré. Elle peut être à prédominance physique ou relationnelle.

- 4401 Risque d'atteinte ou atteinte à la sécurité physique
- 4402 Risque d'atteinte ou atteinte au bien-être relationnel
- 4404 Négligence parentale

4500 Problèmes reliés à des agressions à caractère sexuel

Gestes, paroles ou attitudes qui, à des fins d'ordre sexuel, sont utilisés contre la volonté d'une personne, incluant : attouchements, viol, inceste, appels obscènes, harcèlement sexuel. L'expression « agression à caractère sexuel » englobe l'expression « abus sexuels ».

Victime

- *4501 Victime d'inceste
- *4502 Victime de viol
- *4503 Victime d'autres formes d'agression sexuelle, incluant : abus sexuels
- *4504 Séquelles³ d'inceste
- *4505 Séquelles³ de viol
- *4506 Séquelles³ d'autres formes d'agression sexuelle
- *4507 Victime de harcèlement sexuel
- *4508 Séquelles³ de harcèlement sexuel

³ On considère comme séquelle un problème qui persiste plus d'un an après l'événement.

Agresseur

- *4511 Agresseur intrafamilial auprès d'un enfant (inceste)
- *4512 Agresseur d'un enfant, sans lien intrafamilial
- *4513 Agresseur auprès d'adultes

4800 Problèmes reliés à des malformations congénitales et anomalies chromosomiques

Personne qui présente des malformations congénitales ou des anomalies chromosomiques, incluant : encéphalocèle, spina-bifida, malformation cardiaque congénitale, cryptorchidie, fente labiale, fente palatine, polydactylie, syndrome de Down, etc.

- 4801 Spina-bifida
- 4802 Malformations congénitales du cœur et de l'appareil circulatoire
- 4803 Trisomie 21 (syndrome de Down)
- 4804 Autres anomalies chromosomiques
- 4805 Autres malformations congénitales

4900 Problèmes de comportement

Problèmes posés par un comportement socialement inapproprié. Ce comportement porte préjudice à autrui ou à la personne elle-même, excluant : problèmes suicidaires (4950).

- 4901 Prostitution
- 4902 Comportement agressif
- 4903 Délinquance
- 4904 Jeune en fugue
- 4905 Abandon ou décrochage scolaire

4950 Problèmes suicidaires

Problèmes reliés à un comportement ou à des idéations suicidaires.

- 4951 Idéation suicidaire
- 4952 Comportement suicidaire

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5000 Problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle

Difficultés d'adaptation à un milieu ou à une situation autre que conjugale et familiale, troubles personnels d'apprentissage et de développement, incluant : remise en question personnelle face à soi-même ou à son choix de vie, besoin d'affirmation, troubles des apprentissages, etc. Ces difficultés et troubles concernent l'utilisateur lui-même.

- 5001 Adaptation et intégration scolaire
- 5002 Adaptation sociale de nouveaux arrivants (immigrants ou non)
- 5003 Relations interpersonnelles, excluant : relations interfamiliales (3004), relations parents-enfants (3005), relations parents-adolescents (3006), problèmes reliés à la vie de couple (2900) et relations interpersonnelles au travail (3508)
- 5004 Isolement social
- 5005 Intégration sociale
- 5006 Adaptation ou intégration à un placement autre que familial, excluant : adaptation au placement d'un membre de la famille (3013) et réintégration familiale après un placement (3017)
- 5007 Besoin d'affirmation
- 5008 Inacceptation de soi (estime et image de soi)
- 5009 Remise en question personnelle par rapport à soi-même ou à son choix de vie
- 5010 Cycles de vie et problèmes de transition, incluant : adolescents, adultes, personnes âgées, etc.
- 5011 Adaptation à une situation éprouvante
- 5012 Troubles de l'apprentissage, incluant : troubles de lecture, de calcul, de l'expression écrite, etc.
- 5013 Développement psychoaffectif
- 5014 Développement psychomoteur, incluant : coordination

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5030 Indice de difficulté développementale 0-5 ans

Indice de difficultés dans un ou plusieurs domaines de développement chez l'enfant âgé entre 0 et 5 ans incluant : Le développement de la communication, le développement physique et moteur, le développement cognitif et le développement socio-affectif. Un indice de retard global de développement est considéré lorsque des soupçons de difficultés sur le plan cognitif et dans un autre domaine de développement sont présents. Un indice de trouble du spectre de l'autisme est soulevé lorsque l'enfant présente des signes de déficits sur le plan de la communication et des interactions sociales ainsi que sur le plan des comportements stéréotypés et des intérêts restreints.

- *5031 Indice de difficulté lié au développement de la communication
- *5032 Indice de difficulté lié au développement physique et moteur
- *5033 Indice de difficulté lié au développement cognitif
- *5034 Indice de difficulté lié au développement socio-affectif
- *5035 Indice de trouble du spectre de l'autisme
- *5036 Indice de retard global de développement

5050 Problèmes de santé mentale non diagnostiqués

Symptômes, signes ou comportements qui pourraient être associés à des troubles mentaux sans diagnostic établi.

5100 Delirium, démence, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs⁴

Troubles dont la caractéristique principale est un déficit cognitif ou amnésique, cliniquement significatif et qui représente un changement important par rapport au fonctionnement antérieur. Tous ces troubles ont pour étiologie soit une affection médicale générale, soit une substance (abus de médicaments ou de substances toxiques) ou encore une combinaison de ces deux facteurs.

- 5101 Delirium
- 5102 Démence
- 5103 Trouble amnésique
- 5104 Autres troubles cognitifs

⁴ Code réservé aux usagers pour lesquels un diagnostic ou une conclusion relative à la présence d'un trouble mental a été établi par un médecin, un psychologue ou un professionnel dûment habilité à évaluer les troubles mentaux.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES**Liste des valeurs permises****5110 Schizophrénie et autres troubles psychotiques⁵**

Troubles qui mettent en lumière différents aspects des diverses définitions de « trouble psychotique ». Dans la schizophrénie, on fait référence à des idées délirantes, des hallucinations prononcées, un discours désorganisé ou un comportement désorganisé ou catatonique. Dans le cas d'un trouble psychotique dû à une affection médicale générale et dans le cas d'un trouble psychotique induit par une substance, le terme psychotique renvoie à des idées délirantes ou seulement à des hallucinations non accompagnées d'instinct. Enfin, dans le trouble délirant et le trouble psychotique partagé, « psychotique » équivaut à « délirant », excluant : démence de type Alzheimer et delirium induit par une substance (5100).

5120 Troubles de l'humeur⁶

Troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur, incluant : trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble bipolaire, trouble cyclothymique, trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ou à une substance.

*5121 Trouble dépressif

5122 Trouble bipolaire

5123 Autres troubles de l'humeur

5130 Troubles anxieux⁷

Troubles de panique avec ou sans agoraphobie, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, stress, anxiété généralisée, troubles anxieux dus à une affection médicale ou à une substance, incluant : panique, phobie, trouble obsessionnel compulsif, etc.

* 5132 Trouble d'anxiété généralisée

* 5133 Trouble de panique

* 5134 Agoraphobie

* 5135 Phobie spécifique

* 5136 Phobie sociale

* 5137 Trouble obsessionnel compulsif

* 5138 État de stress post-traumatique

⁵ Code réservé aux usagers pour lesquels un diagnostic ou une conclusion relative à la présence d'un trouble mental a été établi par un médecin, un psychologue ou un professionnel dûment habilité à évaluer les troubles mentaux. *Ibid.*

⁶ Idem.

⁷ Idem

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5140 Troubles somatoformes⁸

Troubles dont la caractéristique commune est la présence de symptômes physiques faisant soupçonner une affection médicale générale, mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale ni par un autre trouble mental. Les symptômes doivent être à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou autre. Contrairement aux troubles factices, les symptômes physiques rattachés aux troubles somatoformes ne sont pas volontaires, incluant : hypocondrie.

5150 Troubles des conduites alimentaires⁹

Troubles caractérisés par des perturbations graves du comportement alimentaire, incluant : anorexie mentale, boulimie, etc. L'anorexie mentale se caractérise par le refus de maintenir son poids corporel à une valeur minimum normale. La boulimie se caractérise par des épisodes répétés de crises de boulimie suivies de comportements compensatoires inappropriés, tels que les vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques ou d'autres médicaments, le jeûne, l'exercice physique excessif.

5160 Troubles du contrôle des impulsions¹⁰

Troubles du contrôle des impulsions qui ne sont pas décrits en d'autres endroits. La caractéristique essentielle des troubles du contrôle des impulsions est l'incapacité de résister à l'impulsion, à la tendance ou à la tentation d'accomplir un acte nuisible à soi-même ou à autrui, incluant : pyromanie, kleptomanie, etc.

5170 Troubles de la personnalité¹¹

Troubles dont la caractéristique essentielle est une conduite et une expérience durables qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Ces troubles sont source de souffrance ou d'altération du fonctionnement.

5180 Troubles factices¹²

Troubles caractérisés par des symptômes physiques ou psychologiques qui sont produits intentionnellement ou qui sont feints, dans le but de jouer un rôle de malade et d'être considéré comme tel.

5190 Troubles dissociatifs¹³

Troubles dont la caractéristique essentielle est l'apparition d'une perturbation touchant des fonctions qui sont normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. La perturbation peut être soudaine ou progressive, transitoire ou chronique.

⁸ Code réservé aux usagers pour lesquels un diagnostic ou une conclusion relative à la présence d'un trouble mental a été établi par un médecin, un psychologue ou un professionnel dûment habilité à évaluer les troubles mentaux.

⁹ Idem

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

¹² Idem.

¹³ Idem.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5200 Troubles de l'adaptation¹⁴

Troubles dont la caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, cliniquement significatifs, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress psychosocial identifiables. Les symptômes doivent apparaître au cours des trois mois suivant l'apparition du ou des facteurs de stress.

5210 Troubles mentaux non spécifiés¹⁵

Troubles mentaux pour lesquels l'information est insuffisante pour pouvoir établir un diagnostic plus précis.

5230 Troubles de la 1^{re} enfance, de la 2^e enfance ou de l'adolescence¹⁶

Catégorie résiduelle servant à coder les troubles débutant pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence, qui ne répondent aux critères d'aucun trouble spécifique de la classification DSM-IV, incluant : troubles de l'anxiété de séparation, mutisme sélectif, troubles réactionnels de l'attachement de la 1^{re} ou de la 2^e enfance, trouble des mouvements stéréotypés et troubles non spécifiés.

*5231 Trouble du spectre de l'autisme

*5232 Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

*5234 Retard global de développement

5250 Problèmes reliés au développement de la communication, du langage et de la parole

Problèmes dont le symptôme dominant est une difficulté dans le développement de la communication ou une altération importante de l'acquisition de la parole et du langage (phonologie, syntaxe et vocabulaire) et qui ne peuvent être expliqués par un retard intellectuel. Il peut y avoir un retard dans le développement de la production verbale entraînant, entre autres, des difficultés de prononciation ainsi qu'un retard dans le développement de la compréhension verbale, excluant : aphasique (1803).

¹⁴ Code réservé aux usagers pour lesquels un diagnostic ou une conclusion relative à la présence d'un trouble mental a été établi par un médecin, un psychologue ou un professionnel dûment habilité à évaluer les troubles mentaux.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5300 Problèmes reliés à la violence conjugale

Difficultés ou troubles découlant de comportements ou de gestes agressifs, brusques et répétés d'un conjoint ou d'une conjointe envers l'autre conjoint ou conjointe. La violence conjugale peut se manifester sous différentes formes : physique, psychologique, verbale ou émotionnelle, excluant : les problèmes reliés à la violence familiale (5310).

*5301 Victime de violence conjugale

*5302 Conjoint violent (agresseur)

5310 Problèmes reliés à la violence familiale

Difficultés ou troubles découlant de comportements ou de gestes agressifs, brusques et répétés d'un membre de la famille envers un autre membre de la famille et portant atteinte à l'intégrité. La violence familiale peut se manifester sous différentes formes : physique, psychologique, verbale ou émotionnelle, excluant : les problèmes reliés à la violence conjugale (5300); pour les agresseurs, utiliser le code : comportement agressif (4902).

*5311 Enfant ou adolescent victime de violence

*5312 Parent victime de violence de la part de son enfant

*5313 Enfant témoin de violence conjugale ou familiale

*5314 Violence dans la fratrie

5400 Besoin de concertation (communautaire)

Besoin de soutien dans la communauté pour réunir différents partenaires du milieu de façon concertée, dans le but de réaliser des objectifs communs.

5410 Demande d'appui (communautaire)

Usager-communautaire ayant besoin de l'appui du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) pour faire reconnaître son action dans le milieu ou par différentes instances.

5420 Besoin de connaissance de la communauté (communautaire)

Usager-communautaire en quête d'information sur la communauté pour entreprendre une action collective, incluant : situations problématiques, besoins du milieu, besoins de certains groupes cibles, caractéristiques sociales et économiques du milieu.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5430 Éducation collective (communautaire)

Usager-communautaire ayant besoin d'information ou de formation sur les étapes de l'action collective, les processus démocratiques, le travail en groupe ou les processus de changement.

5440 Besoin de consultation (communautaire)

Usager-communautaire ayant besoin de soutien dans son organisation interne, incluant : programmation, gestion, financement, vie associative.

5450 Création de ressources ou démarrage de projets (communautaire)

Usager-communautaire en quête de soutien pour mettre en place une ressource ou un projet répondant à des besoins décelés dans la communauté, incluant : planification, demande d'incorporation, promotion dans le milieu, mobilisation, etc.

5500 Prévention – éducation (code réservé à l'activité ponctuelle normalisée, il doit obligatoirement être placé dans le champ 1 de la raison)

Demande effectuée dans le cadre d'un programme de prévention et reliée à une problématique présente ou non dans la communauté. Cette demande vise à maintenir et à promouvoir la santé physique, psychologique et sociale.

5600 Prévention – éducation

Demande effectuée dans le cadre d'un programme de prévention et reliée à une problématique présente ou non dans la communauté. Cette demande vise à maintenir et à promouvoir la santé physique, psychologique et sociale.

5700 Demande d'information – conseils sur le plan social

Toute demande d'information sur le plan social exprimée par une personne et à laquelle une réponse a été donnée par un professionnel faisant fonction d'accueil.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5800 Demande d'information – conseils en matière de santé

Toute demande d'information en matière de santé exprimée par une personne et à laquelle une réponse a été donnée par un professionnel faisant fonction d'accueil.

- 5801 Alimentation
- 5802 Allaitement
- 5803 Auditif (manifestations ou symptômes du système)
- 5804 Cancer et phase terminale (manifestations ou symptômes)
- 5805 Cardiovasculaire (manifestations ou symptômes du système)
- 5806 Dentaire (hygiène ou problème)
- 5807 Empoisonnements ou lésions traumatiques
- 5808 Endocrinien (manifestations ou symptômes du système)
- 5809 Examens, dépistages et investigations
- 5810 Gastro-intestinal (manifestations ou symptômes du système)
- 5811 Grossesse et situations périnatales
- 5812 Maladies contagieuses, infectieuses et parasitaires (manifestations ou symptômes)
- 5813 Médication
- 5814 Infections transmises sexuellement (syndromes cliniques associés)
- 5815 Nerveux (manifestations ou symptômes du système)
- 5816 Ophtalmique (manifestations ou symptômes du système)
- 5817 Organes génitaux (manifestations ou symptômes)
- 5818 Ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (manifestations ou symptômes du système)
- 5819 Peau et tissus (manifestations ou symptômes)
- 5820 Planification des naissances
- 5821 Posthospitalisation et postopératoire

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0034	Raison de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5800 Demande d'information – conseils en matière de santé (suite)

- 5822 Respiratoire (manifestations ou symptômes du système)
- 5823 Saines habitudes de vie
- 5824 Techniques de soin
- 5825 Thermorégulation
- 5826 Urinaire (manifestations ou symptômes)

5850 Pandémie

Difficultés ou troubles liés directement ou indirectement à la pandémie ou à des répercussions de celle-ci en matière de symptômes, de contacts interpersonnels, de contacts sociaux et culturels, d'inquiétude, de médiatisation, de pénurie, etc. Une pandémie est une épidémie qui survient à l'échelle mondiale, au-delà des frontières internationales, et qui touche généralement un grand nombre de personnes.

- *5851 Pandémie – COVID-19
- *5852 Déconditionnement – COVID-19
- *5853 Réseau d'éclaireurs

5900 Autres raisons d'intervention

Maladies, affections, troubles ou difficultés autres que ceux énumérés précédemment.

Liste des codes historiques

Note : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC. Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Actions réalisées par l'intervenant au moment de l'intervention auprès d'un usager (individu, groupe ou communautaire).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ On peut consigner jusqu'à trois actes pour chaque intervention. Le code traduit l'acte réel et non l'acte prévu. ➤ Le premier acte qui est codifié doit traduire l'action sur laquelle a porté la majeure partie de l'intervention. Les autres actes (2^e et 3^e) sont des actions qui coexistent, qui surviennent pendant l'intervention ou qui influent sur cette dernière. ➤ La saisie des actes d'intervention doit être faite de manière successive à partir du champ de l'acte 1. Néanmoins, les codes de la rubrique 6500 doivent toujours être utilisés dans le champ 1 de l'acte de l'intervention. ➤ Pour les codes 6240, 6250, 6920 à 7500 inclusivement de même que les codes 7800, 8000 et 8050, l'action éducative peut être de l'information et de l'enseignement pouvant prendre la forme de cours, sessions, visites ou rencontres. ➤ Pour plus de renseignements sur la définition des interventions et sur les règles concernant leur enregistrement, se référer au chapitre 2, sections 2.1 et 2.2. ➤ Des exemples de codification sont présentés à l'annexe 2. ➤ Au module pilotage, un code défini comme étant de deuxième niveau et précédé d'un astérisque (*) au cadre normatif doit être rattaché à lui-même. ➤ De plus, les autres codes de deuxième niveau qui ne sont pas précédés d'un astérisque (*) au cadre normatif doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie. ➤ Pour plus de renseignements sur la notion de niveaux, se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.2.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALIDATION

Validation interéléments

Validation hiérarchique automatique et manuelle à la saisie.

Validation hiérarchique automatique à la saisie de l'acte 2 et de l'acte 3 avec l'acte 1.

Validation hiérarchique manuelle à la saisie de l'acte 3 avec l'acte 2.

Validation hiérarchique manuelle à la saisie de l'acte 3 avec l'acte 2 et l'acte 1, et de l'acte 2 avec l'acte 1.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

Au moment de la préparation du fichier de transfert des données, tous les codes de deuxième niveau non normalisés sont transformés en codes de premier niveau, en utilisant la correspondance de la table de pilotage. Les codes inconnus sont remplacés par une zone libre. Seules les 4 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6000 Démarches pour l'utilisateur

Demandes, requêtes ou sollicitations faites par l'intervenant pour l'utilisateur, incluant : démarches pour défendre des droits, démarches relatives au logement, signalements à la DPJ, etc.

6004 Démarche relative au logement

6005 Démarche pour solutionner des problèmes financiers et matériels, incluant : démarches auprès de tout organisme subventionnaire, par exemple l'OPHQ

*6009 Signalement à la DPJ

6010 Démarches auprès des services policiers

*6011 Démarches auprès d'un organisme communautaire

*6012 Démarches pour répit-gardiennage

6013 Démarches pour hospitalisation

*6014 Démarches de demande de placement ou d'hébergement

6015 Démarches auprès d'autres établissements (privés et publics)

6016 Démarches de nature juridique, incluant : avis professionnel à la cour dans le cadre d'un suivi, requête pour régime de protection

6050 Poursuite de la démarche

Code utilisé lorsque la démarche destinée à l'utilisateur nécessite plus d'une journée.

6100 Actions à caractère physique

Actes thérapeutiques, incluant : chirurgie mineure, oxygénothérapie, médication, injection, antibiothérapie, pansements, manipulation, surveillance, désensibilisation, soins des pieds spécialisés, administration du Win Rho, excluant : soins dentaires (6200), actions physiothérapeutiques et ergothérapeutiques (6300)

6102 Administration d'oxygène, incluant : oxygénothérapie

6103 Administration d'un médicament, excluant : infiltration et injection de médicaments (6110), antibiothérapie intraveineuse (6131), actions reliées à la contraception ou à la reproduction (6900), actions éducatives et préventives en santé physique – automédication (7302), assistance pour prendre ses médicaments (7919).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6100 Actions à caractère physique (suite)

- 6104 Aspiration des sécrétions
- 6105 Changement de mèche, installation ou retrait d'un drain
- *6106 Chirurgie mineure, excluant : chirurgie dentaire (6200)
- *6107 Curage rectal et stimulation
- 6108 Sutures ou retrait des sutures
- 6109 Immobilisation, incluant : installation ou retrait d'un plâtre ou toute autre immobilisation
- *6110 Infiltration et injection de médicaments, excluant : administration d'un médicament (6103), antibiothérapie intraveineuse (6131), actions reliées à la contraception ou à la reproduction (6900) et anticoagulothérapie (6140)
- 6113 Installation, retrait ou changement d'un soluté
- 6114 Lavement et soins d'oreilles
- 6115 Lavement vésical ou irrigation avec ou sans médicament
- 6116 Lavement autre
- 6119 Réanimation cardiorespiratoire
- *6121 Soins de colostomie
- *6122 Soins d'urostomie
- *6123 Soins de plaies, pansements, incluant : débridement, césarienne, ectomie, plastie, soins de brûlures, excluant : actions éducatives et préventives en santé physique pour les soins de stomies (7305), actions éducatives et préventives en santé physique pour soins des plaies (7315), changement d'un pansement simple réalisé par un non-professionnel (7919)
- 6125 Stimulation psychomotrice
- 6126 Extraction de corps étranger
- 6127 Préparation de médicaments, incluant : préparation d'insuline, excluant : administration d'un médicament (6103)
- 6129 Technique d'isolement

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6100 Actions à caractère physique (suite)

- *6130 Usage, installation, retrait ou changement d'appareils spécialisés (surveillance)
- *6131 Antibiothérapie intraveineuse
- 6132 Désensibilisation (anciennement actions d'immunisation, 6862)
- *6133 Aérosolthérapie
- *6134 Soins de trachéotomie
- *6135 Soins d'autres stomies
- *6136 Autres traitements à caractère inhalothérapeutique, excluant : administration d'oxygène (6102), usage, installation, retrait ou changement d'appareils spécialisés (surveillance) (6130) et aérosolthérapie (6133)
- 6138 Soins cardiorespiratoires, incluant : monitoring, vérification de pacemaker, excluant : réanimation cardiorespiratoire (6119)
- *6139 Chimiothérapie
- *6140 Anticoagulothérapie
- 6141 Cryothérapie/cautérisation
- *6142 Hyperalimentation parentérale
- *6143 Gavage
- *6144 Dialyse, incluant : surveillance péritonéale hémodialyse
- *6145 Assistance à l'accouchement
- *6146 Installation, retrait ou changement de cathéter
- *6147 Désintoxication externe non intensive

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6200 Soins dentaires autres

Actes diagnostiques, thérapeutiques et de chirurgies mineures sur les dents, incluant : les prothèses dentaires.

- 6201 Diagnostic
- 6203 Restauration
- 6204 Endodontie
- 6205 Parodontie
- 6206 Prothèse amovible
- 6207 Prothèse fixe
- 6208 Extraction dentaire
- 6210 Prophylaxie dentaire (polissage)
- 6211 Détartrage supra/sous-gingival
- *6212 1^{er} détartrage supra/sous-gingival et 1^{ère} prophylaxie dentaire
- *6213 2^e détartrage supra/sous-gingival et 2^e prophylaxie dentaire ou autres subséquents
- *6214 Inscription du nom du résident sur les prothèses dentaires amovibles
- *6215 Nettoyage professionnel des prothèses dentaires amovibles
- *6216 Reprise de l'inscription du nom du résident sur les prothèses dentaires amovibles

6230 Application topique de fluorure (EXCLURE DES SAISIES)

Application d'un produit fluoré sur la surface de la dent dans le but de prévenir la carie dentaire.

- *6231 1^{re} application topique de fluorure
- *6232 2^e application topique de fluorure
- *6233 3^e application topique et plus de fluorure

6240 Actions éducatives et d'instruction relatives à l'hygiène dentaire

Le code 6240 ne peut être utilisé pour une intervention. On doit alors utiliser les codes 6241, 6242 ou 6243. Le code 6240 est cependant utilisable pour une activité ponctuelle de groupe.

- *6241 1^{re} instruction d'hygiène dentaire
- *6242 2^e instruction d'hygiène dentaire
- *6243 3^e instruction et plus d'hygiène dentaire

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6250 Actions auprès des parents concernant la santé buccodentaire de leurs enfants

Actions éducatives, de prévention et d'enseignement concernant l'implication active des parents dans le maintien et l'amélioration de la santé buccodentaire de leurs enfants.

6260 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures, incluant : la préparation de la dent et le scellement de l'ensemble des puits et des fissures de la dent (EXCLURE DES SAISIES)

*6261 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur une dent

*6262 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur deux dents

*6263 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur trois dents

*6264 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur quatre dents

*6265 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur cinq dents

*6266 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur six dents

*6267 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur sept dents

*6268 Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur huit dents et plus

6270 Suivi de la qualité des agents de scellement appliqués

6275 Reprise de l'application d'un agent de scellement des puits et des fissures

6300 Actions à caractère physiothérapeutique et ergothérapique

Traitements utilisant les moyens thérapeutiques tels que l'air, l'eau, la chaleur, l'électricité, l'exercice, le massage, etc., incluant : tout traitement de rééducation physique et fonctionnelle ainsi que l'adaptation et la fabrication d'orthèses.

6301 Exercices de réadaptation

6302 Exercices physiques

6304 Claquade (« clapping »)

6305 Drainage postural

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 6300** Actions à caractère physiothérapeutique et ergothérapique (suite)
- 6306 Électrothérapie : infrarouge
 - 6307 Électrothérapie : stimulateur transcutané des nerfs
 - 6308 Électrothérapie : ultrason
 - 6309 Électrothérapie : ultraviolet/application directe
 - 6310 Électrothérapie : ultraviolet/application à distance
 - 6311 Entraînement avec prothèse ou orthèse
 - 6312 Entraînement préparatoire, préventif des amputés et suivi d'amputation
 - 6313 Massage, excluant : massage mécanique (6314), massage réflexe (6315), actions éducatives et préventives en santé physique – massage (7309)
 - 6314 Massage mécanique
 - 6315 Massage réflexe
 - 6316 Rééducation respiratoire segmentaire
 - 6317 Traction
 - 6318 Entraînement relatif aux activités de la vie quotidienne
 - 6319 Fabrication d'orthèse
 - 6320 Conception d'adaptation, incluant : du domicile ou de l'équipement
 - 6321 Entraînement relatif aux activités de la vie domestique
 - 6322 Entraînement au fauteuil roulant
 - 6323 Thermothérapie
 - 6324 Rééducation neurologique
- 6350** **Actions à caractère orthophonique**
- Rééducation du langage et de la parole, enseignement de stratégies de stimulation du langage, stimulation de la communication, du langage et de la parole, rééducation orthophonique.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6400 Ordonnances et recommandations professionnelles

Prescriptions recommandées pour le traitement, incluant : ordonnances médicales, de prélèvement, radiologiques et prescriptions infirmières.

- 6401 Ordonnance médicale, excluant : prescrire ou donner la pilule du lendemain (6902) et prescrire ou donner un contraceptif oral (6903)
- 6402 Ordonnance de prélèvement, incluant : FSC, analyse et culture d'urine, APS, préalbumine, albumine, culture de plaie, etc.
- 6403 Ordonnance radiologique
- 6404 Ordonnance spirométrique
- 6405 Ordonnance diagnostique autre, incluant : EEG, ECG, etc.
- 6406 Recommandation professionnelle
- *6407 Prescriptions infirmières

6500 Actions d'évaluation ou de réévaluation (voir définition au lexique)

Examens ou réévaluations (physiques, psychosociaux ou communautaires) d'un usager, effectués au cours d'une rencontre évaluative ou à l'aide d'un outil.

Ce code doit être utilisé seulement si l'évaluation ou la réévaluation est le principal motif de l'intervention. Les codes de la rubrique 6500 doivent toujours être utilisés dans le champ 1 de l'acte de l'intervention.

- 6501 Évaluation ou réévaluation pour placement, excluant : OEMC
- 6502 Évaluation ou réévaluation psychosociale, incluant : évaluation du fonctionnement social et évaluation psychosociale dans un contexte d'adoption, excluant : évaluation psychosociale dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat (voir le code d'acte *6517).
- *6503 Évaluation ou réévaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne, incluant : SMAF seul, excluant : OEMC
- *6504 Évaluation ou réévaluation de la capacité mentale
- 6505 Évaluation ou réévaluation médicale
- 6506 Évaluation ou réévaluation médicale reliée au travail
- 6507 Évaluation ou réévaluation psychologique
- *6508 Évaluation ou réévaluation de l'accessibilité du domicile

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6500 Actions d'évaluation ou de réévaluation (suite)

6509 Évaluation ou réévaluation d'un problème ou d'un besoin d'un groupe, excluant :
évaluation ou réévaluation communautaire (6525)

*6510 Examen médical complet majeur

L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

1. Questionnaire :
 - a) Antécédents familiaux du patient
 - b) Antécédents personnels du patient
 - c) Raison médicale du recours au médecin
 - d) Fonctionnement des ensembles et systèmes suivants : nez, gorge, oreilles, yeux, système digestif, système cardiovasculaire, système respiratoire, système nerveux, appareil locomoteur, système endocrinien
2. Examen clinique des régions suivantes : peau et phanères, ganglions, tête, cou, thorax, abdomen, organes génitaux (sauf contre-indication), colonne et extrémités
3. Recommandations au patient
4. Consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes (la durée de cet examen est en général de 45 minutes).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6500 Actions d'évaluation ou de réévaluation (suite)

*6511 Examen médical complet

L'examen complet comporte les éléments suivants :

1. Questionnaire :
 - a) Raison médicale du recours au médecin, antécédents de la maladie actuelle ou de son évolution
 - b) Fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants : nez, gorge, oreilles, yeux, système digestif, système cardiovasculaire, système respiratoire, système génito-urinaire, système nerveux, appareil locomoteur, système endocrinien
2. Examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes : peau et phanères, ganglions, tête, cou, thorax, abdomen, organes génitaux, colonne et extrémités. Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen.
3. Recommandations au patient
4. Consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes

*6512 Examen médical ordinaire

L'examen médical ordinaire comprend le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure, à l'appréciation d'un traitement en cours ou à l'observation de l'évolution d'une maladie, et la consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

6515 Évaluation ou réévaluation biopsychosociale

6516 Évaluation ou réévaluation en soins infirmiers

*6517 Évaluation ou réévaluation pour régime de protection (curatelle, mandat, etc.)

6518 Évaluation ou réévaluation nutritionnelle

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6500 Actions d'évaluation ou de réévaluation (suite)

- 6519 Évaluation ou réévaluation en orthophonie (langage)
- 6520 Évaluation ou réévaluation en physiothérapie
- 6521 Évaluation ou réévaluation en ergothérapie, excluant : évaluation ou réévaluation de l'accessibilité du domicile (6508)
- 6522 Évaluation ou réévaluation en psychiatrie
- 6523 Évaluation ou réévaluation en psychoéducation
- 6524 Examen gynécologique
- 6525 Évaluation ou réévaluation communautaire, excluant : évaluation ou réévaluation d'un problème ou d'un besoin d'un groupe (6509)
- *6529 Tests validés standardisés pour détecter des problèmes de dépendances
- *6530 Évaluation ou réévaluation de l'autonomie (OÉMC)
- *6531 Évaluation ou réévaluation du trouble mental
- *6532 Constatation de décès

6550 Poursuite d'évaluation ou de réévaluation

Code utilisé lorsque le processus d'évaluation de l'utilisateur nécessite plus d'une rencontre ou plus d'une communication téléphonique.

6570 Action auprès de l'utilisateur ou du référent afin de préciser l'orientation des services

Code réservé aux actions produites dans les guichets d'accès dont le but est d'obtenir des renseignements supplémentaires permettant de venir préciser l'orientation des services de l'utilisateur lorsque celui-ci est en attente d'une prise en charge. Ce code doit être utilisé lorsqu'il s'agit de l'action sur laquelle a porté la majeure partie de l'intervention. Excluant: Une analyse dans le cadre d'une demande de service, Actions d'évaluation ou de réévaluations (6500).

6600 Actions à caractère diagnostique

Tests, prélèvements, scopies, analyses sanguines et autres, et pouvant inclure l'interprétation de leurs résultats.

- 6601 Radiographie
- 6602 ECG
- 6606 Épreuve de Moloney
- 6607 Épreuve de Shick
- 6608 Test auditif, incluant : audiogramme, tympanogramme
- 6609 Test de dépistage du cancer du sein
- 6611 Test de grossesse
- 6612 Test neuromoteur
- 6613 Test visuel

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

6600 Actions à caractère diagnostique (suite)

- 6614 Prélèvement sanguin
- 6615 Prélèvement de sécrétions
- 6618 Cytologie vaginale (PAP)
- 6621 Test de fonctions respiratoires et de capacité respiratoire (saturométrie, oxymétrie, spirométrie, etc.)
- 6622 Test du taux de bilirubine
- *6623 Glycémie capillaire
- *6632 Prélèvement(s) pour test de dépistage VIH, excluant : prélèvement(s) pour test de dépistage rapide VIH (6635)
- *6633 Prélèvement(s) pour test de dépistage hépatite C
- *6634 Prélèvement(s) pour dépistage ITSS autre que VIH et hépatite C
- *6635 Prélèvement(s) pour test de dépistage rapide VIH
- *6636 Prélèvement pour test de dépistage COVID-19

6700 Actions d'observation ou de suivi (physique, psychique, psychosocial)

Actions à des fins d'observation ou de suivi physique, psychique ou psychosocial, incluant : suivi de l'état de l'utilisateur, taille et poids, signes vitaux, etc.

- 6701 Suivi de l'état physique de l'utilisateur
- 6702 Taille et poids
- *6703 Prise de signes vitaux, incluant : TA, T°, etc.
- 6704 Suivi et contrôle de la médication
- 6706 Vérification des habitudes alimentaires et de vie
- 6707 Suivi de la situation psychique de l'utilisateur
- 6708 Suivi de la situation psychosociale de l'utilisateur

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6700 Actions d'observation ou de suivi (physique, psychique, psychosocial) (suite)

- *6710 Suivi d'interruption volontaire de grossesse (IVG), excluant : IVG du 1^{er} trimestre (6912), IVG du 2^e trimestre (6913), rencontre préparatoire à l'interruption volontaire de grossesse (6910), pose de tiges laminaires (6911), et informer sur l'interruption volontaire de grossesse (7108)
- 6711 Suivi de méthode contraceptive (stérilet, contraceptif oral, etc.)
- 6712 Collecte d'information avec l'utilisateur en vue d'établir le bilan des médicaments (pour un bilan comparatif des médicaments selon Agrément Canada)
- *6722 Suivi de santé après un traitement spécialisé sans médication de substitution
- *6723 Suivi de santé après un traitement spécialisé avec médication de substitution

6750 Élaboration ou révision d'un plan d'intervention (PI)

Actions dans le cadre d'un suivi à l'utilisateur, d'élaborer le plan d'intervention de l'utilisateur en partenariat avec celui-ci ou son représentant. Le PI exige la participation de l'utilisateur et de ses proches, si requis, ainsi que leur présence à la rencontre d'élaboration du PI.

6755 Élaboration ou révision d'un Plan d'intervention interprofessionnel (PII)

Actions dans le cadre d'un suivi à l'utilisateur, d'élaborer le plan d'intervention interprofessionnel de l'utilisateur en partenariat avec celui-ci ou son représentant. Le PII est réalisé lorsque la complexité de la situation de santé et psychosociale de l'utilisateur nécessite de mobiliser et de concerter les actions d'intervenants de plusieurs professions avec l'utilisateur, à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés. L'élaboration du PII exige la tenue d'une réunion d'équipe formelle (en présence, au téléphone ou par d'autres moyens de communication) incluant l'utilisateur et ses proches, si requis, comme membres à part entière de l'équipe, et tous les intervenants visés. (LSSSS, art. 102.)

6760 Élaboration ou révision d'un Plan de service individualisé (PSI)

Actions dans le cadre d'un suivi à l'utilisateur, d'élaborer le plan de service individualisé de l'utilisateur en partenariat avec celui-ci ou son représentant. La LSSSS (art. 103) prévoit l'élaboration d'un PSI lorsque « plusieurs établissements de santé et de services sociaux sont mobilisés autour d'un usager (...) ou lorsque des partenaires d'autres secteurs sont mis à contribution avec le secteur de la santé et des services sociaux (...). Il s'agit de coordonner la prestation des services entre les intervenants de ces différents établissements ou organisations et avec l'utilisateur », à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés. Le PSI exige la participation de l'utilisateur et de ses proches, si requis, ainsi que leur présence aux rencontres réunissant un représentant de chacun des établissements ou organisations impliqués.

6770 Poursuite d'élaboration ou de révision d'un plan d'intervention, plan d'intervention interprofessionnel ou plan de service individualisé

Code utilisé lorsque le processus d'élaboration d'un PI, PII ou PSI de l'utilisateur nécessite plus d'une rencontre ou plus d'une communication téléphonique en présence de celui-ci et de ses proches, si requis.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6900 Actions reliées à la contraception ou à la reproduction

Actions directes auprès d'un usager pour l'interruption ou la planification d'une grossesse, incluant : arrêt de grossesse, prescription de contraceptif oral, insertion ou extraction de contraceptif, autres moyens de contraception, etc.

- *6902 Remise de la pilule contraceptive d'urgence (« pilule du lendemain »)
- 6903 Prescription ou remise d'un contraceptif oral ou de timbres contraceptifs
- 6904 Insertion d'un stérilet
- 6905 Extraction d'un stérilet
- 6906 Insertion d'un appareil contraceptif autre
- 6907 Fournir un autre moyen de contraception, incluant : condoms
- 6908 Vasectomie
- 6909 Injection de médicaments contraceptifs
- *6910 Rencontre préparatoire à l'interruption volontaire de grossesse, excluant : suivi d'interruption volontaire de grossesse (6710), IVG du 1^{er} trimestre (6912), IVG du 2^e trimestre (6913), pose de tiges laminaires (6911), et informer sur l'interruption volontaire de grossesse (7108)
- *6911 Pose de tiges laminaires, excluant : suivi d'interruption volontaire de grossesse (6710), IVG du 1^{er} trimestre (6912), IVG du 2^e trimestre (6913), rencontre préparatoire à l'interruption volontaire de grossesse (6910) et informer sur l'interruption volontaire de grossesse (7108)
- *6912 IVG du 1^{er} trimestre (13 semaines de gestation et moins)
- *6913 IVG du 2^e trimestre (à partir du 1^{er} jour de la 14^e semaine)
- *6914 Prescription ou remise de contraception hormonale (ordonnance collective)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 6920 Actions éducatives et préventives reliées aux activités physiques et récréatives**
 Activités éducatives, préventives et d'enseignement concernant les activités physiques et récréatives.
- 6925 Actions de dépistage de difficultés développementales Agir tôt 0-5 ans (réservé à l'usage exclusif de l'activité ponctuelle normalisée individualisée)**
 Action visant à communiquer aux parents, les résultats et les recommandations issus du dépistage des indices de difficultés liées au développement dans les domaines de la communication, de la cognition, du développement socio-affectif et/ou de la santé physique et du développement moteur, chez l'enfant de 0 à 5 ans réalisé à l'aide de questionnaires sur la plateforme numérique Agir tôt.
- 6930 Actions de dépistage des maladies buccodentaires (réservé à l'usage exclusif de l'activité ponctuelle normalisée individualisée)**
 Actions visant à déceler, à l'aide d'une lumière adéquate et d'un miroir ou d'un abaisse-langue, les problèmes pouvant être reliés à la carie dentaire, à l'éruption dentaire ou au positionnement des dents, à la parodontie et à l'hygiène dentaire
- 6935 Actions de dépistage pour l'application d'un agent de scellement (réservé à l'usage exclusif de l'activité ponctuelle normalisée individualisée)**
 Actions visant à identifier les usagers pouvant bénéficier de l'application d'un agent de scellement des puits et fissures.
- 6940 Actions de dépistage postnatal (réservé à l'usage exclusif de l'activité ponctuelle normalisée individualisée)**
 Actions visant à déceler, par un examen physique ou une observation et/ou par une entrevue : des problèmes de santé, un retard de croissance ou un retard de développement chez le nouveau-né; un problème de santé physique ou psychologique chez la mère, des facteurs de risques environnementaux présents dans la famille et susceptibles d'affecter la santé et le développement de l'enfant (pauvreté économique, monoparentalité, âge et scolarité des parents, nombre d'enfants dans la famille, présence de maladies ou d'handicaps dans la famille, événements stressants).
- 6945 Actions de surveillance du développement de l'enfant (Outil de suivi de l'enfant ABCdaire18mois+) (réservé à l'usage exclusif de l'activité ponctuelle normalisée individualisée)**
 Actions de surveillance réalisée par l'infirmière lors du rendez-vous de vaccination de 18 mois. L'infirmière utilise l'outil de suivi de l'enfant ABCdaire 18 mois + qui rassemble les questions à poser aux parents afin de vérifier si des indices de difficultés sont présents chez l'enfant.
- 6950 Actions éducatives et préventives concernant l'usage des drogues**
 Actions variées d'éducation, de prévention et d'enseignement reliées à l'usage inapproprié (en fonction de l'individu, des substances et des contextes) de drogues, dans une optique passant de la promotion à la réduction des méfaits.
- 6955 Actions éducatives et préventives concernant le jeu pathologique**
 Actions variées d'éducation et de prévention reliées au danger que présente le jeu pathologique.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

6960 Actions éducatives et préventives concernant l'usage d'alcool

Actions variées d'éducation, de prévention et d'enseignement reliées à l'usage inapproprié d'alcool en fonction de l'individu (âge, santé, etc.) et des contextes.

6970 Actions éducatives et préventives concernant l'usage du tabac

Actions éducatives, préventives et d'enseignement reliées à l'usage du tabac, excluant : les actions éducatives concernant le soutien à l'abandon du tabagisme (6980).

6980 Actions de soutien à l'abandon du tabagisme

Actions de soutien auprès de personnes qui ont entrepris une démarche d'abandon du tabagisme.

6990 Actions éducatives et préventives concernant l'usage de médicaments

Actions éducatives, préventives et d'enseignement reliées à l'usage inapproprié de médicaments, aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses et à la promotion de solutions non médicamenteuses.

7000 Actions éducatives et préventives en alimentation et nutrition

Actions éducatives, préventives et d'enseignement sur la nutrition et les régimes

- 7001 Nutrition de l'enfant (0-5 ans)
- 7002 Nutrition de l'enfant (6-11 ans)
- 7003 Nutrition de l'adolescent (12-17 ans)
- 7004 Nutrition de l'adulte (18-64 ans)
- 7005 Nutrition de la personne âgée (65 ans et plus)
- 7006 Nutrition lors de la grossesse et de l'allaitement
- 7007 Régimes alimentaires autres
- 7008 Régimes hypocaloriques
- 7009 Régimes hyposodés, hypopuriniques
- 7010 Régimes calculés (pour diabétiques)
- 7011 Régimes pour hyperlipoprotéïnés primaires
- 7012 Régimes pour troubles de l'appareil digestif
- 7013 Régimes à faible teneur en résidus
- 7014 Régimes sans résidus

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7020 Actions éducatives et préventives concernant la saine gestion du poids

Actions éducatives, préventives et d'enseignement visant une saine gestion du poids.

7040 Actions à caractère diététique

Ce code comprend : soins nutritionnels, réadaptation nutritionnelle, réhabilitation nutritionnelle, mesure anthropométrique et analyse de l'impédance bioélectrique.

7050 Actions éducatives et préventives reliées aux saines habitudes de vie

Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur l'hygiène corporelle, les habitudes de sommeil, l'hygiène dentaire, etc.

7051 Stress et relaxation

7053 Hygiène corporelle

7057 Agresseurs environnementaux, incluant : exposition au bruit, aux poussières, aux polluants, etc.

7058 Habitudes de sommeil

7100 Actions éducatives et préventives en santé sexuelle

Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur la santé sexuelle.

7106 Sexualité, excluant : thérapie sexuelle (7720)

7108 Informer sur l'interruption volontaire de grossesse, excluant : suivi d'interruption volontaire de grossesse (6710), IVG du 1^{er} trimestre (6912), IVG du 2^e trimestre (6913), rencontre préparatoire à l'interruption volontaire de grossesse (6910) et pose de tiges laminaires (6911)

7110 Actions éducatives et préventives concernant l'usage de méthodes contraceptives

Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant l'usage de méthodes contraceptives auprès d'individus ou de groupes ainsi que sur les moyens disponibles en matière de planification des naissances.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 7115 Actions éducatives et préventives concernant les ITSS dans le cadre du service d'accès au matériel d'injection stérile et de récupération des seringues usagées (exclusif à l'activité ponctuelle)**
- 7120 Actions éducatives et préventives concernant les ITSS et le VIH/SIDA**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur les maladies transmissibles sexuellement et par le sang.
- *7121 Counseling prétest concernant les ITSS
 - *7123 Counseling post-test concernant les ITSS sans IPPAP
 - *7124 Counseling post-test concernant les ITSS avec IPPAP avec approche négociée
 - *7125 Counseling post-test concernant les ITSS avec IPPAP avec approche passive
- 7130 Actions éducatives et préventives concernant les rôles familiaux**
Actions de promotion ou de prévention à l'intention des parents, pouvant prendre les formes suivantes :
- Groupes d'information, de discussion ou d'entraide destinés à favoriser, chez les parents, l'adoption d'attitudes et de comportements favorables au développement des enfants ou des adolescents.
 - Activités individuelles d'information ou de soutien des rôles parentaux.
- *7131 Postnatalité, incluant : visite (intervention seulement) ou rencontre (cours) postnatale
 - *7132 Prénatalité, incluant : visite (intervention seulement) ou rencontre (cours) prénatale
- 7140 Actions éducatives et préventives concernant les rôles du père**
Actions ayant pour but d'augmenter les connaissances et habiletés du futur père ou du père, ainsi que de favoriser l'attachement parental.
- 7150 Actions éducatives et préventives concernant les rôles de la mère**
Activités ayant pour but d'augmenter les connaissances et habiletés de la future mère ou de la mère, ainsi que de favoriser l'attachement parental.
- *7151 Allaitement maternel

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7200 Actions éducatives et préventives sur le plan psychosocial

Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur l'ajustement aux étapes de la vie, le bien-être psychologique, les relations interpersonnelles, etc.

7201 Ajustement aux étapes de la vie

7202 Bien-être psychologique, incluant : hygiène mentale

7203 Fonctionnement en société

7204 Relations interpersonnelles

7210 Actions éducatives et préventives concernant la violence conjugale

Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant la violence dans le couple.

7220 Actions éducatives et préventives concernant la violence faite aux femmes

Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant la violence faite aux femmes, excluant : les activités éducatives et préventives concernant la violence conjugale (7210).

7230 Actions éducatives et préventives concernant la violence envers les enfants

Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant la violence envers les enfants.

7240 Actions éducatives et préventives concernant les relations entre les pairs

Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant les saines relations entre les pairs.

7250 Actions éducatives et préventives concernant le suicide

Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant les comportements suicidaires.

*7255 Actions éducatives et préventives auprès des sentinelles concernant le suicide

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7270 Actions multifactorielles personnalisées ou non – prévention des chutes

Actions multifactorielles personnalisées pour la prévention des chutes consistant en l'identification et, le cas échéant, en l'évaluation et la correction des facteurs de risque de chute tels que définis dans le cadre de référence.

Actions multifactorielles non personnalisées s'adressant aux personnes âgées de 65 ans et plus de la communauté présentant des problèmes d'équilibre ou se percevant à risque de chutes.

7280 Actions éducatives et préventives concernant le développement de l'enfant de 0-5 ans

Actions éducatives et préventives visant à promouvoir le développement global de l'enfant.

7300 Actions éducatives et préventives d'enseignement en santé physique

Actions éducatives, de prévention et d'enseignement portant sur l'anatomie et la physiologie, les maladies, l'automédication, les premiers soins, les mesures d'urgence, la prévention, l'autoexamen, etc.

7301 Anatomie et physiologie, incluant : physiopathologie

7302 Automédication, excluant : administrer un médicament (6103), préparation de médicaments (6127), actions éducatives et préventives reliées aux saines habitudes de vie (7050) et usage de médicaments (6990)

7303 Autonomie fonctionnelle

7304 Maladies infectieuses et parasitaires

7305 Enseignement des techniques de soins ou d'aide, incluant : cardiaque, colostomie, diabète, postopératoire, trachéotomie, TA, etc.

7306 Béquilles, prothèses, etc., incluant : équipement de réadaptation

7308 Maladies, excluant : actions éducatives et préventives reliées aux maladies infectieuses et parasitaires (7304)

7309 Massage, excluant : actions à caractère physiothérapeutique et ergothérapique – massage (6313), massage mécanique (6314) et massage réflexe (6315)

7310 Mesures d'urgence

7311 Premiers soins

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7300 Actions éducatives et préventives d'enseignement en santé physique (suite)

- 7313 Prévention des infections
- 7314 Soins aux malades et aux personnes handicapées
- 7315 Soins des plaies, excluant : actions à caractère physique – soins de plaies, pansements (6123)
- 7316 Autoexamen des seins
- 7317 Enseignement d'un programme d'exercices

7350 Actions éducatives et préventives concernant les traumatismes non intentionnels

Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur les brûlures, les accidents, les empoisonnements, etc., excluant : les actions éducatives et préventives concernant les chutes (7360).

7360 Actions éducatives et préventives concernant les chutes

Actions éducatives, préventives et d'enseignement visant les personnes à risque de chutes.

7400 Actions éducatives et préventives concernant les affaires matérielles et autres

Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur les lois et les règlements, les ressources et services disponibles, la budgétisation, etc.

- 7401 Éducation et information budgétaire
- 7402 Lois et règlements
- 7403 Ressources et services disponibles
- 7404 Sécurité, incluant : préventions des incendies, vol, siège d'auto, couchette pour bébé, etc., excluant : actions éducatives et préventives en santé au travail, sécurité au travail (7501)

7500 Actions éducatives et préventives en santé au travail

Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur la sécurité au travail, les recours des personnes victimes d'accident de travail et le retrait préventif.

- 7501 Sécurité au travail, excluant : actions éducatives et préventives concernant les affaires matérielles et autres (7404)
- 7502 Information sur les recours des personnes victimes d'accident de travail
- 7503 Retrait préventif

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7600 Actions reliées aux activités de la vie quotidienne : aide physique (AVQ) (EXCLURE DES SAISIES)

Activités de la vie quotidienne se rapportant à l'usager-individu, incluant : la préparation à l'activité et/ou la réalisation de l'activité ainsi que les niveaux d'assistance suivants : guider, surveiller, superviser, stimuler, fournir une aide partielle ou une aide complète, excluant actions reliées aux activités de mobilisation (7650) et assistance aux transferts (7651).

Note : Ces actes sont principalement réalisés par un non-professionnel.

- *7601 Assistance pour se nourrir, incluant : alimentation par gavage : connecter la tubulure, alimenter selon le rythme prévu et irriguer le tube
- *7603 Assistance pour entretenir sa personne, incluant : brosser les dents, peigner, faire la barbe, couper les ongles, maquiller
- *7604 Assistance pour l'hygiène complète, incluant : laver les cheveux.
- *7605 Assistance pour l'hygiène partielle.
- *7608 Assistance pour s'habiller, incluant : déshabiller, enfiler ou retirer des bas de soutien
- *7609 Assistance pour l'élimination vésicale et intestinale, incluant : aider à la gestion des fonctions urinaire ou fécale, prodiguer les soins de stomie, installer un condom urinaire, fixer et entretenir un système de drainage urinaire, un cathéter intermittent, un tube rectal
- *7611 Assistance pour utiliser la toilette, incluant : aider à s'asseoir, à s'essuyer, à s'habiller et à se relever.

7650 Actions reliées aux activités de mobilisation

Actes de la vie quotidienne se rapportant à la mobilisation, incluant : guider, surveiller, superviser, stimuler, fournir une aide partielle ou une aide complète, excluant : actions à caractère physiothérapique et ergothérapique (6300).

Note : Ces actes sont principalement réalisés par un non-professionnel.

- *7651 Assistance aux transferts, incluant : se lever, s'asseoir et se coucher

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7700 Actions à caractère psychosocial, incluant : la santé mentale

Thérapie, écoute, sensibilisation, jumelage, parrainage et toute autre forme d'aide visant à permettre aux individus et à leurs proches de résoudre une ou des difficultés temporaires en vue de rétablir l'équilibre dynamique de leurs rapports avec leur environnement et de poursuivre un développement humain et social satisfaisant, excluant : les actions de réadaptation et de réintégration sociale (8100).

- *7703 Intervention en situation de crise (voir définition au lexique)
- 7705 Réinsertion sociale
- 7706 Jumelage, pairage
- 7707 Marrainage, parrainage
- 7708 Rencontre de réseau
- 7709 Construction ou reconstruction d'un réseau social, excluant : actions de réadaptation et de réintégration sociale (8100)
- *7710 Mobilisation ou soutien des proches aidants, excluant : actions de réadaptation et de réintégration sociale (8100)
- 7719 Intervention à l'occasion ou à la suite d'un sinistre collectif
- 7720 Thérapie, incluant : thérapie individuelle, de couple, familiale, de groupe, sexuelle
- *7721 Action à caractère psychosocial de type Alcochoix
- *7722 Suivi psychosocial après un traitement spécialisé sans médication de substitution
- *7723 Suivi psychosocial après un traitement spécialisé avec médication de substitution
- *7724 Autosoins non dirigés
- *7725 Autosoins dirigés
- *7726 Éducation psychologique
- *7727 Intervention de soutien
- *7728 Relaxation appliquée
- 7729 Intervention interpersonnelle
- *7730 Intervention de type cognitivo-comportementale

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7790 Actions de psychothérapie

Actions de psychothérapie basées sur différents modèles et approches théoriques.

*7791 Psychothérapie cognitivo-comportementale¹⁷

*7792 Psychothérapie humaniste¹⁷

*7793 Psychothérapie psychodynamique¹⁷

*7794 Psychothérapie systémique¹⁷

7800 Actions éducatives et préventives concernant l'usage de la communication, du langage et de la parole

Actions éducatives et préventives concernant le développement de la communication et du langage. Actions éducatives en lien avec l'identification des problèmes de communication et du langage. Enseignement d'habiletés de stimulation de la communication et du langage.

7810 Identification des problématiques du milieu (communautaire)

Études et recherches menées dans le but de déceler et de comprendre les problématiques propres à un milieu.

7820 Sensibilisation et conscientisation du milieu (communautaire)

Information, éducation et formation destinées à des groupes ou à des personnes et visant le changement des attitudes et des mentalités.

7830 Soutien aux ressources existantes (communautaire)

Aide technique et soutien professionnel reliés à l'organisation interne pour les groupes et les ressources du milieu.

*7836 Soutien à l'implantation du brossage supervisé dans un milieu (PQBSDF)

7840 Création de nouvelles ressources (communautaire)

Aide pour la mise en place de nouvelles ressources ayant pour but de répondre aux besoins décelés dans le milieu.

7850 Actions politiques (communautaire)

Démarches et prises de position liées à la participation du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) à une concertation en vue d'influencer les décisions politiques ayant un impact sur le milieu. Ces démarches et prises de position sont adoptées en conformité avec la mission et le processus décisionnel de l'établissement.

¹⁷ Seuls les médecins, psychologues et titulaires du permis de psychothérapeute peuvent utiliser ces codes d'actes spécifiques à la psychothérapie.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

7860 Autres actions à caractère communautaire

Toute autre action communautaire qui n'est pas énumérée plus haut.

7900 Actions reliées aux activités de la vie domestique : aide domestique (AVD) et soutien matériel (EXCLURE DES SAISIES)

Activités de la vie domestique, incluant : guider, surveiller, superviser, stimuler, fournir une aide partielle ou une aide complète, excluant : le gardiennage (8300).

Note : Ces actes sont principalement réalisés par un non-professionnel.

*7904 Assistance pour préparer les repas

*7908 Assistance pour gérer son budget, incluant : planification, administration, assistance pour remplir un formulaire concernant l'administration de budget, par exemple une demande pour le RRQ

*7911 Assistance pour faire la lessive.

*7912 Assistance pour entretenir la maison, incluant : entretien quotidien et travaux occasionnels

*7913 Assistance pour faire les courses

*7915 Assistance pour utiliser les moyens de transport, incluant : organisation, accompagnement

*7919 Assistance pour prendre ses médicaments et/ou changement d'un pansement simple, incluant : distribution et/ou administration de médicaments prescrits et prêts à être administrés, excluant : administration d'un médicament (6103) et soins de plaies et pansements (6123) faits par un professionnel

8000 Actions éducatives et préventives en santé mentale

Actions qui visent l'amélioration du bien-être personnel et collectif en développant des facteurs de robustesse chez l'individu et les groupes ainsi que des conditions favorables à la santé mentale. Ces actions portent sur les déterminants de la santé mentale plutôt que sur les facteurs de risque. La prévention et la promotion en santé mentale permettent d'aborder l'individu dans sa réalité sociale et de structurer des interventions selon cette approche. Elles s'adressent à la population en général ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions.

8050 Actions éducatives et préventives en santé cognitive

Actions éducatives et préventives favorisant une bonne santé cognitive

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

8100 Actions de réadaptation et de réintégration sociale

Soutien et accompagnement couvrant les habiletés de la vie quotidienne, le logement, les habiletés sociales et communautaires, le travail et les études, etc., incluant : le soutien, la sensibilisation et l'éducation auprès des proches ainsi que le soutien, la réorganisation et le renforcement des réseaux communautaires, excluant : les actions à caractère psychosocial, incluant : la santé mentale (7700).

Note : Lorsque ce code d'acte est utilisé, le profil d'intervention permet d'indiquer s'il s'agit d'une « action de réadaptation et de réintégration sociale » en santé mentale, en déficience physique, etc.

- 8101 Soutien et accompagnement concernant les habiletés de la vie quotidienne
- 8102 Soutien et accompagnement concernant les habiletés reliées au logement
- 8103 Soutien et accompagnement concernant les habiletés sociales et communautaires
- 8104 Soutien et accompagnement concernant les habiletés reliées au travail
- 8105 Soutien et accompagnement concernant les habiletés reliées aux études
- 8106 Soutien, sensibilisation et éducation auprès des proches : famille, amis, voisins, entourage immédiat
- *8107 Soutien, réorganisation et renforcement des réseaux communautaires : proches aidants, bénévoles, réseau d'entraide, services de garde, etc.

8150 Actions d'interventions précoces reliées au développement de l'enfant de 0 à 5 ans

Interventions directes réalisées auprès de l'enfant dans le but de stimuler un ou plusieurs domaines de son développement, incluant : Le développement de la communication, le développement physique et moteur, le développement cognitif et le développement socio-affectif.

- *8151 Intervention précoce pour le développement global
- *8152 Intervention précoce pour le développement de la communication
- *8153 Intervention précoce pour le développement physique et moteur
- *8154 Intervention précoce pour le développement cognitif
- *8155 Intervention précoce pour le développement socio-affectif

8300 Gardiennage

Gardiennage (dans le cas d'un enfant, peu importe l'âge) ou « présence-surveillance » (dans le cas d'un adulte) : ce service désigne les activités normales de garde lorsqu'un parent ou un proche aidant qui habite avec une personne ayant une incapacité doit s'absenter occasionnellement de son domicile pour diverses activités de la vie courante.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0035	Acte de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

8310 Répit

Il permet aux parents ou aux proches aidants de s'accorder un temps de détente afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins particuliers d'un enfant (peu importe l'âge) ou d'un adulte ayant une incapacité. Le répit peut être offert à domicile : la personne ayant une incapacité est alors prise en charge par une autre personne dans son milieu naturel, cette dernière assurant la relève. Le répit peut aussi être offert à l'extérieur du domicile : il prend alors la forme d'un hébergement temporaire (dans un établissement public, une ressource intermédiaire ou un organisme communautaire d'hébergement) ou encore d'un séjour dans une famille d'accueil, une maison de répit ou toute autre ressource qui offre ce service.

8320 Dépannage

Ce service permet aux parents ou aux proches aidants de faire face à des situations imprévisibles. Il est donc temporaire et généralement de courte durée. Il consiste à prévoir ou à organiser les besoins en situation d'urgence, et ce, afin de diminuer les inquiétudes que peuvent avoir certains parents ou proches aidants.

9100 Concertation clinique

Actes reliés à la planification et à l'organisation des services visant à optimiser l'ensemble des interventions destinées à l'utilisateur. La discussion entraîne une décision quant à l'orientation ou à la réorientation du plan d'intervention ou du plan d'action, et entraîne la rédaction d'une note clinique significative qui sera versée au dossier de l'utilisateur.

*9101 Processus décisionnel en équipe (PDE) (programme Ma famille, ma communauté)

Rencontre regroupant différents participants (parent, jeune de plus de 14 ans, famille élargie, intervenant, enseignant, éducatrice en CPE, etc.) afin de décider du milieu de vie qui assure la sécurité et stabilité d'un jeune en difficulté lors d'une situation à risque de placement, de déplacement ou au moment d'une réinsertion dans le milieu familial.

9900 Autres actions

Toute action autre que celles qui sont énumérées précédemment et qui entraîne la rédaction d'une note clinique significative qui sera versée au dossier de l'utilisateur.

Liste des codes historiques

Note : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0036	Suivi de l'intervention

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant la suite immédiate de l'intervention.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Lorsqu'un intervenant ne fait que suggérer ou proposer à l'utilisateur de se diriger vers une ressource extérieure au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) sans autre indication, il ne s'agit pas d'une référence formelle. ➤ La suite immédiate de l'intervention traduit la suite à accorder au suivi en cours auprès de l'utilisateur. Si ce suivi est offert par plus d'un intervenant (par exemple plusieurs infirmières se relayant d'une visite à une autre pour effectuer un soin de plaie), le code de fin du suivi (aucun suivi) sera inscrit lors de la dernière intervention pour ce suivi.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (missions CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 100 Aucun suivi sans référence formelle Intervention ne nécessitant pas de relance, de suivi ou de référence interne ou externe par l'intervenant. 200 Aucun suivi avec référence formelle interne Intervention ne nécessitant pas de relance ou de suivi par l'intervenant et pour laquelle l'intervenant effectue une référence verbale ou écrite auprès d'un autre service du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0036	Suivi de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

300 Aucun suivi avec référence formelle externe

Intervention ne nécessitant pas de relance ou de suivi par l'intervenant, mais pour laquelle l'utilisateur est référé à un autre organisme, établissement, ressource extérieure au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), ou à une autre mission du CISSS ou CIUSSS.

*301 Aucun suivi avec référence formelle au centre hospitalier, incluant : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins psychiatriques

Intervention ne nécessitant pas de relance ou de suivi par l'intervenant, mais pour laquelle l'utilisateur est référé à un centre hospitalier, incluant : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins psychiatriques.

*302 Aucun suivi avec référence formelle au centre de réadaptation

Intervention ne nécessitant pas de relance ou de suivi par l'intervenant, mais pour laquelle l'utilisateur est référé au centre de réadaptation.

*303 Aucun suivi avec référence formelle au centre jeunesse

Intervention ne nécessitant pas de relance ou de suivi par l'intervenant, mais pour laquelle l'utilisateur est référé au centre jeunesse.

*304 Aucun suivi avec référence formelle au partenaire municipal dans le cadre de l'application du Programme d'adaptation de domicile (PAD) – Code réservé à la SHQ

*305 Aucun suivi avec référence formelle à un organisme communautaire

Intervention ne nécessitant pas de relance ou de suivi par l'intervenant, mais pour laquelle l'utilisateur est référé à un organisme communautaire.

*311 Aucun suivi avec référence formelle (correction ou reprise nécessaire - une dent scellée défectueuse)

*312 Aucun suivi avec référence formelle (correction ou reprise nécessaire - deux dents scellées défectueuses)

*313 Aucun suivi avec référence formelle (correction ou reprise nécessaire - trois dents scellées et plus défectueuses)

*340 Aucun suivi avec référence formelle à un mécanisme d'accès à l'hébergement

400 Suivi sans référence formelle

Poursuite de l'intervention par l'intervenant sans référence interne ou externe.

*411 Suivi sans référence formelle (correction ou reprise nécessaire - une dent scellée défectueuse)

*412 Suivi sans référence formelle (correction ou reprise nécessaire - deux dents scellées défectueuses)

*413 Suivi sans référence formelle (correction ou reprise nécessaire - trois dents scellées et plus défectueuses)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0036	Suivi de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

500 Suivi avec référence formelle interne

Poursuite de l'intervention par l'intervenant qui effectue, en plus, une référence verbale ou écrite auprès d'un autre service du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

600 Suivi avec référence formelle externe

Poursuite de l'intervention par l'intervenant qui, en plus, réfère l'utilisateur à un autre organisme, établissement, ressource à l'extérieur du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), ou à une autre mission du CISSS ou CIUSSS.

***601 Suivi avec référence formelle au centre hospitalier, incluant : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins psychiatriques**

Poursuite de l'intervention par l'intervenant qui, en plus, réfère l'utilisateur au centre hospitalier, incluant : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et centre hospitalier de soins psychiatriques.

***602 Suivi avec référence formelle au centre de réadaptation**

Poursuite de l'intervention par l'intervenant qui, en plus, réfère l'utilisateur au centre de réadaptation.

***603 Suivi avec référence formelle au centre jeunesse**

Poursuite de l'intervention par l'intervenant qui, en plus, réfère l'utilisateur au centre jeunesse.

***604 Suivi avec référence formelle au partenaire municipal dans le cadre de l'application du Programme d'adaptation de domicile (PAD) – Code réservé à la SHQ.**

***605 Suivi avec référence formelle à un organisme communautaire**

Poursuite de l'intervention par l'intervenant qui, en plus, réfère l'utilisateur à un organisme communautaire.

***640 Suivi avec référence formelle à un mécanisme d'accès à l'hébergement**

700 Suivi requis, mais refusé par l'utilisateur

L'intervenant offre un service à l'utilisateur, mais celui-ci refuse tout service du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention

FORMAT Alphanumérique Longueur : 10

DÉFINITION Code identifiant la correspondance du service rendu à l'utilisateur au moment de l'intervention en fonction des programmes-services du MSSS. Cette classification, jointe aux centres d'activités, est la base de l'identification des services à un programme, pour le volet CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

DESCRIPTION Les programmes-services se subdivisent en deux catégories. Les services généraux s'adressent à l'ensemble de la population : santé publique et services généraux – activités cliniques et d'aide. Les services spécifiques, quant à eux, répondent à des problématiques particulières : soutien à l'autonomie des personnes âgées, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale, santé physique.

Cette information est obligatoire pour chaque intervention.

L'absence de valeur ou une valeur qui indique que cette donnée a une valeur inconnue (exemple 0) est représentée par une zone libre.

L'expression « Services généraux » est employée pour désigner le programme « Services généraux – activités cliniques et d'aide ».

PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

- Pour les usagers présentant des déficiences multiples (exemple : DI et DP), l'intervenant doit coder le profil de l'intervention correspondant à la majeure partie de son intervention en relation avec les besoins de l'utilisateur.
- Les services d'accompagnement et de soutien aux familles et aux proches font partie du même programme-services que ceux de l'utilisateur lorsqu'ils sont en lien avec le plan d'intervention de celui-ci (ex. : familles d'enfants présentant un TSA, 312).
- Les soins infirmiers à la suite d'une chirurgie sont codés à 110 – Services en phase postopératoire. Pour les autres services déjà donnés, si, en phase postopératoire, la nature des services demeure la même, on maintiendra le profil de l'intervention déjà utilisé. Exemple : Pour un usager ayant un profil de l'intervention Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) qui reçoit l'aide de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux pour prendre un bain par semaine, il n'y a aucune augmentation de service pour la phase postopératoire. Le profil de l'intervention demeure 710. Lors d'ajout de services en raison de la chirurgie, le profil de l'intervention 110 sera alors utilisé pour les services ajoutés.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention (suite)

PRÉCISIONS

- Un code d'acte en soi n'appartient pas à un seul programme-services. Pour un soin de plaie réalisé à la clinique ambulatoire (soins infirmiers avec ou sans rendez-vous), le code de profil de l'intervention utilisé sera 191 ou 192. Alors que pour un soin de plaie non chirurgical répondant à des besoins particuliers, le code de profil des services spécifiques sera utilisé (exemple : SAPA ou DP, les codes de profil de l'intervention à utiliser seront 710 ou 210). L'exemple d'une injection de vitamine B₁₂ illustre aussi cette non-exclusivité.
- Pour un usager recevant des services de prélèvements à domicile, sans aucun autre service de soutien à domicile, le code de profil de l'intervention utilisé sera 191 (clientèle non connue du SAD pour lequel un prélèvement ponctuel est prescrit).
- Les services de soutien à domicile de longue durée font partie des services spécifiques.
- Les interventions visées dans les programmes-services spécifiques sont celles qui requièrent une expertise spécifique à ce programme, peu importe le rattachement des intervenants au programme clinico-administratif au sein de l'établissement et le groupe d'âge de la clientèle desservie.

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

Aucune.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (missions CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

TRANSMISSION

Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES**Charte des profils d'intervention par programme-services pour l'intervention**

Services généraux	110	191	420	511	525
Santé physique	121	131	192	193	
Santé publique	511 (groupe)	565	590	591	
Jeunes en difficulté	810	811			
DI et TSA	311	312			
Santé mentale	410	411			
Déficiência physique	210				
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	710				
Dépendances	610				

VALEURS PERMISES**Listes des valeurs permises**

- 110 Services de santé physique en phase postopératoire (programme Services généraux)**
Services rendus après une intervention chirurgicale, pendant une période de convalescence ne dépassant généralement pas 90 jours.
- 121 Services de soins palliatifs (programme Santé physique)**
Services offerts aux personnes dont le ou les soins ne visent plus le traitement de la maladie et de sa cause, mais plutôt le soulagement des symptômes et le maintien du confort physique et moral de l'utilisateur. Les soins palliatifs consistent à pallier la douleur, la souffrance et la peur ainsi qu'à accompagner l'utilisateur dans un cheminement de soins palliatifs et de fin de vie sans égard au pronostic. Ces soins ne sont pas exclusifs aux usagers présentant un diagnostic de cancer. Incluant : les soins de postchirurgie (palliatifs et traitements); excluant : les services psychosociaux généraux (420) et les services liés au SIDA (131).
- 131 Services liés au SIDA (programme Santé physique)**
Services rendus à une personne souffrant du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) qui a développé des infections opportunistes liées au VIH.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Listes des valeurs permises

191 Autres services de santé physique de court terme (programme Services généraux)

Services de santé physique de courte durée offerts à l'ensemble de la population afin de traiter des problèmes aigus et réversibles s'adressant aussi à des personnes ayant des incapacités temporaires. Ils couvrent les soins, les traitements et les activités de laboratoire (dépistage des ITSS). Incluant : le counseling des ITSS (pré et post), l'information et l'enseignement de base donné dans la période suivant l'annonce du diagnostic des maladies chroniques suivantes : asthme, MPOC, MCAS, diabète et cancer (par exemple, la clientèle des Services courants).

192 Autres services de santé physique (programme Santé physique)

Services de santé physique destinés aux personnes ayant besoin d'un suivi systématique ou planifié pour favoriser une meilleure prise en charge de leur maladie (ex. : sessions personnalisées d'enseignement pour personnes atteintes des maladies chroniques suivantes : asthme, MPOC, MCAS, diabète et cancer) et qui ont recours à des services en continu généralement à plus long terme. Ils visent à retarder la détérioration des conditions de santé et à assurer une certaine qualité de vie. Excluant : les services répondant aux besoins des clientèles particulières du soutien à domicile.

193 Services dans une unité d'urgence (programme Santé physique)

Services de santé physique offerts à l'unité d'urgence pour accueillir, trier, évaluer, stabiliser, examiner, traiter et orienter les usagers dans le but de répondre à une condition médicale dont les symptômes sont apparus subitement. L'ensemble des coûts de ces activités est déclaré au centre d'activités 6240 – L'urgence. Excluant : les services répondant aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux (410).

210 Services liés à une déficience physique (programme Déficience physique)

Services offerts aux personnes ayant une déficience physique et à leurs proches. Ces services visent à développer et maintenir l'autonomie fonctionnelle, à compenser les incapacités et à soutenir la pleine participation sociale des personnes ayant des incapacités significatives et persistantes liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices. Cette catégorie comprend les services de soutien à domicile, les services socioprofessionnels, l'adaptation, le soutien à la famille, l'aide technique et l'aide pour le déplacement. Les services prévus pour les personnes ayant une maladie dégénérative correspondant à un profil de besoins de type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich, maladie de Parkinson, chorée de Huntington) sont inclus. Cependant, avec l'avancement en âge, la condition de ces personnes pourrait changer et le besoin de services répondra davantage au programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées. De plus, le programme-services ne s'adresse pas aux personnes ayant des incapacités temporaires ou encore à celles dont la déficience physique n'a pas d'effet sur leurs habitudes de vie. Sont également inclus les services liés au retard significatif du développement (incluant le retard global de développement) et au trouble de la communication sociale (pragmatique).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Listes des valeurs permises

311 Services liés à une déficience intellectuelle (programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)

Services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle et à leurs proches. Ces services visent à développer et maintenir l'autonomie fonctionnelle, à compenser les incapacités et à soutenir la pleine participation sociale de ces personnes. Cette catégorie comprend les services de soutien à domicile, les services socioprofessionnels, l'adaptation, le soutien à la famille et l'aide pour le déplacement. Sont également inclus les services liés au retard significatif du développement (incluant le retard global de développement) et au trouble de la communication sociale (pragmatique).

312 Services liés au trouble du spectre de l'autisme (programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)

Services offerts aux personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et à leurs proches. Ces services visent à développer et maintenir l'autonomie fonctionnelle, à compenser les incapacités et à soutenir la pleine participation sociale de ces personnes. Cette catégorie comprend les services de soutien à domicile, les services socioprofessionnels, l'adaptation, le soutien à la famille et l'aide pour le déplacement. Sont inclus les services aux enfants ayant un retard significatif dans leur développement (incluant le retard global de développement), ayant un trouble de la communication sociale (pragmatique) et aux personnes pour qui on soupçonne un TSA.

410 Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (programme Santé mentale)

Services qui consistent en des activités d'évaluation, de consultation, de traitement, de suivi et de référence rendus à la personne ayant un trouble mental ou en voie d'être diagnostiquée. Les services sont offerts dans une perspective de rétablissement et de réadaptation afin de permettre à la personne l'atteinte d'un niveau optimal de fonctionnement et d'autonomie. Les professionnels de ces services sont généralement intégrés dans une équipe multidisciplinaire. Incluant : les services dispensés à l'unité d'urgence dont les coûts sont déclarés au centre d'activités 6240 – L'urgence.

411 Services dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (programme Santé mentale)

Ensemble d'activités d'évaluation, de traitement, de suivi et de références rendus à la personne ayant un trouble mental avéré ou présumé, qui est spécifiquement pris en charge par le programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Les services suivent un modèle de soins par étapes, selon des guides de pratique clinique fondés sur les données probantes. Les traitements varient, entre autre, des autosoins jusqu'à la psychothérapie. L'évolution des symptômes, du fonctionnement et de la qualité de vie de la personne sont mesurés en continu à chaque consultation.

Les services aux personnes ayant un trouble mental avéré ou présumé qui ne sont pas pris en charge par le programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) doivent être attribués au profil Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux - programme Santé mentale (410).

420 Services psychosociaux généraux (programme Services généraux)

Services qui consistent en des activités d'évaluation, de référence, de suivi, d'aide et de soutien. Ils sont offerts à proximité aux personnes qui requièrent des services psychosociaux de courte durée (consultation individuelle, de couple, familiale ou de groupe) pour des problèmes situationnels qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible (ex. : événement stressant, perte d'un être cher, difficulté relationnelle). Ils visent à développer, améliorer ou restaurer l'habileté personnelle et sociale ainsi qu'à prévenir la détérioration de la situation.

Ces services s'adressent à l'ensemble de la population, excluant : les services de prise en charge par les services spécifiques (ex. : services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (410), services dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (411), services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (810)).

511 Services aux femmes enceintes, clientèle régulière (prénatal) (programme Services généraux si suivi individuel, programme Santé publique si suivi de groupe)

Services visant à aider les femmes enceintes à donner naissance à des bébés en santé, dans des conditions psychologiques satisfaisantes. Ces services comprennent notamment les rencontres prénatales, l'intervention nutritionnelle, l'éducation sanitaire, les visites à domicile et le dépistage du VIH, excluant tout suivi pour l'application d'un programme SIPPE (565).

525 Suivi postnatal ou activité de dépistage postnatal (mère et bébé), clientèle régulière (programme Services généraux)

Services de soutien (soins) à domicile, aide à l'allaitement maternel, aide à l'adaptation du nouveau-né, dépistage et aide pour des situations psychosociales à risque, excluant l'immunisation. Ce code est utilisé pour l'activité de dépistage postnatal (activité ponctuelle) ou pour toute visite postnatale (intervention). Excluant tout suivi pour l'application d'un programme SIPPE (565).

565 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) (programme Santé publique)

Les SIPPE sont des services qui s'inscrivent dans un continuum d'intervention en promotion de la santé et en prévention pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils ont pour objet de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la douzième semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles (mère, père et enfants de 0-5 ans) jusqu'à l'entrée à l'école. Dans le contexte des SIPPE, la vulnérabilité est définie à partir du statut socioéconomique, du niveau de scolarisation et de l'isolement social.

Les visites à domicile constituent la principale modalité d'intervention. Leur fréquence est modulée en fonction des besoins de la famille, qui sont représentés par l'atteinte d'objectifs associés à des niveaux. La fréquence recommandée pour chacun des niveaux et les objectifs associés sont précisés dans les balises de l'intervention. D'autres modalités complémentaires, telles que les rencontres de groupe, l'accompagnement vers les ressources de la communauté et l'intégration de l'enfant en service de garde éducatif à l'enfance, sont également recommandées.

Les interventions portent notamment sur le développement d'un lien d'attachement sécurisant parents-enfant, le soutien aux pratiques parentales positives, le développement global des enfants, l'allaitement, les saines habitudes de vie, les suivis de santé physique et mentale, incluant la planification des naissances, la santé dentaire, la couverture vaccinale, la sécurité à domicile, les comportements sexuels sécuritaires, les réseaux de soutien social, les projets de vie porteurs de réussite et l'intégration socioprofessionnelle des parents, l'accessibilité et la continuité des services publics et communautaires, les environnements favorables à la santé et au bien-être.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Listes des valeurs permises

590 Autres services de santé publique (programme Santé publique)

Services en matière de prévention, de promotion et de protection, individuels ou de groupe, servant à améliorer la santé et le bien-être général de la population en lien avec le programme national de santé publique. Incluant : l'activité de prévention et de promotion en groupe, les services dentaires préventifs, les saines habitudes de vie, la prévention des maladies, l'organisation communautaire autre que le SAD, l'immunisation, les centres d'abandon du tabagisme et la clientèle à risque d'ITSS non ciblée par les SIDEPS. Excluant : les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPS) des ITSS pour les personnes vulnérables et à risque.

591 Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPS) (programme Santé publique)

Activités réalisées auprès d'un individu lors d'une rencontre pour le counseling, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la vaccination, l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'ITSS et en l'absence d'ordonnance collective ou d'autorisation de prescrire, l'orientation de la personne, pour un suivi, vers les ressources appropriées à ses conditions, selon les ententes et les modalités en vigueur. Ces services sont destinés prioritairement à la clientèle vulnérable et à risque — les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les personnes utilisatrices de drogues par injection ou inhalation, les jeunes en difficulté, les personnes incarcérées ou l'ayant été, les autochtones, les personnes originaires d'une région où l'infection par le VIH est endémique, les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes trans — rejointe là où elle se trouve. Excluant : tous les autres types de clientèle.

610 Dépendances (programme Dépendances)

Services répondant aux personnes présentant une problématique d'abus ou de dépendance et à leurs proches, et ce, quels que soient la cause et leur âge. Il comprend notamment les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, de jeu compulsif, de cyberdépendance, etc. Ce profil de l'intervention comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits tels que les traitements à la méthadone. Excluant : les programmes de prévention du tabagisme.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Listes des valeurs permises

710 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées)

Services venant compenser des incapacités acquises avec l'âge, des maladies assez souvent chroniques, des troubles mentaux (ex. : démence) et des problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer) survenant au cours du vieillissement et pouvant causer une situation de dépendance. Il faut insister ici sur le fait que l'âge (65 ans et plus) ne saurait constituer le seul critère pour recevoir ou non les services de ce programme. On ne parle pas ici du vieillissement en bonne santé fonctionnelle permettant un mode de vie de qualité.

Les services prévus pour les personnes ayant une maladie dégénérative, correspondant à un profil de besoins de type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich), ne font pas partie du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, mais plutôt du programme Déficience physique. Cependant, avec l'avancement en âge, les capacités fonctionnelles de ces personnes pourrait s'aggraver et nécessiter des services de soutien à l'autonomie.

Les services aux personnes ayant des troubles mentaux non associés au processus de vieillissement doivent être attribués au code de profil 410 même si les problèmes reliés au vieillissement viennent s'ajouter à leurs problèmes antérieurs.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0038	Profil de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Listes des valeurs permises

810 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (programme Jeunes en difficulté)

Le programme-services Jeunes en difficulté (JED) regroupe un ensemble de programmes et services psychosociaux et de réadaptation destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, de même que des services destinés aux parents de ceux-ci. Ils sont offerts à ceux dont les besoins justifient un suivi à moyen ou long terme. Ces jeunes en difficulté présentent le plus souvent des problèmes d'ordre développemental ou comportemental mais aussi des problèmes liés à leurs difficultés d'adaptation. Incluant : des services de soutien à la vie familiale tels que le répit, le dépannage, le gardiennage, les services d'auxiliaires familiales pour faciliter l'exercice du rôle parental, excluant : les services aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale (410), services dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (411), les services psychosociaux de court terme (420) offerts aux jeunes.

811 Services aux jeunes en difficulté et à leur famille offerts dans le cadre d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif implanté dans l'établissement

Ensemble d'interventions psychosociales et de réadaptation intensives dans un programme structuré visant à résoudre la crise, à éviter le retrait d'un jeune de son milieu familial et à mobiliser rapidement la famille afin de rééquilibrer sa situation, excluant : les interventions de crise non dispensées dans le cadre d'un programme bien défini.

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0039	Mode d'intervention

FORMAT Alphanumérique Longueur : 10

DÉFINITION Code permettant d'indiquer si l'intervention a été réalisée en présence ou non de l'utilisateur. Le mode en présence est codifié lorsque l'intervention est faite avec l'utilisateur lui-même (présence physique), son représentant légal ou la personne autorisée à le représenter en vertu du Code civil du Québec.

DESCRIPTION Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.

PRÉCISIONS **Consignes à la saisie**

- La visioconférence (modes 7 et 8) exclue la communication téléphonique et implique que l'intervenant à distance soit en contact visuel avec son interlocuteur, en temps réel, par le biais du moyen technologique utilisé.

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

Le pilotage local de l'appliquet doit prévoir les validations à la saisie selon les indications inscrites au tableau ci-dessous :

0039 MODE D'INTERVENTION		0033 TYPE D'INTERVENTION				
		1	2	3	4	5
		Intervention individualisée	Intervention de couple	Intervention de famille	Intervention de groupe	Intervention communautaire
1	Rencontre en présence de l'utilisateur	✓	✓	✓	✓	✓
2	Communication téléphonique en présence de l'utilisateur	✓	✓	✓	✓	✓
3	Rencontre en l'absence de l'utilisateur	✓				✓
4	Communication téléphonique en l'absence de l'utilisateur	✓				✓
7	Visioconférence en présence de l'utilisateur	✓	✓	✓	✓	✓
8	Visioconférence en l'absence de l'utilisateur	✓				✓

REQUIS PAR Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (missions CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

TRANSMISSION Seule la première position est transmise à la banque commune de données.

Chapitre 3 Description des éléments
Section 3.6 Intervention
Élément 0039 Mode d'intervention

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

Modalité	En présence de l'utilisateur		En l'absence de l'utilisateur	
Rencontre	1	Rencontre en présence de l'utilisateur	3	Rencontre en l'absence de l'utilisateur
Communication téléphonique	2	Communication téléphonique en présence de l'utilisateur	4	Communication téléphonique en l'absence de l'utilisateur
Visioconférence	7	Visioconférence en présence de l'utilisateur	8	Visioconférence en l'absence de l'utilisateur

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0040	Lieu de l'intervention

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant l'endroit où se trouve l'intervenant au moment de l'intervention réalisée auprès de l'utilisateur ou pour celui-ci.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Par exception, dans le cadre du programme de soutien à domicile, lorsqu'une intervention de soutien matériel comme des courses ou des emplettes (7913) est réalisée, le code du lieu doit correspondre à la valeur 120 (au domicile) ➤ Le lieu d'intervention pour une intervention téléphonique correspond au lieu où l'intervenant se retrouve pour faire l'appel. Dans le cas des interventions réalisées dans un lieu autre que le CLSC (autres lieux que 301), le lieu d'intervention doit être en cohérence avec le requis de services de l'utilisateur. Sinon, le lieu doit être 301 au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Par exemple, une intervention auprès d'un utilisateur en résidence privée pour aînés (RPA) dans son unité locative devrait être codifiée selon le lieu 140 RPA. Par contre, un intervenant installé dans un local en RPA effectuant des démarches pour un autre utilisateur que celui de la RPA devrait codifier ces démarches selon le lieu 301.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale manuelle à la saisie avec l'élément type d'utilisateur (0011) et l'âge de l'utilisateur : ➤ Si le code du lieu de l'intervention est 400 (milieu de travail) et si le type d'utilisateur est individu (code 1), l'âge de l'utilisateur doit être supérieur ou égal à 14 ans.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (missions CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0040	Lieu de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

110 Maison de naissance

120 Au domicile

Au domicile de l'usager, incluant : les HLM, appartements supervisés et foyers de groupe (sauf les résidences privées pour aînés (140)).

140 Résidence privée pour aînés

Est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Excluant : une installation maintenue par un établissement et un immeuble ou un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial.

145 École en santé privée

Dans une école privée qui implante l'approche École en santé.

Sont exclues de la liste des écoles privées :

- 1) Les écoles publiques (voir le code 155);
- 2) Les écoles qui ne donnent pas un enseignement régulier à des jeunes (préscolaire, primaire, secondaire);
- 3) Les écoles qui sont sur un territoire autochtone.

150 À l'école

Dans une école, un cégep ou toute autre institution d'enseignement.

155 École en santé publique

Dans une école publique qui implante l'approche École en santé.

Sont exclues de la liste des écoles publiques :

- 1) Les écoles privées (voir le code 145);
- 2) Les écoles qui ne donnent pas un enseignement régulier à des jeunes (préscolaire, primaire, secondaire);
- 3) Les écoles qui sont sur un territoire autochtone.

160 En ressource intermédiaire

La ressource intermédiaire est une ressource privée rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer dans la communauté un usager, lui procure un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien et d'assistance requis par sa condition.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0040	Lieu de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

170 En ressource de type familial

Les résidences de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

Sont reconnues à titre de familles d'accueil des personnes qui accueillent un maximum de neuf enfants en difficulté afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Sont reconnues à titre de résidences d'accueil des personnes qui accueillent un maximum de neuf adultes ou personnes âgées afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles en milieu naturel.

200 En service de garde (EXCLURE DES SAISIES)

Dans une garderie, une halte-garderie, un jardin d'enfants ou un service de garde en milieu familial.

*201 Centre de la petite enfance (CPE)

*202 Service de garde en milieu familial reconnu

*203 Garderie subventionnée

*204 Garderie non subventionnée

*205 Autre milieu de garde

300 Au CISSS ou CIUSSS (EXCLURE DES SAISIES)

*301 Au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)
Installation du CISSS ou CIUSSS, ou encore domicile de l'intervenant, incluant : dispensaire.

*302 Au CISSS ou CIUSSS (mission centre hospitalier)

*303 Au CISSS ou CIUSSS (mission centre d'hébergement)

*304 Au CISSS ou CIUSSS (centre de jour)

*305 Au CISSS ou CIUSSS (hôpital de jour)

*306 Au CISSS ou CIUSSS (aire ouverte)

*307 Au CISSS ou CIUSSS (mission centre de réadaptation)

*308 Au CISSS ou CIUSSS (centre de protection de l'enfance et de la jeunesse)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0040	Lieu de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 400 En milieu de travail**
Tout milieu de travail.
- 470 En centre de détention**
Dans une maison de détention, une prison ou tout autre milieu carcéral.
- 500 Dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu**
Dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu.
- 600 Autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux**
Dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux, incluant : CHSGS, CHSLD, centre de réadaptation, centre jeunesse.
- 900 Autres lieux**
Dans tout endroit autre que ceux qui sont énumérés précédemment, incluant : centre commercial, centre de loisirs, rue, etc.

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0041	Durée de l'intervention

FORMAT	Numérique	Longueur : 04	Gabarit : HHMM
DÉFINITION	Temps fourni par l'intervenant pour réaliser une intervention.		
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire pour les interventions réalisées dans le cadre des services de soutien à domicile. L'étendue des valeurs possibles est comprise entre 00 heure 01 minute et 23 heures 59 minutes.		
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ La durée se rapporte à une intervention, c'est-à-dire « une ou plusieurs actions réalisées pour un usager (individu, groupe, communautaire) et nécessitant l'ajout d'une note clinique significative au dossier » (chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2). ➤ Dans le cas d'une intervention se déroulant dans un lieu à l'extérieur du CLSC, la durée doit correspondre uniquement au temps de l'intervention effectuée dans ce lieu. Si une démarche ou une action découlant de cette intervention est réalisée au CLSC dans la même journée, le temps de réalisation de celle-ci ne doit pas être ajouté à la durée. L'action ou la démarche effectuée pourra en outre y être identifiée au code d'acte 2 ou 3 si approprié. ➤ Cette durée exclut le temps de transport de l'intervenant aller-retour au domicile de l'usager ou autres lieux. ➤ Dans le cadre de services achetés d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) admissibles au Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) lorsque le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) assume la contribution de l'usager, la durée totale de l'intervention auprès de l'usager doit être inscrite et non seulement la durée correspondant au montant payé par le CISSS ou CIUSSS. Par exemple, si l'établissement a payé 10 \$ sur 20 \$ pour une intervention de 1 heure, la durée inscrite doit être 1 heure et non 30 minutes. ➤ Valeur maximale permise : 23 heures 59 minutes. ➤ Un lien de pilotage doit obligatoirement être fait entre le sous-programme du CISSS ou CIUSSS en lien avec le centre ou le sous-centre d'activités et le lieu d'intervention.		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0041	Durée de l'intervention (suite)

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation de format automatique à la saisie.

Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément centre d'activités de l'intervention (0031):

- La durée de l'intervention doit obligatoirement apparaître si le centre d'activités concerne le soutien à domicile, c'est-à-dire si le code est 6173 (soins infirmiers à domicile), 6351 (inhalothérapie à domicile), 6531 (aide à domicile régulière), 6561 (services psychosociaux à domicile), 6864 (audiologie et orthophonie à domicile), 7101 (adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - DI et TSA), 7108 (adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - déficience physique), 7111 (nutrition à domicile), 7120 (intervention communautaire - service à domicile), 7161 (ergothérapie à domicile), 7162 (physiothérapie à domicile).

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

TRANSMISSION

Pour la transmission des durées d'intervention aux organismes externes, les minutes sont converties en système décimal afin d'en faciliter le traitement.

Par exemple :

- 5 h 15 est transformé en 5,25
- 5 h 30 est transformé en 5,5
- Etc.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0042	Langue d'intervention

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10						
DÉFINITION	Langue dans laquelle l'intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) a donné le service à l'utilisateur.						
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.						
PRÉCISIONS	Cette donnée est fournie par l'intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) à chacune des interventions.						
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.						
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).						
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES							
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.						
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises <table> <tr> <td>100</td> <td>Français</td> </tr> <tr> <td>200</td> <td>Anglais</td> </tr> <tr> <td>900</td> <td>Autres</td> </tr> </table>	100	Français	200	Anglais	900	Autres
100	Français						
200	Anglais						
900	Autres						

Chapitre 3 Description des éléments

Section 3.6 Intervention

Élément 0043 Nombre de participants/groupe de l'intervention

FORMAT	Numérique	Longueur : 03
DÉFINITION	Pour chaque usager-groupe, cette donnée correspond au nombre de participants aux activités du groupe qui sont présents au moment de l'intervention.	
DESCRIPTION	Cette quantité est obligatoire pour les usagers-groupes. L'étendue des valeurs est de 001 à 999.	
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Lors de la prise des présences au moment des rencontres, seuls les usagers visés par l'intervention seront comptabilisés. La présence d'intervenants du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), d'un parent ou d'un professeur ne devrait en aucun cas être comptabilisée, sauf si ces personnes sont visées par l'intervention. ➤ Par exemple, pour un groupe d'enfants hyperactifs, on considère l'enfant, mais pas le parent. Pour un groupe avec des parents (outiller les parents pour enfant anxieux), on considère seulement l'enfant sauf si le parent est visé dans le plan d'intervention. Pour un groupe parents-enfants (divorce, séparation), on considère l'enfant et le parent s'ils sont tous les deux visés par l'intervention.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément type d'utilisateur (0011) : ➤ Si le type d'utilisateur est groupe (code 2), le nombre de participants/groupe doit être différent de 0; ➤ Si le type d'utilisateur est individu (code 1) ou communautaire (code 3), le nombre de participants/groupe doit être 0.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (missions CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 3 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention
FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant le titre d'emploi de la personne qui effectue l'intervention.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervention. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Cette description du titre d'emploi correspond généralement aux titres d'emploi que l'on retrouve dans la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. ➤ La personne rémunérée par l'utilisateur à même l'allocation directe n'est pas considérée comme un intervenant. ➤ Afin d'alléger la nomenclature, un stagiaire a la permission d'utiliser le titre de l'emploi dans lequel il effectue son stage au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). ➤ Le personnel d'une agence privée est catégorisé selon le statut de l'intervenant (voir l'élément 0045).	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec le nom de l'intervenant (le nom de l'intervenant n'est pas transmis à la banque commune de données).	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

100	Médecin ¹⁸
110	Pharmacien ¹⁸
180	Infirmier ¹⁸
185	Infirmier clinicien
190	Infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne
225	Infirmier auxiliaire ¹⁸ , diplômé en soins de santé et soins d'assistance
275	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
300	Préposé aux bénéficiaires
325	Aide de service
330	Aide social
350	Travailleur social ¹⁸ , agent d'intervention en service social
400	Travailleur de quartier ou de secteur
425	Travailleur communautaire
450	Dentiste ¹⁸
460	Hygiéniste dentaire ¹⁸ , technicien dentaire ¹⁸ , technicien en hygiène dentaire (auxiliaire dentaire)
480	Assistant technique en médecine dentaire
485	Ergothérapeute ¹⁸ , thérapeute de la réadaptation fonctionnelle par l'activité
490	Préposé en physiothérapie et/ou en ergothérapie
500	Physiothérapeute ¹⁸ , thérapeute de la réadaptation fonctionnelle
510	Inhalothérapeute ¹⁸ , technicien de la fonction respiratoire
520	Kinésiologue
515	Sexologue
525	Psychologue ¹⁸ , spécialiste du comportement humain

¹⁸ Titre réservé.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

530	Technicien en diététique
550	Diététiste ¹⁹ , nutritionniste ¹⁹ , conseiller en alimentation
575	Organisateur communautaire
610	Éducateur, technicien en éducation spécialisée
620	Psychoéducateur ¹⁹
625	Agent de relations humaines, conseiller en ressources humaines ¹⁹
650	Technicien en assistance sociale
655	Criminologue
700	Technicien en garderie
850	Technologue en physiothérapie
875	Sage-femme ¹⁹
880	Audiologiste ¹⁹ , thérapeute de l'ouïe
895	Orthophoniste ¹⁹ , thérapeute de la parole, du langage et de la communication
900	Autre intervenant externe du secteur de la santé
925	Autre intervenant externe du secteur social
926	Intervenant d'un centre jeunesse
950	Autre intervenant externe du secteur de l'organisation communautaire
960	Autre intervenant externe du secteur scolaire
975	Autre intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

¹⁹ Titre réservé.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0045	Statut de l'intervenant de l'intervention

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code précisant le lien de l'intervenant avec le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervenant. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec le nom de l'intervenant (le nom de l'intervenant n'est pas transmis à la banque commune de données).
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seule la première position est transmise à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Personnel du CISSS ou du CIUSSS (mission CLSC), <u>incluant</u> les médecins Main-d'œuvre indépendante (MOI) Personnel provenant d'un fournisseur de main-d'œuvre indépendante, incluant les agences privées de placement. Stagiaire Personnel d'une EÉSAD – PEFSAD Service acheté d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) pour des services admissibles au Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) lorsque le CISSS ou CIUSSS assume la contribution de l'utilisateur (c'est-à-dire la différence entre le tarif horaire de l'EÉSAD et l'aide accordée à l'utilisateur par la RAMQ). Pour coder ce statut, il est essentiel que le CISSS ou CIUSSS paie la contribution de l'utilisateur, et ce, dans le cadre d'une entente de service conclue entre le CISSS ou CIUSSS, l'utilisateur et l'EÉSAD.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0045	Statut de l'intervenant de l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

5 Personnel d'une EÉSAD – hors PEFSAD

Service acheté d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) pour des services qui ne sont pas admissibles au PEFSAD. Pour coder ce statut, le CISSS ou CIUSSS doit avoir une entente de service avec l'EÉSAD et payer 100 % de la facture.

6 Personnel d'une résidence privée pour aînés (RPA)

Service acheté auprès d'une résidence privée pour aînés.

7 Personnel d'un autre service acheté

Service acheté auprès d'un fournisseur autre que ceux énumérés aux statuts 4, 5 ou 6.

9 Autre statut

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre 3 Description des éléments

Section 3.6 Intervention

Élément 0046 Nombre d'intervenants associés à l'intervention

FORMAT	Numérique	Longueur : 03
DÉFINITION	Nombre d'intervenants associés participant à l'intervention, et ce, pour chaque intervention réalisée par les intervenants associés.	
DESCRIPTION	Cette quantité est générée automatiquement par le système au moment où les intervenants sont saisis comme intervenants associés. Sinon, la saisie de cette quantité est obligatoire. L'étendue des valeurs possibles est de 0 à 99. Lorsqu'il n'y a pas d'intervenant associé, la valeur par défaut est égale à 0.	
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ La valeur par défaut est 0 et doit être présente si aucun intervenant associé n'a été saisi.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central (la valeur par défaut est 0 et doit être présente si aucun intervenant associé n'a été saisi). Validation interéléments Aucune	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Seules les 2 premières positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0047	Niveau de scolarité visé par l'intervention

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 03
DÉFINITION	Identifiant du niveau de scolarité visé par l'activité ou l'intervention qui se fait à l'école (lieu 150), à l'École en santé publique (lieu 155) ou à l'École en santé privée (lieu 145).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et de longueur 2.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2000. Consignes à la saisie ➤ Si le lieu est 150 (école), 155 (École en santé publique) ou 145 (École en santé privée), le niveau de scolarité est obligatoire. ➤ La valeur sans objet (SO) est utilisée pour une intervention qui a lieu dans une école (lieu 150), à l'École en santé publique (lieu 155) ou à l'École en santé privée (lieu 145), mais qui ne s'adresse pas à la clientèle d'âge scolaire.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément lieu de l'intervention (0040) : ➤ Si le lieu est 150 (école), 155 (École en santé publique) ou 145 (École en santé privée), le niveau de scolarité est obligatoire.
REQUIS PAR SOURCE DE DONNÉES EXTERNNES	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
TRANSMISSION	Seules les 2 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre 3 Description des éléments
Section 3.6 Intervention
Élément 0047 Niveau de scolarité visé par l'intervention (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

Préma- ternel- le	Mater- nel- le	Primaire								Secondaire							Collé- gial	Uni- ver- sitai- re	Sans objet
PP	PM	P1	P2	P3	P4	P5	P6	PC (SAI) ²⁰	SG ²¹	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SC (SAI) ²⁰	CC	UC	SO ²²

²⁰ (SAI) Sans autre indication

²¹ Service de garde en milieu scolaire

²² Pour une intervention dans une école (lieu 150,155 ou 145) qui ne s'adresse pas à la clientèle d'âge scolaire.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0048	Programme d'intervention

FORMAT Alphanumérique Longueur : 03

DÉFINITION Code permettant d'indiquer un programme d'intervention clinique reconnu, appliqué pour la prestation des services aux usagers. Ensemble cohérent et structuré d'objectifs, de ressources et d'activités permettant la production de biens et de services spécifiques répondant à un ou à plusieurs besoins précis d'une population ciblée²³.

DESCRIPTION Cette catégorisation est obligatoire lors de la prestation d'un programme d'intervention désigné aux valeurs du présent élément. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.

PRÉCISIONS Cet élément a été créé au cadre normatif au champ libre *Cadre normatif – Intervention – 2 (CN-INT-2)* de l'intervention pour un usage spécial aux fins de recherche ou pour répondre à des besoins particuliers pour une période donnée seulement.

Consignes à la saisie

- La saisie du code *100 Programme d'intervention en négligence* est obligatoire pour toute intervention réalisée par tout intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), dans le cadre d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace (ex. PAPFC2).
- La saisie du code *100 Programme d'intervention en négligence* débute au moment de l'acceptation de l'utilisateur et de sa famille à recevoir les services et participer aux activités prévues à ce programme et cesse lorsqu'il ne reçoit plus de services dans le cadre de celui-ci.

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

²³ Gouvernement du Québec. Gazette officielle du Québec : Directives concernant l'évaluation de programme dans les ministères et les organismes du Québec : L'Éditeur officiel du Québec, 2014.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.6	Intervention
Élément	0048	Programme d'intervention (suite)

REQUIS PAR Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (missions CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES Liste des valeurs permises

Liste des codes historiques
Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

100 Programme d'intervention en négligence

Ensemble d'interventions multidimensionnelles, diversifiées, constantes, structurées et de longue durée auprès des parents négligents ou à risque de négligence, et de leurs enfants âgés de 0 à 12 ans. Ces dernières tiennent compte des besoins matériels, affectifs et sociaux des enfants et des parents ainsi que des besoins liés à l'exercice du rôle parental. Les parents peuvent être aux prises avec des problèmes de santé physique, de santé mentale ou de toxicomanie et avoir des antécédents familiaux de négligence et de mauvais traitements. La majorité d'entre eux sont démunis économiquement et ont un réseau social limité. Les CISSS et les CIUSSS sont responsables d'offrir ce programme qui est dispensé sur une durée se situant autour de deux ans par le programme-services jeunes en difficulté, en collaboration avec les autres programmes-services de l'établissement afin d'assurer une réponse globale aux besoins des jeunes et de leur famille. Il nécessite aussi la collaboration et l'implication d'autres partenaires intersectoriels.

200 Réservé au cadre normatif pour usager futur

300 Réservé au cadre normatif pour usage futur

400 Réservé au cadre normatif pour usager futur

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle

Introduction

Une activité ponctuelle est une activité réalisée pour un individu ou un groupe d'individus dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou par visioconférence. La nature de cette activité ne justifie pas la rédaction d'une note clinique significative au dossier de l'utilisateur et encore moins l'ouverture d'un dossier. Il s'agit souvent d'une demande d'information, de référence, de conseil, d'assistance ou de service téléphonique pour laquelle aucun suivi n'est généralement prévu.

Note : Il peut arriver qu'un dossier soit déjà ouvert pour l'utilisateur faisant l'objet d'une activité ponctuelle. L'intervenant peut consigner une note au dossier, mais en aucun cas il ne peut la qualifier de « significative », ce qui entraînerait une intervention au sens du cadre normatif (voir dans cette section les définitions des termes « intervention » et « note et note clinique significative »).

Par ailleurs, à des fins statistiques, toute activité ayant un caractère « anonyme » et, par conséquent, ne pouvant générer de note clinique significative dans un dossier est considérée comme une activité ponctuelle (exemple : dépistage anonyme ITSS).

En plus de la note clinique significative portée au dossier de l'utilisateur, ce sont les règles d'ouverture de dossiers (chapitre 2, section 2.2 du cadre normatif de base) qui départagent les interventions des activités ponctuelles dans le système d'information.

Le choix des activités ponctuelles à normaliser a été fait en fonction des besoins d'information liés, notamment, aux priorités nationales en matière de santé publique. Seuls les codes d'actes énumérés à l'élément 0054 sont autorisés pour l'activité ponctuelle normalisée.

Cette section du cadre normatif contient toute l'information sur les activités ponctuelles normalisées à transmettre à la banque commune de données, et ce, dans le respect des lois et des règlements en vigueur.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle (suite)

Introduction (suite)

La normalisation des activités ponctuelles est réalisée en utilisant des champs existants du système d'information clientèle I-CLSC et de la section principale du cadre normatif, version octobre 2019. Seuls les champs visés par la normalisation ont été rapatriés et se retrouvent donc dans ce chapitre.

En ce qui concerne les valeurs de ces champs, elles ont été ajustées dans la section principale avec une mention, si tel est le cas, indiquant que les codes sont réservés à la normalisation des activités ponctuelles. Dans la présente section, on a rapatrié les codes de premier niveau pouvant se rapporter aux activités ponctuelles visées, ainsi que les définitions et descriptions qui y correspondent. Certaines définitions ont été revues pour tenir compte du contexte propre aux catégories d'activités ponctuelles normalisées.

Lors de la transmission des données, deux moyens sont utilisés pour départager les activités ponctuelles normalisées de celles qui ne le sont pas. D'abord, on définit le contenu à normaliser et les champs pour le faire. On détermine ensuite ce qui doit être transmis à la banque commune de données. L'usage exclusif des champs et des codes se rapportant aux activités ponctuelles normalisées réglerait donc rapidement la question. Cependant, on ne peut garantir que chaque CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) respectera intégralement cette consigne.

Voilà pourquoi un moyen additionnel est utilisé. Le code 5500 – Prévention-éducation (activité ponctuelle normalisée) du champ « raison de l'activité ponctuelle » sera utilisé de façon exclusive pour toutes les activités ponctuelles normalisées. En conséquence, seuls les enregistrements présentant ce code dans le champ « raison 1 » seront transférés à la banque commune de données.

Les CISSS et CIUSSS (mission CLSC) qui voudraient consigner dans le système I-CLSC d'autres activités ponctuelles devront obligatoirement utiliser tout autre code que 5500 dans le champ « raison 1 », de la partie « intervention/activité » de l'écran de saisie. Les enregistrements utilisant des codes autres que 5500 dans le champ « raison 1 de l'activité ponctuelle » ne seront pas transmis à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle (suite)

La présente section regroupe les éléments d'information relatifs à l'activité ponctuelle. Ces données sont obtenues par l'intervenant.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

- 0049 Numéro de l'activité ponctuelle
- 0050 Centre d'activités de l'activité ponctuelle
- 0051 Date de l'activité ponctuelle
- 0052 Type d'activité ponctuelle
- 0053 Raison de l'activité ponctuelle
- 0054 Acte de l'activité ponctuelle
- 0055 Suivi de l'activité ponctuelle
- 0056 Profil de l'activité ponctuelle
- 0057 Mode de l'activité ponctuelle
- 0058 Lieu de l'activité ponctuelle
- 0059 Langue de l'activité ponctuelle
- 0060 Nombre de participants/groupe de l'activité ponctuelle
- 0061 Catégorie d'intervenant de l'activité ponctuelle
- 0062 Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle
- 0063 Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle
- 0064 Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0049	Numéro de l'activité ponctuelle

FORMAT	Numérique	Longueur : 09
DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'une activité ponctuelle réalisée auprès d'un usager.	
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont comprises entre 000000001 et 99999999.	
PRÉCISIONS	La composition du numéro de l'activité ponctuelle est laissée à la discrétion du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Ce numéro peut être attribué automatiquement par le système ou manuellement par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de l'activité ponctuelle est remplacé par un numéro séquentiel à 6 positions, neutre et anonyme, afin de préserver la confidentialité des données des usagers. La séquence démarre par le numéro 000001 à chaque transmission.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités, répertorié dans le Manuel de gestion financière, le service rendu se rapporte.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Le sous-programme n'apparaît pas comme élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système d'information I-CLSC. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il enregistre une activité ponctuelle. ➤ Le lien de pilotage est obligatoirement fait avec le centre d'activités ou le sous-centre d'activités et le sous-programme. Pour faire le lien de pilotage dans le sous-programme, il faut obligatoirement sélectionner le centre d'activités ou le sous-centre d'activités dans le menu déroulant. ➤ L'activité ponctuelle concerne un seul centre ou sous-centre d'activités alors qu'un intervenant peut être rattaché à un ou plusieurs centres ou sous-centres d'activités. ➤ Les centres d'activités non identifiés à la mission CLSC des CISSS et CIUSSS dans le Manuel de gestion financière (MGF) ne doivent pas apparaître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé doit être rattaché à l'un des centres d'activités identifiés à la mission des CISSS et CIUSSS (mission CLSC). (voir l'annexe 3 du cadre normatif et le Manuel de gestion financière (MGF)).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle (suite)

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.
Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

Validation interéléments

Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

Aux fins de la transmission de données aux organismes externes, une correspondance est effectuée entre la notion de sous-programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et les centres ou sous-centres d'activités du Manuel de gestion financière. C'est l'un ou l'autre de ces derniers codes qui est transmis à la banque commune de données. Seules les 5 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs transmises

Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à la banque commune de données I-CLSC (annexe 3).

Pour connaître la définition des valeurs permises admissibles à la banque commune de données I-CLSC, se référer au Manuel de gestion financière (MGF).

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0051	Date de l'activité ponctuelle

FORMAT	Date Longueur : 12 Gabarit : AAAAMMJJHHMM
DÉFINITION	Selon le système international, date (année, mois, jour, heure, minute) de l'activité ponctuelle réalisée auprès de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour chaque activité ponctuelle.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ S'assurer que la date du jour, générée automatiquement par le système, correspond à la bonne date de l'activité ponctuelle.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de l'activité ponctuelle doit être antérieure ou égale à la date du jour. Si l'activité ponctuelle est rattachée à un numéro de dossier usager, il y a : Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date d'ouverture du dossier (CSSS 0009) et la date de naissance de l'utilisateur (CSSS 0014) : ➤ La date de l'activité ponctuelle doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier; ➤ La date de l'activité ponctuelle doit également être postérieure ou égale à la date de naissance de l'utilisateur-individu.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 8 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0052	Type d'activité ponctuelle

FORMAT	Numérique	Longueur : 01
DÉFINITION	Code permettant de catégoriser les activités ponctuelles en fonction des caractéristiques des usagers concernés.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire.	
PRÉCISION	Pour différencier l'activité ponctuelle normalisée individuelle et de groupe, se référer à l'élément 0054 Acte de l'activité ponctuelle.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	La première position est transmise à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 1 Activité ponctuelle individualisée 4 Activité ponctuelle de groupe	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0053	Raison de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Besoin ou situation de l'usager tel qu'établi par l'intervenant au cours de l'activité ponctuelle.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Bien que le système permette de consigner trois raisons pour chaque activité ponctuelle, seul le code de raison 5500 (prévention – éducation) doit être consigné pour décrire les activités ponctuelles normalisées. ➤ On ne peut pas inscrire le code de raison 5500 dans le champ des raisons 2 et 3.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation hiérarchique automatique et manuelle à la saisie des raisons 2 et 3 avec la raison 1. Validation hiérarchique manuelle à la saisie de la raison 3 avec la raison 2. Validation hiérarchique manuelle à la saisie de la raison 3 avec la raison 2 et la raison 1, et de la raison 2 avec la raison 1.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seuls les enregistrements ayant le code 5500 dans le champ de la raison 1 sont transmis à la banque commune de données. Seules les 4 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0053	Raison de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises (pour l'activité ponctuelle normalisée)**

5500 Prévention – éducation (activité ponctuelle normalisée)

Demandes effectuées dans le cadre d'un programme de prévention et reliées à une problématique présente ou non dans la communauté. Ces activités visent à maintenir et à promouvoir la santé physique, psychologique et sociale.

Pour les activités ponctuelles non normalisées (code 5600 et autres codes, selon la raison, à l'exception du code 5500), on peut se référer aux codes présentés au chapitre 3, section 3.6, élément 0034 de la section principale du document. Ces enregistrements ne seront pas transmis à la banque commune de données.

Particularité :

Pour les activités de repérage, de dépistage et les demandes d'information en lien avec le sinistre de Lac-Mégantic ou les inondations provinciales de 2017 et 2019 ou une pandémie, saisir 5500 en raison 1 afin de normaliser l'activité ponctuelle, puis saisir en raison 2:

***4006** Victime de sinistres incluant : incendie, inondations, etc.

***4010** Problème en lien avec le sinistre de Lac-Mégantic

***5851** Pandémie – COVID-19

Consultations, difficultés ou troubles liés directement ou indirectement au COVID-19 ou à des répercussions de celui-ci en matière de symptômes, de contacts interpersonnels, de contacts sociaux et culturels, d'inquiétude, de médiatisation, de pénurie, etc.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0054	Acte de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Actions réalisées par l'intervenant au cours de l'activité ponctuelle pour un usager.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour les activités ponctuelles normalisées. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ On peut consigner jusqu'à trois actes pour chaque activité ponctuelle. Le code traduit l'acte réel et non l'acte prévu. ➤ Le premier acte qui est codifié doit traduire l'action sur laquelle a porté la majeure partie de l'activité ponctuelle. Les autres actes (2^e et 3^e) sont des actions qui coexistent, qui surviennent pendant l'activité ponctuelle ou qui influent sur cette dernière. ➤ Les actes de l'activité ponctuelle doivent être saisis de façon successive à partir du champ de l'acte 1. ➤ Au module pilotage, un code défini comme étant de deuxième niveau et précédé d'un astérisque (*) au cadre normatif doit être rattaché à lui-même. ➤ De plus, les autres codes de deuxième niveau qui ne sont pas précédés d'un astérisque (*) au cadre normatif doivent être rattachés au code de premier niveau de la grande catégorie. ➤ Pour plus de renseignements sur la notion de niveaux, se référer au chapitre 2, section 2.2, sous-section 2.2.2, de la section principale du document.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central²⁴. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

²⁴ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0054	Acte de l'activité ponctuelle (suite)

VALIDATION	Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie ²⁵ Validation hiérarchique automatique à la saisie de l'acte 2 et de l'acte 3 avec l'acte 1 ²⁵ . Validation hiérarchique manuelle à la saisie de l'acte 3 avec l'acte 2 ²⁵ . Validation hiérarchique manuelle à la saisie de l'acte 3 avec l'acte 2 et l'acte 1, et de l'acte 2 avec l'acte 1 ²⁵ .
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 4 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises (pour l'activité ponctuelle normalisée)

Actes autorisés pour l'activité ponctuelle INDIVIDUELLE normalisée

- 6600 Actions à caractère diagnostique- (code 6600 réservé à l'intervention seulement)**
- *6632 Prélèvement(s) pour test de dépistage VIH, excluant : prélèvement(s) pour test de dépistage rapide VIH (6635)
 - *6633 Prélèvement(s) pour test de dépistage hépatite C
 - *6634 Prélèvement(s) pour dépistage d'ITSS autre que VIH et hépatite C
 - *6635 Prélèvement(s) pour test de dépistage rapide VIH
- 6925 Actions de dépistage de difficultés développementales Agir tôt 0-5 ans**
- Action visant à communiquer aux parents, les résultats et les recommandations issus du dépistage des indices de difficultés liées au développement dans les domaines de la communication, de la cognition, du développement socio-affectif et/ou de la santé physique et du développement moteur, chez l'enfant de 0 à 5 ans réalisé à l'aide de questionnaires sur la plateforme numérique Agir tôt.
- 6930 Actions de dépistage des maladies buccodentaires**
- Actions visant à déceler, à l'aide d'une lumière adéquate et d'un miroir ou d'un abaisse-langue, des problèmes pouvant être reliés à la carie dentaire, à l'éruption dentaire ou au positionnement des dents, à la parodontie et à l'hygiène dentaire.

²⁵ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0054	Acte de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises (pour l'activité ponctuelle normalisée)**

Actes autorisés pour l'activité ponctuelle INDIVIDUELLE normalisée (suite)

- 6935 Action de dépistage pour l'application d'un agent de scellement**
Actions visant à identifier les usagers pouvant bénéficier de l'application d'un agent de scellement des puits et fissures.
- 6940 Actions de dépistage postnatal**
Actions visant à déceler par un examen physique, une observation ou une entrevue :
 ➤ Des problèmes de santé, un retard de croissance ou un retard de développement chez le nouveau-né;
 ➤ Un problème de santé physique ou psychologique chez la mère;
 Des facteurs de risques environnementaux présents dans la famille et susceptibles d'affecter la santé et le développement de l'enfant (pauvreté économique, monoparentalité, âge et scolarité des parents, nombre d'enfants dans la famille, présence de maladies ou d'handicaps dans la famille, événements stressants).
- 6945 Actions de surveillance du développement de l'enfant (Outil de suivi de l'enfant ABCdaire18mois+)**
Actions de surveillance réalisée par l'infirmière lors du rendez-vous de vaccination de 18 mois. L'infirmière utilise l'outil de suivi de l'enfant ABCdaire 18mois + qui rassemble les questions à poser aux parents afin de vérifier si des indices de difficultés sont présents chez l'enfant.
- 7120 Actions éducatives et préventives concernant les ITSS et le VIH/SIDA (le code 7120 est exclusif à l'activité ponctuelle de groupe)**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur les maladies transmissibles sexuellement et par le sang.
- *7121 Counseling prétest concernant les ITSS
- *7123 Counseling post-test concernant les ITSS sans IPPAP
- *7124 Counseling post-test concernant les ITSS avec IPPAP avec approche négociée
- *7125 Counseling post-test concernant les ITSS avec IPPAP avec approche passive
- 8960 Actions en contexte de pandémie (Activité ponctuelle seulement)**
- *8961 Actions de repérage des besoins psychosociaux en contexte de pandémie (en acte 1 seulement)**
Action visant à établir le contact avec les personnes nécessitant une attention particulière, leurs proches et la population indirectement touchée par la pandémie et à reconnaître les personnes nécessitant une évaluation de leurs besoins psychosociaux en raison de leur vulnérabilité.
- *8962 Actions éducatives et préventives en contexte de pandémie**
Actions éducatives, préventives et d'enseignements reliée à la pandémie.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0054	Acte de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises (pour l'activité ponctuelle normalisée)

Actes autorisés pour l'activité ponctuelle de GROUPE normalisée

- 6240 Actions éducatives et d'instructions relatives à l'hygiène dentaire**
Le code 6240 est utilisable pour une activité ponctuelle de groupe.
Actions éducatives et d'instructions relatives à l'hygiène dentaire.
- 6920 Actions éducatives et préventives reliées aux activités physiques et récréatives**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant les activités physiques et récréatives.
- 6950 Actions éducatives et préventives concernant l'usage de drogues**
Actions variées d'éducation, de prévention et d'enseignement reliées à l'usager inapproprié (en fonction de l'individu, des substances et des contextes) de drogues, dans une optique passant de la promotion à la réduction des méfaits.
- 6960 Actions éducatives et préventives concernant l'usage d'alcool**
Actions variées d'éducation, de prévention et d'enseignement reliées à l'usage inapproprié d'alcool en fonction de l'individu (âge, santé, etc.) et des contextes.
- 6970 Actions éducatives et préventives concernant l'usage de tabac**
Actions éducatives, préventives et d'enseignements reliées à l'usage du tabac, excluant les actions éducatives concernant le soutien à l'abandon du tabagisme (6980).
- 6980 Actions de soutien à l'abandon du tabagisme**
Actions de soutien auprès de personnes qui ont entrepris une démarche d'abandon du tabagisme.
- 6990 Actions éducatives et préventives concernant l'usage de médicaments**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement reliées à l'usage inapproprié de médicaments, aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses et à la promotion de solutions non médicamenteuses.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0054	Acte de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises (pour l'activité ponctuelle normalisée)**

Actes autorisés pour l'activité ponctuelle de groupe normalisée (suite)

- 7000 Actions éducatives et préventives en alimentation et nutrition**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement sur la nutrition et les régimes.
- 7020 Actions éducatives et préventives concernant la saine gestion du poids**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement visant une saine gestion du poids.
- 7100 Actions éducatives et préventives en santé sexuelle**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur la santé sexuelle.
- 7110 Actions éducatives et préventives concernant l'usage de méthodes contraceptives**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement auprès d'individus ou de groupes sur les moyens utilisés en matière de planification des naissances.
- 7115 Actions éducatives et préventives concernant les ITSS dans le cadre du service d'accès au matériel d'injection stérile et de récupération des seringues usagées (exclusif à l'activité ponctuelle)**
Actions éducatives et préventives concernant les ITSS dans le cadre du service d'accès au matériel d'injection stérile et de récupération des seringues usagées.
- 7120 Actions éducatives et préventives concernant les ITSS et le VIH/SIDA**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur les maladies transmissibles sexuellement et par le sang.
- 7130 Actions éducatives et préventives concernant les rôles familiaux**
Actions de promotion ou de prévention à l'intention des parents, pouvant prendre les formes suivantes :
 - Groupes d'information, de discussion ou d'entraide destinés à favoriser, chez les parents, l'adoption d'attitudes et de comportements favorables au développement des enfants ou des adolescents.
- *7131 Postnatalité, incluant : visite (intervention seulement) ou rencontre (cours) postnatale
- *7132 Prénatalité, incluant : visite (intervention seulement) ou rencontre (cours) prénatale

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0054	Acte de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises (pour l'activité ponctuelle normalisée)**

Actes autorisés pour l'activité ponctuelle de groupe normalisée (suite)

- 7140 Actions éducatives et préventives concernant les rôles du père**
Activités ayant pour but d'augmenter les connaissances et habiletés du père ou du futur père et de favoriser l'attachement parental.
- 7150 Actions éducatives et préventives concernant les rôles de la mère**
Activités ayant pour but d'augmenter les connaissances et habiletés de la future mère ou de la mère, ainsi que de favoriser l'attachement parental.
- 7210 Actions éducatives et préventives concernant la violence conjugale**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant la violence dans le couple.
- 7220 Actions éducatives et préventives concernant la violence faite aux femmes**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant la violence faite aux femmes, excluant : les activités éducatives et préventives concernant la violence conjugale (7210).
- 7230 Actions éducatives et préventives concernant la violence envers les enfants**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant la violence envers les enfants.
- 7240 Actions éducatives et préventives concernant les relations entre pairs**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant les saines relations entre les pairs.
- 7250 Actions éducatives et préventives concernant le suicide**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement concernant les comportements suicidaires.
- 7255 Actions éducatives et préventives auprès des sentinelles concernant le suicide**
- 7350 Actions éducatives et préventives concernant les traumatismes non intentionnels**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement portant sur les brûlures, les accidents, les empoisonnements, etc.
- 7360 Actions éducatives et préventives concernant les chutes**
Actions éducatives, préventives et d'enseignement visant les personnes à risque de chutes.
- 8000 Actions éducatives et préventives en santé mentale**
Actions qui visent l'amélioration du bien-être personnel et collectif en développant des facteurs de robustesse chez l'individu et les groupes ainsi que des conditions favorables à la santé mentale. Ces actions portent sur les déterminants de la santé mentale plutôt que sur les facteurs de risque. La prévention et la promotion en santé mentale permettent d'aborder l'individu dans sa réalité sociale et de structurer des interventions selon cette approche. Elles s'adressent à la population en général ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions.
- 8050 Actions éducatives et préventives en santé cognitive**
Actions éducatives et préventives favorisant une bonne santé cognitive

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0055	Suivi de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant le suivi à donner à l'activité ponctuelle.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3. Certaines définitions de suivi ont été ajustées au contexte particulier des activités ponctuelles normalisées.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Lorsqu'un intervenant ne fait que suggérer ou proposer à l'utilisateur de se diriger vers une ressource extérieure au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) sans autre indication, il ne s'agit pas d'une référence formelle.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central²⁶. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 100 Aucun suivi sans référence formelle Activités ponctuelles ne nécessitant pas de relance, de suivi ou de référence interne ou externe (ex. : enfant qui n'est pas à risque et n'a aucun besoin évident de traitement (BET) en santé dentaire²⁷).

²⁶ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

²⁷ Selon le critère provincial.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0055	Suivi de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- *101 Aucun suivi sans référence formelle**
Dépistage de la carie dentaire
(Enfant non à risque, sans besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) et sans expérience évidente de carie dentaire)
Dépistage du besoin d'un agent de scellement
(Enfant sans besoin d'agent de scellement, sans BET et sans expérience évidente de carie)
- *102 Aucun suivi sans référence formelle**
Dépistage de la carie dentaire
(Enfant non à risque, sans besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) et avec une expérience de carie dentaire)
Dépistage du besoin d'un agent de scellement
(Enfant sans besoin d'agent de scellement, sans BET mais avec une expérience de carie)
- 200 Aucun suivi avec référence formelle interne**
Activité ponctuelle ne nécessitant pas de relance ou de suivi et pour laquelle l'intervenant effectue une démarche verbale ou écrite auprès d'un des programmes-services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
- 300 Aucun suivi avec référence formelle externe**
Activité ponctuelle ne nécessitant pas de relance ou de suivi et pour laquelle l'intervenant effectue une démarche verbale ou écrite pour l'utilisateur auprès d'un autre organisme, établissement ou ressource extérieure au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (ex. : enfant qui n'est pas à risque, mais qui a un besoin évident de traitement (BET) en santé dentaire²⁸).
- 400 Suivi sans référence formelle**
Fait suite à l'activité ponctuelle sans référence interne ou externe (ex. : enfant à risque sans besoin évident de traitement (BET) en santé dentaire²⁹).

²⁸ Selon le critère provincial.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0055	Suivi de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

500 Suivi avec référence formelle interne

Poursuite de l'activité par l'intervenant qui effectue, en plus, une démarche verbale ou écrite auprès d'un des programmes-services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) : services courants, famille-enfance-jeunesse ou soutien à domicile.

600 Suivi avec référence formelle externe

Fait suite à l'activité ponctuelle où l'intervenant effectue une démarche verbale ou écrite pour l'utilisateur auprès d'un autre organisme, établissement ou ressource extérieure au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (ex. : enfant à risque ayant un besoin évident de traitement (BET) en santé dentaire²⁹).

700 Suivi requis, mais refusé par l'utilisateur

Résultat d'un dépistage positif en activité ponctuelle où l'utilisateur refuse tout service.

²⁹ Selon le critère provincial.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0056	Profil de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant la nature du service rendu à l'utilisateur au cours de l'activité ponctuelle.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle normalisée et s'inscrit dans un des programmes-services proposés par le MSSS. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	La sélection des valeurs de profils possibles pour l'activité ponctuelle normalisée tient compte des éléments qui suivent : ➤ Les activités de dépistage buccodentaire et de dépistage postnatal font nécessairement partie du programme de santé publique. ➤ En ce qui concerne les activités d'éducation systématique et de masse, les activités offertes dans d'autres programme-services font partie intégrante de ceux-ci. C'est pourquoi on ne trouve pas seulement le programme de santé publique à la liste des valeurs permises. ➤ De plus, comme la normalisation touche uniquement la liste des actes, certains programme-services ne sont pas indiqués pour l'activité ponctuelle normalisée. Par exemple, on ne retient pas le profil « déficience physique » puisque les actes normalisés ne comprennent pas les activités de prévention reliées à l'apparition de déficiences, au dépistage et à l'information, et s'adressant à des personnes susceptibles de développer une déficience physique ou à leurs parents.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central³⁰. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central.

³⁰ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0056	Profil de l'activité ponctuelle (suite)

VALIDATION **Validation interéléments**
Aucune.

REQUIS PAR Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**
Charte des profils d'intervention par programme-services pour l'activité ponctuelle

Santé mentale	410	411		
Services généraux	191	420	511	525
Santé physique				
Santé publique	511 (groupe)	565	590	591
Jeunes en difficulté	810			
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	710			
Dépendances	610			

191 Autres services de santé physique court terme (programme Services généraux)

Services de santé physique de courte durée offerts à l'ensemble de la population afin de traiter des problèmes aigus et réversibles s'adressant aussi à des personnes ayant des incapacités temporaires. Ils couvrent les soins, les traitements et les activités de laboratoire (dépistage des ITSS). Incluant : le counseling des ITSS (pré et post), l'information et l'enseignement de base donné dans la période suivant l'annonce du diagnostic des maladies chroniques suivantes : asthme, MPOC, MCAS, diabète et cancer (par exemple, la clientèle des Services courants).

410 Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (programme Santé mentale)

Services qui consistent en des activités d'évaluation, de consultation, de traitement, de suivi et de référence rendus à la personne ayant un trouble mental ou en voie d'être diagnostiquée. Les services sont offerts dans une perspective de rétablissement et de réadaptation afin de permettre à la personne l'atteinte d'un niveau optimal de fonctionnement et d'autonomie. Les professionnels de ces services sont généralement intégrés dans une équipe multidisciplinaire. Incluant : les services dispensés à l'unité d'urgence dont les coûts sont déclarés au centre d'activités 6240 – L'urgence.

411 Services dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (programme Santé mentale)

Ensemble d'activités d'évaluation, de traitement, de suivi et de références rendus à la personne ayant un trouble mental avéré ou présumé, qui est spécifiquement pris en charge par le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Les services suivent un modèle de soins par étapes, selon des guides de pratique clinique fondés sur les données probantes. Les traitements varient, entre autres, des autosoins jusqu'à la psychothérapie. L'évolution des symptômes, du fonctionnement et de la qualité de vie de la personne sont mesurés en continu à chaque consultation. Les services aux personnes ayant un trouble mental avéré ou présumé qui ne sont pas pris en charge par le (PQPTM) doivent être attribués au profil Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux - programme Santé mentale (410).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0056	Profil de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

420 Services psychosociaux généraux (programme Services généraux)

Services qui consistent en des activités d'évaluation, de référence, de suivi, d'aide et de soutien. Ils sont offerts à proximité aux personnes qui requièrent des services psychosociaux de courte durée (consultation individuelle, de couple, familiale ou de groupe) pour des problèmes situationnels qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible (ex. : événement stressant, perte d'un être cher, difficulté relationnelle). Ils visent à développer, améliorer ou restaurer l'habileté personnelle et sociale ainsi qu'à prévenir la détérioration de la situation. Ces services s'adressent à l'ensemble de la population, excluant : les services de prise en charge par les services spécifiques (ex. : services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (410), services dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (411), services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (810)).

511 Services aux femmes enceintes, clientèle régulière (prénatal) (programme Services généraux si suivi individuel, programme Santé publique si suivi de groupe)

Services visant à aider les femmes enceintes à donner naissance à des bébés en santé, dans des conditions psychologiques satisfaisantes. Ces services comprennent notamment les rencontres prénatales, l'intervention nutritionnelle, l'éducation sanitaire, les visites à domicile et le dépistage du VIH, excluant tout suivi pour l'application d'un programme SIPPE (565).

525 Suivi postnatal ou activité de dépistage postnatal (mère et bébé), clientèle régulière (programme Services généraux)

Services de soutien (soins) à domicile, aide à l'allaitement maternel, aide à l'adaptation du nouveau-né, dépistage et aide pour des situations psychosociales à risque, excluant l'immunisation. Ce code est utilisé pour l'activité de dépistage postnatal (activité ponctuelle) ou pour toute visite postnatale (intervention). Excluant tout suivi pour l'application d'un programme SIPPE (565).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0056	Profil de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

565 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) (programme Santé publique)

Les SIPPE sont des services qui s'inscrivent dans un continuum d'intervention en promotion de la santé et en prévention pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils ont pour objet de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la douzième semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles (mère, père et enfants de 0-5 ans) jusqu'à l'entrée à l'école. Dans le contexte des SIPPE, la vulnérabilité est définie à partir du statut socioéconomique, du niveau de scolarisation et de l'isolement social.

Les visites à domicile constituent la principale modalité d'intervention. Leur fréquence est modulée en fonction des besoins de la famille, qui sont représentés par l'atteinte d'objectifs associés à des niveaux. La fréquence recommandée pour chacun des niveaux et les objectifs associés sont précisés dans les balises de l'intervention. D'autres modalités complémentaires, telles que les rencontres de groupe, l'accompagnement vers les ressources de la communauté et l'intégration de l'enfant en service de garde éducatif à l'enfance, sont également recommandées.

Les interventions portent notamment sur le développement d'un lien d'attachement sécurisant parents-enfant, le soutien aux pratiques parentales positives, le développement global des enfants, l'allaitement, les saines habitudes de vie, les suivis de santé physique et mentale, incluant la planification des naissances, la santé dentaire, la couverture vaccinale, la sécurité à domicile, les comportements sexuels sécuritaires, les réseaux de soutien social, les projets de vie porteurs de réussite et l'intégration socioprofessionnelle des parents, l'accessibilité et la continuité des services publics et communautaires, les environnements favorables à la santé et au bien-être.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0056	Profil de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

590 Autres services de santé publique (programme Santé publique)

Services en matière de prévention, de promotion et de protection, individuelles ou de groupe, servant à améliorer la santé et le bien-être général de la population en lien avec le programme national de santé publique. Incluant : l'activité de prévention et de promotion en groupe, les services dentaires préventifs, les saines habitudes de vie, la prévention des maladies, l'organisation communautaire autre que le SAD, l'immunisation, les centres d'abandon du tabagisme et la clientèle à risque d'ITSS non ciblée par les SIDEPS. Excluant les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPS) des ITSS pour les personnes vulnérables et à risque.

591 Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPS) des ITSS (programme Santé publique)

Activités réalisées auprès d'un individu lors d'une rencontre pour le counseling, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la vaccination, l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'ITSS et en l'absence d'ordonnance collective ou d'autorisation de prescrire, l'orientation de la personne, pour un suivi, vers les ressources appropriées à ses conditions, selon les ententes et les modalités en vigueur. Ces services sont destinés prioritairement à la clientèle vulnérable et à risque — les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les personnes utilisatrices de drogues par injection ou inhalation, les jeunes en difficulté, les personnes incarcérées ou l'ayant été, les autochtones, les personnes originaires d'une région où l'infection par le VIH est endémique, les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes trans — rejointe là où elle se trouve. Excluant : tous les autres types de clientèle.

610 Dépendances (programme Dépendances)

Services répondant aux personnes présentant une problématique d'abus ou de dépendance et à leurs proches, et ce, quels que soient la cause et leur âge. Il comprend notamment les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, de jeu compulsif, de cyberdépendance, etc. Ce profil de l'intervention comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits tels que les traitements à la méthadone. Excluant : les programmes de prévention du tabagisme.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0056	Profil de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

710 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées)

Services venant compenser des incapacités acquises avec l'âge, des maladies assez souvent chroniques, des troubles mentaux (ex. : démence) et des problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer) survenant au cours du vieillissement et pouvant causer une situation de dépendance. Il faut insister ici sur le fait que l'âge (65 ans et plus) ne saurait constituer le seul critère pour recevoir ou non les services de ce programme. On ne parle pas ici du vieillissement en bonne santé fonctionnelle permettant un mode de vie de qualité.

Les services prévus pour les personnes ayant une maladie dégénérative, correspondant à un profil de besoins de type déficience physique (ex. : sclérose en plaques, ataxie de Friedreich), ne font pas partie du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, mais plutôt du programme Déficience physique. Cependant, avec l'avancement en âge, les capacités fonctionnelles de ces personnes pourrait s'aggraver et nécessiter des services de soutien à l'autonomie.

Les services aux personnes ayant des troubles mentaux non associés au processus de vieillissement doivent être attribués au code de profil (410) même si les problèmes reliés au vieillissement viennent s'ajouter à leurs problèmes antérieurs.

810 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (programme Jeunes en difficulté)

Le programme-services Jeunes en difficulté (JED) regroupe un ensemble de programmes et services psychosociaux et de réadaptation destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, de même que des services destinés aux parents de ceux-ci. Ils sont offerts à ceux dont les besoins justifient un suivi à moyen ou long terme. Ces jeunes en difficulté présentent le plus souvent des problèmes d'ordre développemental ou comportemental mais aussi des problèmes liés à leurs difficultés d'adaptation. Incluant : des services de soutien à la vie familiale tels que le répit, le dépannage, le gardiennage, les services d'auxiliaires familiales pour faciliter l'exercice du rôle parental, excluant : les services aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale (410), services dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (411), les services psychosociaux de court terme (420) offerts aux jeunes.

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes s, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0057	Mode de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code permettant d'indiquer si l'activité ponctuelle a été réalisée avec l'utilisateur ou au cours d'une activité de groupe, ainsi que la modalité utilisée.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour l'activité ponctuelle normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ La visioconférence (modes 11-12 et 13) exclue la communication téléphonique et implique que l'intervenant à distance soit en contact visuel avec son interlocuteur, en temps réel, par le biais du moyen technologique utilisé ➤ Se référer au lexique (chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2), pour connaître la définition des différentes activités ponctuelles.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0057	Mode de l'activité ponctuelle (suite)

VALIDATION

Validation sur l'élément

Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central.³¹

Validation de valeur automatique et manuelle au central.

Validation interéléments:

Le pilotage local de l'applicatif doit prévoir les validations à la saisie selon les indications inscrites au tableau ci-dessous :

		0052 Type de l'activité ponctuelle	
		1	4
0057 MODE DE L'ACTIVITÉ PONCTUELLE		Activité ponctuelle individualisée	Activité ponctuelle de groupe
5	Rencontre Groupe d'activité d'éducation systématique		√
6	Rencontre Groupe d'activité de masse		√
9	Rencontre Activité ponctuelle individualisée	√	
10	Communication téléphonique Activité ponctuelle individualisée	√	
11	Visioconférence Activité ponctuelle individualisée	√	
12	Visioconférence Groupe d'activité d'éducation systématique		√
13	Visioconférence Groupe d'activité de masse		√

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

SOURCE DE DONNÉES

EXTERNES

TRANSMISSION

Seules les deux premières positions sont transmises à la banque commune de données.

³¹ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0058	Lieu de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant l'endroit où se trouve l'intervenant au moment de l'activité ponctuelle réalisée auprès de l'utilisateur ou pour celui-ci.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle normalisée. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Le lieu de l'activité ponctuelle pour une activité ponctuelle téléphonique correspond au lieu où l'intervenant se retrouve pour faire l'appel. ➤ Le mode de l'activité ponctuelle (élément 0057) précise qu'il s'agit d'une communication téléphonique. ➤ Dans le cas des interventions réalisées dans un lieu autre que le CLSC (autres lieux que 301), le lieu d'intervention doit être en cohérence avec le requis de services de l'utilisateur. Sinon, le lieu doit être 301 au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Par exemple, une intervention auprès d'un usager en résidence privée pour aînés (RPA) dans son unité locative devrait être codifiée selon le lieu 140 RPA. Par contre, un intervenant installé dans un local en RPA effectuant des démarches pour un autre usager que celui de la RPA devrait codifier ces démarches selon le lieu 301.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central³². Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
110	Maison de naissance
120	Au domicile

³² Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

Au domicile de l'utilisateur, incluant : les HLM, appartements supervisés, foyers de groupe, sauf les résidences privées pour aînés (140).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0058	Lieu de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

140 Résidence privée pour aînés

Est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Excluant : une installation maintenue par un établissement et un immeuble ou un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial.

145 École en santé privée

Dans une école privée qui implante l'approche École en santé.

Sont exclues de la liste des écoles privées :

- 1) Les écoles publiques (voir le code 155);
- 2) Les écoles qui ne donnent pas un enseignement régulier à des jeunes (préscolaire, primaire, secondaire);
- 3) Les écoles qui sont sur un territoire autochtone.

150 À l'école

Dans une école, un cégep ou toute autre institution d'enseignement.

155 École en santé publique

Dans une école publique qui implante l'approche École en santé.

Sont exclues de la liste des écoles publiques:

- 1) Les écoles privées (voir le code 145);
- 2) Les écoles qui ne donnent pas un enseignement régulier à des jeunes (préscolaire, primaire, secondaire);
- 3) Les écoles qui sont sur un territoire autochtone.

160 En ressource intermédiaire

La ressource intermédiaire est une ressource privée rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer dans la communauté un usager, lui procure un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien et d'assistance requis par sa condition.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0058	Lieu de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

170 En ressource de type familial

Les résidences de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

Sont reconnues à titre de familles d'accueil des personnes qui accueillent un maximum de neuf enfants en difficulté afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie favorisant une relation à caractère parental dans un contexte familial.

Sont reconnues à titre de résidences d'accueil des personnes qui accueillent un maximum de neuf adultes ou personnes âgées afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

200 En service de garde (EXCLURE DES SAISIES)

Dans une garderie, une halte-garderie, un jardin d'enfants ou un service de garde en milieu familial.

*201 Centre de la petite enfance (CPE)

*202 Service de garde en milieu familial reconnu

*203 Garderie subventionnée

*204 Garderie non subventionnée

*205 Autre milieu de garde

300 Au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) (EXCLURE DES SAISIES)

*301 Au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)

Installation du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), ou encore domicile de l'intervenant, incluant : dispensaire.

*302 Au CISSS ou CIUSSS (mission centre hospitalier).

*303 Au CISSS ou CIUSSS (mission centre d'hébergement).

*304 Au CISSS ou CIUSSS (centre de jour).

*305 Au CISSS ou CIUSSS (hôpital de jour).

*306 Au CISSS ou CIUSSS (aire ouverte)

*307 Au CISSS ou CIUSSS (mission centre de réadaptation)

*308 Au CISSS ou CIUSSS (centre de protection de l'enfance et de la jeunesse)

400 En milieu de travail

Dans tout milieu de travail.

470 En centre de détention

Dans une maison de détention, une prison ou tout autre milieu carcéral.

500 Dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu

Dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0058	Lieu de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

600 Autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux

Dans un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux, incluant : les CHSGS, CHSLD, centres de réadaptation, centres jeunesse.

900 Autres lieux

Dans tout endroit autre que ceux énumérés ci-dessus, incluant : les centres commerciaux, centres de loisirs, rues, etc.

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0059	Langue de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Langue dans laquelle l'intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) a donné le service à l'utilisateur.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cette donnée est fournie par l'intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), pour chacune des activités ponctuelles.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central³³. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
100	Français
200	Anglais
900	Autre

³³ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0060	Nombre de participants/groupe de l'activité ponctuelle
FORMAT	Numérique	Longueur : 03
DÉFINITION	Nombre de participants présents à l'activité ponctuelle pour chaque activité d'éducation systématique de groupe.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour l'activité ponctuelle normalisée d'éducation systématique. L'étendue des valeurs est de 001 à 999.	
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Le nombre de participants/groupe s'applique uniquement aux activités d'éducation systématique (mode 5). ➤ S'il y a gestion des présences au moment des rencontres, seuls les usagers visés par l'intervention seront comptabilisés. La présence d'intervenants du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), d'un parent ou d'un professeur ne devrait en aucun cas être comptabilisée, sauf si ces personnes sont visées par l'intervention. ➤ Par exemple, pour un groupe d'enfants hyperactifs, on considère l'enfant, mais pas le parent; pour un groupe parents-enfants (divorce, séparation), on considère l'enfant et le parent s'ils sont tous les deux visés par la rencontre.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central³⁴. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 3 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

³⁴ Ne s'applique qu'aux activités d'éducation systématique (mode 5).

Chapitre 3 Description des éléments

Section 3.7 Activité ponctuelle

Élément 0061 Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant le titre d'emploi de la personne qui effectue l'activité ponctuelle.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque activité ponctuelle. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Cette description du titre d'emploi correspond généralement aux titres mentionnés dans les conventions collectives. ➤ Afin d'alléger la nomenclature, un stagiaire a la permission d'utiliser le titre d'emploi dans lequel il effectue son stage au CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le nom et le statut de l'intervenant : le nom de l'intervenant n'est pas transmis à la banque commune de données.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0061	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

100	Médecin ³⁵
110	Pharmacien ³⁶
180	Infirmier ³⁶
185	Infirmier clinicien
190	Infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne
225	Infirmier auxiliaire ³⁶ , diplômé en soins de santé et soins d'assistance
330	Aide social
350	Travailleur social ³⁶ , agent d'intervention en service social
400	Travailleur de quartier ou de secteur
425	Travailleur communautaire
450	Dentiste ³⁶
460	Hygiéniste dentaire ³⁶ , technicien dentaire ³⁶ , technicien en hygiène dentaire (auxiliaire dentaire)
480	Assistant technique en médecine dentaire
485	Ergothérapeute ³⁶ , thérapeute de la réadaptation fonctionnelle par l'activité
490	Préposé en physiothérapie et/ou en ergothérapie
500	Physiothérapeute ³⁶ , thérapeute de la réadaptation fonctionnelle
510	Inhalothérapeute ³⁶ , technicien de la fonction respiratoire
515	Sexologue
520	Kinésiologue
525	Psychologue ³⁶ , spécialiste du comportement humain
530	Technicien en diététique

³⁵ Titre réservé.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0061	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

550	Diététiste ³⁶ , nutritionniste, conseiller en alimentation
575	Organisateur communautaire
610	Éducateur, technicien en éducation spécialisée
620	Psychoéducateur ³⁷
625	Agent de relations humaines, conseiller en ressources humaines ³⁶
650	Technicien en assistance sociale
655	Criminologue
700	Technicien en garderie
850	Technologue en physiothérapie
875	Sage-femme ³⁷
880	Audiologiste ³⁷ , thérapeute de l'ouïe
895	Orthophoniste ³⁷ , thérapeute de la parole, du langage et de la communication
975	Autre intervenant du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)

³⁶ Titre réservé.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0062	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Code précisant le lien de l'intervenant avec le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque intervenant. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1.	
PRÉCISIONS		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le nom de l'intervenant : le nom de l'intervenant n'est pas transmis à la banque commune de données. Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
REQUIS PAR		
SOURCE DE DONNÉES		
EXTERNES		
TRANSMISSION	Seule la première position est transmise à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 1 Personnel du CISSS ou du CIUSSS (mission CLSC), incluant les médecins 2 Main-d'œuvre indépendante (MOI) Personnel provenant d'un fournisseur de main-d'œuvre indépendante, incluant les agences privées de placement. 3 Stagiaire 4 Personnel d'une EÉSAD – PEFSAD Service acheté d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) pour des services admissibles au Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) lorsque le CISSS ou CIUSSS assume la contribution de l'utilisateur (c'est-à-dire la différence entre le tarif horaire de l'EÉSAD et l'aide accordée à l'utilisateur par la RAMQ). Pour coder ce statut, il est essentiel que le CISSS ou CIUSSS paie la contribution de l'utilisateur, et ce, dans le cadre d'une entente de service conclue entre le CISSS ou CIUSSS, l'utilisateur et l'EÉSAD. 5 Personnel d'une EÉSAD – hors PEFSAD Service acheté d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) pour des services qui ne sont pas admissibles au PEFSAD. Pour coder ce statut, le CISSS ou CIUSSS doit avoir une entente de service avec l'EÉSAD et payer 100 % de la facture. 6 Personnel d'une résidence privée pour aînés (RPA) Service acheté auprès d'une résidence privée pour aînés. 7 Personnel d'un autre service acheté Service acheté auprès d'un fournisseur autre que ceux énumérés aux statuts 4, 5 ou 6. 9 Autre statut	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0063	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle

FORMAT	Numérique	Longueur : 03
DÉFINITION	Nombre d'intervenants associés participant à l'activité ponctuelle, et ce, pour chaque activité ponctuelle réalisée par les intervenants associés.	
DESCRIPTION	Cette quantité est générée automatiquement par le système lorsque des intervenants sont enregistrés comme intervenants associés. Sinon, la saisie de cette quantité est obligatoire. L'étendue des valeurs possibles est de 0 à 99.	
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Lorsqu'il n'y a pas d'intervenant associé, la valeur par défaut est égale à zéro.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central ³⁷ . Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central : la valeur par défaut est zéro et doit être présente si aucun intervenant associé n'a été saisi. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le nom et le statut de l'intervenant : le nom de l'intervenant n'est pas transmis à la banque commune de données.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Seules les 2 premières positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

³⁷ Ne s'applique que lorsque le code de la raison 1 est 5500 (activité ponctuelle normalisée).

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.7	Activité ponctuelle
Élément	0064	Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 03
DÉFINITION	Identification du niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle qui se fait à l'école (lieu 150), à l'École en santé publique (lieu 155) ou à l'École en santé privée (lieu 145).
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lorsque l'activité ponctuelle a lieu à l'école (lieu 150), à l'École en santé publique (lieu 155) ou à l'École en santé privée (lieu 145). Elle est normalisée et de longueur 2.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2000. Consignes à la saisie ➤ Si le lieu est une école (150), l'École en santé publique(155) ou l'École en santé privée (145), le niveau de scolarité est obligatoire. ➤ La valeur sans objet (SO) est utilisée pour une activité ponctuelle qui a lieu dans une école (lieu 150), à l'École en santé publique (lieu 155) ou à l'École en santé privée (lieu 145), mais qui ne s'adresse pas à la clientèle d'âge scolaire.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec l'élément lieu de l'activité ponctuelle (0058) : si le lieu est une école (150,155 ou 145), le niveau de scolarité est obligatoire.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 2 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre 3 Description des éléments
Section 3.7 Activité ponctuelle
Élément 0064 Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle (suite)

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

Préma- ternel- le	Mater- nel- le	Primaire								Secondaire							Collé- gial	Uni- ver- sitai- re	Sans objet
PP	PM	P1	P2	P3	P4	P5	P6	PC (SAI) ³⁸	SG ³⁹	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SC (SAI) ³⁹	CC	UC	SO ⁴⁰

³⁸ (SAI) Sans autre indication

³⁹ Service de garde en milieu scolaire

⁴⁰ Pour une activité ponctuelle dans une école (lieu 150,155 ou 145) qui ne s'adresse pas à la clientèle d'âge scolaire.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité

Cette section contient les sous-sections qui concernent la périnatalité

- 3.8.1 Services spécifiques
- 3.8.2 Alimentation de l'enfant
- 3.8.3 Transfert
- 3.8.4 Examen
- 3.8.5 Périnatal

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques

La présente sous-section regroupe les éléments d'information applicables à la clientèle des services spécifiques en périnatalité et pour la petite enfance s'adressant aux familles vivant en contexte de vulnérabilité.

On trouve dans cette section les éléments suivants :

0065	Date de début du service spécifique
0066	Date de fin du service spécifique
0067	Service spécifique
0068	Raison de la cessation du service spécifique
0069	Âge gestationnel (semaines/jours)
0070	Situation de vie
0071	Situation financière
0072	Scolarité de la mère
0073	Autochtone
0074	Immigrant (5 ans et moins)
0075	Gravida (prénatal)
0076	Para (prénatal)
0077	Aborta (prénatal)
0078	Date effective de l'accouchement
0079	Durée de gestation (semaines/jours)
0080	Gravida (postnatal)
0081	Para (postnatal)
0082	Aborta (postnatal)
0083	Naissance
0084	Poids du bébé à la naissance
0088	Complications et particularités

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0065	Date de début du service spécifique

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date à laquelle la cliente est inscrite aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ou date à laquelle les services nutritionnels débutent pour les services OLO/PCNP.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1 ^{er} avril 2005.		
	Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date de naissance (élément 0014) : la date de début du service spécifique doit être postérieure ou égale à la date de naissance de l'utilisateur.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0066	Date de fin du service spécifique

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de la dernière intervention dans le cadre du service spécifique.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lorsque les services sont terminés.		
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises. Si l'intervenante n'a pas de nouvelle de la cliente durant trois mois consécutifs, il y aura cessation des services pour abandon.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie et au central avec la date de début du service spécifique (élément 0065) : la date de fin du service spécifique doit être postérieure ou égale à la date de début du service spécifique. Validation relationnelle automatique au central : la raison de la cessation doit être présente.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0067	Service spécifique

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant le nom du service spécifique auquel la personne est inscrite.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2005. Les valeurs permises permettent de saisir le code 100 avec un code 250, mais ces derniers ne peuvent être saisis en même temps, car ils sont mutuellement exclusifs. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 100 OLO/PCNP 250 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) – programme Santé publique. (EXCLURE DES SAISIES) Femmes enceintes et son partenaire ou tout parent ou responsable d'un enfant de moins de 12 mois qui vivent sous le seuil de faible revenu ET présentant au moins un facteur de risque parmi les suivants : sous-scolarisation (qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires ou professionnelles) et isolement social. *251 SIPPE – Niveau 1 Fréquence des visites à domicile : hebdomadaire. Une visite par mois peut être remplacée par une rencontre de groupe.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0067	Service spécifique (suite)

*252	SIPPE – Niveau 2 Fréquence des visites à domicile : aux deux semaines. Une visite par deux mois peut être remplacée par une rencontre de groupe.
*253	SIPPE – Niveau 3 Fréquence des visites à domicile : mensuelle.
*254	SIPPE – Niveau 4 Fréquence des visites à domicile : aux trois mois.
*255	SIPPE – Prénatal Fréquence des visites à domicile : aux deux semaines.
*256	SIPPE – Absence Famille absente lors des visites ou à l'extérieur du territoire : durée maximale de trois mois.
*257	Rupture partielle des services Période d'indisponibilité des services par le CLSC (ex. : absence d'un ou plusieurs intervenants pour une durée prolongée).
*258	SIPPE – Services spéciaux Situation temporaire où une modulation de l'intensité des services est requise. Durée maximale de trois mois.
400	Service de sage-femme

Chapitre 3 Description des éléments

Section 3.8 Périnatalité

Sous-section 3.8.1 Services spécifiques

Élément 0068 Raison de la cessation du service spécifique

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Le motif qui justifie l'arrêt du service spécifique.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire lorsque les services sont terminés, s'il s'agit d'une nouvelle grossesse ou lors d'un changement de niveau d'intensité. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1 ^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et automatique au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie et au central : la date de fin du service spécifique doit être présente (élément 0066).
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 100 Nouvelle grossesse (ne correspond pas à une cessation de service, l'ouverture d'une nouvelle fiche est obligatoire). 200 Services spécifiques complétés (fin du service) 300 Refus de participer (si la cliente abandonne) 400 Transfert vers un autre CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), <u>incluant</u> : déménagement 500 Ne répond plus aux critères 600 Transfert de responsabilité clinique (code exclusif au service de sage-femme) 610 IVG (code exclusif au service de sage-femme) 620 Fausse couche (code exclusif au service de sage-femme) 630 Manque de ressources – sage-femme (code exclusif au service de sage-femme) 640 Changement de niveau d'intensité Ne correspond pas à une cessation de service, mais l'ouverture d'un nouveau service spécifique est obligatoire.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0069	Âge gestationnel (semaines/jours)

FORMAT	Numérique	Longueur : 03	Gabarit : XX X
DÉFINITION	Âge gestationnel en semaines et en jours selon la date des dernières menstruations (DDM), réelle ou estimée, à l'inscription au service spécifique.		
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en prénatal si l'inscription au service spécifique est en prénatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.		
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique sont transmises. Consignes à la saisie ➤ Le système peut calculer cet élément à partir de la DDM et de la date de l'inscription au service spécifique en périnatalité. ➤ Les deux premières positions sont le nombre de semaines et la dernière position est le nombre de jours. Le nombre de semaines doit être égal ou supérieur à 0 et inférieur à 44 et le nombre de jours doit être égal ou supérieur à 0 et inférieur à 7.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 3 positions sont transmises à la banque commune de données. Les 2 premières positions représentent les semaines et la 3 ^e position représente les jours.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0070	Situation de vie

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	La situation de vie correspond à l'environnement social dans lequel vit la personne à qui est offert le service. Cette donnée permet de mesurer l'impact du réseau d'aide socioéconomique.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Les valeurs doivent être saisies lors de l'inscription au service spécifique. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique sont transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0070	Situation de vie (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

100	Personne seule (vit seule)
200	Couple sans enfant (vit avec un conjoint (père ou non de l'enfant))
300	Couple avec enfant(s) de moins de 18 ans (vit avec conjoint (père ou non de l'enfant))
400	Famille monoparentale (vit sans conjoint avec enfant(s))
500	Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées (vit avec un ou des membres de sa famille immédiate (mère, père, sœur, frère))
600	Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées (vit avec une ou des personnes de son réseau social (hors famille))
700	Autre (code exclusif au service de sage-femme)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0071	Situation financière

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Cet élément permet de connaître si la personne vit sous le seuil de faible revenu tel que défini par Statistique Canada et ajusté annuellement.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique sont transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
100	Sous le seuil de faible revenu défini par Statistique Canada
200	Au-dessus du seuil de faible revenu défini par Statistique Canada
300	Autre (code exclusif au service de sage-femme)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0072	Scolarité de la mère

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Il s'agit du plus haut niveau de scolarité complété au moment de l'inscription au service spécifique. Cette information donne une indication de l'acquis de la mère pour l'accès au marché du travail.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1 ^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 100 Diplôme d'études professionnelles ou 5 ^{ème} secondaire non complété 200 Diplôme d'études professionnelles (DEP) ou 5 ^{ème} secondaire complété 300 Diplôme d'études collégiales ou universitaires complété 400 Autre (code exclusif au service sage-femme)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0073	Autochtone

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 01
DÉFINITION	Cette information fait référence aux personnes ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone. Sont aussi comprises les personnes n'ayant pas déclaré une identité autochtone, mais ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit ou un membre d'une bande indienne ou d'une Première Nation. Personne autochtone : Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1 à l'aide d'une case.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2005. Si les données sont existantes dans la section Autochtone de la fiche d'identification CLSC de la mère, celles-ci seront automatiquement transférées dans la fiche Périnatalité et la case concernée sera cochée. Le fait de cocher ou de décocher cette case n'aura par contre aucun impact sur les données de la fiche d'identification CLSC. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	La 1 ^{re} position est transmise à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Autochtone : Personne ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone. Sont aussi comprises les personnes n'ayant pas déclaré une identité autochtone, mais ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit ou un membre d'une bande indienne ou d'une Première Nation. Personne autochtone : Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0074	Immigrant (5 ans ou moins)

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 01
DÉFINITION	Cette information fait référence à une immigration qui aurait eu lieu depuis un maximum de 5 ans. Cela concerne donc un immigrant qui habite au Canada depuis 5 ans ou moins.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1 à l'aide d'une case.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2005. Si les données existantes dans la section Immigrant de la fiche d'identification CLSC de la mère, celles-ci seront automatiquement transférées dans la fiche Périnatalité et la case concernée sera cochée. Le fait de cocher ou décocher cette case n'aura par contre aucun impact sur les données de la fiche d'identification CLSC. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	La 1 ^{re} position est transmise à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Immigrant : Personne qui habite au Canada depuis 5 ans ou moins.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0075	Gravida (prénatal)

FORMAT	Numérique	Longueur : 02
DÉFINITION	Nombre de grossesses, <u>incluant</u> celle en cours.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en prénatal si l'inscription au service spécifique est effectuée en prénatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1 ^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 2 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0076	Para (prénatal)

FORMAT	Numérique	Longueur : 02
DÉFINITION	Nombre de naissances vivantes.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en prénatal si l'inscription au service spécifique est effectuée en prénatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1 ^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 2 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0077	Aborta (prénatal)

FORMAT	Numérique	Longueur : 02
DÉFINITION	Nombre d'avortements spontanés, thérapeutiques et de mortinaissances. Une mortinaissance se définit comme étant un produit de conception non vivant pesant au moins 500 grammes ou ayant atteint un âge gestationnel d'au moins 20 semaines. Un avortement spontané se définit comme étant un produit de conception non vivant pesant moins de 500 grammes ou n'ayant pas atteint un âge gestationnel de 20 semaines.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en prénatal si l'inscription au service spécifique est effectuée en prénatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 2 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0078	Date effective de l'accouchement

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 08 Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date à laquelle la mère a donné naissance à un enfant vivant ou à un enfant mort-né. Dans le cas d'une naissance multiple, la date effective sera celle de la première naissance.
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire en postnatal.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1 ^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1 ^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de l'accouchement doit être antérieure ou égale à la date du jour.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	

Chapitre 3 Description des éléments

Section 3.8 Périnatalité

Sous-section 3.8.1 Services spécifiques

Élément 0079 Durée de gestation (semaines/jours)

FORMAT	Numérique	Longueur : 03	Gabarit : XX X
DÉFINITION	C'est le nombre de semaines et de jours de gestation à l'accouchement.		
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en postnatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.		
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Les deux premières positions sont le nombre de semaines et la dernière position, le nombre de jours. Le nombre de semaines doit être égal ou supérieur à 0 et inférieur à 44 et le nombre de jours doit être égal ou supérieur à 0 et inférieur à 7. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 3 positions sont transmises à la banque commune de données. Les 2 premières positions représentent les semaines et la 3 ^e position représente les jours.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0080	Gravida (postnatal)

FORMAT	Numérique	Longueur : 02
DÉFINITION	Nombre de grossesses, <u>incluant</u> celle qui vient de se terminer.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en postnatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 2 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0081	Para (postnatal)

FORMAT	Numérique	Longueur : 02
DÉFINITION	Nombre de naissances vivantes (après le dernier accouchement).	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en postnatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 2 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0082	Aborta (postnatal)

FORMAT	Numérique	Longueur : 02
DÉFINITION	Nombre d'avortements spontanés, thérapeutiques et de mortinaissances. Une mortinaissance se définit comme étant un produit de conception non vivant pesant au moins 500 grammes ou ayant atteint un âge gestationnel d'au moins 20 semaines. Un avortement spontané se définit comme étant un produit de conception non vivant pesant moins de 500 grammes ou n'ayant pas atteint un âge gestationnel de 20 semaines.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en postnatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 2 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0083	Naissance

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 01
DÉFINITION	Code permettant de déterminer le nombre de naissances vivantes ou de mortinaissances à l'accouchement. Une mortinaissance se définit comme étant un produit de conception non vivant pesant au moins 500 grammes ou ayant atteint un âge gestionnel d'au moins 20 semaines.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire en postnatal. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 1 à l'aide d'un bouton radio.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2005. En cas de naissances multiples, ne considérer que les enfants vivants. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	La première position est transmise à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
0	Mortinaissance
1	Unique (un seul enfant)
2	Gémellaire (deux enfants)
3	Plus de deux (trois enfants et plus)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0084	Poids du bébé à la naissance

FORMAT	Numérique	Longueur : 04
DÉFINITION	Poids du bébé à la naissance inscrit en grammes.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pourvu que le bébé ait un suivi. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2004 et disponible à la banque commune de données depuis le 1^{er} avril 2005. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 4 positions sont transmises à la banque commune de données.	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0088	Complications et particularités

FORMAT Alphanumérique Longueur : 10

DÉFINITION Cet élément comprend les complications et particularités en lien avec le bébé.

DESCRIPTION Cette catégorie est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.

PRÉCISIONS

VALIDATION

Validation sur l'élément
Validation de présence automatique à la saisie.
Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation interéléments
Aucune.

REQUIS PAR

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

- 100 Ventilation par pression positive (VPP)
- 200 Massage cardiaque
- 300 Médicaments
- 400 Intubation endotrachéale
- 500 Aspiration laryngée
- 600 Oxygénation libre
- 700 Vitamine K
- 800 Prophylaxie ophtalmique
- 900 Trisomie 21

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0089	Isolement social

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 14
DÉFINITION	L'isolement social est défini comme une carence de contacts sociaux significatifs et soutenus tant au point de vue de la qualité que de la quantité et à différents niveaux (individuel, groupe, communautaire et sociétal). L'isolement social peut correspondre à certaines situations comme par exemple l'absence de réseau social, le fait de ne pas être proche de sa famille, avoir rarement du plaisir à voir d'autres personnes, ne pas pouvoir nommer une personne-ressource, ou éprouver des difficultés dans les relations familiales ou conjugales.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2021. Seules les données touchant les clientèles inscrites à un service spécifique seront transmises. Consigne à la saisie Saisir l'information correspondant à la situation de la cliente en date de son inscription au service spécifique. Par la suite, l'information sur l'isolement social doit demeurer la même tout au long du suivi. Lorsqu'un service spécifique Olo se termine et reprend plus tard pour une nouvelle grossesse, l'information doit être inscrite selon la situation présente au début du nouveau service spécifique Olo.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.1	Services spécifiques
Élément	0089	Isolement social (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- | | |
|-----|--|
| 100 | Isolé socialement |
| 200 | Non-isolé socialement |
| 300 | Autre (code exclusif au service de sage-femme) |

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.2	Alimentation de l'enfant

On trouve dans cette sous-section les éléments suivants :

- 0086 Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant
- 0087 Catégorie d'alimentation

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.2	Alimentation de l'enfant
Élément	0086	Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date à laquelle l'information sur l'alimentation est complétée.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lors de la saisie de l'information sur l'alimentation de l'enfant.		
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1 ^{er} avril 2009.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de la collecte doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date d'ouverture du dossier (0009) : la date de la collecte doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de naissance (0014) : la date de la collecte doit être postérieure ou égale à la date de naissance. Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date de décès : la date de la collecte doit être antérieure ou égale à la date de décès. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de réception de la demande de services normalisée (0102) : la date de la collecte doit être postérieure ou égale à l'élément date de réception de la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de décision de la demande de services normalisée (0107) : la date de la collecte doit être postérieure ou égale à l'élément date de décision de la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de début de l'épisode de services (0201) : la date de la collecte doit être postérieure ou égale à la date de début de l'épisode de services. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de fin de l'épisode de services (0202) : la date de la collecte doit être antérieure ou égale à la date de fin de l'épisode de services. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de début de l'assignation à un centre d'activités (0203) : la date de la collecte doit être postérieure ou égale à la date de début de l'assignation à un centre d'activités.		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.2	Alimentation de l'enfant
Élément	0086	Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant (suite)

VALIDATION

Validation interéléments

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de fin d'assignation à un centre d'activités** (0204) : la date de la collecte doit être antérieure ou égale à la date de fin d'assignation à un centre d'activités.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.2	Alimentation de l'enfant
Élément	0087	Catégorie d'alimentation

FORMAT	Numérique	Longueur : 03
DÉFINITION	Cet élément consiste à identifier les différentes catégories d'alimentation de l'enfant. La fenêtre « alimentation de l'enfant » comporte des champs à cocher : lait maternel, lait non humain, autres liquides et solides. Selon le ou les champs cochés dans la catégorie d'alimentation, le type d'allaitement sera défini ainsi : exclusif, non exclusif ou non-allaitement.	
DESCRIPTION	Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS	Cet élément est présent au cadre normatif depuis le 1^{er} avril 2009. Consignes à la saisie ➤ La période de rappel proposée pour définir le type d'allaitement est « les dernières 24 heures précédant le contact avec le CLSC ». ➤ L'information sur l'alimentation de l'enfant devra être saisie pour toutes les clientèles spécifiques (SIPPE, OLO-PNCP) et régulières. ➤ L'information sur l'alimentation de l'enfant est colligée uniquement par une infirmière au premier contact postnatal avec le CLSC (appel téléphonique ou visite postnatale) et lorsque l'enfant se fait vacciner. ➤ L'information sur l'alimentation de l'enfant est colligée jusqu'à l'âge de 7 mois moins 1 jour. ➤ L'information sur l'allaitement doit être saisie dans I-CLSC et la vaccination, dans SI-PMI.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données (jusqu'à 4 valeurs peuvent être transmises).	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.2	Alimentation de l'enfant
Élément	0087	Catégorie d'alimentation (suite)

VALEURS PERMISES**Liste des valeurs permises**

Type d'allaitement	Requiert que le bébé reçoive	Permet que le bébé reçoive	Ne permet pas que le bébé reçoive
100 Allaitement exclusif (AEX)	Lait maternel*	Gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments	Lait non humain, autres liquides, solides
200 Allaitement non exclusif (ANEX)	Lait maternel* ET lait non humain, autres liquides, solides	Lait non humain, autres liquides, solides	
300 Non-allaitement (NA)	Aucun lait maternel*	Tout liquide, <u>incluant</u> les laits non humains ou solides	Lait maternel*

*Note Inclut du lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait. Le nourrisson peut être alimenté au lait maternel à l'aide de méthodes autres que le sein de sa mère, notamment lorsque le lait maternel est exprimé ou qu'il provient d'une banque de lait. Il existe plusieurs façons d'exprimer le lait maternel dont l'expression manuelle ou le tire-lait.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert

On trouve dans cette sous-section les éléments suivants :

0120	Type de transfert
0121	Date du transfert
0122	Urgent
0123	Raison du transfert prénatal
0124	Raison du transfert pernatal
0125	Raison du transfert postnatal de la mère
0126	Raison du transfert du bébé
0127	Lieu d'origine du transfert
0150	Numéro de transfert

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0120	Type de transfert

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Type de transfert de responsabilité clinique.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour tout transfert de responsabilité clinique. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie des informations obligatoires de la fiche Périnatalité, volet pernatal.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
1	Prénatal
2	Pernatal
3	Postnatal mère
4	Bébé

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0121	Date du transfert

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date du transfert de la responsabilité clinique.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour chaque transfert de responsabilité clinique.		
PRÉCISIONS			
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date du transfert doit être postérieure ou égale à la date d'inscription de l'onglet prénatal.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION			
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0122	Urgent

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Situation qui implique une prise en charge immédiate par un médecin.
DESCRIPTION	Cet élément est obligatoire lorsque la prise en charge de la responsabilité clinique est immédiate en période périnatale, postnatale de la mère et du bébé.
PRÉCISIONS	Ne peut être utilisé lors d'un transfert prénatal.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour les valeurs 2, 3 et 4.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
1	Urgent
2	Non urgent

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0123	Raison du transfert prénatal

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Raison du transfert de la responsabilité clinique en période prénatale.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pourvu qu'il y ait eu transfert de responsabilité clinique en période prénatale. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 1.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
101	Anomalie fœtale vue à l'écho
102	Béance du col
103	Césarienne élective
104	Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré suspecté
105	Diabète insulino-dépendant
106	Disproportion fœto-maternelle suspectée
107	Grossesse à 42 semaines
108	Grossesse extra-utérine avérée
109	Grossesse multiple
110	Hyperglycémie gestationnelle non contrôlée
111	Hypertension artérielle
112	Iso-immunisation
113	Menace de travail prématuré

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0123	Raison du transfert prénatal (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 114 Mort in utéro
- 115 Oligohydramnios
- 116 Pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle, par exemple : endocrinienne, hépatique neurologique, psychiatrique, cardiaque, pulmonaire, rénale
- 117 Placenta prævia
- 118 Pré-éclampsie ou éclampsie
- 119 Présence d'anticorps irréguliers significatifs
- 120 Prise de médicaments, de drogue ou d'alcool pendant la grossesse ayant des répercussions potentielles chez le fœtus et chez le nouveau-né
- 121 Problème de coagulation sévère
- 122 Retard de croissance intra-utérine
- 123 Saignement à plus de 20 semaines de gestation
- 124 Séroconversion en cours de grossesse pour : herpès, toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus, VIH et tuberculose
- 125 Vomissements gravidiques sévères
- 126 Autre raison

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0124	Raison du transfert périnatal

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Raison du transfert de la responsabilité clinique en période périnatale.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pourvu qu'il y ait eu transfert de responsabilité clinique en période périnatale. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
201	Arrêt de la descente du fœtus au 2 ^e stade
202	Arrêt de progression avant la poussée
203	Cœur fœtal non rassurant
204	Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI)
205	Fièvre maternelle
206	Hémorragie qui ne répond pas au traitement
207	Herpès génital actif
111	Hypertension artérielle
209	Liquide amniotique méconial épais ou particulière
114	Mort in utéro
211	Perception d'un vaisseau au toucher vaginal
212	Péridurale demandée par l'usager
213	Péridurale suggérée par la sage-femme

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0124	Raison du transfert pernatal (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

214	Pertes sanguines inhabituelles au cours du travail
215	Phase de latence prolongée
216	Présentation autre que vertex
217	Procidence du cordon
218	Rétention placentaire
219	Rupture prolongée des membranes
220	Signe ou symptômes de pré-éclampsie ou d'éclampsie
221	Suspicion de chorio-amnionite
222	Travail débutant après 42 semaines
223	Travail débutant avant 34 semaines
126	Autre raison

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0125	Raison du transfert postnatal de la mère

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Raison du transfert de la responsabilité clinique en période postnatale de la mère.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pourvu qu'il y ait eu transfert de responsabilité clinique en période postnatale de la mère. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 3.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
301	Endométrite
302	Hématomes vulvaires entraînant une difficulté mictionnelle
303	Hypertension persistante
304	Infection de la plaie périnéale
305	Infection sévère
306	Psychose puerpérale, problème psychologique sévère
307	Saignements persistants qui ne répondent pas au traitement
308	Suspicion de pré-éclampsie ou d'éclampsie
309	Suspicion de rétention placentaire partielle
126	Autre raison

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0126	Raison du transfert du bébé

FORMAT Alphanumérique Longueur : 10

DÉFINITION Raison du transfert de la responsabilité clinique pour le bébé.

DESCRIPTION Cette catégorisation est obligatoire pourvu qu'il y ait eu transfert de responsabilité clinique pour le bébé. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.

PRÉCISIONS

VALIDATION

Validation sur l'élément
Validation de présence automatique à la saisie.
Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation interéléments
Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 4.

REQUIS PAR Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

VALEURS PERMISES **Liste des valeurs permises**

- 401 Absence de passage de méconium après 24 heures
- 402 Absence ou anomalie des réflexes primitifs
- 403 Anomalie majeure nécessitant des soins immédiats
- 404 Anurie au-delà de 24 heures
- 405 APGAR inférieur à 7, à 5 minutes, ou inférieur à 9, à 10 minutes
- 406 Artère ombilicale unique
- 407 Atrésie unie ou bilatérale des choanes
- 408 Bébé accompagnant sa mère au transfert
- 409 Croissance inappropriée < 3^e percentile ou > 97^e percentile
- 410 Cyanose centrale
- 411 Détresse respiratoire ou apnée
- 412 Distension abdominale avec intolérance à l'alimentation
- 413 Ecchymose ou pétéchies généralisées
- 414 Éruption cutanée autre que l'érythème néonatal

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0126	Raison du transfert du bébé (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- 415 Fontanelle antérieure bombée
- 416 Hémorragie digestive haute ou basse
- 417 Hépatomégalie > 3 cm sous le rebord costal
- 418 Hypothermie ou hyperthermie persistante
- 419 Hypotonie ou hypertonie
- 420 Ictère dans les premières 24 heures
- 421 Ictère nécessitant une photothérapie
- 422 Instabilité des hanches ou hanches luxables
- 423 Masse inguinale
- 424 Masse abdominale
- 425 Moins de 36 semaines de gestation
- 426 Non-reprise de poids de naissance après 14 jours
- 427 Nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire
- 428 Pâleur persistante au-delà d'une heure de vie
- 429 Perte de poids supérieure à 10 %
- 430 Pleurs ou cris anormaux
- 431 Poids de naissance inférieur au 3^e percentile
- 432 Pouls fémoraux non palpables ou asymétriques
- 433 Reflet rouge oculaire anormal
- 434 Rein palpable
- 435 Résultats de laboratoire anormaux
- 436 Rythme cardiaque anormal
- 437 Souffle cardiaque
- 438 Syndrome de sevrage
- 439 Testicule non descendu
- 440 Torsion ou masse testiculaire
- 441 Traumatisme obstétrical
- 442 Trémulations répétées ou convulsions
- 443 Vomissements bilieux ou diarrhée
- 126 Autre raison

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0127	Lieu d'origine du transfert

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Lieu d'origine du transfert de la responsabilité clinique.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire seulement dans le cas d'un transfert de responsabilité clinique en période perinatale . Elle est normalisée et saisie sous forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
100	Maison de naissance
200	Centre hospitalier
300	Domicile

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.3	Transfert
Élément	0150	Numéro de transfert

FORMAT	Numérique	Longueur : 09
DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'un transfert de responsabilité clinique fait auprès d'un usager.	
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont : 000000001 à 999999999.	
PRÉCISIONS	Ce numéro est attribué automatiquement par le système (mission CLSC).	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de transfert est remplacé par un numéro séquentiel à 6 positions, neutre et anonyme, afin de préserver la confidentialité des données des usagers. La séquence démarre avec le numéro 000001 à chaque transmission effectuée. Tout transfert de responsabilité clinique transmis est associé au numéro de dossier de l'utilisateur sous sa forme anonyme (numéro séquentiel à 6 positions), permettant ainsi la mise en relation des données de transfert de responsabilité clinique avec celles de l'utilisateur correspondant, au cours d'un même exercice financier (1 ^{er} avril au 31 mars).	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.4	Examen

On trouve dans cette sous-section les éléments suivants :

- 0128 Type d'examen
- 0129 Date de l'examen
- 0130 Prescripteur

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.4	Examen
Élément	0128	Type d'examen

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Examen effectué en période prénatale.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
100	Amniocentèse	
200	Échographie	
300	Participation au Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.4	Examen
Élément	0129	Date de l'examen

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de l'examen.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lorsqu'il y a un examen.		
PRÉCISIONS	Pour le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION			
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.4	Examen
Élément	0130	Prescripteur

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Catégorie de professionnel qui prescrit l'examen.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
100	Infirmier	
200	Médecin	
300	Sage-femme	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal

On trouve dans cette sous-section les éléments suivants :

- 0131 Mode d'entrée en travail
- 0132 Dilatation RAM
- 0133 Station
- 0134 Début de latence
- 0135 Début du travail actif
- 0136 Dilatation complète
- 0137 Début de poussée
- 0138 Date et heure de la naissance
- 0139 Délivrance placentaire
- 0140 Lieu d'accouchement
- 0141 Sous la responsabilité
- 0142 Type d'accouchement
- 0143 Position de la mère
- 0144 Position fœtale
- 0145 Antibiotique streptocoque B
- 0146 Déchirure
- 0147 Perte sanguine
- 0148 Épisiotomie
- 0149 Ventouse

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0131	Mode d'entrée en travail

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Condition qui a entraîné l'entrée en travail.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
100	Contraction	
200	Méthode alternative d'induction	
300	Rupture artificielle des membranes	
400	Rupture spontanée des membranes	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0132	Dilatation RAM

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Mesure de dilatation lorsqu'il y a rupture artificielle des membranes.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.	
PRÉCISIONS		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0131 pour la valeur 300.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
1	1 centimètre	
2	2 centimètres	
3	3 centimètres	
4	4 centimètres	
5	5 centimètres	
6	6 centimètres	
7	7 centimètres	
8	8 centimètres	
9	9 centimètres	
10	10 centimètres	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0133	Station

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Mesure de la station (hauteur du bébé dans le bassin) lorsqu'il y a rupture artificielle des membranes.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 2.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0131 pour la valeur 300.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
1	Moins 3
2	Moins 2
3	Moins 1
4	0
5	Plus 1
6	Plus 2
7	Plus 3

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0134	Début de latence

FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ et HHMM Longueur : 12
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure), date et heure du début de latence.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée en date, heure et minutes.
PRÉCISIONS	Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans la section Travail détaillé. Cette section est obligatoire sauf si un transfert pernatal a été inscrit dans la fiche de périnatalité. Si un transfert pernatal a eu lieu, la saisie des informations sur le travail détaillé devient facultative. Si la « latence » n'est pas connue, mettre le même début que celui du travail actif, ce qui veut dire que la date et heure du travail actif et la date et heure de début latence seront les mêmes. Cet élément permet d'alimenter le calcul du « Travail détaillé » de l'onglet « Pernatal ». Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans cette section.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Date, heure et minutes.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0135	Début du travail actif

FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ et HHMM	Longueur : 12
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure), date et heure du début du travail actif.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée en date, heure et minutes.	
PRÉCISIONS	Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans la section Travail détaillé. Cette section est obligatoire sauf si un transfert pernatal a été inscrit dans la fiche de périnatalité. Si un transfert pernatal a eu lieu, la saisie des informations sur le travail détaillé devient facultative. Cet élément permet d'alimenter le calcul du « Travail détaillé » de l'onglet « Pernatal ». Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans cette section.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Date, heure et minutes.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0136	Dilatation complète

FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ et HHMM	Longueur : 12
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure), date et heure de la dilatation complète.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée en date, heure et minutes.	
PRÉCISIONS	Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans la section Travail détaillé. Cette section est obligatoire sauf si un transfert pernatal a été inscrit dans la fiche de périnatalité. Si un transfert pernatal a eu lieu, la saisie des informations sur le travail détaillé devient facultative. Cet élément permet d'alimenter le calcul du « Travail détaillé » de l'onglet « Pernatal ». Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans cette section.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Date, heure et minutes.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0137	Début de poussée

FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ et HHMM	Longueur : 12
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure), date et heure du début de poussée.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée en date, heure et minutes.	
PRÉCISIONS	Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans la section Travail détaillé. Cette section est obligatoire sauf si un transfert pernatal a été inscrit dans la fiche de périnatalité. Si un transfert pernatal a eu lieu, la saisie des informations sur le travail détaillé devient facultative. Cet élément permet d'alimenter le calcul du « Travail détaillé » de l'onglet « Pernatal ». Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans cette section.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Date, heure et minutes.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0138	Date et heure de la naissance

FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ et HHMM	Longueur : 12
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure), date et heure de la naissance.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée en date, heure et minutes.	
PRÉCISIONS	Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans la section Travail détaillé. Cette section est obligatoire sauf si un transfert pernatal a été inscrit dans la fiche de périnatalité. Si un transfert pernatal a eu lieu, la saisie des informations sur le travail détaillé devient facultative. Cet élément permet d'alimenter le calcul du « Travail détaillé » de l'onglet « Pernatal ». Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans cette section.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0078 (date effective de l'accouchement de la fenêtre Postnatal).	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Date, heure et minutes.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0139	Délivrance placentaire

FORMAT	Date Gabarit : AAAAMMJJ et HHMM	Longueur : 12
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour, heure), date et heure de la délivrance placentaire.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée en date, heure et minutes.	
PRÉCISIONS	Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans la section Travail détaillé. Cette section est obligatoire sauf si un transfert pernatal a été inscrit dans la fiche de périnatalité. Si un transfert pernatal a eu lieu, la saisie des informations sur le travail détaillé devient facultative. Cet élément permet d'alimenter le calcul du « Travail détaillé » de l'onglet « Pernatal ». Aucune validation de chronologie dans les dates et heures ne sera effectuée dans cette section.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0078 (date effective de l'accouchement de la fenêtre Postnatal).	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Date, heure et minutes.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0140	Lieu de l'accouchement

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Lieu où l'accouchement s'est déroulé.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Si l'accouchement s'est déroulé avant l'arrivée au lieu prévu, indiquer le lieu où la femme s'est rendue après l'accouchement.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
101	Maison de naissance
102	Centre hospitalier
103	Domicile

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0141	Sous la responsabilité

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Professionnel qui a la responsabilité clinique de l'accouchement en centre hospitalier.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS	Ce champ est accessible seulement si le lieu d'accouchement est un centre hospitalier (102).	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0140 pour la valeur 102.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
	100	Médecin
	200	Sage-femme

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0142	Type d'accouchement

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Façon dont le bébé est né.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Dans le cas d'un deuxième AVAC ou plus, inscrire 100 – Accouchement vaginal.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
100	Accouchement vaginal
200	Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)
300	Césarienne

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0143	Position de la mère

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Position de la mère lors de la naissance.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
100	À genoux	
110	À 4 pattes	
120	Accroupie	
130	Assise	
140	Banc de naissance	
150	Couchée	
160	Debout	
170	Demi-assise	
180	Latérale gauche	
190	Latérale droite	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0144	Position fœtale

FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 10
DÉFINITION	Position du bébé à la naissance.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.	
PRÉCISIONS		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
100	Occipito-iliaque droite antérieure (OIDA)	
200	Occipito-iliaque droite postérieure (OIDP)	
300	Occipito-iliaque droite transverse (OIDT)	
400	Occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA)	
500	Occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP)	
600	Occipito-iliaque gauche transverse (OIGT)	
700	Occipital postérieur (OP)	
800	Siège	
900	Autres	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0145	Antibiotique streptocoque B

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Administration d'un antibiotique streptocoque B à la mère en période perinatale.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Remplir ce champ seulement si le dépistage du streptocoque B est positif.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
100	OUI
200	NON, délai trop court
300	NON, décliné
400	NON requis

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0146	Déchirure

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Blessures du périnée résultant du passage du bébé dans le vagin à la naissance.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
100	Cervicale
101	Vaginale
102	Hématomes
103	Labiale
104	Lacération
105	Péri-urétrale
106	Périnéale 1 ^{er} degré
107	Périnéale 2 ^e degré
108	Périnéale 3 ^e degré
109	Périnéale 4 ^e degré
110	Autres
115	Aucune

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0147	Perte sanguine

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Volume de sang perdu lors de l'accouchement et de la période postnatale immédiate.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Considérer seulement la période d'accouchement et les 3 heures subséquentes.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 0120 pour la valeur 2.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises
100	0-499 ml
200	500-999 ml
300	1000-1499 ml
400	1500 ml et plus

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0148	Épisiotomie

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 01
DÉFINITION	Information indiquant si une épisiotomie a été effectuée. L'épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée juste avant l'accouchement dans le but de faciliter la naissance, lorsque nécessaire.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme alphanumérique de longueur 1 à l'aide d'une case.
PRÉCISIONS	Cet élément est obligatoire pour toute épisiotomie effectuée.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Épisiotomie : Information indiquant si une épisiotomie a été effectuée. L'épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée juste avant l'accouchement dans le but de faciliter la naissance, lorsque nécessaire.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.8	Périnatalité
Sous-section	3.8.5	Pernatal
Élément	0149	Ventouse

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 01
DÉFINITION	Information indiquant si une ventouse obstétricale a été appliquée. La ventouse est un instrument obstétrical qui s'applique sur le sommet de la tête du bébé à naître. La technique de la ventouse obstétricale permet une succion et une traction minimale sur le bébé dans le but de faciliter la naissance, lorsque nécessaire.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire à l'inscription au service spécifique. Elle est normalisée et saisie sous une forme alphanumérique de longueur 1 à l'aide d'une case.
PRÉCISIONS	Cet élément est obligatoire pour toute ventouse appliquée, même s'il y a échec d'application de la ventouse.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence manuelle à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	
TRANSMISSION	
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises Ventouse : Information indiquant si une ventouse obstétricale a été appliquée. La ventouse est un instrument obstétrical qui s'applique sur le sommet de la tête du bébé à naître. La technique de la ventouse obstétricale permet une succion et une traction minimale sur le bébé dans le but de faciliter la naissance, lorsque nécessaire.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission

Le fichier Transmission CSSS regroupe les éléments nécessaires à la transmission des données. Il s'agit des données de contrôle devant prévaloir dans la transmission afin d'indiquer quelles sont la source des données et la période couverte par celles-ci.

Ces données sont générées par le système local et elles visent les éléments suivants :

- 0901 Code de la région sociosanitaire
- 0902 Code de CLSC
- 0903 Date réelle de la transmission
- 0904 Numéro de la transmission
- 0905 Date de début de période
- 0906 Date de fin de période

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission
Élément	0901	Code de région sociosanitaire

FORMAT	Numérique	Longueur : 02
DÉFINITION	Code identifiant la région sociosanitaire où est situé le CSSS.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire.	
PRÉCISIONS	Ce code identifie de façon unique une région sociosanitaire (RSS) du Québec. Le Québec est divisé en 18 régions sociosanitaires.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique au central avec l'élément code de CLSC (0902).	
REQUIS PAR	Le MSSS.	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Le référentiel Territorial M-34.	
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises	
01	Bas-Saint-Laurent	
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	
03	Capitale-Nationale	
04	Mauricie-et-Centre-du-Québec	
05	Estrie	
06	Montréal	
07	Outaouais	
08	Abitibi-Témiscamingue	
09	Côte-Nord	
10	Nord-du-Québec	
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	
12	Chaudière-Appalaches	
13	Laval	
14	Lanaudière	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission
Élément	0901	Code de région sociosanitaire (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- | | |
|----|-------------------------------|
| 15 | Laurentides |
| 16 | Montérégie |
| 17 | Nunavik |
| 18 | Terres-Cries-de-la-Baie-James |

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission
Élément	0902	Code de CLSC

FORMAT	Numérique	Longueur : 08
DÉFINITION	Code de CISSS ou CIUSSS correspondant au numéro de permis d'établissement du CSSS (entité légale) responsable du dossier usager qui transmet les données en vue de les intégrer à la banque commune de données. Le numéro de matricule est attribué par le bureau de l'Inspecteur général des institutions financières et est utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le MSSS (numéro de permis d'établissement), au moment de la délivrance du permis.	
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle fait l'objet d'un chargement et doit être conforme aux valeurs présentées dans la table des établissements fournie par le MSSS (référentiel Établissement M-02). Si une des valeurs utilisées ne fait pas partie du chargement, elle peut-être ajoutée par pilotage local.	
PRÉCISIONS	Un CSSS transmet ses propres données ainsi que celles de ses points de service et de ses points de chute.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique au central avec l'élément code de région sociosanitaire (0901).	
REQUIS PAR	Le MSSS.	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Le référentiel Établissement M-02.	
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission
Élément	0903	Date réelle de la transmission

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Date du jour de la transmission. Selon le système international (année, mois, jour), date du transfert des données du système d'information clientèle I-CLSC vers la banque commune de données.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
PRÉCISIONS	Il s'agit de la date du jour de la transmission et non de la date de transmission prévue.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique au central. Validation de format automatique au central. Validation interéléments Aucune.		
REQUIS PAR	Le MSSS.		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION			
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission
Élément	0904	Numéro de la transmission

FORMAT	Numérique	Longueur : 01
DÉFINITION	Numéro séquentiel unique attribué à la transmission de données à une date précise.	
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. Il s'agit d'un numéro séquentiel de 1 à 9 servant à identifier les transmissions de la même période. La valeur par défaut est 1.	
PRÉCISIONS	Ce numéro est utilisé pour distinguer les différentes transmissions pouvant être effectuées. Si la transmission des données a été effectuée avec succès, le numéro séquentiel est effectivement présent dans le fichier. Toutefois, il n'est pas permis d'effectuer deux transmissions à la même date et dans une même semaine (une seule transmission à la banque commune de données par semaine est autorisée). Si un établissement fait une autre transmission à la banque commune de données dans la même semaine, un message lui indiquera qu'un fichier est déjà en cours de traitement à la RAMQ.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS.	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION		
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission
Élément	0905	Date de début de période

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date du début de la période pour laquelle le CSSS transmet des données.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie : ➤ La date de début de la période doit être égale au 1^{er} avril de l'année couverte. ➤ Les valeurs de la date de début de période d'une année financière sont : - Positions 1 à 4 : AAAA (année du début de la période couverte) - Positions 5 et 6 : MM (mois du début de la période couverte) - Position 7 et 8 : JJ (jour du début de la période couverte) ➤ Par exemple, le code désignant le début de l'année financière 1998-1999 se présentera ainsi : 19980401.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation de valeur manuelle à la saisie et automatique au central. Validation interéléments Validation relationnelle manuelle à la saisie et automatique au central avec le calendrier des périodes financières : la date de début de période doit être égale au 1 ^{er} avril de l'année couverte.		
REQUIS PAR	Le MSSS.		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION			
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.9	Transmission
Élément	0906	Date de fin de période

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de fin de la période pour laquelle le CSSS transmet des données.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie : ➤ La date de fin de la période doit être égale à la date de fin de la période couverte, ou égale à la fin de l'année couverte. ➤ Les valeurs de la date de fin de période d'une année financière sont : Positions 1 à 4 : AAAA (année du début de la période couverte) Positions 5 et 6 : MM (mois du début de la période couverte) Position 7 et 8 : JJ (jour du début de la période couverte) ➤ Par exemple, le code désignant la fin de l'année financière 1998-1999 se présentera ainsi : 19990331		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et au central. Validation de format automatique à la saisie et au central. Validation de valeur manuelle à la saisie et automatique au central. Validation interéléments Validation relationnelle manuelle à la saisie et automatique au central avec l'élément date de début de période (0905) : la date de fin de période doit être postérieure à la date de début de la période couverte. Validation relationnelle manuelle à la saisie et automatique au central avec le calendrier des périodes financières : l'année de la date de fin de période doit être égale à celle de la sixième période ou de la fin de l'année couverte et inscrite dans la liste de périodes paramétrées.		
REQUIS PAR			
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION			
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services

La présente section regroupe les éléments d'information relatifs à l'épisode de services normalisé. L'épisode de services constitue l'assignation à un centre d'activités à la suite de la décision acceptée.

Cette section définit les éléments suivants :

0201	Date de début de l'épisode de services
0202	Date de fin de l'épisode de services
0203	Date de début de l'assignation à un centre d'activités
0204	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités
0205	Cessation de l'épisode de services
0206	Centre d'activités de l'assignation
0207	Date de début d'indisponibilité
0208	Date de fin d'indisponibilité
0209	Date de service requis ultérieurement

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0201	Date de début de l'épisode de services

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date à laquelle la décision de la première demande de services est rendue pour cet épisode de services.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire pour ouvrir l'épisode de services.		
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie : ➤ Un usager ne peut avoir plus d'un épisode de services ouvert en même temps, mais peut avoir plusieurs épisodes de services au cours de sa vie. ➤ Après l'acceptation d'une première demande de services normalisée, un épisode de services doit immédiatement être ouvert et la date de début de l'épisode de services doit correspondre à la date de décision de cette demande de services.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de début de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date d'ouverture du dossier (0009) : la date de début de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de naissance (0014) : la date de début de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de naissance. Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date de décès : la date de début de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date de décès. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de réception de la demande de services normalisée (0102) : la date de début de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de décision de la demande de services normalisée (0107) : la date de début de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de décision de la demande de services normalisée. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de fin de l'épisode de services (0202) : la date de début de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date de fin de l'épisode de services.		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0201	Date de début de l'épisode de services (suite)

VALIDATION

Validation interéléments

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de début de l'assignation à un centre d'activités** (0203) : la date de début de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date de début de l'assignation à un centre d'activités.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de fin de l'assignation à un centre d'activités** (0204) : la date de début de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date de fin de l'assignation à un centre d'activités.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0202	Date de fin de l'épisode de services

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de fin des services à l'utilisateur par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC).		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lorsque chaque épisode de services se termine.		
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ La date correspond généralement à la dernière intervention faite par le dernier intervenant actif pour cet épisode de services. ➤ La date peut aussi correspondre à celle de la décision de mettre fin à cet épisode de services par le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). ➤ Lorsqu'un usager avise d'une cessation de services pour un motif tel un déménagement, un hébergement ou toute autre incapacité à poursuivre le suivi, y compris un refus, la date de fin de l'épisode de services sera celle où l'intervenant prend connaissance des faits. ➤ Lorsqu'un usager ne donne plus suite au suivi proposé ou entrepris sans motif, l'épisode de services sera fermé 30 jours après la date de la dernière intervention prévue par un intervenant. ➤ Lors du décès de l'utilisateur, la date de fin de l'épisode de services doit correspondre à celle du décès, lorsque connue, sinon à la date à laquelle l'intervenant prend connaissance des faits.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de fin de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date d'ouverture du dossier (0009) : la date de fin de l'épisode doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture du dossier.		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0202	Date de fin de l'épisode de services (suite)

Validation interéléments

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de naissance** (0014) : la date de fin de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de naissance.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec la **date de décès** : la date de fin de l'épisode de services doit être antérieure ou égale à la date de décès.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de réception** de la demande de services normalisée (0102) : la date de fin de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de décision** de la demande de services normalisée (0107) : la date de fin de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de décision de la demande de services normalisée.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de début de l'épisode de services** (0201) : la date de fin de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de début de l'épisode de services.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de début de l'assignation à un centre d'activités** (0203) : la date de fin de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de début de l'assignation à un centre d'activités.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de fin de l'assignation à un centre d'activités** (0204) : la date de fin de l'épisode de services doit être postérieure ou égale à la date de fin de l'assignation à un centre d'activités.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et les CIUSSS (mission CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

TRANSMISSION

Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0203	Date de début de l'assignation à un centre d'activités

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date qui correspond à la date de début de l'assignation à un centre d'activités.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ La date de début de l'assignation à un centre d'activités est obligatoire. ➤ Lors de l'acceptation de la première demande de services normalisée, la date de début de l'épisode de services ainsi que la date de la première assignation à un centre d'activités doivent correspondre à la date de décision. ➤ Lors d'une offre de services à un usager, la date de l'assignation à un centre d'activités doit correspondre à la date à laquelle l'utilisateur accepte de recevoir les services. ➤ Lors d'une référence à l'interne, la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit correspondre à la date à laquelle cette référence est effectuée. ➤ Lorsqu'il est déterminé qu'un nouveau service est requis pour un usager et que ce service implique une prise en charge (par exemple : aide à domicile), la date de début de l'assignation au centre d'activités concerné doit correspondre à la date de l'identification du besoin. ➤ Lorsqu'une assignation initiale à un centre d'activités donné est fermée sans qu'une intervention ne lui ait été associée et sans fermeture de l'épisode de services, et qu'une assignation subséquente au même centre d'activités est créée en continuité de la première, la date de début de cette deuxième assignation doit correspondre à la date de fin de l'assignation initiale à ce centre d'activités.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être antérieure ou égale à la date du jour. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date d'ouverture du dossier (0009) : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture de dossier. Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément date de naissance (0014) : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de naissance.		

Validation relationnelle automatique à la saisie avec la **date de décès** : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être antérieure ou égale à la date de décès.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de réception** de la demande de services normalisée (0102) : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de décision** de la demande de services normalisée (0107) : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de décision de la demande de services normalisée.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de début de l'épisode de services** (0201) : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de début de l'épisode de services.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de fin de l'épisode de services** (0202) : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être antérieure ou égale à la date de fin de l'épisode de services.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de fin de l'assignation à un centre d'activités** (0204) : la date de début de l'assignation à un centre d'activités doit être antérieure ou égale à la date de fin de l'assignation à un centre d'activités.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

**SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

TRANSMISSION

Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0204	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de fin des services à l'usager dans un centre d'activités.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire.		
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ La date correspond généralement à la dernière intervention faite par le dernier intervenant pour cette assignation à un centre d'activités. ➤ La date peut aussi correspondre à celle de la décision de mettre fin à cette assignation par le service. ➤ Lorsqu'un usager avise d'une cessation de services pour un motif tel un déménagement, un hébergement ou toute autre incapacité à poursuivre le suivi, y compris un refus, la date de fin de l'assignation au centre d'activités sera celle où l'intervenant prend connaissance des faits. ➤ Lorsqu'un usager ne donne plus suite au suivi proposé ou entrepris sans motif, l'assignation au centre d'activités sera fermée 30 jours après la date de la dernière intervention prévue par un intervenant. ➤ Lors du décès de l'usager, la date de fin de l'assignation au centre d'activités doit correspondre à la date du décès, lorsque connue, sinon à la date à laquelle l'intervenant prend connaissance des faits.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique et manuelle à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date du jour : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être antérieure ou égale à la date du jour.		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0204	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités (suite)

Validation interéléments

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date d'ouverture du dossier** (0009) : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date d'ouverture de dossier.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de naissance** (0014) : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de naissance.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec la **date de décès** : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être antérieure ou égale à la date de décès.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de réception** de la demande de services normalisée (0102) : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de réception de la demande de services normalisée.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de décision** de la demande de services normalisée (0107) : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de décision de la demande de services normalisée.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de début de l'épisode de services** (0201) : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de début de l'épisode de services.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de fin de l'épisode de services** (0202) : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être antérieure ou égale à la date de fin de l'épisode de services.

Validation relationnelle automatique à la saisie avec l'élément **date de début de l'assignation à un centre d'activités** (0203) : la date de fin de l'assignation à un centre d'activités doit être postérieure ou égale à la date de début de l'assignation à un centre d'activités.

REQUIS PAR

Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).

SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

TRANSMISSION

Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0205	Cessation de l'épisode de services

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Motif indiquant la principale raison de la fin des services par l'utilisateur ou le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), pour un épisode de services.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire pour chaque épisode de services. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Le dernier intervenant actif pour l'épisode de services inscrit une cessation lors de la fin des services pour l'épisode. D'autres modalités peuvent s'appliquer pour la cessation de l'épisode de service selon la politique de l'établissement (ex : demande inactive) ➤ Lorsqu'une équipe multidisciplinaire est mise à contribution dans un plan d'intervention, la cessation est codée par l'intervenant responsable du plan, que les objectifs aient été atteints ou non.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.
REQUIS PAR SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
TRANSMISSION	Seules les 3 premières positions sont transmises à la banque commune de données.
VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises 800 Cessation reliée à la réalisation des objectifs Fin des services pour l'utilisateur (individu, groupe ou communautaire) en raison de la réalisation des objectifs fixés dans le plan d'intervention ou le plan d'action. 810 Cessation reliée au décès Fin des services due au décès de l'utilisateur. *811 Cessation reliée au décès à domicile (code utilisé pour le profil de l'intervention 121 Services de soins palliatifs (programme Santé physique)). Fin des services due au décès de l'utilisateur à domicile.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0205	Cessation de l'épisode de services (suite)

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

- | | |
|------------|---|
| 820 | Cessation reliée au déménagement
Fin des services due au déménagement de l'utilisateur à l'extérieur du territoire du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). |
| 830 | Cessation reliée à l'hébergement
Fin des services due à l'hébergement de l'utilisateur dans une ressource institutionnelle ou non. |
| 840 | Cessation reliée à l'hospitalisation
Fin des services due à l'hospitalisation de l'utilisateur. |
| 850 | Cessation reliée au recours à des ressources privées
Fin des services due au recours à des ressources privées. |
| 900 | Cessation reliée au refus de l'utilisateur de recevoir des services du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC)
Fin des services due au refus de l'utilisateur de recevoir des services, quelle qu'en soit la raison. |
| 950 | Cessation reliée au refus du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) d'intervenir
Fin des services due à la décision du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) d'y mettre fin en raison de contraintes diverses (ex. : manque de coopération de la part de l'utilisateur). |
| 990 | Tout autre motif de cessation
Fin des services due à tout autre motif de cessation. |

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0206	Centre d'activités de l'assignation

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code indiquant à quel centre ou sous-centre d'activités du Manuel de gestion financière est rattaché le sous-programme.
DESCRIPTION	Cette catégorisation est obligatoire. Elle est normalisée et saisie sous une forme numérique de longueur 4.
PRÉCISIONS	Consignes à la saisie ➤ Le sous-programme n'apparaît pas comme un élément dans le cadre normatif, mais il est utilisé dans le système d'information I-CLSC. À l'écran, l'intervenant saisit le sous-programme lorsqu'il enregistre une assignation. ➤ Un lien de pilotage est obligatoirement fait entre le centre ou le sous-centre d'activités et le sous-programme. Pour faire le lien de pilotage dans le sous-programme, il faut obligatoirement sélectionner le centre ou le sous-centre d'activités dans le menu déroulant. ➤ Les centres d'activités non identifiés à la mission des CISSS et CIUSSS (mission CLSC), dans le Manuel de gestion financière (MGF), ne doivent pas apparaître dans la banque commune de données. Ainsi, le sous-programme utilisé à l'épisode de services doit être rattaché à l'un des centres ou sous-centres d'activités identifiés à la mission des CISSS et CIUSSS (mission CLSC) (voir l'annexe 3 du cadre normatif et le Manuel de gestion financière (MGF)). ➤ L'assignation à un centre ou sous-centre d'activités débute et se termine à l'intérieur d'un épisode de services actif auprès de l'utilisateur et comprend la période d'attente pour bénéficier d'une intervention. ➤ Une assignation à un centre ou sous-centre d'activités est inscrite à l'épisode de services d'un usager lorsque celui-ci doit rencontrer un ou des intervenants de façon régulière pour une période donnée, dans le but d'atteindre les objectifs prévus au plan d'intervention, pour un service inclus aux activités de ce centre ou sous-centre d'activités.
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation verticale automatique à la saisie avec le sous-programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) de la table de pilotage.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0206	Centre d'activités de l'assignation (suite)

TRANSMISSION

Aux fins de la transmission de données aux organismes externes, une correspondance est effectuée entre la notion de sous-programme du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) et les centres ou sous-centres d'activités du Manuel de gestion financière. C'est l'un ou l'autre de ces derniers codes qui est transmis à la banque commune de données. Seules les 4 premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES

Liste des valeurs permises

Pour connaître les valeurs permises, se référer à la liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à la banque commune de données I-CLSC (annexe 3).

Liste des codes historiques

Pour connaître les codes historiques, se référer à l'annexe 1.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0207	Date de début d'indisponibilité

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date du début de la période d'indisponibilité de l'utilisateur. Période pendant laquelle un utilisateur n'est pas disponible pour recevoir les services offerts par l'établissement. Seule la période de l'indisponibilité de l'utilisateur qui survient avant le début du premier service est normalisée.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lors d'une période d'indisponibilité de l'utilisateur avant le début du premier service de l'assignation au centre ou sous-centre d'activités.		
PRÉCISIONS	Correspond à la date de demande de report des services au moment où le CISSS ou CIUSSS (mission CLSC) est en mesure de les offrir à l'utilisateur.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date de décision de la demande de services : la date de début de la période d'indisponibilité de l'utilisateur doit être postérieure ou égale à la date de décision de la demande de services.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0208	Date de fin d'indisponibilité

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date de fin de la période d'indisponibilité de l'utilisateur.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lors d'une période d'indisponibilité de l'utilisateur.		
PRÉCISIONS	Correspond à la date où l'utilisateur est disponible pour recevoir des services.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date de début de la période d'indisponibilité de l'utilisateur : la date de fin d'indisponibilité de l'utilisateur doit être postérieure ou égale à la date début de la période d'indisponibilité de l'utilisateur.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0209	Date de service requis ultérieurement

FORMAT	Date	Longueur : 08	Gabarit : AAAAMMJJ
DÉFINITION	Selon le système international (année, mois, jour), date où les services sont requis pour l'utilisateur.		
	Planification future de services à la suite d'une référence formelle.		
DESCRIPTION	Cette date est obligatoire lors d'une planification future de services précédant le début du premier service de l'assignation au centre ou sous-centre d'activités.		
PRÉCISIONS	Aucun service n'est requis dans l'immédiat.		
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de format automatique à la saisie. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Validation relationnelle automatique à la saisie avec la date de décision de la demande de services : la date de service requis ultérieurement doit être postérieure à la date de décision de la demande de services.		
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).		
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES			
TRANSMISSION	Les 8 positions sont transmises à la banque commune de données.		
VALEURS PERMISES			

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0210	Numéro de l'épisode de services

FORMAT	Numérique	Longueur : 09
DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'un épisode de services fait auprès d'un usager.	
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont : 000000001 à 999999999.	
PRÉCISIONS	La composition du numéro de l'épisode de services est laissée à la discrétion du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC). Ce numéro est attribué automatiquement par le système (mission CLSC).	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de l'épisode de services est remplacé par un numéro séquentiel à 6 positions, neutre et anonyme, afin de préserver la confidentialité des données des usagers. La séquence démarre avec le numéro 000001 à chaque transmission effectuée. Tout épisode de services transmis est associé au numéro de dossier de l'utilisateur sous sa forme anonyme (numéro séquentiel à 6 positions), permettant ainsi la mise en relation des données de l'épisode de services avec celles de l'utilisateur correspondant, au cours d'un même exercice financier (1 ^{er} avril au 31 mars).	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0211	Numéro de l'assignation à un centre d'activités

FORMAT	Numérique	Longueur : 09
DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'une assignation à un centre d'activités faite auprès d'un usager.	
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont : 000000001 à 999999999.	
PRÉCISIONS	Ce numéro est attribué automatiquement par le système.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de l'assignation à un centre d'activités est remplacé par un numéro séquentiel à 6 positions, neutre et anonyme, afin de préserver la confidentialité des données des usagers. La séquence démarre avec le numéro 000001 à chaque transmission effectuée. Toute assignation à un centre d'activités transmise est associée au numéro de dossier de l'usager sous sa forme anonyme (numéro séquentiel à 6 positions), permettant ainsi la mise en relation des données de l'assignation au centre d'activités avec celles de l'usager correspondant, au cours d'un même exercice financier (1 ^{er} avril au 31 mars).	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0212	Numéro de l'indisponibilité de l'utilisateur

FORMAT	Numérique	Longueur : 09
DÉFINITION	Numéro d'identification unique d'une période d'indisponibilité de l'utilisateur.	
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et les valeurs possibles sont : 000000001 à 999999999.	
PRÉCISIONS	La composition du numéro de la période d'indisponibilité est attribué automatiquement par le système.	
VALIDATION	Validation sur l'élément Validation de présence automatique à la saisie et manuelle au central. Validation de valeur automatique à la saisie et manuelle au central. Validation interéléments Aucune.	
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et CIUSSS (mission CLSC).	
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES		
TRANSMISSION	Au moment de la préparation du fichier de transfert des données aux organismes externes, le numéro de l'indisponibilité de l'utilisateur est remplacé par un numéro séquentiel à 6 positions, neutre et anonyme, afin de préserver la confidentialité des données des usagers. La séquence démarre avec le numéro 000001 à chaque transmission effectuée. Toute indisponibilité de l'utilisateur transmise est associée au numéro de dossier de l'utilisateur sous sa forme anonyme (numéro séquentiel à 6 positions), permettant ainsi la mise en relation des données de l'assignation au centre d'activités avec celles de l'utilisateur correspondant, au cours d'un même exercice financier (1 ^{er} avril au 31 mars).	
VALEURS PERMISES		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0213	Priorisation de l'assignation à un centre d'activités

FORMAT	Alphanumérique Longueur : 10
DÉFINITION	Code de priorité accordé au moment de l'assignation de l'utilisateur à un centre d'activité établissant le délai à l'intérieur duquel doivent débiter les services en réponse au besoin de l'utilisateur. Au moment de l'assignation d'un usager à un sous-programme du CLSC, une priorité est attribuée par un professionnel ou une professionnelle à partir d'une analyse de la situation globale de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Cette priorisation est obligatoire pour chacune des assignations à un centre ou sous-centre d'activité. Elle est normalisée et est saisie sous une forme numérique de longueur 3.
PRÉCISIONS	Cette valeur s'applique pour toutes les assignations aux centres et sous-centres d'activités requérant l'ouverture d'un épisode de services. Même si une repriorisation de l'utilisateur est possible avant le début des services à la suite d'une nouvelle analyse ou d'une révision de la situation de l'utilisateur, seule la donnée de la priorisation initiale est transmise. Pour l'identification des différents critères liés aux codes de priorisation, référer à la « Grille de priorisation multiclientèle en CLSC » du MSSS, à l'annexe 5. Les quatre niveaux correspondent aux échelles et délais identifiés par celle-ci. ➤ Priorité 1 : 2 jours Présence d'un danger imminent pour l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si les besoins ne sont pas répondus. ➤ Priorité 2 : 10 jours Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à court terme. ➤ Priorité 3 : 30 jours Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) en l'absence d'intervention à moyen terme pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie ou pour le maintenir à domicile. ➤ Priorité 4 : 90 jours L'intégrité, la santé ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ne sont pas menacées à moyen terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie et favoriser son maintien à domicile. La priorisation est nécessaire au calcul des délais d'accès à un premier service d'une assignation.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0213	Priorisation de l'assignation à un centre d'activités (suite)

Consignes à la saisie

- Pour les fins de I-CLSC, la notion de début des services correspond à la date où l'utilisateur reçoit un premier service, en réponse à son besoin, dans le cadre d'une rencontre, d'une communication téléphonique ou d'une visioconférence en présence d'un professionnel ou intervenant du CISSS ou CIUSSS mission CLSC. Ainsi, le délai associé à chacun des niveaux de priorité correspond à la durée entre la date de début de l'assignation au centre d'activité (voir Élément 0203) et la date de la première intervention réalisée au centre ou sous-centre d'activité de l'assignation concernée.
- Dans le cas d'un service requis ultérieurement, le délai correspond à la durée entre la date de service requis ultérieurement (Élément 0209) et la date de la première intervention réalisée au centre ou sous-centre d'activité de l'assignation concernée.
- Dans le cas d'un service requis ultérieurement, la priorisation doit correspondre au délai à l'intérieur duquel le service doit être rendu en vertu des critères de mise en priorité de la grille de priorisation, à partir de la date de service requis ultérieurement.
- À noter qu'une indisponibilité de l'utilisateur (Élément 0207) met fin au délai d'attente.
- Pour les fins de calcul de délais d'accès, et compte tenu que l'heure d'intervention n'est pas disponible dans I-CLSC, le nombre de jours associé à chaque priorité débute à minuit (00 :00 heure) de la date de début de l'assignation ou du service requis ultérieurement et se termine à 23 :59 du jour de la date de la première intervention.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.10	Épisode de services
Élément	0213	Priorisation de l'assignation à un centre d'activités (suite)

VALIDATION	Validation sur l'élément. Aucune. Validation interéléments. Aucune.
REQUIS PAR	Le MSSS, les CISSS et les CIUSSS (mission CLSC).
SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Grille de priorisation multiclientèle en CLSC
TRANSMISSION	Seules les trois premières positions sont transmises à la banque commune de données.

VALEURS PERMISES	Liste des valeurs permises.
-------------------------	------------------------------------

- | | | |
|------------|----------------------|--|
| 100 | P1 – 2 jours | Début des services et intervention à l'intérieur de 2 jours suivant la date de l'assignation au centre ou sous-centre d'activité. |
| 200 | P2 – 10 jours | Début des services et intervention à l'intérieur de 10 jours suivant la date de l'assignation au centre ou sous-centre d'activité. |
| 300 | P3 – 30 jours | Début des services et intervention à l'intérieur de 30 jours suivant la date de l'assignation au centre ou sous-centre d'activité. |
| 400 | P4 – 90 jours | Début des services et intervention à l'intérieur de 90 jours suivant la date de l'assignation au centre ou sous-centre d'activité. |

CHAPITRE 4

VALIDATION DES ÉLÉMENTS

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément

Lorsque la validation s'effectue en ne tenant compte que de l'information propre à l'élément, on parle de validation sur l'élément. Ce type de validation peut prendre une ou plusieurs des quatre formes suivantes :

- Présence
- Format
- Valeur
- Position

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence

La présence de l'élément est vérifiée. À la saisie, cette validation se traduit par des champs obligatoires d'où on ne peut sortir à moins d'ajouter une information valide.

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0101	Numéro de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0102	Date de réception de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0103	Référé par – de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0104	Objet de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0105	Centre d'activités de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0106	Décision de la demande de services	☐	☐	☐	☐	☐	☒
0107	Date de la décision de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0109	Type de la demande	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0008	Numéro de dossier	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0009	Date d'ouverture du dossier	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0011	Type d'usager	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0014	Date de naissance	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0015	Sexe	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0016	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0019	Code postal de la résidence habituelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0020	Code de municipalité de la résidence habituelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0021	Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0025	Catégorie d'usager-groupe	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0026	Population cible du groupe	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0027	Catégorie d'usager-communautaire	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0028	Population cible communautaire	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0029	Activité principale communautaire	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0030	Numéro de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0031	Centre d'activités de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0032	Date de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0033	Type d'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0034	Raison de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0035	Acte de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0036	Suivi de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0038	Profil de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0039	Mode d'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0040	Lieu de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0041	Durée de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0042	Langue d'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0043	Nombre de participants/groupe de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0045	Statut de l'intervenant de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0046	Nombre d'intervenants associés à l'intervention	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0047	Niveau de scolarité visé par l'intervention (avec les codes - École 145, 150 et 155 de l'élément lieu de l'intervention (040))	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0049	Numéro de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0051	Date de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0052	Type d'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0053	Raison de l'activité ponctuelle (pour les activités ponctuelles normalisées, le code de raison 1 doit être 5500)	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0054	Acte de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0055	Suivi de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0056	Profil de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0057	Mode de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0058	Lieu de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0059	Langue de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0060	Nombre de participants/groupe de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités d'éducation systémique (mode 5))	☒	☐	☐	☐	☐	☒

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0061	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0062	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0063	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle (uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0064	Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle (avec les codes - École 145, 150 et 155 de l'élément lieu de l'activité ponctuelle (058))	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0065	Date de début du service spécifique	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0066	Date de fin du service spécifique	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0067	Service spécifique	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0068	Raison de la cessation du service spécifique	☐	☒	☐	☐	☒	☐
0069	Âge gestationnel (semaines/jours)	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0070	Situation de vie	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0071	Situation financière	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0072	Scolarité de la mère	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0073	Autochtone	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0074	Immigrant (5 ans et moins)	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0075	Gravida (prénatal)	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0076	Para (prénatal)	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0077	Aborta (prénatal)	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0078	Date effective de l'accouchement	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0079	Durée de gestation (semaines/jours)	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0080	Gravida (postnatal)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0081	Para (postnatal)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0082	Aborta (postnatal)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0083	Naissance	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0084	Poids du bébé à la naissance	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0086	Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0087	Catégorie d'alimentation	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0088	Complications et particularités	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0120	Type de transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0121	Date du transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0122	Urgent	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0123	Raison du transfert prénatal	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0124	Raison du transfert pernatal	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0125	Raison du transfert postnatal de la mère	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0126	Raison du transfert du bébé	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0127	Lieu d'origine du transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0128	Type d'examen	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0129	Date de l'examen	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0130	Prescripteur	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0131	Mode d'entrée en travail	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0132	Dilatation RAM	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0133	Station	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0134	Début de latence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0135	Début du travail actif	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0136	Dilatation complète	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0137	Début de poussée	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0138	Date et heure de la naissance	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0139	Délivrance placentaire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0140	Lieu de l'accouchement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0141	Sous la responsabilité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0142	Type d'accouchement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0143	Position de la mère	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0144	Position fœtale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0145	Antibiotique streptocoque B	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0146	Déchirure	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0147	Perte sanguine	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0901	Code de région sociosanitaire	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0902	Code de CSLC	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0903	Date réelle de la transmission	☐	☐	☐	☐	☒	☐
0904	Numéro de la transmission	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0905	Date de début de période	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0906	Date de fin de période	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0201	Date de début de l'épisode de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0202	Date de fin de l'épisode de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0203	Date de début de l'assignation à un centre d'activité	☒	☐	☐	☐	☐	☒

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.1 Présence (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0204	Date de fin de l'assignation à un centre d'activité	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0205	Cessation de l'épisode de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0206	Centre d'activités de l'assignation	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0207	Date de début d'indisponibilité	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0208	Date de fin d'indisponibilité	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0209	Date de service requis ultérieurement	☒	☐	☐	☐	☐	☒

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.2 Format

L'élément doit prendre un format particulier. À la saisie, cette validation s'accompagne d'un gabarit particulier au format de l'élément (ex. : code postal : X9X 9X9).

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0102	Date de réception de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0107	Date de la décision de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0009	Date d'ouverture du dossier	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0014	Date de naissance de l'usager	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0015	Sexe	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0019	Code postal de la résidence habituelle	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0032	Date de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0041	Durée de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0051	Date de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0065	Date de début du service spécifique	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0066	Date de fin du service spécifique	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0078	Date effective de l'accouchement	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0086	Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0121	Date du transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0122	Urgent	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0129	Date de l'examen	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0901	Code de région sociosanitaire	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0902	Code de CLSC	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0903	Date réelle de la transmission	☐	☐	☐	☐	☒	☐
0904	Numéro de la transmission	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0905	Date de début de période	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0906	Date de fin de période	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0201	Date de début de l'épisode de services	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0202	Date de fin de l'épisode de services	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0203	Date de début de l'assignation à un centre d'activités	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0204	Date de fin d'assignation à un centre d'activités	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0205	Cessation de l'épisode de services	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.2 Format (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0207	Date de début d'indisponibilité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0208	Date de fin d'indisponibilité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0209	Date de service requis ultérieurement	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.3 Valeur

L'élément ne peut prendre que certaines valeurs prédéfinies. À la saisie, cette validation se caractérise par une gamme autorisée de valeurs ou par l'utilisation d'une sélection sur un menu déroulant.

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0101	Numéro de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0102	Date de réception de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0103	Référé par – de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0104	Objet de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0105	Centre d'activités de la demande de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0106	Décision de la demande de services	☐	☒	☐	☐	☐	☒
0107	Date de la décision de la demande de services	☒	☒	☐	☐	☐	☒
0109	Type de demande	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0008	Numéro de dossier	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0009	Date d'ouverture du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☒
0011	Type d'usager	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0014	Date de naissance de l'usager	☐	☒	☐	☐	☐	☐
0015	Sexe	☒	☐	☐	☒	☐	☒
0016	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0019	Code postal de la résidence habituelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0020	Code de municipalité de la résidence habituelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0021	Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0025	Catégorie d'usager-groupe	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0026	Population cible du groupe	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0027	Catégorie d'usager-communautaire	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0028	Population cible communautaire	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0029	Activité principale communautaire	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0030	Numéro de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0031	Centre d'activités de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0032	Date de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0033	Type d'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0034	Raison de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0035	Acte de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0036	Suivi de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0038	Profil de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0039	Mode d'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0040	Lieu de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.3 Valeur (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0041	Durée de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0042	Langue d'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0043	Nombre de participants/groupe de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0045	Statut de l'intervenant de l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0046	Nombre d'intervenants associés à l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0047	Niveau de scolarité visé par l'intervention	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0049	Numéro de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0051	Date de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0052	Type d'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0053	Raison de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0054	Acte de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0055	Suivi de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0056	Profil de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0057	Mode de l'activité ponctuelle	☐	☐	☐	☐	☒	☒
0058	Lieu de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0059	Langue de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0060	Nombre de participants/groupe de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0061	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0062	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0063	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0064	Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0067	Service spécifique	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0068	Raison de la cessation du service spécifique	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0070	Situation de vie	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0071	Situation financière	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0072	Scolarité de la mère	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0078	Date effective de l'accouchement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0086	Date de collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.3 Valeur (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0087	Catégorie d'alimentation	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0088	Complications et particularités	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0120	Type de transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0121	Date du transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0123	Raison du transfert prénatal	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0124	Raison du transfert pernatal	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0125	Raison du transfert postnatal de la mère	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0126	Raison du transfert du bébé	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0127	Lieu d'origine du transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0128	Type d'examen	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0129	Date de l'examen	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0130	Prescripteur	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0131	Mode d'entrée en travail	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0132	Dilatation RAM	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0133	Station	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0134	Début de latence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0135	Début du travail actif	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0136	Dilatation complète	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0137	Début de poussée	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0138	Date et heure de la naissance	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0139	Délivrance placentaire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0140	Lieu de l'accouchement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0141	Sous la responsabilité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0142	Type d'accouchement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0143	Position de la mère	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0144	Position fœtale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0145	Antibiotique streptocoque B	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0146	Déchirure	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0147	Perte sanguine	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0901	Code de région sociosanitaire	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0902	Code de CLSC	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0905	Date de début de période	☐	☒	☐	☐	☒	☐
0906	Date de fin de période	☐	☒	☐	☐	☒	☐
0201	Date de début de l'épisode de services	☒	☒	☐	☐	☐	☒
0202	Date de fin de l'épisode de services	☒	☒	☐	☐	☐	☒
0203	Date de début de l'assignation à un centre d'activités	☒	☒	☐	☐	☐	☒
0204	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	☒	☒	☐	☐	☐	☒

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.1 Validation sur l'élément
Sous-section 4.1.3 Valeur (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0205	Cessation de l'épisode de services	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0206	Centre d'activités de l'assignation	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0207	Date de début d'indisponibilité	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0208	Date de fin d'indisponibilité	☒	☐	☐	☐	☐	☒
0209	Date de service requis ultérieurement	☒	☐	☐	☐	☐	☒

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.1	Validation sur l'élément
Sous-section	4.1.4	Position

Le code de l'élément doit se trouver à une position précise dans l'espace qui lui est réservé. À la saisie, cette validation peut s'accompagner de l'ajout automatique d'un préfixe ou d'un suffixe.

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.2	Validation interéléments

Les validations interéléments sont effectuées en mettant en relation l'information fournie par plusieurs éléments. Ces validations peuvent prendre une ou plusieurs des quatre formes suivantes :

- Correspondance simple
- Correspondance verticale
- Correspondance relationnelle
- Correspondance hiérarchique

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.2	Validation interéléments
Sous-section	4.2.1	Correspondance simple

Le code de l'élément est validé par une correspondance directe au code d'un autre élément ou à une partie du code d'un autre élément (ex. : sexe et 5^e caractère du NAM).

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.2 Correspondance verticale

Le code de l'élément est validé par son inclusion dans les codes appartenant à un autre élément (ex. : code de CLSC 04401 qui fait partie du code de RSS 04).

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0103	Référé par – de la demande de services (avec le code de l'établissement de référence de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0105	Centre d'activités de la demande de services (avec le sous-programme du CLSC de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0014	Date de naissance de l'utilisateur (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0015	Sexe (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0016	Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie (avec l'élément type d'utilisateur 0011). Une relation est également faite avec le NAM.	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0019	Code postal de la résidence habituelle (avec l'élément code de municipalité de la résidence habituelle 0020).	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0020	Code de municipalité de la résidence habituelle (avec l'élément code postal de la résidence habituelle 0019)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0021	Code de territoire du CLSC de la résidence habituelle (avec le code de municipalité 0020)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0025	Catégorie d'utilisateur-groupe (avec l'élément type d'utilisateur 0011).	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0026	Population cible du groupe (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0027	Catégorie d'utilisateur-communautaire (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0028	Population cible communautaire (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☒	☐	☐	☐	☐
0029	Activité principale communautaire (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0031	Centre d'activités de l'intervention (avec le sous-programme du CSSS (mission CLSC) de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0033	Type d'intervention (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0034	Raison de l'intervention (avec les éléments date de naissance 0014 et date de l'intervention 0032)	☐	☒	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.2 Correspondance verticale (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0039	Mode d'intervention (avec l'élément type d'intervention 0033)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0040	Lieu de l'intervention (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☐	☒	☐	☐	☐	☐
0041	Durée de l'intervention (avec les éléments centre d'activités de l'intervention 0031 et lieu de l'intervention 0040)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0043	Nombre de participants/groupe de l'intervention (avec l'élément type d'utilisateur 0011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0047	Niveau de scolarité visé par l'intervention (avec les codes École - 145, 150 et 155 de l'élément lieu de l'intervention 0040)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0050	Centre d'activités de l'activité ponctuelle (avec le sous-programme du CSSS (mission CLSC))	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0054	Acte de l'activité ponctuelle (avec le code de raison 5500 activités ponctuelles normalisées)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0061	Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle (avec le nom de l'intervenant, non transmis à la banque de données centrale, et le statut de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0062	Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle (avec le nom de l'intervenant, non transmis à la banque de données centrale)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0063	Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle (avec le nom de l'intervenant, non transmis à la banque de données centrale, et le statut de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0064	Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle (avec les codes - École 145, 150 et 155 de l'élément lieu de l'activité ponctuelle (0058))	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0066	Date de fin du service spécifique (avec la date de début du service spécifique (0065))	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0206	Centre d'activités de l'assignation (avec le sous-programme du CSSS (mission CLSC) de la table de pilotage)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.3 Correspondance relationnelle

Le code de l'élément est validé en relation logique avec le code d'un autre élément (ex. : date d'admission antérieure à la date de sortie).

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0102	Date de réception de la demande de services normalisée (avec les éléments date d'ouverture du dossier 0009 et date de naissance 0014). Une relation est également faite avec la date du jour.	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0107	Date de la décision de la demande de services (avec la date du jour, avec les éléments date d'ouverture de dossier (0009), date de naissance (0014), la date de décès, date de réception de la demande de services (0102), date de début de l'épisode de service (0201), date de fin de l'épisode de services (0202), date de début d'assignation à un centre d'activités (0203) et date de fin d'assignation à un centre d'activités (0204))	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0009	Date d'ouverture du dossier (avec la date du jour)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0014	Date de naissance de l'usager (avec l'élément date d'ouverture du dossier 0009). Une relation est également faite avec la date du jour.	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0032	Date de l'intervention (avec les éléments date d'ouverture du dossier 0009 et date de naissance 0014, si l'usager est un individu) Une relation est également faite avec la date du jour.	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0044	Catégorie de l'intervenant de l'intervention (avec le nom de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0045	Statut de l'intervenant de l'intervention (avec le nom de l'intervenant)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0051	Date de l'activité ponctuelle (AP). Une relation est faite avec la date du jour. Si l'AP est rattachée à un numéro de dossier usager, une relation est faite avec les éléments date d'ouverture du dossier 0009 et date de naissance 00014)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.3 Correspondance relationnelle (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0065	Date de début du service spécifique (avec l'élément date de naissance 0014)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0066	Date de fin du service spécifique. Une relation est faite avec la date du début du service spécifique. La date de fin du service spécifique doit être postérieure ou égale à la date du début du service spécifique. La raison de cessation doit être présente.	☐	☐	☐	☐	☒	☐
0068	Raison de la cessation du service spécifique. La date de fin du service spécifique doit être présente.	☒	☐	☐	☐	☒	☐
0078	Date effective de l'accouchement. Une relation est faite avec la date du jour : la date de l'accouchement doit être antérieure ou égale à la date du jour.	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0086	Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant (avec la date du jour, avec les éléments date d'ouverture du dossier (0009), date de naissance (0014), date de décès, date de réception de la demande de services (0102), date de décision de la demande de services (0107), date de début de l'épisode de services (0201), date de fin de l'épisode de services (0202), date de début de l'assignation à un centre d'activités (0203) et date de fin d'assignation à un centre d'activités (0204)).	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0120	Type de transfert (avec les informations obligatoires de la fiche périnatalité, volet périnatal)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0121	Date du transfert (avec la date du jour)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0122	Urgent (avec l'élément type de transfert 0120, pour les valeurs 2, 3 et 4)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0123	Raison du transfert prénatal (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 1)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0124	Raison du transfert périnatal (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2).	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0125	Raison du transfert postnatal de la mère (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 3)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.3 Correspondance relationnelle (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0126	Raison du transfert du bébé (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 4)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0127	Lieu d'origine du transfert (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0132	Dilatation RAM (avec l'élément mode d'entrée en travail 0131, pour la valeur 300)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0133	Station (avec l'élément mode d'entrée en travail 0131, pour la valeur 300)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0134	Début de latence (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0135	Début du travail actif (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0136	Dilatation complète (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0137	Début de poussée (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0138	Date et heure de la naissance (avec les éléments type de transfert 0120, pour la valeur 2, et date effective de l'accouchement 0078)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0139	Délivrance placentaire (avec les éléments type de transfert 0120, pour la valeur 2, et date effective de l'accouchement 0078)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0141	Sous la responsabilité (avec l'élément date de début du travail actif 0135, pour la valeur 102)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0145	Antibiotique streptocoque B (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0146	Déchirure (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0147	Perte sanguine (avec l'élément type de transfert 0120, pour la valeur 2)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0901	Code de région sociosanitaire (avec l'élément code de CLSC 0902)	☐	☐	☐	☐	☒	☐
0902	Code de CLSC (avec l'élément code de région sociosanitaire 0901)	☐	☐	☐	☐	☒	☐
0905	Date de début de période (avec le calendrier des périodes financières)	☐	☒	☐	☐	☒	☐
0906	Date de fin de période (avec l'élément date de début de période 0905). Une relation est également faite avec le calendrier des périodes financières.	☐	☒	☐	☐	☒	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.3 Correspondance relationnelle (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0201	Date de début de l'épisode de services (avec la date du jour, avec les éléments date d'ouverture du dossier (0009), date de naissance (0014), date de décès, date de réception de la demande de services (0102), date de décision de la demande de services (0107), date de fin de l'épisode de services (0202), date de début de l'assignation à un centre d'activités (0203) et date de fin d'assignation à un centre d'activités (0204))	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0202	Date de fin de l'épisode de services (avec la date du jour, avec les éléments date d'ouverture du dossier (0009), date de naissance (0014), date du décès, date de réception de la demande de services (0102), date de décision de la demande de services (0107), date de début de l'épisode de services (0201), date de début de l'assignation à un centre d'activités (0203) et date de fin d'assignation à un centre d'activités (0204))	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0203	Date de début de l'assignation à un centre d'activités (avec la date du jour, avec les éléments date d'ouverture du dossier (0009), date de naissance (0014), date de décès, date de réception de la demande de services (0102), date de décision de la demande de services (0107), date de début de l'épisode de services (0201), date de fin de l'épisode de services (0202) et date de fin de l'assignation à un centre d'activités (0204))	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0204	Date de fin de l'assignation à un centre d'activités (avec la date du jour, avec les éléments date d'ouverture de dossier (0009), date de naissance (0014), date de décès, date de réception de la demande de services (0102), date de décision de la demande de services (0107), date de début de l'épisode de services (0201), date de fin de l'épisode de services (0202) et date de début d'assignation à un centre d'activités (0203))	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0207	Date de début d'indisponibilité (avec l'élément date de décision de la demande de services 0107)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.3 Correspondance relationnelle (suite)

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0208	Date de fin d'indisponibilité (avec l'élément date de début d'indisponibilité 0207)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
0209	Date de service requis ultérieurement (avec l'élément date de décision de la demande de services 0107)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Chapitre 4 Validation des éléments
Section 4.2 Validation interéléments
Sous-section 4.2.4 Correspondance hiérarchique

Le code de l'élément doit préciser le code d'un autre élément de même nature.

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
0034	Raison de l'intervention (avec la raison 1)	☒	☒	☐	☐	☐	☐
0035	Acte de l'intervention (avec l'acte 1)	☒	☒	☐	☐	☐	☐
0053	Raison de l'activité ponctuelle (validation des raisons 2 et 3 avec la raison 1, uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☒	☐	☐	☐	☐
0054	Acte de l'activité ponctuelle (validation des actes 2 et 3 avec l'acte 1, uniquement pour les activités ponctuelles normalisées, si le code de raison est 5500)	☒	☒	☐	☐	☐	☐

Chapitre	4	Validation des éléments
Section	4.3	Validation interenregistrements
Sous-section	4.3.1	Recherche de doublons

Les validations interenregistrements visent à repérer les similitudes entre les enregistrements de façon à éviter de rapporter plusieurs fois le même événement. Plusieurs éléments de chaque enregistrement peuvent faire l'objet de comparaisons pour détecter les similitudes. Cette validation prend habituellement la forme suivante :

Chaque enregistrement doit témoigner d'un événement différent.

N°	Élément	À la saisie		À l'établissement		Au central	
		Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle	Automatique	Manuelle
	La validation porte sur l'ensemble des éléments	☐	☐	☐	☐	☒	☐

CHAPITRE 5

TRANSMISSION DES DONNÉES

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.1	Le transmetteur
Sous-section	5.1.1	Préparation de la transmission

Malgré la mise en place des CISSS et CIUSS le 1^{er} avril 2015 (loi 10), le terme CSSS (*mission CLSC*) a été conservé étant donné que la transmission des banques de données locales I-CLSC est maintenue par entité de CSSS, jusqu'à nouvel ordre.

Accès et transmission

Les données permettant d'alimenter la banque commune de données (**BCD**) sur la clientèle et les services des CLSC sont transmises, par les CSSS (mission CLSC), à la RAMQ qui est dépositaire de cette banque.

POUR POUVOIR TRANSMETTRE LEURS DONNÉES À LA **BCD**, LES PILOTES RESPONSABLES DE CETTE TRANSMISSION DANS LES CSSS DOIVENT AVOIR ACCÈS AUX SERVICES EN LIGNE DE LA RAMQ. POUR CE, ILS DOIVENT EN FAIRE LA DEMANDE EN REMPLISSANT LE FORMULAIRE PRÉVU À CETTE FIN. LE FORMULAIRE « ACCÈS AUX SERVICES EN LIGNE DE LA RÉGIE – UTILISATEUR » ET LE GUIDE POUR LE REMPLIR SONT DISPONIBLES SUR LE SITE INTERNET DE LA RAMQ. CI-JOINT LE LIEN POUR Y ACCÉDER DIRECTEMENT : [FORMULAIRE 4180 - ACCÈS AUX SERVICES EN LIGNE DE LA RÉGIE - UTILISATEUR \(GOUV.QC.CA\)](http://formulaire.4180.ca/accès-aux-services-en-ligne-de-la-régie-utilisateur). LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE IMPRIMÉ, DÛMENT REMPLI ET SIGNÉ, PUIS RETOURNÉ À LA RAMQ PAR LA POSTE.

Les données à transmettre à la **BCD** sont les données normalisées incluses dans le présent cadre normatif ou contenues dans une directive du MSSS pour les modifications faites en cours d'année financière. De plus, les fichiers constitués via une fonctionnalité de l'application locale I-CLSC pour le transfert des données normalisées contiennent également des éléments non normalisés permettant d'assurer les liens entre les différentes données transmises.

Description des données transmises

Le document « Spécifications du fichier à transférer à la RAMQ », reproduit à l'annexe 4, identifie les éléments contenus dans le fichier de transfert transmis par les différentes banques locales des CSSS servant à alimenter la **BCD**. Les données transmises sont regroupées en 14 fichiers :

1. Transmission CLSC (Trans.dat).
2. Demande CLSC (Demande.dat)
3. Intervention CLSC (Interv.dat)
4. Intervention-dossier CLSC (Intervdo.dat)
5. Dossier CLSC (Dossier.dat)
6. Périnatalité – Service spécifique (Perinatalite-service-spécifique.dat)
7. Périnatalité – Grossesse (Perinatalite-grossesse.dat)
8. Périnatalité – Enfant (Perinatalite-enfant.dat)
9. Vaccination (vaccination.dat) – **voir la note**
10. Assignation (assignation.dat)
11. Épisode de services (épisode.dat)
12. Alimentation (alimentation.dat)
13. Indisponibilités de l'usager (Indisponibilité.dat)
14. Périnatalité – Transfert (Perinatalite-transfert.dat)

Le schéma suivant fournit un aperçu des données transmises dans chacun de ces 14 fichiers. Ci-dessous se trouvent quelques précisions sur les informations inscrites dans les cellules constituant ce schéma.

N = donnée transmise sous forme numérique

C = donnée transmise sous forme alphanumérique

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.1	Le transmetteur
Sous-section	5.1.1	Préparation de la transmission (suite)

Le **chiffre** à côté de la lettre indique la longueur de la donnée transmise. Un **Oui** à la droite du chiffre indique que la donnée est optionnelle.

(Parenthèses) : Validation de présence en fonction d'autres éléments

Note : Dans le cas du fichier Intervention-CLSC, le code de l'activité ponctuelle correspondant au code de l'intervention apparaît entre parenthèses à côté de celui-ci.

❖ **Note** :

Le fichier de vaccination reçu ne devrait contenir aucune donnée, car depuis la fin décembre 2015, le système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI) a été déployé dans tous les CSSS (mission CLSC) et les données de vaccination y sont dorénavant colligées. Dans le cas où des données sont transmises, elles sont rejetées et non incluses dans la banque commune I-CLSC.

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Transmission CLSC (Trans.dat)

901 Code la région sociosanitaire	N	2
902 Code de CSSS	N	8
903 Date réelle de la transmission	N	8
904 N° de la transmission	N	1
905 Date de début de période	N	8
906 Date de fin de période	N	8
Numéro de version	N	5
N ^{bre} d'enregistrements fichier dossier	N	7
N ^{bre} d'enregistrements fichier demande	N	7
N ^{bre} d'enregistrements fichier d'interv.	N	7
N ^{bre} d'enregistr. fichier d'interv. Dossier	N	7
N ^{bre} d'enregistr. fichier périnatalité grossesse	N	7
N ^{bre} d'enregistr. fichier périnatalité ser. spéc.	N	7
N ^{bre} d'enregistr. fichier périnatalité enfant	N	7
N ^{bre} d'enregistrements fichier vaccination	N	7
N ^{bre} d'enregistrements fichier assignation	N	7
N ^{bre} d'enregistr. fichier épisode de services	N	7
N ^{bre} d'enregistrements fichier alimentation	N	7
N ^{bre} d'enregistr. fichier périnatalité-transfert	N	7
N ^{bre} d'enregistr. fichier indisponibilités usager	N	7

Dossier CLSC (Dossier.dat)

008 N° RÉF de dossier usager	N	10
009 Date d'ouverture du dossier	N	8
011 Type d'usager	N	1
014 Code de l'âge	N	3
015 Sexe	C	1
016 Raison de l'absence du NAM	N	2
017 Remplissage (code abrogé)	C	0
019 Code postal partiel résidence	C	3
020 Code de municipalité	N	5
021 Code de territoire CSSS	C	5
025 Catégorie d'usager-groupe	N	3
027 Catégorie d'usager-communautaire	N	3
026-028 Population cible	N	3
029 Activité principale communautaire 1	N	3
029 Activité principale communautaire 2	N	3
012 Code usage futur 1	C	3
013 Code usage futur 2	C	3
022 Indice défavorisation globale	N	3
023 Indice défavorisation matérielle	N	3
024 Indice défavorisation sociale	N	3
Numéro d'assurance maladie (NAM)	C	12
Provenance du NAM	C	2
Nom	C	30
Prénom	C	25
Date de naissance	N	8
Code postal complet de résidence	C	6

Demande CLSC (Demande.dat)

101 N° RÉF demande de services	N	10
102 Date de réception	N	8
103 Référé par	N	3
(Code d'établissement qui a référé)	N	8
104 Objet	N	3
105 Centre d'activités	N	5
106 Décision	N	3
107 Date de la décision	N	8
108 Remplissage (code abrogé)	N	3
109 Type de demande	N	1
008 N° RÉF de dossier usager	N	10
011 Type d'usager	N	1
210 No RÉF de l'épisode de serv.	N	10
No de la demande de services	N	10

Intervention CLSC (Interv.dat)

030 (049) N° RÉF de l'intervention	N	10
031 (050) Centre d'activités	N	5
032 (051) Date de l'intervention	N	8
033 (052) Type d'intervention	N	1
034 (053) Raison de l'intervention 1	N	4
034 (053) Raison de l'intervention 2	N	4
034 (053) Raison de l'intervention 3	N	4
035 (054) Acte 1	N	4
035 (054) Acte 2	N	4
035 (054) Acte 3	N	4
036 (055) Suivi	N	3
038 (056) Profil	N	3
039 (057) Mode d'intervention	N	2
040 (058) Lieu de l'intervention	N	3
041 Durée de l'intervention	N	4
042 (059) Langue d'intervention	N	3
043 (060) Nombre de participants/groupe de l'intervention	N	3
044 (061) Catégorie de l'intervenant	N	3
045 (062) Statut de l'intervenant	N	2
046 (063) Nombre d'intervenants associés à l'intervention	N	2
047 (064) Niveau de scolarité	C	3
048 Programme d'intervention	C	3

Intervention-dossier CLSC (Intervdo.dat)

030 (049) N° RÉF de l'intervention	N	10
008 N° RÉF de dossier usager	N	10
011 Type d'usager	N	1
210 No RÉF de l'épisode de serv.	N	10
211 No RÉF de l'assignation	N	10

Périnatalité – Services spécifiques (Périnatalité-service-spécifique.dat)

008 N° RÉF de dossier usager de la mère	N	10
Numéro de la fiche périnatalité	N	10
065 Date de début du service spécifique	N	8
066 Date de fin du service spécifique	N	8
067 Code du service spécifique	N	3
068 Raison de cessation du service spéc.	N	3
069 Âge gestationnel (semaines/jours)	N	3
070 Situation de vie	N	3
071 Situation financière	N	3
072 Scolarité de la mère	N	3
073 Autochtone	C	1
074 Immigrant (5 ans et moins)	C	1
075 Gravidité (prénatal)	N	2
076 Para (prénatal)	N	2
077 Aborta (prénatal)	N	2
078 Date effective de l'accouchement	D	8
079 Durée de gestation (semaines/jours)	N	3
080 Gravidité (postnatal)	N	2
081 Para (postnatal)	N	2
082 Aborta (postnatal)	N	2
083 Naissance	C	1
084 Poids du bébé à la naissance	N	4
085 Alimentation effective (du nourrisson)	N	3
089 Isolement social	N	3

Périnatalité – Grossesse (Périnatalité-grossesse.dat)

008 N° RÉF de dossier usager de la mère	N	10
Numéro de la fiche périnatalité	N	10
075 Gravidité (prénatal)	N	2
076 Para (prénatal)	N	2
077 Aborta (prénatal)	N	2
078 Date effective de l'accouchement	N	8
079 Durée de gestation (semaines/jours)	N	3
080 Gravidité (postnatal)	N	2
081 Para (postnatal)	N	2
082 Aborta (postnatal)	N	2
083 Naissance	N	1
131 Mode d'entrée en travail	N	3
134 Début de latence	N	12
135 début du travail actif	N	12
136 Dilatation complète	N	12
137 Début de poussée	N	12
138 date et heure de naissance	N	12
139 délivrance placentaire	N	12
140 Lieu de l'accouchement	N	3
141 Sous la responsabilité	N	3
142 Type d'accouchement	N	3
148 Épisiotomie	C	1
149 Ventouse	C	1

Périnatalité – Enfant (Périnatalité-enfant.dat)

008 N° RÉF de dossier usager de l'enfant	N	10
008 N° RÉF de dossier usager de la mère	N	10
Numéro de la fiche périnatalité	N	10
084 Poids du bébé à la naissance	N	4

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Vaccination (Vaccination.dat)

No REF de vaccination	N	10	
030 (049) No RÉF de l'intervention	N	10	Oui
008 No REF de dossier usager	N	10	
011 Type d'utilisateur	N	1	
032 Date de l'administration du vaccin	N	8	
Âge de l'utilisateur en nombre d'années	N	3	
Âge de l'utilisateur en nombre de jours	N	3	
CSSS lui-même vaccinateur (Oui/Non)	C	1	
718 Numéro du produit immunisant	N	3	
708 Type d'organisme vaccinateur	N	2	Oui
712 Raison pour vaccin (influenza/pneumocoque)	N	2	
			Oui

Si des données de vaccination sont présentes elles sont rejetées et non incluses dans la banque commune.

Assignment (Assignment.dat)

211 No REF de l'assignation	N	10	
008 No REF de dossier usager	N	10	
011 Type d'utilisateur	N	1	
203 Date de début de l'assignation à un C.A.	N	8	
204 Date de fin de l'assignation à un C.A.	N	8	Oui
206 Centre d'activité (C.A.) de l'assignation	N	5	
210 No REF de l'épisode de services	N	10	
209 Date de service requis ultérieurement	N	8	Oui
213 Priorisation de l'assignation à un CA	N	3	Oui

ALIMENTATION (ALIMENTATION.DAT)

No REF de l'alimentation	N	10	
008 No REF de dossier usager de l'enfant	N	10	
011 Type d'utilisateur de l'enfant	N	1	
008 No REF de dossier usager de la mère	N	10	Oui
011 Type d'utilisateur de la mère	N	1	Oui
Âge de l'enfant en nombre d'années	N	3	
Âge de l'enfant en nombre de jours	N	3	
086 Date de la collecte	N	8	
087Catégorie d'alimentation	N	3	
Indicateur d'alimentation par lait maternel (Oui ou Non)	C	1	
Indicateur d'alimentation par lait non humain (Oui ou Non)	C	1	
Indicateur d'alimentation par autres liquides (Oui ou Non)	C	1	
Indicateur d'alimentation par aliments solides (Oui ou Non)	C	1	

Épisode de service (Épisode.dat)

210 No REF de l'épisode de services	N	10	
008 No REF de dossier usager	N	10	
011 Type d'utilisateur	N	1	
201 Date de début de l'épisode de services	N	8	
202 Date de fin de l'épisode	N	8	Oui
205 Cessation de l'épisode	N	3	Oui

Indisponibilités de l'utilisateur (Indisponibilité.dat)

212 No REF de l'indisponibilité	N	10	
211 No REF de l'assignation	N	10	
008 No RÉF de dossier usager	N	10	
011 Type d'utilisateur	N	1	
207 Date de début de la période d'indisponibilité	N	8	
208 Date de fin de la période d'indisponibilité	N	8	Oui

Périnatalité – Transfert (Périnatalité-transfert.dat)

150 N° RÉF de Transfert	N	10	
008 No REF de dossier usager de la mère	N	10	
008 No REF de dossier usager de l'enfant	N	10	Oui
Numéro de la fiche périnatalité	N	10	
120 Type de transfert	N	2	
121 Date du transfert	N	8	
122 Urgence du transfert	N	1	Oui
123 à 126 Raison du transfert	N	3	
127 Lieu d'origine du transfert	N	3	Oui

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Liste alphabétique des éléments transmis

Nom de l'élément	Sous-section	Numéro	Transformé
Aborta (postnatal)	3.3.8	082	
Aborta (prénatal)	3.3.8	077	
Acte de l'activité ponctuelle	3.3.7	054	Oui
Acte de l'intervention	3.3.6	035	Oui
Activité principale communautaire	3.3.5	029	
Âge de l'enfant en nombre d'années (fichier alimentation)	S.O.	S.O.	S.O.
Âge de l'enfant en nombre de jours (fichier alimentation)	S.O.	S.O.	S.O.
Âge de l'utilisateur en nombre d'années (fichier vaccination)	S.O.	S.O.	S.O.
Âge de l'utilisateur en nombre de jours (fichier vaccination)	S.O.	S.O.	S.O.
Âge gestationnel (semaines/jours)	3.3.8	069	
Alimentation effective (du nourrisson)	3.3.8	085	
Autochtone	3.3.8	073	
Catégorie d'utilisateur-communautaire	3.3.5	027	
Catégorie d'utilisateur-groupe	3.3.4	025	
Catégorie d'alimentation	3.3.8	087	
Catégorie de l'intervenant de l'activité ponctuelle	3.3.7	061	
Catégorie de l'intervenant de l'intervention	3.3.6	044	
Centre d'activités de l'activité ponctuelle	3.3.7	050	
Centre d'activités de l'assignation	3.3.10	206	
Centre d'activités de la demande de services	3.3.1	105	
Centre d'activités de l'intervention	3.3.6	031	
Cessation de l'épisode de services	3.3.10	205	
Code de CSSS	3.3.9	902	
Code de la région sociosanitaire (anciennement RRSSS)	3.3.9	901	

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Nom de l'élément	Sous-section	Numéro	Transformé
Code de municipalité de la résidence habituelle	3.3.9	020	
Code de territoire du CSSS de la résidence habituelle	3.3.3	021	
Code d'établissement qui a référé	S.O.	S.O.	S.O.
Code du service spécifique	3.3.8	067	
Code postal de la résidence habituelle	3.3.3	019	Oui
Date de début de la période d'indisponibilité	3.3.10	207	
Date de début de l'assignation à un centre d'activités	3.3.10	203	
Date de début de l'épisode de services	3.3.10	201	
Date de début de période	3.3.9	905	
Date de début du service spécifique	3.3.8	065	
Date de fin de la période d'indisponibilité	3.3.10	208	
Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	3.3.10	204	
Date de fin de l'épisode de services	3.3.10	202	
Date de fin de période	3.3.9	906	
Date de fin du service spécifique	3.3.8	066	
Date de l'activité ponctuelle	3.3.7	051	
Date de la collecte de l'information sur l'alimentation de l'enfant	3.3.8	086	
Date de l'administration du vaccin	3.3.6	032	
Date de l'intervention	3.3.6	032	
Date de la décision de la demande de services	3.3.1	107	
Date de naissance	3.3.1	014	Oui
Date d'ouverture du dossier	3.3.2	009	
Date de réception de la demande de services	3.3.1	102	
Date de service requis ultérieurement	3.3.10	209	
Date du transfert	3.8.3	121	

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Nom de l'élément	Sous-section	Numéro	Transformé
Date effective de l'accouchement	3.3.8	078	
Date et heure de la naissance	3.8.5	138	
Date réelle de la transmission	3.3.9	903	
Début de latence	3.8.5	134	
Début de poussée	3.8.5	137	
Début du travail actif	3.8.5	135	
Décision de la demande de services	3.3.1	106	
Délivrance placentaire	3.8.5	139	
Dilatation complète	3.8.5	136	
Durée de gestation (semaines/jours)	3.3.8	079	
Durée de l'intervention	3.3.6	041	
Épisiotomie	3.8.5	148	
Gravida (postnatal)	3.3.8	080	
Gravida (prénatal)	3.3.8	075	
Immigrant (5 ans et moins)	3.3.8	074	
Indicateur d'alimentation par aliments solides	S.O.	S.O.	
Indicateur d'alimentation par autres liquides	S.O.	S.O.	
Indicateur d'alimentation par lait maternel	S.O.	S.O.	
Indicateur d'alimentation par lait non humain	S.O.	S.O.	
Indice de défavorisation globale	3.3.3	022	Oui
Indice de défavorisation matérielle	3.3.3	023	Oui
Indice de défavorisation sociale	3.3.3	024	Oui
Isolement social	3.8.1	089	
Langue d'intervention	3.3.6	042	
Langue de l'activité ponctuelle	3.3.6	059	
Lieu de l'accouchement	3.8.5	140	
Lieu de l'activité ponctuelle	3.3.7	058	
Lieu de l'intervention	3.3.6	040	
Lieu d'origine du transfert	3.8.3	127	
Mode d'entrée en travail	3.8.5	131	
Mode d'intervention	3.3.6	039	
Mode de l'activité ponctuelle	3.3.7	057	
Naissance	3.3.8	083	
Niveau de scolarité	3.3.6	047	
Niveau de scolarité visé par l'activité ponctuelle	3.3.7	064	

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Nom de l'élément	Sous-section	Numéro	Transformé
Nombre d'enregistrements fichier Dossier	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Demande	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier d'intervention	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier d'intervention - Dossier	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Périnatalité - Grossesse	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Périnatalité - Service spécifique	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Périnatalité - Enfant	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Vaccination	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Assignment	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Épisode de services	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Alimentation	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier Périnatalité – Transfert	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'enregistrements fichier indisponibilités de l'utilisateur	S.O.	S.O.	S.O.
Nombre d'intervenants associés à l'activité ponctuelle	3.3.7	063	
Nombre d'intervenants associés à l'intervention	3.3.6	046	
Nombre de participants/groupe de l'activité ponctuelle	3.3.7	060	
Nombre de participants/groupe de l'intervention	3.3.6	043	
Numéro d'assurance maladie (NAM)	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro de dossier	3.3.2	008	Oui
Numéro de l'activité ponctuelle	3.3.7	049	Oui
Numéro de l'intervention	3.3.6	030	Oui
Numéro de la demande de services	3.3.1	101	Oui
Numéro de la fiche périnatalité	S.O.	S.O.	
Numéro de la transmission	3.3.9	904	
Numéro de l'organisme vaccinateur	3.3.4	707	Oui
Numéro RÉF de l'alimentation	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro RÉF de l'assignment	S.O.	S.O.	S.O.

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Nom de l'élément	Sous-section	Numéro	Transformé
Numéro RÉF de l'épisode de services	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro RÉF de la demande de services	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro RÉF de l'indisponibilité	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro RÉF de transfert	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro RÉF de vaccination	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro de version	S.O.	S.O.	S.O.
Numéro du produit immunisant (I-CLSC - Vaccination)	3.3.5	718	
Objet de la demande de services	3.3.1	104	
Para (postnatal)	3.3.8	081	
Para (prénatal)	3.3.8	076	
Poids du bébé à la naissance	3.3.8	084	
Population cible communautaire	3.3.5	028	
Population cible du groupe	3.3.4	026	
Prénom	S.O.	S.O.	S.O.
Priorisation de l'assignation à un centre d'activités	3.3.10	213	
Profil de l'activité ponctuelle	3.3.7	056	
Profil de l'intervention	3.3.6	038	
Programme d'intervention	3.3.6	048	
Provenance du NAM	S.O.	S.O.	S.O.
Raison de l'absence du numéro d'assurance maladie	3.3.3	016	
Raison de l'activité ponctuelle	3.3.7	053	Oui
Raison de l'intervention	3.3.6	034	Oui
Raison de la cessation du service spécifique	3.3.8	068	
Raison d'administration du vaccin (I-CLSC - Vaccination)	3.3.5	712	
Raison du transfert du bébé	3.8.3	126	
Raison du transfert pernatal	3.8.3	124	
Raison du transfert postnatal de la mère	3.8.3	125	
Raison du transfert prénatal	3.8.3	123	
Référé par – de la demande de services	3.3.1	103	Oui
Scolarité de la mère	3.3.8	072	
Service spécifique	3.3.8	067	
Sexe	3.3.3	015	
Situation de vie	3.3.8	070	

Chapitre 5 Transmission des données
Section 5.1 Le transmetteur
Sous-section 5.1.1 Préparation de la transmission (suite)

Nom de l'élément	Sous-section	Numéro	Transformé
Situation financière	3.3.8	071	
Sous la responsabilité	3.8.5	141	
Statut de l'intervenant de l'activité ponctuelle	3.3.7	062	
Statut de l'intervenant de l'intervention	3.3.6	045	
Suivi de l'activité ponctuelle	3.3.7	055	
Suivi de l'intervention	3.3.6	036	
Type d'accouchement	3.8.5	142	
Type d'intervention	3.3.6	033	
Type d'organisme vaccinateur (I-CLSC – Vaccination)	3.3.5	708	
Type d'utilisateur	3.3.2	011	
Type de demande de services	3.3.1	109	
Type d'activité ponctuelle	3.3.7	052	
Type de transfert	3.8.3	120	
Urgent	3.8.3	122	
Ventouse	3.8.5	149	

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.1	Le transmetteur
Sous-section	5.1.2	Protocole de transmission

Support de transmission

- Transmission effectuée à partir d'une application Web, à l'adresse : www.ramq.gouv.qc.ca/sel
- Navigateur : Internet Explorer
- Instructions pour l'accès aux services en ligne : Le document « Instructions à l'utilisateur pour accéder aux services en ligne de la RAMQ » est fourni au nouvel utilisateur qui fait une demande d'accès pour transmettre des données I-CLSC. Le document rédigé par l'équipe de la sécurité du Service du traitement et de la sécurité opérationnelle est expédié par courriel avec les documents de confirmation de l'accès.
- Procédure de préparation pour le transfert des données aux organismes externes : Le document fourni par le MSSS intitulé « Guide de l'utilisateur, Pilotage Intégration CLSC, section Transfert aux organismes externes » est produit par l'équipe de pilotage Système à la DGTI et fournit les précisions relatives à la fonctionnalité « Préparation pour le transfert aux organismes externes » qui permet de générer des fichiers en format ASCII servant au transfert des données vers des organismes externes.

Transmission des données à la RAMQ

Les données sont transmises à la banque commune de données (**BCD**) à partir du calendrier fourni par le MSSS « Suivi des ententes de gestion – Calendrier des périodes – AAAA-AAAA pour l'année financière visée », lequel indique la date de fin des périodes financières. Les périodes ont une durée de plus ou moins 30 jours. La date limite des transmissions à la RAMQ est aussi précisée pour chaque période.

À la suite du traitement des données transmises, la RAMQ délivre les rapports informationnels prévus. Se référer au chapitre 6 pour plus de précisions sur les livrables diffusés par la RAMQ.

- Pour toutes les périodes, la date de début est obligatoirement le 1^{er} avril.
- Pour la période 13, la date de fin est obligatoirement le 31 mars.
- Pour les autres périodes, les dates de fin sont différentes d'une année à l'autre.
- Pour être recevable, le fichier de données transmis doit obligatoirement correspondre à une période ultérieure ou identique à celle du dernier fichier traité par la RAMQ. Par exemple, une fois que la période 6 a été traitée, la période 5 ne peut plus être transmise.
- Pour un établissement donné, la RAMQ traite le dernier fichier reçu dans la semaine. Les fichiers reçus étant chargés et traités le vendredi en fin de journée, lorsqu'un établissement transmet un fichier, ce dernier écrase celui reçu antérieurement, le cas échéant.

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.1	Le transmetteur
Sous-section	5.1.2	Protocole de transmission (suite)

- La date de fermeture annuelle de la banque commune de données correspond à la date limite de transmission de la période 13 (généralement vers le 22 ou le 23 avril). Après cette date, l'année financière est fermée à la réception des données et les transmissions la concernant ne sont plus recevables.
- Les données de la nouvelle année financière ne pouvant être traitées qu'après la fermeture de l'année financière qui se termine, la transmission de la période 1 est refusée jusqu'à la date limite de transmission de la période 13.

Préparation des fichiers de transmission dans la banque de données locale

Lors de la préparation des fichiers à transmettre à la RAMQ, les données retenues sont celles qui contiennent un code normalisé inscrit au pilotage de l'application. Lors de la création d'un code de deuxième niveau non normalisé, c'est le code normalisé de premier niveau qui sera transmis à la banque commune de données. Ainsi, pour les trois éléments suivants, afin de transmettre toutes les données avec des codes normalisés, il doit y avoir une transformation lors de la préparation du fichier de transfert des données :

- Raison de l'intervention (élément 034)
Au moment de la préparation du fichier de transfert des données, tous les codes de deuxième niveau non normalisés sont transformés en codes de premier niveau, en utilisant la correspondance de la table de pilotage. Les codes inconnus sont remplacés par une zone libre.
- Acte de l'intervention (élément 035)
Au moment de la préparation du fichier de transfert des données, tous les codes de deuxième niveau non normalisés sont transformés en codes de premier niveau, en utilisant la correspondance de la table de pilotage. Les codes inconnus sont remplacés par une zone libre.
- Référé par – de la demande de services normalisée (élément 103)
Au moment de la préparation du fichier de transfert des données, tous les codes de deuxième niveau non normalisés sont transformés en codes de premier niveau, en utilisant la correspondance de la table de pilotage.

De plus, si le code de premier niveau est 250 (Centre hospitalier), un code d'établissement est ajouté dans la zone prévue du fichier de transfert des données en utilisant la correspondance de la table de pilotage.

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.1	Le transmetteur
Sous-section	5.1.2	Protocole de transmission (suite)

Les trois éléments suivants sont générés automatiquement lors de la préparation du fichier de transfert des données à l'aide du code postal :

1. Indice de défavorisation globale (022)
2. Indice de défavorisation matérielle (023)
3. Indice de défavorisation sociale (024)

Les éléments des interventions CSSS (mission CLSC) transmis comprennent aussi les activités ponctuelles normalisées qui y sont stockées (voir la liste alphabétique des éléments transmis pour les correspondances d'éléments).

Les éléments portant sur la transmission sont présentés au chapitre 3, section 3.3, sous-section 3.3.7 du cadre normatif.

De plus, lors du transfert à la RAMQ, on attribue un numéro de référence neutre à **10** positions afin de préserver la confidentialité des données concernant les usagers et de permettre l'association des données reçues aux mêmes usagers d'année en année. Ces numéros sont les suivants :

- Numéro de dossier (élément 008)
- Numéro de la demande de services (élément 101)
- Numéro de l'intervention (élément 030) ou de l'activité ponctuelle (élément 049)
- Numéro de la fiche périnatalité
- Numéro de l'alimentation
- Numéro de l'assignation
- Numéro de l'épisode de services
- Numéro de l'indisponibilité
- Numéro de transfert
- Numéro de vaccination

PRÉCISIONS RELATIVES AUX DONNÉES NOMINATIVES

Avant l'année financière 2012-2013

La banque commune de données est constituée uniquement de renseignements anonymes et, afin d'assurer la « dénominalisation » des données transmises par les CSSS (mission CLSC), deux éléments sont transformés et chiffrés lors de la préparation du fichier de transfert des données. Ces éléments sont les suivants :

1. Date de naissance (élément 014) (transformée en code d'âge)
La date de naissance est convertie en code d'âge à 3 positions selon l'âge de l'usager :
 - Nouveau-né : code 300
 - Usager âgé entre 1 et 28 jours : codes 301 à 328 (les deux dernières positions correspondant à l'âge de l'usager en jours). À partir de la 29^e journée, l'âge est fourni en semaines (voir le point suivant).

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.1	Le transmetteur
Sous-section	5.1.2	Protocole de transmission (suite)

- Usager âgé entre 4 et 51 semaines : codes 204 à 251 (les deux dernières positions correspondant à l'âge de l'utilisateur en semaines)
 - Usager âgé de 364 ou 365 (année bissextile) jours : code 252
 - Usager d'un an ou plus : 001 à 115
2. Code postal (élément 019) (transmission des trois premières positions du code postal seulement)

À compter de l'année financière 2012-2013

La banque commune de données est dite nominative. En effet, depuis le 1^{er} avril 2012, la RAMQ reçoit également les renseignements nominatifs sur l'individu ayant reçu les services en CLSC. Ces renseignements sont : le NAM, la provenance du NAM s'il s'agit d'un numéro d'une province ou d'un territoire du Canada, le nom, le prénom, la date de naissance et le code postal complet à 6 positions s'il s'agit d'un résident du Québec. À partir de ces renseignements sur l'individu, la RAMQ crée un identifiant unique anonyme (IUA) qu'elle ajoute à la banque commune de données. Cet identifiant unique permet de procéder pour les différents besoins du MSSS à des croisements d'information provenant de systèmes couvrant différentes missions.

Fermeture d'année

La fermeture d'année est normalisée et obligatoire. L'objectif est d'établir une méthode de travail commune quant à la transmission des données, à la validation de la qualité des données, à la correction des données erronées, à la retransmission des données corrigées et à la fermeture officielle de l'année.

La procédure de fin d'année normalisée ainsi que les fonctionnalités du système Intégration CLSC (date de fermeture de période, blocage/déblocage de la saisie par l'administrateur de système lorsque la période est fermée) permettent d'assurer une certaine intégrité et fiabilité des données pour :

- Stabiliser les données durant la période de validation de leur qualité;
- Procéder aux corrections nécessaires;
- Comparer les résultats obtenus après correction avec les résultats attendus;
- Stabiliser les données pour l'année officiellement fermée.

Le CSSS (mission CLSC) transmet ses données à la banque commune de données conformément aux règles de transmission du cadre normatif sur la clientèle et les services des CLSC ainsi qu'aux directives ministérielles relatives aux transmissions exigées et aux échéances à respecter.

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.2	Le récepteur
Sous-section	5.2.1	Réception des transmissions

Vérification sommaire du fichier reçu

Après la transmission, il est important d'attendre quelques minutes pour obtenir les résultats de validation de la transmission à la suite des validations sommaires faites sur le fichier reçu afin de s'assurer que celui-ci peut être traité.

Si le fichier (Trans.dat) est transmis avec succès, un rapport de transmission apparaît faisant état des résultats des validations effectuées au regard des informations sur le fichier reçu (nom du fichier, date de création du fichier, période couverte, etc.), du nombre d'enregistrements reçus dans chacun des 12 fichiers (dossiers usagers, interventions, interventions-dossiers, etc.) ainsi que de l'historique des 20 dernières transmissions reçues (date de transmission, année financière, période couverte et statut). Si les validations sommaires révèlent des problèmes, les messages appropriés sont affichés afin que les correctifs soient appliqués et que le fichier puisse être retransmis.

Vérification de recevabilité

Lors de la réception des données à la RAMQ, le système vérifie d'abord :

- Si le fichier a déjà été transmis;
- Si le fichier est ultérieur ou égal au dernier fichier reçu;
- Si la banque commune de données est fermée pour la période transmise.

Il vérifie ensuite les informations suivantes sur le format du fichier :

- Le fichier est compressé (suffixe .ZIP);
- À l'extraction, on obtient les 14 fichiers;
- Les fichiers ne sont pas corrompus.

Il vérifie enfin plusieurs informations sur la cohérence des contenus, entre autres :

- Le numéro de permis d'établissement du CSSS (mission CLSC) est présent et valide;
- Le nombre d'enregistrements contenus dans chacun des 13 fichiers de données correspond au nombre d'enregistrements indiqués dans le fichier Transmission CLSC;
- Il n'y a pas de doublons (deux lignes identiques).

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.2	Le récepteur
Sous-section	5.2.2	Procédure de rétroaction

Validation de la qualité des données

Des rapports statutaires reflétant les besoins d'information des utilisateurs fournissent des informations statistiques à propos du contenu de la banque commune de données sur la clientèle et les services des CLSC.

Parmi ceux-ci, le rapport « Aperçu de la qualité des données transmises » fournit, pour chacun des CSSS (mission CLSC), les informations sur la quantité de données valides, absentes ou invalides transmises à la banque commune de données en suivi des données reçues afin que les pilotes puissent corriger les codes en erreur, le cas échéant, lors d'une prochaine transmission.

Les mécanismes suivants sont également utilisés pour valider la qualité des données :

- Validations intégrées dans l'application locale I-CLSC lors de la saisie par l'intervenant
- Validations réalisées lors du processus de transmission des données

Chapitre	5	Transmission des données
Section	5.2	Le récepteur
Sous-section	5.2.3	Procédure de fin de périodes (y compris la fermeture de fin d'année de la banque commune)

Procédure de fin de périodes

Les pilotes locaux doivent transmettre leurs fichiers de données pour alimenter la banque commune. Tous les vendredis, la RAMQ traite les données reçues et fait parvenir les rapports statutaires aux établissements ayant transmis leurs données.

Précisions sur les périodes

Les données reçues à la RAMQ aux dates prévues selon les périodes au calendrier sont considérées lors de l'exploitation de la banque pour la production des différents rapports et indicateurs.

De la période 1 à la période 13, la transmission des données est exigée de tous les établissements afin que les résultats des différents rapports et indicateurs reflètent la réalité des CSSS eu égard à la clientèle et aux services en CLSC. Ainsi, si à la date limite un ou plusieurs CSSS n'ont pas transmis leurs données, la RAMQ en avise le pilote d'orientation, lequel prend la décision d'attendre ou non les données du ou des CSSS concernés avant d'effectuer la production des rapports pour la période visée.

CHAPITRE 6

RETOUR DE L'INFORMATION

Chapitre 6 Retour de l'information

Produits informationnels disponibles aux niveaux provincial, régional et local

Principes de base

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

Le document d'entente entre le MSSS et la RAMQ vise principalement à établir les lignes directrices encadrant l'accessibilité et la diffusion des données et des résultats d'exploitation de la banque commune de données.

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

Un autre principe est celui de la confidentialité des renseignements concernant les individus qui reçoivent des services et le personnel des CSSS (mission CLSC) qui les dispense. À cet égard, comme il a été mentionné au chapitre 5, jusqu'au 31 mars 2012, aucun renseignement nominatif ne se trouvait dans la banque commune de données, l'information nominative étant réservée aux CSSS (mission CLSC). Depuis le 1^{er} avril 2012, même si les données nominatives sur les individus recevant les services en CLSC sont transmises, le principe de confidentialité est conservé en introduisant dans la banque commune non pas les données nominatives reçues, mais bien un identifiant unique anonyme (IUA) constitué de manière à ne pas divulguer un renseignement personnel concernant un individu ayant bénéficié d'un service.

PRODUCTION PAR LA RAMQ

Les rapports statutaires

Sur le plan local, à la fin de la semaine, chaque CSSS (mission CLSC) ayant transmis ses données à la RAMQ reçoit ses résultats par l'intermédiaire des rapports statutaires.

Sur le plan régional, le répondant de chaque CISSS et CIUSSS reçoit les rapports statutaires de chacun des CSSS (mission CLSC) de son CISSS ou CIUSSS, et ce, pour chaque transmission effectuée par les pilotes locaux. De plus, il reçoit, à chaque fin de période, les rapports statutaires des données cumulées de tous les CSSS (mission CLSC) de son CISSS ou CIUSSS ainsi que de sa région si celle-ci contient plus d'un CISSS ou CIUSSS.

Sur le plan provincial, le MSSS reçoit les rapports statutaires des résultats cumulés de tous les CSSS (mission CLSC) de la province; ces rapports sont fournis à chaque fin de période (1 à 13).

Le rapport de qualité de données

Le rapport est produit et diffusé en même temps que les autres rapports statutaires. En vérifiant la conformité des données transmises par rapport au cadre normatif en vigueur, il permet aux différents pilotes I-CLSC de constater la qualité des enregistrements transmis à la banque commune et de corriger, au besoin, les données en erreur (absentes ou invalides) pour la prochaine transmission. Les corrections ainsi effectuées permettent d'assurer l'intégrité des données contenues dans la banque commune.

Chapitre 6 Retour de l'information (suite)

Les indicateurs de gestion

En plus des rapports statutaires, la RAMQ fournit les résultats des indicateurs de gestion produits en vertu des ententes de gestion. Ces résultats sont transmis en fichier texte au MSSS pour alimenter le système GESTRED et en fichier Excel aux répondants des CISSS et CIUSSS, au pilote d'orientation, ainsi qu'au pilote système à la DGTI.

D'autres indicateurs de gestion (nommés « outils régionaux ») sont aussi produits en fichier Excel pour permettre des suivis non visés par les ententes de gestion mais qui sont effectués par un ou plusieurs répondants de CISSS ou CIUSSS. Ces résultats sont fournis aux répondants des CISSS et CIUSSS ainsi qu'au pilote système à la DGTI.

Les demandes ad hoc

En plus des rapports statutaires et des indicateurs de gestion, la RAMQ produit, à partir des données de la banque commune, des rapports et des tableaux pour des besoins spécifiques de gestion. Ces demandes ad hoc doivent parvenir du pilote d'orientation s'il s'agit d'une demande du MSSS. Dans le cas d'une demande provenant d'un répondant d'un CISSS ou d'un CIUSSS, celui-ci doit mettre le pilote d'orientation en copie conforme. Dans le cas de tout autre client, la demande doit être faite par le service en ligne de la RAMQ.

Les rapports périodiques (demandes ad hoc délivrées de façon périodique)

Dans certaines situations, le besoin du pilote d'orientation ou du répondant CISSS/CIUSSS requiert la production d'un rapport à toutes les périodes ou à certaines périodes de l'année financière. Les rapports visés sont alors produits et délivrés aux périodes déterminées par le demandeur.

Les copies de la banque de données

Toutes les semaines, la copie de la banque I-CLSC est déposée dans un répertoire protégé auquel les personnes autorisées par le MSSS ont accès via le site Internet de la RAMQ. La copie contient les données transmises au niveau provincial.

Les fichiers sont compressés et contiennent les données saisies aux centres d'activités valides seulement. La plupart des sujets de données présents dans la banque commune y sont inclus; pour plus d'information sur les données présentes, un document descriptif est inclus dans le fichier de la copie de la banque. La décision d'inclure ou non les sujets de données revient au pilote d'orientation.

Liste des numéros et descriptions des rapports statutaires et du rapport de qualité

Les rapports EGB2R02 à EGB2R15 (inclusivement) utilisent uniquement les demandes de service et/ou les interventions dont le centre d'activités est valide à la date de début de l'année financière visée par les rapports.

- EGB2R01 Répartition des demandes, des usagers-individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités.
- EGB2R02 Répartition des demandes, des usagers-individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les centres d'activités valides.
- EGB2R03 Répartition des usagers-individus, des interventions et des activités ponctuelles selon les profils d'intervention.
- EGB2R04 Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les centres d'activités.
- EGB2R05 Répartition des usagers-groupes, des interventions, des activités ponctuelles et des participants selon les profils d'intervention.
- EGB2R06 Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les centres d'activités.

Chapitre 6 Retour de l'information (suite)

- EGB2R07 Répartition des usagers-communautaires et des interventions selon les profils d'intervention.
- EGB2R08 Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités.
- EGB2R09 Caractéristiques des individus (âge et sexe) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention.
- EGB2R10 Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les centres d'activités.
- EGB2R11 Caractéristiques des individus (âge) pour les différents types d'interventions (individus, couples, familles) selon les profils d'intervention.
- EGB2R12 Répartition des demandes selon leur objet en lien avec le référent.
- EGB2R13 Répartition des demandes selon leur objet en lien avec la décision prise.
- EGB2R14 Répartition des usagers-groupes et des interventions, selon leur catégorie et la population cible.
- EGB2R15 Répartition des usagers-communautaires et des interventions, selon leur catégorie et la population cible.
- EGB2R16 Usagers-individus, interventions, durée et activités ponctuelles représentant le maintien à domicile.
- EGB2R17 Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon le profil d'intervention et les centres d'activités du maintien à domicile.
- EGB2R18 Répartition des usagers et des interventions (individus, couples, familles) selon les programmes-clientèles et les centres d'activités du maintien à domicile.
- EGB3R07 Aperçu de la qualité des données transmises

PRODUCTION PAR LES INSTANCES LOCALES

Rapports intégrés au système d'information

Le module Rapports normalisés du système I-CLSC permet de produire des rapports statutaires sur les activités du CSSS (mission CLSC). Il est possible de produire jusqu'à 21 rapports différents. Ce module est paramétrable par chaque CSSS (mission CLSC) afin de répondre exactement à ses besoins.

Ainsi, ces rapports peuvent être produits selon différents paramètres. Une ventilation peut être faite de façon plus spécifique pour certains d'entre eux.

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

Les RAPPORTS POSSIBLES pour les interventions sont les suivants :

- RN-1 Rapport par centre d'activités, excluant les médecins et les dentistes
- RN-2 Rapport par programme
- RN-3 Rapport par municipalité

Chapitre 6 Retour de l'information (suite)

RN-4 Rapport par raison d'intervention
RN-5 Rapport par acte
RN-6 Rapport par catégorie d'intervention
RN-7 Rapport par lieu et mode d'intervention
RN-8 Rapport par profil d'intervention
RN-9 Rapport par suivi d'intervention
RN-10 Rapport par profil, âge et sexe
RN-11 Rapport par âge et sexe
RN-12 Rapport par profil et acte
RN-13 Rapport par population cible
RN-14 Rapport par cessation

Les RAPPORTS POSSIBLES pour la coordination sont les suivants :

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

Les RAPPORTS POSSIBLES pour les activités ponctuelles sont les suivants :

RNA-1 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant
RNA-2 Rapport des activités ponctuelles par lieu et mode
RNA-3 Rapport des activités ponctuelles par profil et acte
COA-1 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant et raison
COA-2 Rapport des activités ponctuelles par catégorie d'intervenant et acte

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

Générateur de rapports

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

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Liste des codes historiques
Annexe 2	Exemple de codification
Annexe 3	Liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à la banque commune de données I-CLSC
Annexe 4	Banque commune I-CLSC - Spécifications du fichier à transférer à la RAMQ

ANNEXES			
Historique des modifications			
		Version année du changement	Description du changement
Annexe 1	CADRE NORMATIF SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA CLIENTÈLE ET LES SERVICES DES CLSC (I-CLSC VACCINATION)	V2017-04-01	Depuis la mise en place en 2015 du registre de vaccination provincial supporté par le système d'information en protection des maladies infectieuses SI-PMI, l'information relative à la vaccination de l'usager est dorénavant colligée au SI-PMI. Ainsi, l'annexe 1 I-CLSC – Vaccination a été retirée du présent cadre normatif.
Annexe 2	CADRE NORMATIF INFO- SANTÉ ET INFO-SOCIAL	V2019-04-01	Remplacée par : Liste des codes historiques Retirée du cadre normatif I-CLSC.
Annexe 3	LISTE DES CODES HISTORIQUES	V2019-04-01	Remplacée par : Exemple de codification Reportée à l'annexe 1.
Annexe 4	EXEMPLE DE CODIFICATION	V2019-04-01	Remplacée par : Liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à la banque commune de données I-CLSC Reportée à l'annexe 2.
Annexe 5	LISTE DES CENTRES OU SOUS-CENTRES D'ACTIVITÉS ADMISSIBLES À LA BANQUE COMMUNE DE DONNÉES I-CLSC	V2019-04-01	Remplacée par : Banque commune I-CLSC - Spécifications du fichier à transférer à la RAMQ Reportée à l'annexe 3
Annexe 6	DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES EN LIGNE DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC		Remplacée par : Grille de priorisation multiclientèle des demandes de services en CLSC Retirée du cadre normatif I-CLSC.
Annexe 7	DÉFINITION DES CONCEPTS		Retirée du cadre normatif I-CLSC.
Annexe 8	BANQUE COMMUNE I-CLSC - SPÉCIFICATIONS DU FICHIER À TRANSFÉRER À LA RAMQ	V2019-04-01	Reportée à l'annexe 4

ANNEXE 1 : LISTE DES CODES HISTORIQUES

Mise à jour octobre 2019

Note : Signification du qualitatif des codes historiques

Action sur le signifiant

- Recodé : le signifiant est associé à un nouveau code
- Abandonné : le signifiant n'est plus utilisé
- Décomposé : le signifiant a été décomposé en plusieurs signifiants
- Redéfini : la signification a été changée, mais l'ancienne signification demeure valide pour le code indiqué
- Normalisé : le signifiant a été défini pour le transfert à la banque de données centrale
- Ajouté : le signifiant est utilisé pour la première fois

Statut du code

- Inactivé : le code n'est plus utilisé
- Réutilisé : le code est utilisé avec un nouveau signifiant
- Maintenu : le code continue à être utilisé dans la continuité du signifiant
- Nouveau : le code est utilisé pour la première fois

Un champ vide à la colonne « version année de la présence du code » signifie que le code a été existant dans une version antérieure du cadre normatif I-CLSC.

La notion de signifiant est associée au libellé du code. Un changement à la définition du libellé, alors que celui-ci n'est pas modifié, ne sera pas inscrit au présent annexe.

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

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
LEXIQUE (sous-section 2.1.2)						
	Aidant naturel		Redéfini		V2015-04-01	Proche aidant
Réservé au cadre normatif – usager 1 (0012)						
	Réfugié_Aut 2015-Hiver 2016	V2015-12-09	Ajouté	Nouveau	V2015-12-09	
	Réfugié_Aut 2015-Hiver 2016	V2015-12-09	Abandonné	Inactivé	V2016-03-09	
Indice de défavorisation globale (0022)						
			Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	
Indice de défavorisation matérielle (0023)						
			Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	
Indice de défavorisation sociale (0024)						
			Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	
Référé par - de la demande de services normalisée (0103)						
130	Mission CLSC d'un autre CISSS ou CIUSSS		Redéfini	Maintenu	V2017-04-01	
150	Groupe de médecine de famille (GMF)		Redéfini	Maintenu	V2018-10-14	
155	Les références provenant de la plateforme Avis de grossesse		Ajouté		V2022-04-01	
160	Centrale Info-Santé et Info-Social		Redéfini	Réutilisé	V2011-04-01	
165	Service « Aide Abus Aînés »	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
195	Centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
788	Société d'habitation du Québec	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
790	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)		Redéfini	Maintenu	V2018-10-14	
Objet de la demande de services normalisée (0104)						
100	Santé physique	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
150	Services de santé généraux	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
170	Services spécialisés à domicile	V4, 2000	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	
180	Soins à domicile	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	
190	Clinique ambulatoire de soins	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	
300	Déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
300	Déficiences intellectuelles et trouble du spectre de l'autisme	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
300	Déficiences intellectuelles et trouble du spectre de l'autisme	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V2018-10-14	
310	Services liés à la déficience intellectuelle	V2018-10-14	Ajouté	Nouveau	V2018-10-14	
320	Services liés au trouble du spectre de l'autisme	V2018-10-14	Ajouté	Nouveau	V2018-10-14	
400	Santé mentale	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V2008-04-01	410-420

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

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
410	Services de santé mentale	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
420	Services psychosociaux généraux	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
421	Problème en lien avec le sinistre de Lac-Mégantic	V2013-07-22	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2013-07-22	
421	Problème en lien avec le sinistre de Lac-Mégantic	V2013-07-22	Abandonné	Inactivé	V2019-04-01	
422	Problème en lien avec les inondations provinciales de 2017	V2017-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2017-04-01	
422	Problème en lien avec les inondations provinciales de 2017 et 2019	V2017-04-01	Redéfini	Maintenu	V2019-04-01	
422	Problème en lien avec les inondations	V2017-04-01	Redéfini	Maintenu	V2021-04-01	
510	Soins prénataux (Services prénataux)	V4, 2000	Redéfini	Maintenu	V4, 2002	
520	Soins post-partum (Soins postnataux)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000	
600	Alcoolisme, toxicomanie (Alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2003	
600	Dépendance	V4, 2003	Redéfini	Maintenu	V8, 2006	
800	Jeunes en difficulté	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
900	Communautaire	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	
950	Pandémie	V2020-03-23	Ajout	Nouveau	V2020-03-23	
955	Grippe A (H1N1)	V2009-04-28	Ajout	Nouveau	V2009-04-28	
955	Grippe A (H1N1)	V2009-04-28	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01	

Centre d'activités et sous-centre d'activités (0105, 0031, 0050, 0206)

Notes : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

Lorsque seuls le code et le signifiant d'un centre ou d'un sous-centre d'activités sont inscrits, cela signifie qu'ils sont actifs dans le cadre normatif I-CLSC au 1^{er} avril 2016. La recherche concernant l'historique de leur intégration au cadre normatif I-CLSC fera l'objet du mandat ultérieur.

4112	Développement, adaptation et intégration sociale – Enfants (0-5 ans) et leur famille	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
4114	Développement, adaptation et intégration sociale – Jeunes (6-17 ans) et leur famille	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01
4116	Développement, adaptation et intégration sociale – Adultes incluant les personnes âgées	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01
4120	Habitudes de vie et maladies chroniques	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01
4131	Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01
4132	Immunisation et manifestations inhabituelles liées à l'immunisation	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01
4132	Immunisation et manifestations inhabituelles liées à l'immunisation	V2012-04-01	Abandonné	Inactivé	V2016-04-01	
4133	Prévention des infections transmissibles par le sang	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01
4140	Autres activités de santé publique	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01

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

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
4150	Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	2012-04-01
5910	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	V2016-10-14	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
5918	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (hors territoire)	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5918	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (hors territoire)	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
5919	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (non réparti)	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5919	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (non réparti)	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
5920	Intervention et suivi de crise	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
5920	Intervention et suivi de crise	V2008-04-01	Décomposé	Inactivé	V2016-10-14	5921, 5922
5921	Intervention de crise dans le milieu 24/7 – services sociaux généraux	V2016-04-01	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
5922	Intervention et suivi de crise – santé mentale	V2016-04-01	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
5930	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	V2016-10-14	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
5938	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (hors territoire)	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5938	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (hors territoire)	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
5939	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (non réparti)	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5939	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (non réparti)	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
5941	Suivi intensif dans la communauté	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5942	Suivi d'intensité variable dans la communauté	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5990	Pratique des sages-femmes					
6173	Soins à domicile (non réparti)	V3, 1999	Décomposé	Maintenu	V4, 2003	6178
6174	Soins infirmiers à domicile continus	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
6178	Soins infirmiers à domicile (hors territoire)	V4, 2003	Ajouté	Nouveau		
6178	Soins infirmiers à domicile (hors territoire)	V4, 2003	Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
6240	L'urgence					
6307	Services de santé courants	V3, 1999	Décomposé	Maintenu	V4, 2002	6308
6308	Services de santé courants (hors territoire)					
6308	Services de santé courants (hors territoire)		Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
6351	Inhalothérapie à domicile					
6352	Inhalothérapie – Autres					

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

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
6380	Services ambulatoires de psychogériatrie					
6461	Services sociaux aux revendicateurs du statut de réfugié					
6462	Services de santé aux revendicateurs du statut de réfugié					
6463	Services psychosociaux aux réfugiés	V2013-04-01	Ajouté	Nouveau	V2013-04-01	
6464	Services de santé aux réfugiés	V2013-04-01	Ajouté	Nouveau	V2013-04-01	
6510	Santé parentale et infantile	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2002	6513, 6518
6513	Santé parentale et infantile – CLSC	2001-04-01	Ajouté	Nouveau		
6518	Santé parentale et infantile (hors territoire)					
6518	Santé parentale et infantile (hors territoire)		Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
6530	Aide à domicile	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V2009-04-01	6531, 6532
6531	Aide à domicile régulière	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
6532	Aide à domicile continue	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
6540	Services dentaires préventifs					
6540	Services dentaires préventifs		Décomposé	Maintenu	V2020-04-01	
6541	Services dentaires préventifs – SPUB	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
6550	Services dentaires curatifs	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2002	6558, 6559
6551	Services dentaires curatifs		Décomposé	Maintenu	V2020-04-01	
6551	Services dentaires curatifs - SPH	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
6558	Services dentaires curatifs (hors territoire)					
6559	Services dentaires curatifs (non réparti)					
6561	Services psychosociaux à domicile	V6, 2004	Ajouté	Nouveau	V6, 2004	
6562	Services psychosociaux – autres que SAD	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V6, 2004	
6562	Services psychosociaux – autres que SAD	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
6563	Services psychosociaux aux personnes âgées en perte d'autonomie	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V6, 2004	6561
6564	Psychologie	V7, 2005	Ajouté	Nouveau	V7, 2005	
6566	Services psychosociaux dans un contexte de services à domicile aux clientèles autres que PAPA	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V6, 2004	6561
6568	Services psychosociaux (hors territoire)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V6, 2004	
6568	Services psychosociaux (hors territoire)	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V2016-10-14	
6580	Prévention et protection de la santé publique	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2002	6588, 6589
6590	Santé scolaire	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
6591	Santé scolaire	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V8, 2006	6590
6592	Services sociaux scolaires	V3, 1999	Décomposé	Maintenu	V4, 2002	6598
6592	Services sociaux scolaires	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V8, 2006	
6598	Services en milieu scolaire (hors territoire)	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V8, 2006	6590

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

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
6680	Services externes en toxicomanie	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
6709	Collecte d'information sur l'usager en vue d'établir un suivi adéquat			Abrogé	V2022-04-01	
6710	Électrophysiologie	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	
6720	Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) – Services sociaux généraux	V2016-04-01	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
6730	Consultation sociale et psychologique de courte durée	V2016-04-01	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
6731	Consultation sociale de courte durée	V2016-04-01	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
6732	Consultation psychologique de courte durée	V2016-04-01	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
6740	Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	V2016-04-01	Ajouté	Nouveau	V2016-10-14	
6806	Pharmacie en CLSC	V7, 2005	Ajouté	Nouveau	V7, 2005	
6863	Audiologie et orthophonie – Autres en CLSC					
6864	Audiologie et orthophonie à domicile					
6865	Orthophonie pour enfants en CLSC	V6, 2004	Ajouté	Nouveau	V6, 2004	
6930	Intégration-réintégration sociale en santé mentale	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2002	6938, 6939
6938	Intégration et réintégration sociales en santé mentale	V4, 2002	Ajouté	Nouveau	V4, 2002	
6938	Intégration et réintégration sociales en santé mentale	V4, 2002	Abandonné	Inactivé	V8, 2006	
6939	Intégration et réintégration sociales en santé mentale (non réparti)	V4, 2002	Ajouté	Nouveau	V4, 2002	
6939	Intégration et réintégration sociales en santé mentale (non réparti)	V4, 2002	Abandonné	Inactivé	V8, 2006	
7101	Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – DI et TED	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
7108	Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – déficience physique	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
7110	Nutrition	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2003	7111, 7112
7111	Nutrition à domicile	V4, 2003	Ajouté	Nouveau		
7112	Nutrition – autres	V4, 2003	Ajouté	Nouveau		
7112	Nutrition – Autres en CLSC	V4, 2003	Redéfini	Maintenu	V2020-04-01	
7160	Ergothérapie et physiothérapie à domicile	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V6, 2004	7161, 7162
7160	Ergothérapie et physiothérapie – Services à domicile et autres en CLSC	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2020-04-01	
7161	Ergothérapie à domicile	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
7162	Physiothérapie à domicile	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
7163	Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	V2013-04-01	Ajouté	Nouveau	V2013-04-01	
7164	Ergothérapie - Autres en CLSC	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
7166	Physiothérapie - Autres en CLSC	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
7170	Services d'éducation familiale et sociale	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2002	7178, 7179

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

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
7178	Services d'éducation familiale et sociale – hors territoire	V4, 2002	Ajouté	Nouveau	V4, 2002	
7178	Services d'éducation familiale et sociale (hors territoire)	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V8, 2006	
7179	Services d'éducation familiale et sociale (non réparti)	V4, 2002	Ajouté	Nouveau	V4, 2002	
7179	Services d'éducation familiale et sociale (non réparti)	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V8, 2006	
7995	Lutte à une pandémie d'influenza					
7995	Lutte à une pandémie		Redéfini	Maintenu	V2020-04-01	
9500	Aire ouverte (CA bidon)	2018-12-09	Ajouté	Nouveau	2018-12-09	
Décision de la demande de services normalisée (0106)						
200	Refusée pour non-respect des critères d'obtention des services définis par le CLSC (Ajout de : <u>incluant</u> le refus par l'utilisateur)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2001	
200	Refusée pour non-respect des critères d'obtention des services définis par le CLSC (supprimé : <u>incluant</u> le refus par l'utilisateur)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2002	
425	Traitée et terminée et l'utilisateur adoptera Alcochoix en formule autonome	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
425	Traitée terminée et l'utilisateur adoptera alcochoix en formule autonome	V2010-04-01	Abandonné	Inactivé	V2020-04-01	
501	Orienté vers un GMF extra-muros	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
502	Orienté vers une UMF extra-muros	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
525	Orienté vers le CRPAT	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
525	Orienté vers le CRPAT	V2010-04-01	Abandonné	Inactivé	V2012-04-01	
600	Acceptée – Épisode en cours	V4, 2000	Abandonné	Inactivé	V4, 2001	
600	Orientée vers une autre mission	V4, 2000	Ajouté	Réutilisé	V2012-04-01	
602	CH (centre hospitalier)	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
603	CJ (centre jeunesse)	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
604	CHSLD (centre d'hébergement de soins de longue durée)	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
605	CRDI (centre de réadaptation en déficience intellectuelle)	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
606	CRDP (centre de réadaptation en déficience physique)	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
607	CRD (centre de réadaptation en dépendances)	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
Priorisation de la décision de la demande de services (0108)						
		V2009-04-01	Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	
100	Urgent	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
100	Urgent	V2009-04-01	Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	
200	Élevé	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
200	Élevé	V2009-04-01	Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	

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

Code	Signifiant	Version année de la présence du code	Action sur le signifiant	Statut du code	Version année du changement	Nouveau code
300	Modéré	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
300	Modéré	V2009-04-01	Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	
150	Prioritaire	V2019-04-01	Ajouté	Nouveau	V2019-04-01	
150	Prioritaire	V2019-04-01	Abandonné	Inactivé	V2021-04-01	
Langue demandée (0010)						
		V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V4, 2000	
Date d'attente d'hébergement (0017)						
		V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	
Profil de l'utilisateur-individu (0018)						
110	Usager en phase postopératoire		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
120	Usager en soins palliatifs, excluant : usager atteint du SIDA (130)		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
130	Usager atteint du SIDA		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
210	Usager ayant une déficience physique		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
310	Usager ayant une déficience intellectuelle		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
410	Usager présentant des troubles mentaux sévères et généralement persistants		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
420	Usager présentant des troubles mentaux transitoires		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
430	Usager présentant des problèmes de santé mentale		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
510	Usager en périnatalité		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
610	Usager ayant un problème de dépendance		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
710	Usager en perte d'autonomie liée au vieillessement		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
810	Usager enfant, jeune et famille vulnérable		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
900	Usager ayant tout autre profil		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	

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

Population cible communautaire (0028)

Note : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

710	AÉS Ordre d'enseignement préscolaire seulement	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
710	AÉS Ordre d'enseignement préscolaire seulement	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01
720	AÉS Ordre d'enseignement primaire seulement	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
720	AÉS Ordre d'enseignement primaire seulement	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01
730	AÉS Ordre d'enseignement préscolaire et primaire	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
730	AÉS Ordre d'enseignement préscolaire et/ou primaire	V2008-04-01	Redéfini	Maintenu	V2017-04-01
740	AÉS Ordre d'enseignement secondaire	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
750	AÉS Ordre d'enseignement primaire et secondaire	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
750	AÉS Ordre d'enseignement primaire et secondaire	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01
760	AÉS Ordre d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01

Activité principale communautaire (0029)

Note : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

750	École qui met en œuvre l'approche École en santé (AÉS)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
775	Service de garde éducatif à l'enfance ou École primaire qui implante le PQBSDF	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01

Raison de l'intervention normalisée (0034, 0053)

Notes :

Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

Modification au 1^{er} avril 2019 de la note de bas de page pour les codes de raison 5100, 5110, 5120, 5130, 5140, 5150, 5160, 5170, 5180, 5190, 5200, 5210, 5230 : La mention « Code réservé aux usagers pour lesquels un diagnostic médical a été posé ou pour lesquels une impression diagnostique a été émise par un psychologue » a été remplacée par « Code réservé aux usagers pour lesquels un diagnostic ou une conclusion relative à la présence d'un trouble mental a été établi par un médecin, un psychologue ou un professionnel dûment habilité à évaluer les troubles mentaux ».

1011	Autres hépatites virales (<u>incluant</u> hépatite C)	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	1013, 1014
1209	Tumeur maligne du côlon et du rectum	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2002	
1220	Tumeur de type non précisé	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
1306	Diabète gestationnel	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	2705
1502	Autres maladies et troubles du système nerveux central (<u>excluant</u> : poliomyélite)	V3, 1999	Recodé	Maintenu	V4, 2002	Inclus dans 1501
1902	Grippe, incluant : influenza	V2009-11-09	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2009-11-09	

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

1908	Bronchite (<u>incluant</u> : bronchite aiguë ou chronique)	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	1912, 1913
1914	Maladie à coronavirus (COVID-19) confirmée	V2020-03-23	Ajouté	Nouveau	V2020-03-23	
1915	Maladie à coronavirus (COVID-19) suspectée	V2020-03-23	Ajouté	Nouveau	V2020-03-23	
2001	Maladies et troubles de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires (<u>incluant</u> : alvéolite, maladies de la gencive)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2002	
2301	Arthrite, rhumatisme (<u>excluant</u> : rhumatisme articulaire aigu)	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	2306
2303	Arthrose	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	2306
2402	Autonomie affectée par des problèmes de capacité fonctionnelle	1999	Redéfini	Maintenu	2022-04-01	
2414	Fibromyalgie	V4, 2000	Recodé	Inactivé	V4, 2002	2307
2615	Traitement relié à une chirurgie totale de la hanche (PTH)	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
2616	Traitement relié à une chirurgie totale du genou (PTG)	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
2704	Complication de la grossesse	V2012-04-01	Normalisé	Maintenu	V2012-04-01	
2707	Fausse couche – avortement spontané	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
2712	Accompagnement à l'accouchement à la suite d'un transfert de responsabilité clinique	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
2720	Périnatalité	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	2700, 2710, 2730, 2740
2721	Grossesse normale	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	2701
2722	Grossesse à risque	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	2702
2723	Grossesse non désirée	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	2703
2724	Allaitement	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	2731
2725	Arrivée d'un nouveau-né (examen de routine chez la mère)	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V4, 2000	
2726	Complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (<u>incluant</u> : complications postcésarienne)	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	2704, 2711, 2732
2732	Complication due à l'accouchement et aux suites de couches, incluant : complication postcésarienne	V2012-04-01	Normalisé	Maintenu	V2012-04-01	
2744	Arrivée d'un nouveau-né (examen de routine du nouveau-né)	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V4, 2000	
2744	Gain de poids insuffisant	V2012-04-01	Ajouté	Réutilisé	V2012-04-01	
2745	Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale (<u>excluant</u> : ictère du nouveau-né, 2743)	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V5, 2004	
3013	Adaptation au placement d'un membre de la famille		Normalisé	Maintenu	V2022-04-01	
3017	Réintégration familiale après un placement		Normalisé	Maintenu	V2022-04-01	
3601	Accueil de réfugiés dans le cadre de l'arrivée massive Automne 2015 – Hiver 2016	V2015-12-09	Ajouté	Nouveau	V2015-12-09	
3601	Accueil de réfugiés dans le cadre de l'arrivée massive Automne 2015 – Hiver 2016	V2015-12-09	Abandonné	Inactivé	2016-03-09	Inactivé en date du 2016-05-01
3612	Itinérance		Normalisé	Maintenu	V2019-04-01	

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

3701	Demande d'examen (dépistage nominatif d'ITSS)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
3702	Demande d'examen (dépistage non nominatif d'ITSS)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
3800	Vaccination et immunisation préventives	V3. 1999	Abandonné	Inactivé	V2016-04-01
3801	Réaction postvaccination		Normalisé	Maintenu	V2009-04-01
3801	Réaction postvaccination		Abandonné	Inactivé	V2016-04-01
3802	Immunisation contre l'hépatite A et/ou l'hépatite B	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006
3802	Immunisation contre l'hépatite A et/ou l'hépatite B (réservé au SIDEPE)	V8. 2006	Abandonné	Inactivé	V2016-04-01
3803	Immunisation contre l'hépatite A et/ou l'hépatite B et les autres	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006
3803	Immunisation contre l'hépatite A et/ou l'hépatite B et les autres (réservé au SIDEPE)	V8. 2006	Abandonné	Inactivé	V2016-04-01
3907	Placement temporaire pour répit et/ou dépannage		Normalisé	Maintenu	V2019-04-01
3950	Enfant faisant l'objet d'une durée maximale de placement	D-12007-09-16	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
4006	Victime de sinistres <u>incluant</u> : incendie, inondations, etc.		Normalisé	Maintenu	V2017-04-01
4008	Victime d'agression ou d'acte de violence (<u>excluant</u> : victime d'inceste 4501, victime de viol 4502)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
4010	Problème en lien avec le sinistre de Lac-Mégantic	D-1 2013-07-22	Ajouté	Nouveau	2013-07-22
4100	Problèmes reliés à la maltraitance	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14
4101	Maltraitance psychologique : gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14
4102	Maltraitance physique : gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14
4103	Maltraitance sexuelle : gestes, actions, paroles ou attitudes à connotation sexuelle non consentis, qui portent atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14
4104	Maltraitance matérielle ou financière : obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents légaux de la personne, absence d'information ou mésinformation financière ou légale	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14
4105	Maltraitance organisationnelle : toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14
4106	Âgisme : discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14

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

4107	Violation des droits : toute atteinte aux libertés et droits individuels et sociaux	V2018-10-14	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2018-10-14	
4200	Problèmes reliés à la dépendance	V2008-04-01	Redéfini	Maintenu	V2009-04-01	
4206	Jeu pathologique	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
4206	Jeux de hasard et d'argent	V2009-04-01	Redéfini	Maintenu	V2020-04-01	
4207	Utilisation problématique d'Internet		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2020-04-01	
4508	Séquelles de harcèlement sexuel	V3, 1999	Normalisé	Maintenu	V4, 2002	
5015	Troubles du langage (<u>incluant</u> : troubles de la parole, bégaiement, etc.)	V4, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2002	5250
5030	Indice de difficulté développementale 0-5 ans		Ajouté	Nouveau	V2021-04-01	
5031	Indice de difficulté lié au développement de la communication		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
5032	Indice de difficulté lié au développement physique et moteur		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
5033	Indice de difficulté lié au développement cognitif		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
5034	Indice de difficulté lié au développement socio-affectif		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
5035	Indice de trouble du spectre de l'autisme		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
5036	Indice de retard global de développement		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
5121	Trouble dépressif		Normalisé	Maintenu	V2019-04-01	
5132	Trouble d'anxiété généralisée		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01	
5133	Trouble de panique		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01	
5134	Agoraphobie		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01	
5135	Phobie spécifique		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01	
5136	Phobie sociale		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01	
5137	Trouble obsessionnel compulsif		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01	
5138	État de stress post-traumatique		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01	
5160	Troubles du contrôle des impulsions	V2008-04-01	Redéfini	Maintenu	V2009-04-01	
5211	Hyperactivité	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V8, 2006	
5220	Troubles envahissants du développement	V3, 2000	Recodé	Inactivé	V8, 2006	5231
5221	Autisme	V3, 2000	Recodé	Inactivé	V8, 2006	5233
5231	Troubles envahissants du développement	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5231	Trouble du spectre de l'autisme	V8, 2006	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
5232	Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5233	Autisme	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
5233	Autisme	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2015-04-01	
5234	Retard global de développement		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	

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

5240	Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006
5250	Problèmes reliés au développement du langage, de la parole et de la communication	V4, 2000	Redéfini	Maintenu	V4, 2002
5500	Prévention – Éducation		Redéfini	Maintenu	V2022-04-01
5755	Grippe A (H1N1)	V2009-04-28	Ajouté	Nouveau	V2009-04-28
5755	Grippe A (H1N1)	V2009-04-28	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01
5850	Pandémie	V2020-03-23	Ajouté	Nouveau	V2020-03-23
5851	Pandémie – Covid-19	V2020-03-23	Ajouté	Nouveau	V2020-03-23

Acte de l'intervention normalisée (0035, 0054)

Note : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

6011	Démarches auprès d'un organisme communautaire		Normalisé	Maintenu	V2022-04-01	
6012	Démarches pour répit-gardiennage		Normalisé	Maintenu	V2019-04-01	
6014	Démarches de demande de placement ou d'hébergement		Normalisé	Maintenu	V2022-04-01	
6100	Actions à caractère physique		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01	
6103	Administration d'un médicament, excluant : infiltration et injection de médicaments (6110), antibiothérapie intraveineuse (6131), actions reliées à la contraception ou à la reproduction (6900), actions éducatives et préventives en santé physique – automédication (7302), assistance pour prendre ses médicaments (7919)		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01	
6107	Curage rectal et stimulation		Normalisé	Maintenu	V2014-04-01	
6112	Installation, retrait ou changement de cathéter vésical	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	6146
6123	Soins de plaies, pansements, incluant : débridement, césarienne, ectomie, plastie, soins de brûlures; excluant : actions éducatives et préventives en santé physique pour les soins de stomies (7305), actions éducatives et préventives en santé physique pour soins des plaies (7315), changement d'un pansement simple réalisé par un non-professionnel (7919)		Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
6137	Autre installation, retrait ou changements d'autres types	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	6416
6147	Désintoxication externe non intensive	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
6212	1 ^{er} détartrage supra/sous-gingival et 1 ^{ère} prophylaxie dentaire	V2021-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
6213	2 ^e détartrage supra/sous-gingival et 2 ^e prophylaxie dentaire ou autres subséquents	V2021-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
6214	Inscription du nom du résident sur les prothèses dentaires amovibles	V2021-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
6215	Nettoyage professionnel des prothèses dentaires amovibles	V2021-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
6216	Reprise de l'inscription du nom du résident sur les prothèses dentaires amovibles	V2021-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	

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

6220	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures		Recodé	Inactivé	V2014-09-21	6260
6221	Suivi de la qualité des agents de scellement appliqués	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
6221	Suivi de la qualité des agents de scellement appliqués	V2010-04-01	Recodé	Inactivé	V2014-09-21	6270
6230	Application topique de fluorure	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2002-09-01	6231, 6232, 6233
6260	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures, incluant : la préparation de la dent et le scellement de l'ensemble des puits et des fissures de la dent	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6261	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur une dent	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6262	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur deux dents	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6263	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur trois dents	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6264	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur quatre dents	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6265	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur cinq dents	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6266	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur six dents	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6267	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur sept dents	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6268	Application d'un agent de scellement des puits et des fissures sur huit dents et plus	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6270	Suivi de la qualité des agents de scellement appliqués	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6275	Reprise de l'application d'un agent de scellement des puits et des fissures	V2014-09-21	Ajouté	Nouveau	V2014-09-21	
6311	Entraînement avec prothèse ou orthèse	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2002	
6400	Ordonnances et recommandations professionnelles Prescriptions recommandées pour le traitement, <u>incluant</u> : ordonnances médicales, de prélèvement, radiologiques et prescriptions infirmières		Redéfini	Maintenu	V2017-04-01	
6402	Ordonnances de prélèvement, <u>incluant</u> : FSC, analyse et culture d'urine, APS, préalbumine, albumine, culture de plaie, etc.		Redéfini	Maintenu	V2017-04-01	
6407	Prescriptions infirmières	V2017-04-01	Ajouté	Nouveau	V2017-04-01	
6501	Évaluation ou réévaluation pour placement (<u>incluant</u> : évaluation de l'autonomie de la personne en vue d'un placement)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000	

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

6502	Évaluation ou réévaluation psychosociale, incluant : évaluation du fonctionnement social et évaluation psychosociale dans un contexte d'adoption. <u>Excluant</u> : évaluation psychosociale dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat (*6517)		Redéfini	Maintenu	V2017-04-01	
6503	Évaluation ou réévaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne (<u>excluant</u> : évaluation en vue d'un placement)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000	
6503	Évaluation ou réévaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne, incluant : SMAF seul, excluant : OEMC (6530)	V3, 1999	Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01	
6526	Évaluation de l'autonomie (grille bleue)	V6, 2004	Ajouté	Nouveau	V6, 2004	
6526	Évaluation de l'autonomie (grille bleue)	V6, 2004	Recodé	Inactivé	V2010-04-01	6530
6527	Profil évolutif de l'autonomie (grille saumon)	V6, 2004	Ajouté	Nouveau	V6, 2004	
6527	Profil évolutif de l'autonomie (grille saumon)	V6, 2004	Recodé	Inactivé	V2010-04-01	6530
6528	Évaluation de l'autonomie, clientèle de soins à court terme (grille mauve)	V6, 2004	Ajouté	Nouveau	V6, 2004	
6528	Évaluation de l'autonomie, clientèle de soins à court terme (grille mauve)	V6, 2004	Recodé	Inactivé	V2010-04-01	6530
6529	Tests validés standardisés pour détecter des problèmes de dépendance	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
6530	Évaluation ou réévaluation de l'autonomie (OÉMC)	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
6531	Évaluation ou réévaluation du trouble mental	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
6532	Constatation de décès	V2020-06-21	Ajouté	Nouveau	V2020-06-21	
6570	Action auprès de l'usager ou du référent afin de préciser l'orientation des services	V2022-04-01	Ajouté	Nouveau		
6600	Actions à caractère diagnostique		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01	
6603	Audiogramme, tympanogramme	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	6608
6605	Épreuve de PPD 5 TU (test de lecture)	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2002	6624, 6625
6608	Test auditif (<u>incluant</u> : audiogramme, tympanogramme)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000	
6623	Glycémie capillaire		Normalisé	Maintenu	V2014-04-01	
6624	Épreuve PPD 5 TU (test de l'épreuve)		Abandonné	Inactivé	V2016-04-01	
6625	Épreuve PPD 5 TU (lecture de l'épreuve)		Abandonné	Inactivé	V2016-04-01	
6626	Dépistage nominatif d'ITSS	V8, 2006	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	3701
6627	Dépistage non nominatif d'ITSS	V8, 2006	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	3702
6628	Dépistage anonyme d'ITSS (pour l'activité ponctuelle seulement)	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	
6629	Prélèvement(s) pour six tests de dépistage : VIH, syphilis, hépatite B (VHB), hépatite C (VHC), gonorrhée et chlamydia	V8, 2006	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	6632, 6633, 6634

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

6630	Prélèvement(s) pour cinq tests de dépistage : VIH, syphilis, hépatite B (VHB), gonorrhée et chlamydia	V8, 2006	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	6632, 6633, 6634
6630	Prélèvement(s) pour cinq tests de dépistage : VIH, syphilis, hépatite B (VHB), gonorrhée et chlamydia	V8, 2006	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	6632, 6633, 6634
6631	Prélèvement(s) pour dépistage ITSS autre que les regroupements 6629 et 6630	V8, 2006	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	6632, 6633, 6634
6632	Prélèvements pour test de dépistage VIH	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
6632	Prélèvement(s) pour test de dépistage VIH, <u>excluant</u> : prélèvement(s) pour test de dépistage rapide VIH (6635)	V2008-04-01	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
6633	Prélèvements pour test de dépistage hépatite C	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
6634	Prélèvement (s) pour dépistage d'ITSS autre que VIH et hépatite C	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
6635	Prélèvement pour test de dépistage rapide	V2015-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2015-04-01	
6636	Prélèvement pour test de dépistage COVID-19	V2020-03-23	Ajouté	Nouveau	V2020-03-23	
6703	Prise de signes vitaux, <u>incluant</u> : TA, T°, etc.	V2014-04-01	Normalisé	Maintenu	V2014-04-01	
6705	Surveillance du programme d'immunisation		Abandonné	Inactivé	V2016-04-01	
6712	Collecte d'information avec l'usager en vue d'établir le bilan des médicaments (pour un bilan comparatif des médicaments selon Agrément Canada)	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
6722	Suivi de santé après un traitement spécialisé sans soutien à la méthadone	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
6722	Suivi de santé après un traitement spécialisé sans médication de substitution	V2010-04-01	Redéfini	Maintenu	V2012-04-01	
6723	Suivi de santé après un traitement spécialisé avec soutien à la méthadone	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01	
6723	Suivi de santé après un traitement spécialisé avec médication de substitution	V2010-04-01	Redéfini	Maintenu	V2012-04-01	
6750	Présentation d'un plan d'intervention à l'usager ou à son représentant	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
6750	Élaboration ou révision d'un plan d'intervention (PI)	V2009-04-01	Redéfini	Maintenu	V2020-04-01	
6755	Élaboration ou révision d'un plan d'intervention interprofessionnel (PII)	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
6760	Présentation d'un plan de services individualisé à l'usager ou à son représentant	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
6760	Élaboration ou révision d'un plan de services individualisé (PSI)	V2009-04-01	Redéfini	Maintenu	V2020-04-01	
6770	Poursuite d'élaboration ou de révision d'un plan d'intervention, plan d'intervention interprofessionnel ou plan de services individualisé	V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
6800	Actions d'immunisation		Abandonné	Inactivé	V2016-04-01	
6901	Interruption volontaire de grossesse	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	6912, 6913

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

6902	Remise de la pilule contraceptive d'urgence (« pilule du lendemain »)	V3, 1999	Normalisé	Maintenu	V2008-04-01	
6903	Prescription ou remise d'un contraceptif oral ou de timbres contraceptifs	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
6914	Prescription ou remise d'un contraceptif hormonal (ordonnance collective)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
6925	Actions de dépistage de difficultés développementales Agir tôt 0-5 ans (réservé à l'usage exclusif de l'activité ponctuelle normalisée individualisée)	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01	
6935	Action de dépistage pour l'application d'un agent de scellement	V2010-04-01	Ajouté à l'élément 0054	Nouveau	V2010-04-01	
6945	Actions de surveillance du développement de l'enfant (Outil de suivi de 6945 l'enfant ABCdaire18mois+) (réservé à l'usage exclusif de l'activité ponctuelle normalisée individualisée)	V2020-02-27	Ajouté	Nouveau	V2020-02-27	
6955	Actions éducatives et préventives concernant le jeu pathologique	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
7020	Actions éducatives et préventives concernant la saine gestion du poids	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
7100	Actions éducatives et préventives en santé sexuelle		Ajouté à l'élément 054	Maintenu	V2009-04-01	
7101	Allaitement maternel	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	7151
7102	Postnatalité	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	7131
7103	Prénatalité	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2000	7132
7115	Actions éducatives et préventives concernant les ITSS dans le cadre du service d'accès au matériel d'injection stérile et de récupération des seringues usagées (exclusif à l'activité ponctuelle)	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
7121	Counseling prétest concernant les ITSS	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006	
7122	Counseling post-test concernant les ITSSS	V8, 2006	Décomposé	Inactivé	V2008-04-01	7123, 7124, 7125
7123	Counseling post-test concernant les ITSS sans IPPAP	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
7124	Counseling post-test concernant les ITSS avec IPPAP avec approche négociée	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
7125	Counseling post-test concernant les ITSS avec IPPAP avec approche passive	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
7130	Actions éducatives préventives concernant les rôles parentaux		Redéfini	Maintenu	V2022-04-01	
7131	Actions éducatives préventives Postnatalité		Redéfini	Maintenu	V2022-04-01	
7132	Actions éducatives- préventives Prénatalité		Redéfini	Maintenu	V2022-04-01	
7255	Actions éducatives et préventives auprès des sentinelles concernant le suicide	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
7260	Actions de dépistage de la violence conjugale	V4, 2000	Abandonné	Inactivé	V2008-04-01	

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

7270	Actions multifactorielles personnalisées ou non – prévention des chutes	V8, 2006	Ajouté	Nouveau	V8, 2006
7280	Actions éducatives et préventives concernant le développement de l'enfant de 0-5 ans	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
7600	Actions reliées aux activités de la vie quotidienne : aide physique (AVQ)		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7601	Assistance pour se nourrir, incluant : alimentation par gavage (connecter la tubulure, alimenter selon le rythme prévu et irriguer le tube)		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7602	Soins des pieds		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7603	Assistance pour entretenir sa personne, incluant : brosser les dents, peigner, faire la barbe, couper les ongles, maquiller		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7604	Assistance pour l'hygiène complète, incluant : laver les cheveux		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7605	Assistance pour l'hygiène partielle		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7606	Toilette partielle au lit		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7607	Mobilisation, incluant : lever et coucher		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7608	Assistance pour s'habiller, incluant : déshabiller, enfiler ou retirer des bas de soutien		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7609	Assistance pour l'élimination vésicale et intestinale, incluant : aider à la gestion des fonctions urinaire ou fécale, prodiguer les soins de stomie, installer un condom urinaire, fixer et entretenir un système de drainage urinaire, un cathéter intermittent, un tube rectal		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7610	Toilette complète au lit		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7611	Assistance pour utiliser la toilette, <u>incluant</u> : aider à s'asseoir, à s'essuyer, à s'habiller et à se relever	V2014-04-01	Ajouté	Nouveau	V2014-04-01
7650	Actions reliées aux activités de mobilisation	V2014-04-01	Ajouté	Nouveau	V2014-04-01
7651	Assistance aux transferts, <u>incluant</u> : se lever, s'asseoir et se coucher	V2014-04-01	Ajouté	Nouveau	V2014-04-01
7700	Action à caractère psychosocial (<u>incluant</u> : la santé mentale)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
7710	Mobilisation ou soutien des proches aidants, excluant : actions de réadaptation et de réintégration sociale (8100)		Normalisé	Maintenu	V2019-04-01
7721	Action à caractère psychosocial de type Alcochoix	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	2010-04-01
7722	Suivi psychosocial après un traitement spécialisé sans soutien à la méthadone	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	2010-04-01
7722	Suivi psychosocial après un traitement spécialisé sans médication de substitution	V2010-04-01	Redéfini	Maintenu	2012-04-01
7723	Suivi psychosocial après un traitement spécialisé avec soutien à la méthadone	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	2010-04-01

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

7723	Suivi psychosocial après un traitement spécialisé avec médication de substitution	V2010-04-01	Redéfini	Maintenu	2012-04-01
7724	Autosoins non dirigés	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7725	Autosoins dirigés	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7726	Éducation psychologique	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7727	Intervention de soutien	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7728	Relaxation appliquée	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7729	Intervention interpersonnelle	V2019-04-01	Ajouté	Nouveau	V2019-04-01
7730	Intervention de type cognitivo-comportementale (TCC)	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7730	Intervention de type cognitivo-comportementale	V2019-04-01	Redéfini	Maintenu	V2021-04-01
7790	Actions de psychothérapie Actions de psychothérapie basées sur différents modèles et approches théoriques	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7791	Psychothérapie cognitivo-comportementale	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7792	Psychothérapie humaniste	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7793	Psychothérapie psychodynamique	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7794	Psychothérapie systémique	V2019-04-01	Ajouté Normalisé	Nouveau	V2019-04-01
7831	Sensibilisation, mobilisation du milieu et constitution d'une équipe responsable de la démarche (réfère à l'étape 1 de l'AES)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
7831	Sensibilisation, mobilisation du milieu et constitution d'une équipe responsable de la démarche (réfère à l'étape 1 de l'AES)	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01
7832	Analyse de la situation de l'école et choix des priorités (réfère à l'étape 2 de l'AES)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
7832	Analyse de la situation de l'école et choix des priorités (réfère à l'étape 2 de l'AES)	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01
7833	Intégration des orientations, des priorités et des interventions en promotion de la santé et en prévention dans le projet éducatif et dans le plan de réussite de l'école (réfère à l'étape 3 de l'AES)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
7833	Intégration des orientations, des priorités et des interventions en promotion de la santé et en prévention dans le projet éducatif et dans le plan de réussite de l'école (réfère à l'étape 3 de l'AES)	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01

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

7834	Soutien à la mise en œuvre des interventions de promotion dans la santé et prévention inscrites dans le plan de réussite de l'école (réfère à l'étape 4 de l'AES)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
7834	Soutien à la mise en œuvre des interventions de promotion dans la santé et prévention inscrites dans le plan de réussite de l'école (réfère à l'étape 4 de l'AES)	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01
7835	Évaluation des interventions de promotion de la santé et de prévention inscrite au plan de réussite (bilan de mise en œuvre, regard critique sur les interventions) (réfère à l'étape 5 de l'AES)	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01
7835	Évaluation des interventions de promotion de la santé et de prévention inscrite au plan de réussite (bilan de mise en œuvre, regard critique sur les interventions) (réfère à l'étape 5 de l'AES)	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2017-04-01
7836	Soutien à l'implantation du brossage supervisé dans un milieu (PQBSDF)		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01
7900	Actions reliées aux activités de la vie domestique : aide domestique (AVD) et soutien matériel		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7902	Grands ménages		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7903	Petits travaux de réparation		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7904	Assistance pour préparer les repas		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7905	Fourniture de nourriture, de meubles, de vêtements		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7906	Réponse à un formulaire pour l'utilisateur		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7907	Traduction, interprétation		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7908	Assistance pour gérer son budget incluant : planification, administration, assistance pour remplir un formulaire concernant l'administration de budget, par exemple une demande pour le RRQ		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7909	Aide au déménagement		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7910	Déneigement, installation des fenêtres		Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
7911	Assistance pour faire la lessive		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7912	Assistance pour entretenir la maison, incluant : entretien quotidien et travaux occasionnels		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7913	Assistance pour faire les courses		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7915	Assistance pour utiliser les moyens de transport, incluant : organisation, accompagnement		Normalisé Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
7916	Prêt d'argent	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V4, 2002
7917	Prêt de matériel	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V4, 2000
7918	Don de matériel	V3, 1999	Abandonné	Inactivé	V4, 2002

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

7919	Assistance pour prendre ses médicaments, incluant : distribution et/ou administration de médicaments prescrits et prêts à être administrés, excluant : l'administration d'un médicament (6103) faite par un professionnel	V2014-04-01	Ajouté	Nouveau	V2014-04-01
7919	Assistance pour prendre ses médicaments et/ou changement d'un pansement simple, <u>incluant</u> : distribution et/ou administration de médicaments prescrits et prêts à être administrés, <u>excluant</u> : l'administration d'un médicament (6103) et les soins de plaies et pansements (6123) faits par un professionnel	V2014-04-01	Redéfini	Maintenu	2015-04-01
8000	Actions éducatives et préventives en santé mentale	V2000-04-01	Ajouté à l'élément 0054	Nouveau	V2022-04-01
8107	Soutien, réorganisation et renforcement des réseaux communautaires : proches aidants, bénévoles, réseau d'entraide, services de garde, etc.		Normalisé	Maintenu	V2019-04-01
8150	Actions d'interventions précoces reliées au développement de l'enfant de 0 à 5 ans		Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
8151	Intervention précoce pour le développement global		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01
8152	Intervention précoce pour le développement de la communication		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01
8153	Intervention précoce pour le développement physique et moteur		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01
8154	Intervention précoce pour le développement cognitif		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01
8155	Intervention précoce pour le développement socio-affectif		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01
8300	Gardiennage		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
8310	Répit		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
8320	Dépannage		Redéfini	Maintenu	V2014-04-01
8950	Pandémie (activité ponctuelle seulement)	V2009-05-13	Ajouté Élément 0054	Nouveau	V2009-05-13
8950	Pandémie (activité ponctuelle seulement)	V2009-05-13	Abandonné	Inactif	V2010-04-01
8951	Pandémie, activité de dépistage (en acte 1 seulement)	V2009-05-13	Abandonné	Inactif	V2010-04-01
8952	Pandémie, action éducative et préventive	V2009-05-13	Abandonné	Inactif	V2010-04-01
8960	Actions en contexte de pandémie (Activité ponctuelle seulement)	V2020-03-23	Ajout	Nouveau	V2020-03-23
8961	Actions de repérage des besoins psychosociaux en contexte de pandémie (acte 1 seulement)	V2020-03-23	Ajout	Nouveau	V2020-03-23
8962	Actions éducatives et préventives en contexte de pandémie	V2020-03-23	Ajout	Nouveau	V2020-03-23
9000	Actions de concertation		Abandonné	Inactif	V2009-04-01
9002	Actions de concertation PI		Abandonné	Inactif	V2009-04-01
9003	Actions de concertation PSI		Abandonné	Inactif	V2009-04-01

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

9004	Actions de concertation et de mobilisation des ressources du milieu (communautaire)		Abandonné	Inactivé	V2009-04-01	
9100	Concertation clinique	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01	
Suivi de l'intervention (0036, 0055)						
101	Aucun suivi sans référence formelle et le résultat du dépistage des maladies buccodentaires indique un CAO (indice de surfaces de dents cariées, absentes ou obturées) = 0	2010-04-01	Ajouté Élément 0055	Nouveau	2010-04-01	
101	<u>Dépistage de la carie dentaire</u> Aucun suivi sans référence formelle (enfant non à risque, sans besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) et sans expérience évidente de carie dentaire)	2010-04-01	Redéfini	Maintenu	2010-05-18	
	OU <u>Dépistage du besoin d'un agent de scellement</u> (enfant sans besoin d'agent de scellement, sans BET et sans expérience évidente de carie)	2010-04-01	Redéfini	Maintenu	2014-09-21	
102	Aucun suivi sans référence formelle et le résultat du dépistage des maladies buccodentaires indique un CAO (indice de surfaces de dents cariées, absentes ou obturées) > 0	2010-04-01	Ajouté Élément 0055	Nouveau	2010-04-01	
102	<u>Dépistage de la carie dentaire</u> Aucun suivi sans référence formelle (enfant non à risque, sans besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) et avec une expérience de carie dentaire)	2010-04-01	Redéfini	Maintenu	2010-05-18	
	OU <u>Dépistage du besoin d'un agent de scellement</u> (enfant sans besoin d'agent de scellement, sans BET mais avec une expérience de carie)	2010-04-01	Redéfini	Maintenu	2014-09-21	
300	Aucun suivi avec référence formelle externe	V3, 1999	Décomposé	Maintenu	2015-04-01	301, 302, 303
304	Aucun suivi avec référence formelle au partenaire municipal dans le cadre de l'application du Programme d'adaptation de domicile (PAD)- Code réservé à la SHQ.	2013-04-01	Ajouté	Nouveau	2013-04-01	304
305	Aucun suivi avec référence formelle à un organisme communautaire	2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
311	Aucun suivi avec référence formelle (correction ou reprise nécessaire - une dent scellée défectueuse)	2014-09-21	Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-09-21	
312	Aucun suivi avec référence formelle (correction ou reprise nécessaire - deux dents scellées défectueuses)	2014-09-21	Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-09-21	
313	Aucun suivi avec référence formelle (correction ou reprise nécessaire - trois dents scellées et plus défectueuses)	2014-09-21	Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-09-21	
340	Aucun suivi avec référence formelle à un système régional des admissions	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		

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

411	Suivi sans référence formelle (correction ou reprise nécessaire - une dent scellée défectueuse)	2014-09-21	Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-09-21	
412	Suivi sans référence formelle (correction ou reprise nécessaire - deux dents scellées défectueuses)	2014-09-21	Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-09-21	
413	Suivi sans référence formelle (correction ou reprise nécessaire - trois dents scellées et plus défectueuses)	2014-09-21	Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-09-21	
600	Suivi avec référence formelle externe	V3, 1999	Décomposé	Maintenu	2015-04-01	601, 602, 603
604	Suivi avec référence formelle au partenaire municipal dans le cadre de l'application du Programme d'adaptation de domicile (PAD)- Code réservé à la SHQ.	2013-04-01	Ajouté	Nouveau	2013-04-01	
605	Suivi avec référence formelle à un organisme communautaire	2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
640	Suivi avec référence formelle à un système régional des admissions	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
700	Suivi requis, mais refusé par l'utilisateur	V4, 2000	Redéfini	Réutilisé	V2008-04-01	
Cessation de l'intervention (0037)						
800	Cessation reliée à la réalisation des objectifs		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
810	Cessation reliée au décès		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
820	Cessation reliée au déménagement		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
830	Cessation reliée à l'hébergement		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
840	Cessation reliée à l'hospitalisation		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
850	Cessation reliée au recours à des ressources privées		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
860	Cessation reliée à la fin d'un projet		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
870	Cessation reliée à la fermeture d'un organisme		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
880	Cessation reliée à la dissolution (légal)		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
881	d'une association		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
882	d'une table de concertation		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
883	d'un rassemblement		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
884	d'une fédération		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
885	d'une coalition		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
890	Cessation reliée à la fusion de deux ou de plusieurs organismes		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
900	Refus de l'utilisateur de recevoir des services du CISSS ou du CIUSSS (mission CLSC)		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
950	Refus du CISSS ou du CIUSSS (mission CLSC) d'intervenir		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
970	Cessation reliée au transfert aux ressources médicales (excluant hospitalisation)		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
980	Cessation reliée à un avortement spontané		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
990	Tout autre motif de cessation		Abandonné	Inactivé	V7, 2005	
Profil de l'intervention (0038, 0056)						

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

Note : Les codes historiques de la version 2 du cadre normatif ne sont pas identifiés puisqu'ils ont été utilisés dans l'ancien système (SCIC) et que ce système n'a pas de lien avec I-CLSC.

120	Services de santé physique en soins palliatifs	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	121
121	Services en soins palliatifs	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
130	Services de santé physique liés au SIDA	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	131
131	Services liés au SIDA	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
190	Autres services de santé physique	V4, 2000	Décomposé	Inactivé	V6, 2004	191, 192, 193
191	Autres services de santé physique (court terme)	V6, 2004	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
191	Autres services de santé physique (court terme)	V6, 2004	Ajouté Élément 0056	Maintenu	V2020-04-01	
192	Autres services de santé physique	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
193	Autres services de santé physique (programme Santé physique)	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
310	Services liés à une déficience intellectuelle	V4, 2000	Décomposé	Inactivé	V6, 2004	311, 312
311	Services liés à une déficience intellectuelle	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
311	Services liés à une déficience intellectuelle (programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)	V6, 2004	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
312	Services liés aux troubles envahissants du développement	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
312	Services liés au trouble du spectre de l'autisme (programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)	V6, 2004	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
410	Services aux personnes présentant des troubles mentaux (programme Santé mentale)		Ajouté Élément 054	Maintenu	V2009-04-01	
411	Services dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (programme Santé mentale)	V2020-04-01	Ajouté à l'élément 0056	Maintenu	V2022-04-01	
420	Services psychosociaux généraux	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
420	Services psychosociaux généraux (programme Services généraux)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
430	Services psychosociaux aux personnes atteintes du SIDA	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	131
440	Services psychosociaux en phase palliative	V5, 2004	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	121
510	Service aux femmes enceintes	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	511, 512
511	Services aux femmes enceintes, clientèle régulière (prénatal)	V4, 2000	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
512	Services prénataux aux familles, volet soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté (0-5 ans)	V4, 2000	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	560
513	Services aux familles, clientèles PSJP	V4, 2003	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	570
520	Services de soutien en phase postnatale immédiate et suivi des nourrissons (jusqu'à ce que l'enfant ait au moins trois mois)	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	521, 522, 523, 524, 525, 530

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

521	Soins postpartum au plus tard la 3 ^e journée suivant un congé précoce	V4, 2000	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	525
522	Soins postpartum, après la 3 ^e journée suivant un congé précoce	V4, 2000	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	525
523	Soins postpartum suite à un accouchement à domicile ou dans une maison des naissances	V4, 2000	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	525
524	Soins postpartum après un séjour prolongé	V4, 2000	Redéfini	Inactivé	V2008-04-01	525
525	Suivi postnatal ou activité de dépistage postnatal (mère et bébé), clientèle régulière	V4, 2000	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
530	Suivi postnatal, parental et infantile, volet soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté (0-5 ans)	V4, 2003	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	560
540	Suivi postnatal, parental et infantile, clientèle PSJP (0-5 ans)	V4, 2003	Recodé	Inactivé	V2008-04-01	570
560	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet extrême pauvreté	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
560	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet extrême pauvreté	V2008-04-01	Recodé	Inactivé	V2013-04-01	565
565	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) - programme Santé publique	2013	Ajouté	Nouveau	V2013-04-01	
565	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) - programme Santé publique	2013	Redéfini	Maintenu	V2021-04-01	
570	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet soutien aux jeunes parents	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
570	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet soutien aux jeunes parents – programme Jeunes en difficulté	V2008-04-01	Recodé	Inactivé	V2013-04-01	565
580	Services rendus dans le cadre du programme public de santé dentaire préventif (programme Santé publique)	V4, 2000	Abandonné	Inactivé	V7, 2004	
590	Autres services de santé publique	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
591	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) (programme Santé publique)	V8, 2006	Redéfini	Maintenu	V2008-04-01	
591	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) (programme Santé publique)	V8, 2006	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
610	Dépendances	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V2022-04-01	
711	Services d'évaluation ou de supervision pour un nouvel usager SAD dans le cadre des conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
711	Services d'évaluation ou de supervision pour un nouvel usager SAD dans le cadre des conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées	V2008-04-01	Abandonné	Inactivé	V2020-04-01	

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

810	Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables	V3, 1999	Décomposé	Inactivé	V4, 2000	811, 812
810	Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables	V4, 2001	Normalisé	Réutilisé	V4, 2001	
810	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (programme Jeunes en difficulté)	V4, 2001	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
811	Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables (<u>excluant</u> l'application d'un programme de type NEGS)	V4, 2000	Recodé	Inactivé	V4, 2001	810
811	Services pour les enfants, les jeunes et les familles rejoints par le programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise	D1, 2007-09-16	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
811	Services aux jeunes en difficulté et à leur famille offerts dans le cadre d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif implanté dans l'établissement	D1, 2007-09-16	Redéfini	Maintenu	V2015-04-01	
811	Services aux jeunes en difficulté et à leur famille offerts dans le cadre d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif implanté dans l'établissement	D1, 2007-09-16	Abandonné Élément 0056	Inactivé Élément 0056	V2020-04-01	
812	Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables (exclusivement pour l'application d'un programme de type NEGS)	V4, 2000	Recodé	Inactivé	V4, 2001	810

Mode de l'intervention (0039, 0057)

1	Rencontre (dépistage buccodentaire et postnatal)		Abandonné Élément 0057	Inactivé Élément 0057	V2021-04-01
2	Communication téléphonique (dépistage postnatal)		Abandonné Élément 0057	Inactivé Élément 0057	V2021-04-01
4	Communication téléphonique (<u>incluant</u> la télécopie, le courrier électronique, etc.).	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
4	Communication téléphonique	V3, 1999	Redéfini Élément 0039	Maintenu Élément 0039	2020-07-19
5	Rencontre Groupe d'activité d'éducation systématique		Redéfini Élément 0057	Maintenu Élément 0057	V2021-04-01
6	Rencontre Groupe d'activité de masse		Redéfini Élément 0057	Maintenu Élément 0057	V2021-04-01
7	Visioconférence en présence de l'utilisateur	2020-07-19	Ajouté Élément 0039	Nouveau Élément 0039	2020-07-19
8	Visioconférence en l'absence de l'utilisateur	2020-07-19	Ajouté Élément 0039	Nouveau Élément 0039	2020-07-19
9	Rencontre Activité ponctuelle individualisée	2021-04-01	Ajouté Élément 0057	Nouveau Élément 0057	2021-04-01
10	Communication téléphonique Activité ponctuelle individualisée	2021-04-01	Ajouté Élément 0057	Nouveau Élément 0057	2021-04-01

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

11	Visioconférence Activité ponctuelle individualisée	2021-04-01	Ajouté Élément 0057	Nouveau Élément 0057	2021-04-01
12	Visioconférence Groupe d'activité d'éducation systématique	2021-04-01	Ajouté Élément 0057	Nouveau Élément 0057	2021-04-01
13	Visioconférence Groupe d'activité de masse	2021-04-01	Ajouté Élément 0057	Nouveau Élément 0057	2021-04-01

Lieu d'intervention (0040, 0058)

100	Au CSSS (mission CLSC)		Recodé	Inactivé	V2014-04-01	301-302-303-304-305
110	Maison de naissance	V2012-04-01	Ajouté	Nouveau	V2012-04-01	
130	En résidence privée d'hébergement (détenant un permis)	V3, 1999	Recodé	Inactivé	V4, 2002-10	140
145	École en santé privée	V2017-04-01	Ajouté	Nouveau	V2017-04-01	
155	École en santé	V2008-04-01	Ajouté	Nouveau	V2008-04-01	
155	École en santé publique	V2008-04-01	Redéfini	Maintenu	V2017-04-01	
160	En ressource intermédiaire	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
170	En ressource de type familial	V6, 2004	Ajouté	Nouveau		
200	En service de garde (EXCLURE DES SAISIES)		Ajouté	Nouveau	V2021-04-01	
201	Centre de la petite enfance (CPE)		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
202	Service de garde en milieu familial reconnu		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
203	Garderie subventionnée		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
204	Garderie non subventionnée		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
205	Autre milieu de garde		Ajouté Normalisé	Nouveau	V2021-04-01	
300	Au CSSS		Ajouté	Nouveau	2014-04-01	
301	Au CSSS, mission CLSC. Siège social du CSSS (mission CLSC), point de service ou point de chute, ou encore domicile de l'intervenant, incluant : dispensaire		Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-04-01	
302	Au CSSS, mission centre hospitalier		Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-04-01	
303	Au CSSS, mission centre d'hébergement		Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-04-01	
304	Au CSSS, centre de jour		Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-04-01	
305	Au CSSS, hôpital de jour		Ajouté Normalisé	Nouveau	2014-04-01	
950	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Ajouté	Nouveau	V2009-05-13	
950	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01	

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

951	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Ajouté	Nouveau	V2009-11-09
951	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01
952	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Ajouté	Nouveau	V2009-11-09
952	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01
953	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Ajouté	Nouveau	V2009-11-09
953	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01
954	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Ajouté	Nouveau	V2009-11-09
954	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01
955	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Ajouté	Nouveau	V2009-11-09
955	Clinique de grippe ou site non traditionnel ambulatorio	V2009-05-13	Abandonné	Inactivé	V2010-04-01

Catégorie de l'intervenant de l'intervention (0044, 0061)

185	Infirmier clinicien		Redéfini	Maintenu	V2017-04-01
190	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne	V2010-04-01	Ajouté	Nouveau	V2010-04-01
275	Auxiliaire aux services de santé et sociaux		Redéfini	Maintenu	V2021-04-01
325	Aide de service		Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
330	Aide social	V2022-04-01	Ajouté	Nouveau	
515	Sexologue	V2002-04-01	Ajout	Nouveau	
520	Kinésiologue	V7, 2005	Ajouté	Nouveau	V7, 2005
655	Criminologue	V2022-04-01	Ajouté	Nouveau	
850	Technologue en physiothérapie		Redéfini	Maintenu	V2022-04-01
900	Autre intervenant externe du secteur de la santé	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
925	Autre intervenant externe du secteur social	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
950	Autre intervenant externe du secteur de l'organisation	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
980	Pair aidant	V2022-04-01	Ajouté	Nouveau	

Statut de l'intervenant de l'intervention (0045, 0062)

1	Personnel du CLSC (<u>incluant</u> les médecins)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
1	Personnel du CISSS ou CIUSSS (mission CLSC), incluant les médecins	V2019-04-01	Redéfini	Maintenu	V2019-04-01
2	Main-d'œuvre indépendante (MOI)	V2019-04-01	Redéfini	Maintenu	V2019-04-01
4	Personnel d'une EÉSAD – PEFSAD	V2019-04-01	Ajouté	Nouveau	V2019-04-01
5	Personnel d'une EÉSAD – hors PEFSAD	V2019-04-01	Ajouté	Nouveau	V2019-04-01
6	Personnel d'une résidence privée pour aînés (RPA)	V2019-04-01	Ajouté	Nouveau	V2019-04-01
7	Personnel d'un autre service acheté	V2019-04-01	Ajouté	Nouveau	V2019-04-01

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

9	Autre statut (<u>incluant le</u> personnel contractuel)	V3, 1999	Redéfini	Maintenu	V4, 2000
9	Autre statut	V2019-04-01	Redéfini	Maintenu	V2019-04-01

Niveau de scolarité de l'intervention (0047, 0064)

SG	Servide de garde en milieu scolaire	Ajouté Normalisé	Nouveau	2021-04-01
----	-------------------------------------	---------------------	---------	------------

Champ libre réservé au cadre normatif (0048)

Profil ISO-SMAF (Abrogé)

Programme d'intervention

	Profil ISO-SMAF	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
	Programme d'intervention	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
01	Atteinte aux tâches domestiques, difficultés	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
01	Atteinte aux tâches domestiques, difficultés	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
02	Atteinte aux tâches domestiques, supervision	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
02	Atteinte aux tâches domestiques, supervision	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
03	Atteinte aux tâches domestiques, aide	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
03	Atteinte aux tâches domestiques, aide	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
04	Atteinte motrice prédominante, autonome AVQ	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
04	Atteinte motrice prédominante, autonome AVQ	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
05	Atteinte mentale prédominante, modérée + difficultés AVQ	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
05	Atteinte mentale prédominante, modérée + difficultés AVQ	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
06	Atteinte motrice prédominante, difficultés AVQ	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
06	Atteinte motrice prédominante, difficultés AVQ	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
07	Atteinte mentale prédominante, grave + difficultés AVQ	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
07	Atteinte mentale prédominante, grave + difficultés AVQ	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
08	Atteinte mentale prédominante, grave + surveillance de la mobilité	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
08	Atteinte mentale prédominante, grave + surveillance de la mobilité	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
09	Atteinte motrice prédominante, aide AVQ	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
09	Atteinte motrice prédominante, aide AVQ	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
10	Atteinte mentale prédominante, grave + aide AVQ	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
10	Atteinte mentale prédominante, grave + aide AVQ	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
11	Aide à la mobilité, sans incontinence	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
11	Aide à la mobilité, sans incontinence	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
12	Aide à la mobilité, avec incontinence	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
12	Aide à la mobilité, avec incontinence	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01

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

13	Alité et dépendant AVQ, atteinte mentale grave	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
13	Alité et dépendant AVQ, atteinte mentale grave	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
14	Alité et dépendant AVQ, atteinte mentale très grave.	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
14	Alité et dépendant AVQ, atteinte mentale très grave.	V2011-04-01	Abandonné	Inactivé	V2014-04-01
100	Programme d'intervention en négligence	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01

Périnatalité – services spécifiques et alimentation de l'enfant (0065 à 0088)

Date de début du service spécifique (0065)

0065	Gestation à l'inscription	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7, 2005	069
0065	Date de début du service spécifique	V7 2005	Redéfini	Maintenu	V7 2005	

Date de fin du service spécifique (0066)

0066	Situation de vie	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7, 2005	070
0066	Date de fin du service spécifique	V7 2005	Redéfini	Maintenu	V7 2005	

Service spécifique (0067)

0067	Situation financière	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7, 2005	071
0067	Service spécifique	V7 2005	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
200	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet soutien aux jeunes parents (PSJP) (moins de 20 ans)		Abandonné	Inactivé	V2013-04-01	
300	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté (NEGS) (20 ans et plus)		Abandonné	Inactivé	V2013-04-01	
250	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) - programme Santé publique		Ajouté	Nouveau	V2013-04-01	
250	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) - programme Santé publique (EXCLURE DES SAISIES)		Redéfini	Maintenu	V2022-04-01	
251	SIPPE – Niveau 1		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
252	SIPPE – Niveau 2		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
253	SIPPE – Niveau 3		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
254	SIPPE – Niveau 4		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
255	SIPPE – Prénatal		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
256	SIPPE – Absence		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
257	Rupture partielle des services		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
258	SIPPE – Services spéciaux		Ajouté	Nouveau	V2020-04-01	
400	Service de sage-femme	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	

Raison de la cessation du service spécifique (0068)

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

0068	Gravida	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7, 2005	080
0068	Raison de la cessation du service spécifique	V7 2005	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
400	Transfert vers un autre CSSS (mission CLSC), incluant : déménagement		Redéfini	Maintenu	V2012-04-01	
600	Transfert de responsabilité clinique (code exclusif au service de sage-femme)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
610	IVG (code exclusif au service de sage-femme)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
620	Fausse couche (code exclusif au service de sage-femme)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
630	Manque de ressources – sage-femme (code exclusif au service de sage-femme)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
Âge gestationnel (semaines/jours) (0069)						
	Para	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7,2005	081
	Date de fin du service spécifique	V7, 2005	Redéfini	Maintenu	V7, 2005	
	Date de fin du service spécifique	V7, 2005	Recodé	Réutilisé		0066
Situation de vie (0070)						
0070	Aborta	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7, 2005	082
0070	Situation de vie	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
700	Autre (code exclusif au service de sage-femme)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
Situation financière (0071)						
0071	Date effective d'accouchement	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7, 2005	078
0071	Situation financière	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
300	Autre (code exclusif au service de sage-femme)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
Scolarité de la mère (0072)						
0072	Gestation	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7, 2005	069
0072	Scolarité de la mère	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V2022-04-01	
400	Autre (code exclusif au service de sage-femme)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01	
Autochtone (0073)						
0073	Naissance vivante	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7 2005	083
0073	Autochtone	V7 2005	Ajouté	Nouveau	V7 2005	

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

Immigrant (5 ans ou moins) (0074)						
0074	Poids du bébé	V6, 2004	Recodé	Réutilisé	V7 2005	084
0074	Immigrant (5 ans et moins)	V7 2005	Ajouté	Nouveau	V7 2005	
Gravida (prénatal) (0075)						
0075	Gravida (prénatal)	V7 2005	Ajouté	Nouveau	V7 2005	
Para (prénatal) (0076)						
0076	Para (prénatal)	V7 2005	Ajouté	Nouveau	V7 2005	
Aborta (prénatal) (0077)						
0077	Aborta (prénatal)	V7 2005	Ajouté	Nouveau	V7 2005	
077	Aborta (prénatal)	V7 2005	Redéfini	Maintenu	Octobre 2019	
Date effective de l'accouchement (0078)						
0078	Date effective de l'accouchement	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
Durée de gestation (semaines/jours) (0079)						
0079	Durée de gestation (semaines/jours)	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
Gravida (postnatal) (0080)						
0080	Gravida (postnatal)	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
Para (postnatal) (0081)						
0081	Para (postnatal)	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
Aborta (postnatal) (0082)						
0082	Aborta (postnatal)	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
0082	Aborta (postnatal)	V7 2004	Redéfini	Maintenu	Octobre 2019	
Naissance (0083)						
0083	Naissance	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
0083	Naissance	V7 2004	Redéfini	Maintenu	Octobre 2019	
0083	Mortinaissance	V7 2004	Redéfini	Maintenu	Octobre 2019	
Poids du bébé à la naissance (0084)						
0084	Poids du bébé à la naissance	V7 2004	Redéfini	Maintenu	V7 2005	
Alimentation effective (du nourrisson) (0085)						
		V7 2005	Abandonné	Inactivé	V2009-04-01	
200	Allaitement non exclusif (ANEX)	V7 2005	Décomposé	Inactivé	V8, 2006	250, 270
250	Allaitement prédominant	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2009-04-01	
270	Allaitement additionné de compléments	V8, 2006	Abandonné	Inactivé	V2009-04-01	
Date de la collecte (0086)						

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

086	Date de la collecte	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
Catégorie de l'alimentation (0087)					
100	Allaitement exclusif (AEX)	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
200	Allaitement non exclusif (ANEX)	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
300	Non-allaitement (NA)	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
Complications et particularités (0088)					
Les ajouts relatifs à cet élément ont été ajoutés le 1 ^{er} avril 2012.					
Isolement social (0089)					
100	Isolé socialement	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
200	Non-isolé socialement	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
300	Autre (code exclusif au service de sage-femme)	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
Périnatalité – Transfert – Examen – Périnatal (0120 à 0149)					
Les ajouts relatifs à ces éléments ont été ajoutés le 1 ^{er} avril 2012.					
0148	Épisiotomie	2019-04-01	Ajouté	Nouveau	2019-04-01
0149	Ventouse	2019-04-01	Ajouté	Nouveau	2019-04-01
Antibiotique streptocoque B (0145)					
400	NON requis	2013-04-01	Ajouté	Nouveau	2013-04-01
Numéro de transfert (150)					
		V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01
Épisode de services – Indisponibilité – Services requis ultérieurement (0201 à 0209)					
Date de début de l'épisode de services (0201)					
		V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
Date de fin de l'épisode de services (0202)					
		V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
Date de début de l'assignation à un centre d'activités (0203)					
		V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
Date de fin de l'assignation à un centre d'activités (0204)					
		V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
Cessation de l'épisode de services (0205)					
100	Cessation reliée à la réalisation des objectifs	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
200	Cessation reliée au décès	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
300	Cessation reliée au déménagement	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
400	Cessation reliée à l'hébergement	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01

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

500	Cessation reliée à l'hospitalisation	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
600	Cessation reliée au recours à des ressources privées	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
700	Cessation reliée au refus de l'usager de recevoir des services du CSSS	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
800	Cessation reliée au refus du CSSS (mission CLSC) d'intervenir	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01
811	Cessation reliée au décès à domicile (code utilisé profil de l'intervention 121)	V2011-04-01	Ajouté	Nouveau	V2011-04-01
900	Tout autre motif de cessation	V2009-04-01	Ajouté	Nouveau	V2009-04-01

Date de début de l'indisponibilité (0207)

V2013-04-01	Ajouté	Nouveau	V2013-04-01
-------------	--------	---------	-------------

Date de fin de l'indisponibilité (0208)

V2013-04-01	Ajouté	Nouveau	V2013-04-01
-------------	--------	---------	-------------

Date de service requis ultérieurement (0209)

V2013-04-01	Ajouté	Nouveau	V2013-04-01
-------------	--------	---------	-------------

Numéro de l'épisode de services (0210)

V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01
-------------	--------	---------	-------------

Numéro de l'assignation à un centre d'activités (0211)

V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01
-------------	--------	---------	-------------

Numéro de l'indisponibilité de l'usager (0212)

V2020-04-01	Ajouté	Nouveau	V2020-04-01
-------------	--------	---------	-------------

Priorisation de l'assignation à un centre d'activités (0213)

		V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
100	P1 – 2 jours	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
200	P2 – 10 jours	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
300	P3 – 30 jours	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01
400	P4 – 90 jours	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01

ANNEXES

Voir l'historique des modifications au début de la section des annexes

Annexe 1	CADRE NORMATIF SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA CLIENTÈLE ET LES SERVICES DES CLSC (I-CLSC VACCINATION)	V2009-04-01	Abandonné	Inactivé	V2016-04-01
Annexe 2	CADRE NORMATIF INFO-SANTÉ ET INFO-SOCIAL	V2006-10-01	Abandonné	Inactivé	V2019-04-01
Annexe 5	GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENTÈLE EN CLSC	V2021-04-01	Ajouté	Nouveau	V2021-04-01

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE CODIFICATION

Mise à jour octobre 2019

Exemples de codification :

- 1- Soins de plaie postappendicectomie**
 - Raison principale : 2609 – Plaie chirurgicale
 - Autres raisons : 2009 – Maladie et troubles de l'intestin et du péritoine
 - Acte n° 1 : 6123 – Soins de plaie, pansements
- 2- Soins de plaie à la suite de l'amputation traumatique d'un doigt**
 - Raison principale : 2610 – Amputation
 - Acte n°1 : 6123 – Soins de plaie, pansements
- 3- Abscès ischio-rectal avec soins de plaie**
 - Raison principale : 2009 – Maladie et troubles de l'intestin et du péritoine
 - Acte n° 1 : 6123 – Soins de plaie, pansements
- 4- Ulcère variqueux avec soins de plaie**
 - Raison principale : 1805 – Maladie et troubles des veines et des vaisseaux lymphatiques
 - Acte n° 1 : 6123 – Soins de plaies, pansements
- 5- Panniculite (ou encore eczéma) avec soins de plaie**
 - Raison principale : 2200 – Maladie et troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
 - Acte n° 1 : 6123 – Soins de plaies, pansements
- 6- Plaie traumatique à la main conduisant à une cellulite avec soins de la plaie**
 - Raison principale : 2613 – Lacération, coupure et éraflure
 - Autre raison : 2200 – Maladie et troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
 - Acte n° 1 : 6123 – Soins de plaie, pansements
- 7- Cellulite sans plaie apparente, pour laquelle un médecin prescrit un antibiotique**
 - Raison principale : 2200 – Maladie et troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
 - Acte n° 1 : 6401 – Ordonnance médicale
- 8- Plaie à la jambe à la suite d'un léger trauma chez un diabétique**
 - Raison principale : 2613 – Lacération, coupure et éraflure
 - Autre raison : 1305 – Diabète
 - Acte n° 1 : 6123 – Soins de plaie, pansements
- 9- Usager atteint du SIDA souffrant d'une pneumonie et à qui le médecin prescrit un médicament**
 - Raison principale : 1903 – Pneumonie
 - Autre raison : 1008 – SIDA
 - Acte n° 1 : 6401 – Ordonnance médicale
- 10- Corps étranger avec plaie : extraction du corps étranger**
 - Raison principale : 2603 – Corps étranger
 - Autre raison : 2613 – Lacération, coupure et éraflure
 - Acte n° 1 : 6126 – Extraction de corps étranger

ANNEXE 3 : LISTE DES CENTRES OU SOUS-CENTRES D'ACTIVITÉS ADMISSIBLES À LA BANQUE COMMUNE DE DONNÉES I-CLSC

Mise à jour avril 2022

Valeurs permises (Avril 2022)

ACTIVITÉS PRINCIPALES

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSENT	ABSENT
4110	Développement, adaptation et intégration sociale (DAIS)		X
4112	DAIS – Enfants (0-5 ans) et leur famille	X	
4114	DAIS – Jeunes (6-17 ans) et leur famille	X	
4116	DAIS – Adultes incluant les personnes âgées	X	
4120	Habitudes de vie et maladies chroniques	X	
4130	Maladies infectieuses		X
4131	Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions	X	
4132	Immunisation et manifestations inhabituelles cliniques liées à l'immunisation		X
4133	Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	X	
4134	Vaccination massive et urgente		X
4140	Autres activités de santé publique	X	
4150	Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	X	
4160	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives		X
5510	Ressources intermédiaires (RI)		X
5513	RI – Santé mentale		X
5514	RI – Soutien à l'autonomie des personnes âgées		X
5530	Ressources de type familial – Résidences d'accueil (RA)		X
5534	RA – Soutien à l'autonomie des personnes âgées		X
5537	RA – Déficience physique		X
5550	Suivi professionnel des usagers en RI-RTF		X
5552	Santé physique		X
5553	Santé mentale		X
5554	Soutien à l'autonomie des personnes âgées		X
5910	Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	X	
5920	Intervention et suivi de crise		X
5921	Intervention de crise dans le milieu 24/7 – Services sociaux généraux	X	
5922	Intervention et suivi de crise – Santé mentale	X	
5930	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	X	

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSENT	ABSENT
5940	Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave		X
5941	Suivi intensif dans la communauté	X	
5942	Soutien d'intensité variable dans la communauté	X	
5950	Formation donnée par le personnel infirmier		X
5960	Autres services téléphoniques régionaux		X
5970	Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-social)		X
5980	Soutien professionnel dans les groupes de médecine de famille et les groupes de médecine de famille - réseau		X
5981	Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille et les groupes de famille -réseau		X
5982	Travailleurs sociaux dans les groupes de médecine de famille et les groupes de médecine de famille-réseau		X
5983	Autres professionnels dans les groupes de médecine de famille et les groupes de médecine de famille - réseau		X
5990	Pratique des sages-femmes	X	
6000	Administration des soins		X
6090	Info-Santé 8-1-1		X
6170	Soins infirmiers à domicile		X
6173	Soins infirmiers à domicile réguliers	X	
6174	Soins infirmiers à domicile continus	X	
6240	L'urgence	X	
6300	Consultations externes		X
6304	Groupe de médecine de famille universitaire (Unité de médecine familiale) GMF-U (UMF)		X
6307	Services de santé courants	X	
6320	Unité de retraitement des dispositifs médicaux		X
6350	Inhalothérapie		X
6351	Inhalothérapie à domicile	X	
6352	Inhalothérapie - Autres	L'utilisateur X	L'unité technique provinciale X
6380	Services ambulatoires de psychogériatrie	X	
6390	Services de soins spirituels		X

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSENT	ABSENT
6430	Encadrement des ressources		X
6460	Services aux revendicateurs du statut de réfugié		X
6461	Services sociaux aux revendicateurs du statut de réfugié	X	
6462	Services de santé aux revendicateurs du statut de réfugié	X	
6463	Services psychosociaux aux réfugiés	X	
6464	Services de santé aux réfugiés	X	
6510	Santé parentale et infantile		X
6513	Santé parentale et infantile - CLSC	X	
6530	Aide à domicile		X
6531	Aide à domicile régulière	X	
6532	Aide à domicile continue	X	
6540	Services dentaires préventifs		X
6541	Services dentaires préventifs – SPUB	X	
6550	Services dentaires curatifs		X
6551	Services dentaires curatifs - SPH	X	
6560	Services psychosociaux		X
6561	Services psychosociaux à domicile	X	
6570	Aire ouverte	X	
6580	Activités des infirmières praticiennes spécialisées		X
6583	Infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale		X
6584	Infirmières praticiennes spécialisées en soins aux adultes		X
6585	Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne		X
6590	Santé scolaire	X	
6600	Laboratoires de biologie médicale		X
6606	Centre de prélèvements		X
6607-10	Biochimie-Hématologie-Immunologie		X
6607-20	Microbiologie		X
6680	Services externes en toxicomanie	X	
6710	Électrophysiologie		X
6720	Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) – Services sociaux généraux	X	
6730	Consultation sociale et psychologique de courte durée		X
6731	Consultation sociale de courte durée	X	
6732	Consultation psychologique de courte durée	X	

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSENT	ABSENT
6740	Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	X	
6800	Pharmacie		X
6806	Pharmacie en CLSC	X	
6830	Imagerie médicale		X
6831	Radiologie générale	Inscrits X	Enregistrés X
6839	Support à l'imagerie médicale		X
6860	Audiologie et orthophonie		X
6863	Audiologie et orthophonie – Autres en CLSC	X	
6864	Audiologie et orthophonie à domicile	X	
6865	Orthophonie pour enfants en CLSC	X	
6960	Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie		X
6970	Centre de jour		X
6977	Centre de jour en santé mentale – jeunes (0-17 ans)		X
6978	Centre de jour en santé mentale – adultes (18-100 ans)		X
7040	Ressources résidentielles – Assistance résidentielle continue		X
7041	Ressources résidentielles – Assistance résidentielle continue (déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)		X
7042	Ressources résidentielles – Assistance résidentielle continue (déficience physique)		X
7043	Ressources résidentielles – Assistance résidentielle continue (santé mentale)		X
7080	Soutien aux familles de personnes handicapées – allocations		X
7081	Soutien aux familles des personnes ayant une déficience physique – allocations		X
7082	Soutien aux familles des personnes présentant une déficience intellectuelle – allocations		X
7083	Soutien aux familles des personnes ayant un TSA – allocations		X
7100	Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches		X
7101	Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – DI et TSA	X	
7108	Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – déficience physique	X	

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSEN T	ABSENT
7110	Nutrition		X
7111	Nutrition à domicile	X	
7112	Nutrition – Autres en CLSC	X	
7120	Intervention communautaire – Service à domicile	X	
7150	Gestion et soutien aux programmes		X
7151	Gestion et soutien des services à domicile		X
7152	Gestion et soutien aux autres programmes		X
7154	Gestion et soutien d'une centrale		X
7155	Gestion et soutien aux activités de première ligne		X
7157	Gestion et soutien aux programmes santé publique		X
7160	Ergothérapie et physiothérapie - Services à domicile et autres en CLSC		X
7161	Ergothérapie à domicile	X	
7162	Physiothérapie à domicile	X	
7163	Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	X	
7164	Ergothérapie – Autres en CLSC	X	
7166	Physiothérapie – Autres en CLSC	X	
7200	Enseignement		X
7201	Programmes d'intéressement aux étudiants		X
7202	Coordination et soutien		X
7300	Administration générale		X
7301	Direction générale		X
7302	Administration financière		X
7303	Administration du personnel		X
7304	Administration des services professionnels		X
7306	Administration financière et du personnel (non réparti)		X
7307	Approvisionnement et services		X
7320	Administration des services techniques		X
7330	Équipe d'un centre hospitalier universitaire fiduciaire de la formation continue partagée		X
7340	Informatique		X

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSENT	ABSENT
7390	Déplacement des personnes handicapées ou en hémodialyse		X
7391	Déplacement des personnes ayant une déficience physique		X
7392	Déplacement des personnes présentant une déficience intellectuelle		X
7395	Déplacement des personnes en hémodialyse		X
7400	Déplacement des usagers		X
7401	Déplacement des usagers, soit entre établissements, soit entre l'établissement et la maison de soins palliatifs		X
7402	Déplacement en ambulance vers une maison de soins palliatifs ou pour des usagers âgés de 65 ans et plus		X
7403	Déplacement des usagers par évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ)		X
7404	Déplacement des cas électifs		X
7530	Réception - Archives - Télécommunications		X
7532	Archives		X
7533	Réception - Archives - Télécommunications (non réparti)		X
7534	Réception		X
7535	Télécommunications		X
7640	Hygiène et salubrité		X
7644	Hygiène et salubrité – tâches opérationnelles		X
7645	Hygiène et salubrité – tâches fonctionnelles		X
7650	Gestion des déchets biomédicaux		X
7700	Fonctionnement des installations		X
7703	Fonctionnement des installations - Autres		X
7710	Sécurité		X

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSENT	ABSENT
7800	Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier / équipement		X
7801	Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public)		X
7802	Entretien et réparation des équipements médicaux		X
7805	Entretien et réparation des espaces loués (établissement public)		X
7806	Maintien d'actifs immobiliers (propriété CHQ ou établissement public)		X
7807	Entretien et réparation du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier – autres (propriété autre que établissement public et CHQ)		X
7900	Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi		X
7901	Personnel en surnuméraire		X
7902	Personnel en orientation et en adaptation		X
7903	Personnel en recyclage		X
7904	Personnel en attente d'assignation		X
7905	Personnel non disponible à une affectation		X
7906	Indemnités de cessation d'emploi		X
7930	Personnel en prêt de service		X
7980	Activités spéciales dans les programmes-services		X
	7981 à 7989		X
7990	Activités spéciales dans les programmes-soutien et autres		X
	7992 à 7994		X
7995	Lutte à une pandémie		X

ACTIVITÉS ACCESSOIRES**Activités complémentaires****Activités complémentaires**

CENTRES D'ACTIVITÉS		CADRE NORMATIF	
		PRÉSENT	ABSENT
0100	Recherche		X
0102	Organisme à but non lucratif		X
0103	Gouvernement fédéral		X
0104	Établissements - RRSSS		X
0105	Autres organismes québécois		X
0106	Entreprises privées		X
0107	Autres organismes		X
0108	Coûts indirects et contributions		X
0150	Projets pilotes		X
0152	Projets réalisés dans le cadre de programmes fédéraux communautaires pour les enfants		X
0153	L'Institut universitaire de gérontologie sociale		X
0159	Autres projets pilotes		X
0180	Services externes aux joueurs pathologiques	X	
0200	Santé en milieu de travail (CSST)		X
0250	Enseignement		X
0251	Enseignement médical		X
0252	Enseignement social		X
0260	Salaires des médecins résidents		X
0310	Services de procréation assistée non assurés		X
0360	Projets et programmes ad hoc de promotion de la santé		X
0370	Ressources informationnelles régionales		X
0371	Technocentre régional		X
0372	Projets régionaux		X
0400	Autres activités complémentaires		X
Activités commerciales			
0500	Parc de stationnement		X
0550	Cantine et casse-croûte		X
0610	Système de télésurveillance		X
0800	Autres activités commerciales		X

ANNEXE 4 : BANQUE COMMUNE I-CLSC - SPÉCIFICATIONS DU FICHIER À TRANSFÉRER À LA RAMQ

VERSION 9.0

Mise à jour octobre 2019

1. BUT DU DOCUMENT

Ce document décrit les données provenant des banques Intégration CLSC locales transmises à la RAMQ pour constituer la banque commune ICLSC. Ce sont les données définies dans le Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle et les services en CLSC en vigueur.

Ce document apporte des précisions pour constituer un fichier de transmission de données normalisées et effectuer la transmission. **Toutes les données du fichier reliées à une table de nomenclature proviennent des champs « code normalisé CLSC ».**

2. HISTORIQUE DES VERSIONS

Version	Date	Description
5.4	2008-02-19	A. Le fichier PÉRINATALITÉ – SERVICE SPÉCIFIQUE contient maintenant tous les services spécifiques de tous les usagers ayant au moins un service spécifique actif pendant l'année en cours ou pendant l'année précédant l'année en cours. B. Le fichier INTERVENTION CLSC contient maintenant des valeurs dans les raisons d'interventions 2 et 3 liées aux activités ponctuelles. C. Le fichier DEMANDE CLSC contient maintenant le numéro de dossier usager RÉF ainsi que le type d'usager. D. Le fichier TRANS.DAT contient maintenant un élément spécifiant la version. E. Le fichier DOSSIER CLSC contient maintenant tous les usagers qui se trouvent dans le fichier DEMANDE CLSC, même si ces derniers n'ont pas eu d'interventions ou de services spécifiques pendant la période transmise. De plus, pour les dossiers usagers liés à une demande de service, il contient maintenant les dossiers de type « temporaire ».
VERSION 6.0		
6.0	2008-06-25	A. Ajout d'éléments dans le fichier DEMANDE CLSC. B. Ajout de trois nouveaux fichiers, soit ASSIGNATION, ÉPISODE DE SERVICES ET ALIMENTATION. C. Modifications aux fichiers TRANSMISSION CLSC et DOSSIER USAGER, en raison de l'ajout des trois fichiers nommés précédemment. D. Changement de position de l'élément « Numéro de version » dans le fichier TRANSMISSION CLSC, afin de faciliter les traitements à la RAMQ. De plus, le numéro de version à inscrire est passé de « 5.4 » à « 6.0 ». E. Retrait des six éléments concernant l'alimentation effective dans le fichier PÉRINATALITÉ-ENFANT, et mise à blanc de l'élément « Date d'attente en hébergement » du fichier DOSSIER CLSC. F. Ajout de précisions dans le texte des fichiers PÉRINATALITÉ-SERVICE SPÉCIFIQUE, PÉRINATALITÉ-GROSSESSE, PÉRINATALITÉ-ENFANT et VACCINATION. Ces changements n'ont pas d'impacts sur le fichier de transmission, il s'agit seulement d'améliorations au présent document.

Version	Date	Description
		G. Déplacement du nom du fichier de la section TRANSMISSION vers le libellé de chacun des fichiers.
6.01	2008-09-03	H. Modification de la règle de transmission des épisodes de services, car celle initialement inscrite contenait une faiblesse (section 3.11).
6.02	2008-09-05	I. Modification de la règle de transmission des épisodes de services et des assignations afin de cesser d'exclure celles qui ont débuté avant le 1 ^{er} avril 2008 (sections 3.10 et 3.11).
6.03	2008-09-19	J. Ajustements dans le fichier TRANS.DAT afin de préciser de fournir un fichier vide lorsqu'un traitement ne retourne pas de données (section 3.1). Une précision a également été ajoutée à la section 4 – Transmission.
6.04	2008-09-22	K. Modification du libellé de l'élément « Type d'alimentation » pour « Catégorie d'alimentation » pour éviter toute confusion dans les valeurs à recevoir (section 3.12).
6.05	2008-09-24	L. Dans le fichier ALIMENTATION, retrait de l'élément « Catégorie d'alimentation » pour le remplacer par quatre éléments qui indiqueront si une catégorie d'alimentation est effective ou non (section 3.12). M. Dans le fichier ALIMENTATION, ajout de l'élément calculé « Type d'allaitement » (section 3.12). Ces changements (L et M) sont principalement dus à l'orientation qui a été prise au niveau de l'application locale et qui précise que les catégories d'alimentation et les règles de calcul du type d'allaitement ne sont pas « pilotables ». En d'autres mots, des changements à ce niveau impliqueraient nécessairement une modification à l'application et un redéploiement. Dans ces circonstances, il apparaît superflu de recevoir les données d'une manière supportant d'éventuels ajouts, retraits ou modifications. N. Dans le fichier ALIMENTATION, changement relatif aux éléments « N° RÉF de dossier usager de la mère » et « Type d'usager de la mère » afin de les rendre optionnels. O. Dans le fichier DOSSIER USAGER, ajout de précisions quant au calcul du code d'âge, notamment pour les enfants dont la mère est suivie en services spécifiques et qui n'ont pas eu d'interventions dans l'année de transmission. (section 3.5). Cela inclut également les mères en services spécifiques sans intervention (modification à apporter).
6.06	2008-10-02	P. Dans le fichier DOSSIER, modification de la notion de dossier temporaire et permanent afin de ne plus inclure que les dossiers temporaires du fichier DEMANDE et du fichier PÉRINATALITE-ENFANT. Le but visé est que le fichier DOSSIER contienne TOUS les numéros RÉF de dossier usager présents dans l'ensemble des fichiers (section 3.5)
6.07	2008-10-07	Q. Dans le fichier VACCINATION, changement relatif à l'élément « Type d'usager » afin de le considérer comme étant non optionnel. À noter que ce n'est qu'une correction au niveau du document, cela n'a pas d'impact sur le fichier de transmission.
6.08	2009-02-13	R. Dans le fichier VACCINATION, retrait du commentaire suivant, car il n'est plus pertinent :

Version	Date	Description
		À noter que, contrairement au fichier DOSSIER, le fichier VACCINATION contiendra les dossiers usagers temporaires si l'information sur la vaccination a été inscrite dans ce type de dossier.
VERSION 7.0		
7.00	2010-06-21	A. Dans le fichier DOSSIER CLSC, ajout du NAM, du nom, du prénom, de la date de naissance et du code postal à 6 positions de l'utilisateur. À noter que le code postal à 3 positions n'a pas été retiré pour faciliter la gestion du changement de version à la RAMQ.
7.01	2010-07-05	B. Dans le fichier DOSSIER CLSC, pour le code postal à 6 positions, ajout d'une précision concernant le type d'adresse. C. Dans le fichier DOSSIER CLSC, pour le nom et le prénom, ajout d'une précision concernant le type de nom et de prénom. D. Dans le fichier DOSSIER CLSC, ajout de l'élément « Provenance du NAM ».
7.02	2010-07-30	E. Dans le fichier DOSSIER CLSC, ajustements divers faisant suite aux commentaires reçus de Mélanie Bourque, pilote I-CLSC pour la SOGIQUE.
7.10	2011-05-06	F. Dans le fichier INTERVENTION CLSC, remplacement du « Code intervention futur 2 » par le « Code profil ISO-SMAF ». G. Dans le fichier DOSSIER CLSC, ajout d'une note pour indiquer que les éléments 21 à 26 ne sont actuellement pas présents dans le fichier de transfert et seront ajoutés ultérieurement.
7.20	2012-01-25	H. Dans le fichier INTERVENTION – DOSSIER CLSC, ajout d'un paragraphe à propos des liens entre les interventions de groupe et les usagers-individus présents lors de ces interventions. I. Dans le fichier TRANSMISSION CLSC, modification de la valeur de l'élément « Numéro de version » pour « 7.20 ».
VERSION 8.0		
8.00	2012-07-13	A. Dans le fichier TRANSMISSION CLSC, modification de la valeur de l'élément « Numéro de version » pour « 8.00 ». B. Dans le fichier DOSSIER CLSC, retrait de la note pour indiquer que les éléments 21 à 26 ne sont actuellement pas présents dans le fichier de transfert. C. Dans le fichier ASSIGNATION, ajout de l'élément « Date de service requis ultérieurement ». D. Ajout d'un nouveau fichier nommé « INDISPONIBILITÉS DE L'USAGER ». E. Dans la section « Transmission », le texte a été réécrit. De plus, la protection par un mot de passe du fichier ZIP a été mise en place. Finalement, le nom du fichier ZIP a été modifié.
8.10	2012-09-07	F. Dans le fichier TRANSMISSION CLSC, ajout de l'élément « Nombre d'enregistrements du fichier indisponibilités de l'utilisateur ».

Version	Date	Description
		G. Ajout de précisions aux sections 3.3, 3.5 et 3.6.
8.20	2012-10-01	H. Dans le fichier INDISPONIBILITÉS DE L'USAGER, ajout de l'élément « N° RÉF de l'indisponibilité ».
8.30	2014-04-01	I. Dans le fichier INTERVENTION CLSC, retrait du « Code profil ISO-SMAF ».
8.40	2016-04-01	J. Si des données sont présentes dans le fichier VACCINATION, elles sont rejetées.
VERSION 9.0 dans le fichier trans.dat		
9.00	2021-09-03	A. Ajout du fichier perinatalite-transfert.dat B. Ajout des éléments pour l'accouchement (pernatal) dans le fichier perinatalite-grossesse.dat : Mode d'entrée en travail ; Début de latence ; Début du travail actif ; Dilatation complète ; Début de poussée ; Date et heure de naissance ; Délivrance placentaire ; Lieu de l'accouchement ; Profession du responsable de l'accouchement (sous la responsabilité de) ; Type d'accouchement ; Utilisation de Ventouse ; Utilisation de l'Épisiotomie. C. Dans le fichier trans.dat : Modification du numéro de version pour 9.0 et Ajout en dernière position de l'élément : Nombre d'enregistrements du fichier Périnatalité-Transfert et son texte. D. Ajout dans le fichier PÉRINATALITÉ – SERVICE SPÉCIFIQUE (PERINATALITE-SERVICE-SPECIFIQUE.DAT) de l'élément : Isolement social E. Ajout dans le fichier : ASSIGNATION (ASSIGNATION.DAT) de l'élément : Niveau de priorisation de l'assignation F. Ajout dans le fichier : INTERVENTION – DOSSIER CLSC (intervdo.dat) de deux éléments : No RÉF de l'assignation et No RÉF de l'épisode de service G. Dans le fichier : INTERVENTION CLSC (INTERV.DAT), modification de la longueur du statut de l'intervenant pour 2. H. Modification des libellés pour les champs « utilisation future » dans le fichier dossier clsc (dossier.dat) et intervention clsc (interv.dat).
9.10	2020-09-03	Dans le fichier : ASSIGNATION (ASSIGNATION.DAT), modification de la description du Niveau de priorisation de l'assignation.
9.20	2020-09-10	Dans le fichier : INTERVENTION CLSC (INTERV.DAT), modification de la longueur du Mode d'intervention pour 2 .
9.30	2021-09-03	A. Le champ Code intervention – utilisation future – 2 devient programme d'intervention. On modifie la description. B. On ajoute dans la description du code de priorisation de la demande : Mis en vigueur le 1^{er} avril 2009 Abrogé au 1^{er} avril 2021.

Version	Date	Description

3. DESCRIPTION DES FICHIERS

Cette section présente la structure des fichiers à transmettre et décrit les éléments de données.

Légende :

Nom de l'élément : Nom précisé dans le cadre normatif

Séq. : Séquence de l'élément de données dans le fichier

Format : « N » (numérique), « C » (alphanumérique)

Longueur : Nombre de positions utilisées par l'élément de données

Optionnel : Indique si l'élément de données prend toujours une valeur (NON optionnel) ou peut être une zone vide (OUI)

Description : Information complémentaire au cadre normatif

Ligne verte : Représente le ou les éléments qui forment la clé unique du fichier

3.1 Fichier : TRANSMISSION CLSC (TRANS.DAT)

Ce fichier contient les données permettant d'identifier le CLSC fournisseur du fichier et d'autres données propres à la transmission qui ne sont pas dans la banque locale. Il y a un enregistrement par fichier produit. Il contient aussi des données de contrôle qui permettront de vérifier si ce qui est reçu à la RAMQ est conforme à ce qui a été envoyé.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
Code RRSSS	1	N	2	Non	C'est en fait le code de région sociosanitaire du CLSC fournisseur du fichier.
Code de CLSC	2	N	8	Non	C'est le numéro du permis d'exploitation du CLSC.
Date réelle de la transmission	3	N	8	Non	Date du jour de création du fichier à transmettre. Format : AAAAMMJJ.
N° de la transmission	4	N	1	Non	Numéro séquentiel identifiant la transmission à la date de transmission par un même CLSC. Débute à 1.
Date de début de période	5	N	8	Non	Date de début de la période pour laquelle le CLSC transmet des données. Format : AAAAMMJJ. Cette date est toujours le 1 ^{er} avril de l'année de transmission.
Date de fin de période	6	N	8	Non	Date de fin de la période pour laquelle le CLSC transmet des données. Elle correspond aux dates de fin de périodes du calendrier des périodes financières de chaque année. Format : AAAAMMJJ.
Numéro de version	7	N	5	Non	Numéro de version des « spécifications du fichier à transférer à la RAMQ » (le présent document) active au moment de la création du fichier de transfert. Numéro à inscrire pour la version actuelle : 9.0
Nombre d'enregistrements de dossiers	8	N	7	Non	Nombre d'enregistrements de DOSSIERS CLSC qui seront transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier DOSSIER-CLSC. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements de demandes	9	N	7	Non	Nombre d'enregistrements de DEMANDES CLSC qui seront transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier DEMANDE-CLSC. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
Nombre d'enregistrements d'interventions	10	N	7	Non	Nombre d'enregistrements d'INTERVENTIONS CLSC qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier INTERVENTION-CLSC. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements d'interventions dossier	11	N	7	Non	Nombre d'enregistrements d'INTERVENTIONS-DOSSIER CLSC qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier INTERVENTION-DOSSIER CLSC. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier périnatalité - grossesse	12	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier PÉRINATALITÉ-GROSSESSE qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier PÉRINATALITÉ-GROSSESSE. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier périnatalité - service spécifique	13	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier PÉRINATALITÉ-SERVICES SPÉCIFIQUES qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier PÉRINATALITÉ-SERVICES SPÉCIFIQUES. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier périnatalité - enfant	14	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier PÉRINATALITÉ-ENFANT qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier PÉRINATALITÉ-ENFANT. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier vaccination	15	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier VACCINATION qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier VACCINATION. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
Nombre d'enregistrements du fichier assignation	16	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier ASSIGNATION qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier ASSIGNATION. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier épisode de services	17	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier ÉPISODE DE SERVICES qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier ÉPISODE DE SERVICE. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier alimentation	18	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier ALIMENTATION qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier ALIMENTATION. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) doit être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier indisponibilités de l'utilisateur	19	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier INDISPONIBILITÉS DE L'USAGER qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier INDISPONIBILITÉS DE L'USAGER. Cet élément doit toujours exister, et ce, même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) devra être inscrite.
Nombre d'enregistrements du fichier Périnatalité-Transfert	20	N	7	Non	Nombre d'enregistrements du fichier PERINATALITE-TRANSFERT qui sera transmis. Cette donnée sert à valider le nombre d'enregistrements contenus dans le fichier PERINATALITE-TRANSFERT. Cet élément doit toujours exister et ce même si le fichier est vide. Dans un tel cas, la valeur zéro (0) devra être inscrite.

3.2 Fichier : DEMANDE CLSC (DEMANDE.DAT)

Ce fichier contient toutes les demandes de services normalisées dont la date de réception est comprise dans la période de TRANSMISSION CLSC, peu importe si le dossier de l'utilisateur lié à la demande est de type « temporaire » ou « permanent ». Ce sont les éléments de données tels que décrits dans le cadre normatif en vigueur.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° « RÉF » demande de services	1	N	10	Non	Le numéro « RÉF » identifie de manière unique chaque enregistrement reçu concernant les demandes de services.
Date de réception	2	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ.
Référé par	3	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Code d'établissement qui a référé l'utilisateur	4	N	8	Oui	Code identifiant l'établissement qui a référé l'utilisateur au CLSC. S'applique pour le code de « référé par » qui a une valeur de 250, mais non obligatoire. Absent pour les autres codes.
Objet	5	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Centre d'activités	6	N	5	Non	C'est le code du sous-centre ou du centre d'activités correspondant aux codes du cadre normatif.
Décision	7	N	3	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Date de la décision	8	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ. L'absence de valeurs ou une valeur qui indique que cette donnée a une valeur inconnue est représentée par une zone libre. Par exemple, si, dans la banque locale, on trouve 9999-12-31 lorsque la valeur est inconnue, une zone libre sera mise dans le fichier à transmettre.
N° RÉF de dossier utilisateur	9	N	10	Non	Le numéro « RÉF » identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
Type d'utilisateur	10	N	1	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Type de demande de services	11	N	1	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Code de priorisation de la demande	12	N	3	Oui	Mis en vigueur le 1er avril 2009 Abrogé au 1er avril 2021. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
N° demande de services	13	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique la demande de services. En d'autres

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
					mots, si une demande est de type « couple », ce numéro sera le même pour les deux occurrences reçues, à raison d'une occurrence par usager.
N° RÉF de l'épisode de services	14	N	10	Oui	Ce numéro identifie de manière unique un épisode de services. Dans ce contexte, il permet d'associer une demande à un épisode de services.

3.3 Fichier : INTERVENTION CLSC (INTERV.DAT)

Ce fichier contient toutes les interventions et les activités ponctuelles normalisées dont la date est comprise dans la période de TRANSMISSION CLSC. On fait la différence entre une intervention et une activité ponctuelle dans le fichier transmis avec la raison 5500. Une intervention concerne toujours au moins un dossier usager et peut en concerner plusieurs (couple et famille). Le lien intervention – dossier se fait via le fichier INTERVENTION – DOSSIER CLSC. Une activité ponctuelle n'a pas de lien avec le dossier. Il y a un ou plusieurs enregistrements d'interventions pour une transmission par CLSC. Ce sont les éléments de données tels que décrits dans le cadre normatif en vigueur. Le nom du fichier INTERVENTION CLSC englobe aussi l'activité ponctuelle.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° « RÉF » de l'intervention	1	N	10	Non	Le numéro « RÉF » identifie de manière unique une intervention lors de toutes les transmissions
Centre d'activités	2	N	5	Non	C'est le code de sous-centre ou de centre d'activités correspondant aux codes du cadre normatif.
Date de l'intervention	3	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ.
Type d'intervention	4	N	1	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Raison de l'intervention 1	5	N	4	Non	Code représentant la première raison de l'intervention. Les activités ponctuelles ont toujours une raison 5500. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Raison de l'intervention 2	6	N	4	Oui	Code représentant la deuxième raison de l'intervention ou de l'activité ponctuelle. Cette donnée est facultative. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Raison de l'intervention 3	7	N	4	Oui	Code représentant la troisième raison de l'intervention ou de l'activité ponctuelle. Cette donnée est facultative. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Acte 1	8	N	4	Non	Code représentant le premier acte de l'intervention. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Acte 2	9	N	4	Oui	Code représentant le deuxième acte de l'intervention. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Acte 3	10	N	4	Oui	Code représentant le troisième acte de l'intervention. Ce sont les codes présents dans la banque locale.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
Suivi	11	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Cessation	12	N	3	Oui	Cet élément n'est plus requis depuis le 1 ^{er} avril 2004 : inscrire une zone libre.
Profil	13	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Mode d'intervention	14	N	1	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Lieu de l'intervention	15	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Durée de l'intervention	16	N	4	Oui	Cette donnée est de format HHMM, dont les minutes sont exprimées en décimales, arrondies à 2 chiffres après le point. Les valeurs possibles vont de 00,01 à 23,99. Ce sont les valeurs présentes dans la banque locale.
Langue d'intervention	17	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Nombre de participants-groupe	18	N	3	Oui	Valeurs possibles de 0 à 999.
Catégorie d'intervenant	19	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Statut de l'intervenant	20	N	1	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Nombre d'intervenants associés	21	N	2	Non	S'il n'y a pas d'intervenants associés, cette donnée doit être 0.
Code de niveau de scolarité	22	C	3	Oui	C'est l'élément « Réservé au cadre normatif – intervention – 1 » du cadre normatif qui est utilisé pour indiquer le niveau de scolarité.
Programme d'intervention	23	C	3	Oui	C'est le « Réservé au cadre normatif – intervention – 2 » du cadre normatif qui est utilisé pour indiquer le programme d'intervention.

3.4 Fichier : INTERVENTION – DOSSIER CLSC (INTERVDO.DAT)

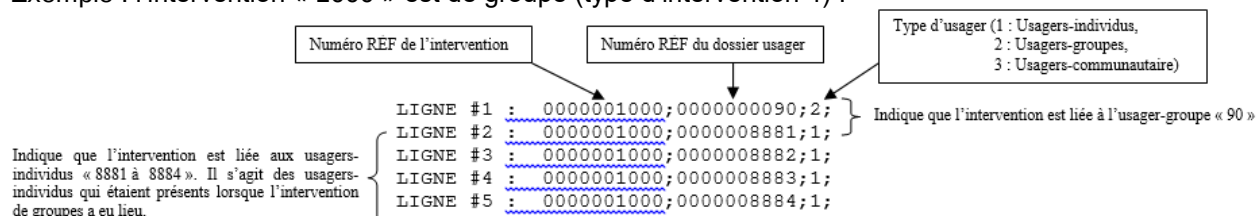
Ce fichier contient les liens entre les interventions et les dossiers. Pour chaque intervention qui n'est pas une activité ponctuelle (raison 5500), il y a un ou plusieurs enregistrements dans ce fichier. Une intervention concerne un dossier, si c'est une intervention individuelle, ou plusieurs dossiers, si ce sont des interventions de famille ou de couple. Le numéro d'intervention présent dans ce fichier doit aussi exister dans INTERVENTION CLSC. Le numéro de dossier présent dans ce fichier doit aussi exister dans DOSSIER CLSC. Les combinaisons type d'intervention/type d'utilisateur possibles sont les suivantes :

Type d'intervention	Cardinalité	Type d'utilisateur
1 – Intervention individualisée	un seul dossier (1,1)	1 – Usager-individu
2 – Intervention de couple	un ou plusieurs dossiers (1,N)	1 – Usager-individu
3 – Intervention de famille	un ou plusieurs dossiers (1,N)	1 – Usager-individu
4 – Intervention de groupe	un seul dossier (1,1)	2 – Usager-groupe
5 – Intervention communautaire	un seul dossier (1,1)	3 – Usager-communautaire

Ce fichier contient également le lien entre les interventions de groupe et les usagers-individus présents lors de cette intervention. Il ne contient cependant pas le lien avec les usagers-individus inscrits au groupe mais absents lors de l'intervention. La combinaison type d'interventions/type d'utilisateur possible est la suivante :

Type d'intervention	Cardinalité	Type d'utilisateur
4 – Intervention de groupe	un ou plusieurs dossiers (1,N)	1 – Usager-individu

Pour une intervention de groupe, il y a un seul enregistrement concernant le dossier « Usager-groupe » et un ou plusieurs enregistrements concernant les « Usagers-individus » visés. Exemple : l'intervention « 1000 » est de groupe (type d'intervention 4) :



Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de l'intervention	1	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique une intervention lors de toutes les transmissions.
N° RÉF de dossier usager	2	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
Type d'utilisateur	3	N	1	Non	Codes présents dans la banque locale.
No RÉF de l'assignation	4	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique une assignation
No RÉF de l'épisode de service	5	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique un épisode de service.

3.5 Fichier : DOSSIER CLSC (DOSSIER.DAT)

Ce fichier contient les données sur les dossiers permanents, temporaires ou vaccinaux dont le numéro est présent dans au moins un des fichiers inclus dans la transmission. Le but visé est que ce fichier contienne TOUS les numéros RÉF de dossier usager présents dans l'ensemble des fichiers (section 3.5). On y trouve des données concernant les usagers-individus, usagers-groupes et usagers-communautaires. Il y a un ou plusieurs enregistrements pour une transmission par CLSC. Ce sont les éléments de données tels que décrits dans le cadre normatif en vigueur.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de dossier usager	1	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
Date d'ouverture du dossier	2	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ
Type d'utilisateur	3	N	1	Non	Codes présents dans la banque locale.
Code d'âge	4	N	3	Oui	Code donnant l'âge de l'utilisateur-individu déterminé à partir de la date de naissance. C'est l'âge de l'individu à la date de sa première intervention, ou encore au 1 ^{er} avril de l'année financière de transmission si l'individu n'a pas d'intervention ¹ . Déterminé selon les spécifications du cadre normatif, voir l'élément DATE DE NAISSANCE. Cette donnée est obligatoire seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types. ¹ Si l'individu est né après le 1 ^{er} avril, inscrire le code d'âge 300 (nouveau-né).
Sexe	5	C	1	Oui	Cette donnée est obligatoire seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types.
Raison de l'absence du NAM	6	N	2	Oui	Cette donnée est obligatoire seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Remplissage	7	C	0	Oui	Espace de remplissage pour la date d'attente d'hébergement qui a été abrogée du cadre normatif en 2008-2009. La valeur sera toujours à blanc (;).
Code postal partiel de résidence	8	C	3	Oui	3 premières positions du code postal. Cette donnée s'applique seulement au type d'utilisateur « individu » résident du Québec et est obligatoire dans ce cas. Elle est toujours absente pour les autres cas.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
Code de municipalité	9	N	5	Oui	Cette donnée est obligatoire seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types.
Code de territoire du CLSC	10	C	5	Oui	Ce code est généré à partir du code postal dans la banque locale. Cette donnée s'applique seulement au type d'utilisateur « individu » du Québec et est obligatoire. Elle est toujours absente pour les autres types.
Catégorie d'utilisateur-groupe	11	N	3	Oui	Cette donnée est obligatoire pour les usagers de type « groupe ». Absente dans les autres cas. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Catégorie d'utilisateur-communautaire	12	N	3	Oui	Cette donnée est obligatoire pour les usagers de type « communautaire ». Absente dans les autres cas. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Population cible	13	N	3	Oui	Cette donnée est obligatoire pour les usagers de types « groupe » et « communautaire ». Absente pour les usagers de type « individu ». Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Activité principale communautaire 1	14	N	3	Oui	Première activité présente dans la table usager de la banque locale. Cette donnée est obligatoire pour les usagers de type « communautaire ». Absente dans les autres cas. Ce sont les codes normalisés présents dans la banque locale.
Activité principale communautaire 2	15	N	3	Oui	Deuxième activité présente dans la table usager de la banque locale. Cette donnée est facultative pour les usagers de type « communautaire ». Absente dans les autres cas. Ce sont les codes normalisés présents dans la banque locale.
Code usager – utilisation future – 1	16	C	3	Oui	C'est l'élément « Réserve au cadre normatif – usager – 1 » du cadre normatif. Pas utilisé pour l'instant.
Code usager – utilisation future – 2	17	C	3	Oui	C'est le « Réserve au cadre normatif – usager – 2 » du cadre normatif. Pas utilisé pour l'instant.
Indice de défavorisation global	18	N	3	Oui	Indice de défavorisation globale calculé au niveau de la banque locale à partir du code postal complet de l'adresse courante de l'utilisateur au moment de la transmission. Si le code postal n'est pas

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
					trouvé dans la table de conversion servant à déterminer les indices, ce champ prend la valeur 999. Ce champ peut prendre la valeur 0 pour certains codes postaux (ceux de petits secteurs ou d'institutions par exemple) avec un indice à zéro dans la table de conversion.
Indice de défavorisation matérielle	19	N	3	Oui	Indice de défavorisation matérielle calculé au niveau de la banque locale à partir du code postal complet de l'adresse courante de l'utilisateur au moment de la transmission. Peut prendre les valeurs 999 ou 0 comme l'indice global.
Indice de défavorisation sociale	20	N	3	Oui	Indice de défavorisation sociale calculé au niveau de la banque locale à partir du code postal complet de l'adresse courante de l'utilisateur au moment de la transmission. Peut prendre les valeurs 999 ou 0 comme l'indice global.
Numéro d'assurance maladie (NAM)	21	C	12	Oui	Numéro d'assurance maladie de l'utilisateur. Le NAM peut provenir du Québec ou d'une autre province du Canada. Cette donnée est présente seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types.
Provenance du NAM	22	C	2	Oui	Selon la provenance du NAM transmis, les valeurs possibles sont : AB : Alberta BC : Colombie-Britannique MB : Manitoba NB : Nouveau-Brunswick NL : Terre-Neuve-et-Labrador NS : Nouvelle-Écosse NT : Territoires du Nord-Ouest NU : Territoire du Nunavut ON : Ontario PE : Île-du-Prince-Édouard QC : Québec SK : Saskatchewan YT : Territoire du Yukon Cette donnée est présente seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types.
Nom	23	C	30	Oui	Le nom de l'utilisateur à la naissance.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
					Cette donnée est transmise seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle peut être saisie pour les autres types, mais n'est pas transmise à la banque commune.
Prénom	24	C	25	Oui	Le prénom de l'utilisateur à la naissance. Cette donnée est présente seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types.
Date de naissance	25	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ. Cette donnée est présente seulement pour le type d'utilisateur « individu ». Elle est toujours absente pour les autres types.
Code postal complet de résidence	26	C	6	Oui	Les 6 positions du code postal de l'adresse permanente. Cette donnée s'applique seulement au type d'utilisateur « individu » résident du Québec et est obligatoire dans ce cas. Elle est toujours absente pour les autres cas

3.6 Fichier : PÉRINATALITÉ – SERVICE SPÉCIFIQUE (PERINATALITE-SERVICE SPECIFIQUE.DAT)

Ce fichier contient les données relatives à une mère au moment de son inscription à un service spécifique en périnatalité. Il y a un ou plusieurs enregistrements pour une transmission par un CLSC. Ce sont les éléments de données tels que décrits dans le cadre normatif en vigueur. Premièrement, extraire les services spécifiques qui n'ont pas de date de fin ou qui ont une date de fin qui est ultérieure ou égale à la date de début de période de l'année précédente. Par la suite, pour chacune des mères inscrites à ces services spécifiques, extraire l'ensemble de leurs services spécifiques (même ceux terminés antérieurement), de leurs données de grossesses associées à un service spécifique, ainsi que les dossiers enfants qui s'y rattachent. À noter que les services spécifiques concernant un dossier usager temporaire sont également présents.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de dossier usager de la mère	1	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
N° de périnatalité	2	N	10	Non	Numéro de fiche de périnatalité
Code du service spécifique	3	N	3	Non	Cette donnée est obligatoire selon la prescription du cadre normatif en vigueur.
Date de début du service spécifique	4	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ
Date de fin du service spécifique	5	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ
Raison de la cessation du service spécifique	6	N	3	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Âge gestationnel à l'inscription au service - semaines	7	N	2	Oui	Le nombre de semaines correspondant à l'âge gestationnel à l'inscription au service spécifique. (Exemple : âge gestationnel 12/4, le nombre de semaines = 12)
Âge gestationnel à l'inscription au service - jours	8	N	1	Oui	Le nombre de jours correspondant à l'âge gestationnel à l'inscription au service spécifique. (Exemple : âge gestationnel 12/4, le nombre de jours = 4)
Scolarité de la mère à l'inscription au service	9	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Situation de vie de la mère à l'inscription au service	10	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Situation financière à l'inscription au service	11	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Indicateur Autochtone	12	C	1	Non	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non)
Indicateur Immigrant	13	C	1	Non	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non)
Isolement social	14	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.

3.7 Fichier : PÉRINATALITÉ – GROSSESSE (PERINATALITE-GROSSESSE.DAT)

Ce fichier contient toutes les données relatives à la GROSSESSE dont le numéro de dossier de la mère est présent dans les programmes spécifiques en périnatalité. Il y a un ou plusieurs enregistrements pour une transmission par un CLSC. Ce sont les éléments de données tels que décrits dans le cadre normatif en vigueur.

La partie Accouchement (Pernatal) contient l'information concernant les accouchements où une sage-femme a été impliquée (Code du service spécifique = 400 (Service de sage-femme)). Bref, le Code du service spécifique doit absolument être égale à 400 pour avoir de l'information dans la partie Accouchement (Pernatal).

De plus, le Type d'utilisateur (TYP_USAG_DOSS_CLSC) doit être un Usager-individu (Type d'utilisateur = 1). En effet, l'Usager-groupe et l'Usager-communautaire ne sont pas concernés par l'accouchement (Pernatal).

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de dossier usager de la mère	1	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
N° de périnatalité	2	N	10	Non	Numéro de fiche de périnatalité
Indicateur de naissance	3	N	1	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale. Si la date d'accouchement n'est pas disponible, l'indicateur sera à blanc.
Date effective de l'accouchement	4	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ
Durée de la gestation – semaines	5	N	2	Oui	Le nombre de semaines correspondant à la durée de la gestation. (Exemple : durée gestationnelle 39/2, le nombre de semaines = 39).
Durée de la gestation -jours	6	N	1	Oui	Le nombre de jours correspondant à la durée de la gestation. (Exemple : durée gestationnelle 39/2, le nombre de jours = 2).
Gravida – postnatal	7	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Para – postnatal	8	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Aborta – postnatal	9	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Gravida – prénatal	10	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Para – prénatal	11	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Aborta – prénatal	12	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Nombre de dossiers enfants à suivre	13	N	1	Oui	Nombre d'enfants suivis par le CLSC pour une grossesse.
Accouchement (Pernatal) :					
Mode d'entrée en travail	14	N	3	Oui	Condition qui a entraîné l'entrée en travail. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Début de latence	15	N	12	Oui	Format : AAAAMMJJHHMM
Début du travail actif	16	N	12	Oui	Format : AAAAMMJJHHMM
Dilatation complète	17	N	12	Oui	Format : AAAAMMJJHHMM
Début de poussée	18	N	12	Oui	Format : AAAAMMJJHHMM
Date et heure de naissance	19	N	12	Oui	Format : AAAAMMJJHHMM Note : C'est possible que la date de naissance dans ce fichier, soit différente de la date effective d'accouchement dans le fichier des Grossesses. C'est la manière de saisir l'information qui peut expliquer cela.
Délivrance placentaire	20	N	12	Oui	Format : AAAAMMJJHHMM

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

Lieu de l'accouchement	21	N	3	Oui	Lieu où l'accouchement s'est déroulé. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Profession du responsable de l'accouchement (sous la responsabilité de)	22	N	3	Oui	Importante condition obligatoire à respecter : une donnée peut être présente dans ce champ seulement si le lieu d'accouchement est le Centre hospitalier (valeur = 102 pour le lieu d'accouchement). Professionnel qui a la responsabilité clinique de l'accouchement en Centre hospitalier. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Type d'accouchement	23	N	3	Oui	Façon dont le bébé est né. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Utilisation de Ventouse	24	C	1	Oui	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non). Provient d'une case à cocher.
Utilisation de l'Épisiotomie	25	C	1	Oui	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non). Provient d'une case à cocher.

3.8 Fichier : PÉRINATALITÉ – ENFANT (PERINATALITE-ENFANT.DAT)

Ce fichier contient les données des ENFANTS dont les dossiers ont été créés dans le cadre du dossier service spécifique en périnatalité. Ce sont les enfants nés depuis les accouchements décrits dans le fichier PÉRINATALITÉ – GROSSESSE. Il y a un ou plusieurs enregistrements pour une transmission par un CLSC. Ce sont les éléments de données tels que décrits dans le cadre normatif en vigueur.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF du dossier usager de l'enfant	1	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
N° RÉF du dossier usager de la mère	2	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
N° de périnatalité	3	N	10	Non	Numéro de fiche de périnatalité
Poids du bébé à la naissance	4	N	4	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale

3.9 Fichier : VACCINATION (VACCINATION.DAT)

NOTE IMPORTANTE : Depuis l'année financière 2016-2017, le fichier « Vaccination » transmis doit être vide. Si des données sont présentes, elles sont rejetées et non incluses dans la banque de données commune.

Ce fichier contient les données sur la vaccination dont la date de l'administration du vaccin est comprise dans la période de transmission du fichier. Les services de vaccination peuvent être donnés par le CLSC lui-même ou par un autre organisme. Lorsque la vaccination est en CLSC, le numéro d'intervention (RÉF) et le numéro de dossier (RÉF) permettent de lier les données aux interventions et aux dossiers usagers (sauf dans le cas de la vaccination massive et urgente).

Selon le type de dossier (permanent ou temporaire), lorsqu'il y a saisie d'information dans le système « vaccination », la RAMQ s'attend à recevoir les données de la manière suivante :

Cas	Présence dans DOSSIER	S'il y a présence d'enregistrement dans VACCINATION			
		CLSC vaccinateur lui-même = « OUI »		CLSC vaccinateur lui-même = « NON »	
		Numéro de dossier usager RÉF	Numéro d'intervention RÉF	Numéro de dossier usager RÉF	Numéro d'intervention RÉF
1 - Usager dont le type de dossier est permanent					
1.A – Qui <u>a eu</u> des interventions-vaccinations et des interventions-autres dans l'année en cours	OUI	Présent	Présent	Présent	Absent
1.B – Qui <u>n'a pas eu</u> d'interventions-vaccinations ni d'interventions-autres dans l'année en cours.	NON	Situation impossible, car cela aurait engendré une intervention-vaccination	Situation impossible, car cela aurait engendré une intervention-vaccination	Présent	Absent
1.C – Qui <u>n'a pas eu</u> d'interventions-vaccinations, mais qui <u>a eu</u> des interventions-autres dans l'année en cours.	OUI	Situation impossible, car cela aurait engendré une intervention-vaccination	Situation impossible, car cela aurait engendré une intervention-vaccination	Présent	Absent
2 - Usager dont le type de dossier est temporaire					
2.A – Qui <u>a eu</u> des interventions-vaccinations et/ou des interventions-autres dans l'année en cours.	Situation impossible, car dès qu'il y a une intervention, le dossier doit être permanent				
2.B – Qui <u>n'a pas eu</u> d'interventions-vaccinations ni d'interventions-	NON	Situation impossible	Situation impossible	Présent	Absent

Cas	Présence dans DOSSIER	S'il y a présence d'enregistrement dans VACCINATION			
		CLSC vaccinateur lui-même = « OUI »		CLSC vaccinateur lui-même = « NON »	
		Numéro de dossier usager RÉF	Numéro d'intervention RÉF	Numéro de dossier usager RÉF	Numéro d'intervention RÉF
autres dans l'année en cours.					
3 - Usager sans dossier (ni temporaire ni permanent)					
3.A – Usager qui n'a pas de dossier temporaire ni de dossier permanent	Situation impossible, car il doit toujours y avoir un dossier, soit temporaire ou permanent				

Notes :

Le terme « intervention-vaccination » veut dire qu'il y a eu une intervention de vaccination dans le CLSC qui a engendré l'ajout d'un enregistrement dans le fichier « vaccination », et qui a aussi engendré l'ajout d'un enregistrement dans le fichier « intervention ».

Le terme « intervention-autre » veut dire qu'il y a eu une intervention de nature autre que la vaccination, ce qui a engendré l'ajout d'un enregistrement dans le fichier « intervention ».

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de vaccination	1	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique un service de vaccination.
N° RÉF de l'intervention	2	N	10	Oui	Le numéro RÉF identifie de manière unique une intervention lors de toutes les transmissions.
N° RÉF de dossier usager	3	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'usager lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'usager.
Type d'usager	4	N	1	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Date de l'administration du vaccin	5	N	8	Non	Date à laquelle le vaccin a été donné à l'usager. Format : AAAAMMJJ.
Âge de l'usager en nombre d'années	6	N	3	Non	C'est l'âge de l'usager au moment de la vaccination, en nombres d'années. Par exemple, pour un usager né le 2004-10-27 et qui a reçu son vaccin le 2006-05-15, son âge en année sera 1.
Âge de l'usager en nombre de jours	7	N	3	Non	C'est l'âge de l'usager au moment de la vaccination, en nombre de jours. Les valeurs possibles se situent entre 0 et 364 pour une année normale, et 0 et 365 pour une année bissextile. Par exemple, pour un usager né le 2004-10-27 et qui a reçu son vaccin le 2006-05-15, son âge en jours sera 200.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
CLSC vaccinateur lui-même (oui/non)	8	C	1	Non	Indique que le vaccin a été administré par le CLSC qui transmet la donnée. Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non).
Numéro du produit immunisant	9	N	3	Non	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Type d'organisme vaccinateur	10	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Raison d'administration du vaccin pour l'influenza	11	N	2	Oui	Ce sont les codes présents dans la banque locale.

3.10 Fichier : ASSIGNATION (ASSIGNATION.DAT)

Ce fichier contient les données sur les assignations qui n'ont pas de date de fin ou qui ont une date de fin ultérieure ou égale à la date de début de l'année financière précédant celle du fichier de transmission.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de l'assignation	1	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique une assignation.
N° RÉF de dossier usager	2	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
Type d'utilisateur	3	N	1	Non	Codes présents dans la banque locale.
Date de début de l'assignation à un centre d'activités	4	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ
Date de fin de l'assignation à un centre d'activités	5	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ
Centre d'activités	6	N	5	Non	C'est le code de sous-centre ou de centre d'activités correspondant aux codes du cadre normatif.
N° RÉF de l'épisode de services	7	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique un épisode de services. Dans ce contexte, il permet d'associer une assignation à un épisode de services.
Date de service requis ultérieurement	8	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ
Niveau de priorisation de l'assignation	9	N	3	Oui	Code normalisé CLSC relatif au code de la priorisation initiale.

3.11 Fichier : ÉPISODE DE SERVICES (EPISODE.DAT)

Ce fichier contient les données sur les épisodes de services qui n'ont pas de date de fin ou qui ont une date de fin ultérieure ou égale à la date de début de l'année financière précédant celle du fichier de transmission.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de l'épisode de services	1	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique un épisode de services.
N° RÉF de dossier usager	2	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
Type d'utilisateur	3	N	1	Non	Codes présents dans la banque locale.
Date de début de l'épisode de services	4	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ
Date de fin de l'épisode de services	5	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ
Code de raison de la cessation de l'épisode de services	6	N	3	Oui	Codes présents dans la banque locale.

3.12 Fichier : ALIMENTATION (ALIMENTATION.DAT)

Ce fichier contient les informations sur l'alimentation donnée aux enfants dont la date de la collecte est comprise dans la période de transmission du fichier.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de l'alimentation	1	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique une collecte d'information sur l'alimentation.
N° RÉF de dossier usager de l'enfant	2	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'enfant lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'usager.
Type d'usager de l'enfant	3	N	1	Non	Codes présents dans la banque locale.
N° RÉF de dossier usager de la mère	4	N	10	Oui	Le numéro RÉF identifie de manière unique la mère lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'usager.
Type d'usager de la mère	5	N	1	Oui	Codes présents dans la banque locale.
Âge de l'enfant en nombre d'années	6	N	3	Non	C'est l'âge de l'enfant au moment de la collecte d'information sur l'alimentation, en nombres d'années. Par exemple, pour un usager né le 2004-10-27 et dont la collecte a eu lieu le 2006-05-15, son âge en année sera 1.
Âge de l'enfant en nombre de jours	7	N	3	Non	C'est l'âge de l'enfant au moment de la collecte d'information sur l'alimentation, en nombres de jours. Les valeurs possibles se situent entre 0 et 364 pour une année normale, et 0 et 365 pour une année bissextile. Par exemple, pour un usager né le 2004-10-27 et dont la collecte a eu lieu le 2006-05-15, son âge en jours sera 200.
Date de la collecte	8	N	8	Non	Date à laquelle la collecte d'information sur l'alimentation a été effectuée. Format : AAAAMMJJ.
Indicateur d'alimentation par lait maternel	9	C	1	Non	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non).
Indicateur d'alimentation par lait non humain	10	C	1	Non	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non).
Indicateur d'alimentation par autres liquides	11	C	1	Non	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non).
Indicateur d'alimentation par aliments solides	12	C	1	Non	Les valeurs possibles sont O (oui) ou N (non).
Type d'allaitement	13	N	3	Non	Élément calculé à l'aide des catégories d'alimentation reçue par l'enfant, selon les règles établies dans le cadre normatif. Les valeurs transmises sont également celles spécifiées par le cadre normatif.

3.13 Fichier : INDISPONIBILITÉS DE L'USAGER (INDISPONIBILITÉ.DAT)

Ce fichier contient les données sur les périodes pendant lesquelles un usager est indisponible pour recevoir des services qui lui ont été assignés. Il contient l'ensemble des périodes d'indisponibilité liées aux assignations présentes dans le fichier ASSIGNATION.DAT.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
N° RÉF de l'indisponibilité	1	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique une période d'indisponibilité.
N° RÉF de l'assignation	2	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique une assignation.
N° RÉF de dossier usager	3	N	10	Non	Le numéro RÉF identifie de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
Type d'utilisateur	4	N	1	Non	Codes présents dans la banque locale.
Date de début de la période d'indisponibilité	5	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ
Date de fin de la période d'indisponibilité	6	N	8	Oui	Format : AAAAMMJJ

3.14 Fichier : PÉRINATALITÉ – TRANSFERT (PERINATALITE-TRANSFERT.DAT)

Ce fichier Périnatalité-Transfert contient l'information concernant les transferts où une sage-femme a été impliquée (Code du service spécifique = 400 (Service de sage-femme)). Bref, le Code du service spécifique doit absolument être égale à 400 pour avoir de l'information dans le fichier Périnatalité-Transfert.

Ce fichier contient les données sur les transferts, dont la date du transfert est comprise dans la période de transmission du fichier.

De plus, le Type d'utilisateur (TYP USAG DOSS CLSC) doit être un Usager-individu (Type d'utilisateur = 1). En effet, l'Usager-groupe et l'Usager-communautaire ne sont pas concernés par le transfert en périnatalité.

Il y a un ou plusieurs enregistrements pour une transmission par un CLSC. Ce sont les éléments de données tels que décrit dans le cadre normatif en vigueur.

Nom de l'élément	Séq.	Format	Longueur	Optionnel	Description
No RÉF du transfert	1	N	10	Non	Ce numéro identifie de manière unique un transfert. Numéro incrémenté automatiquement.
No REF de dossier usager de la mère	2	N	10	Non	Le numéro REF identifiant de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
No REF de dossier usager de l'enfant	3	N	10	Oui	Le numéro REF identifiant de manière unique l'utilisateur lors de toutes les transmissions lorsqu'il est combiné avec le type d'utilisateur.
No REF de périnatalité	4	N	10	Non	Numéro REF de fiche de périnatalité.
Type de transferts	5	N	2	Non	Type de transferts de responsabilité clinique. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Date du transfert	6	N	8	Non	Format : AAAAMMJJ
Urgence du transfert	7	N	1	Oui	<u>Importante condition obligatoire à respecter</u> : Ne peut être utilisé lors d'un transfert prénatal. Situation qui implique une prise en charge immédiate par un médecin. Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Raison du transfert	8	N	3	Non	<u>En lien direct avec le Type de transferts (prénatal ou périnatal ou postnatal de la mère ou bébé).</u> Raison de transfert de la responsabilité clinique en période prénatale ou en période périnatale ou en période postnatale de la mère ou pour le bébé). Ce sont les codes présents dans la banque locale.
Lieu d'origine du transfert	9	N	3	Oui	Lieu d'origine du transfert de la responsabilité clinique. Cette catégorisation est obligatoire seulement dans le cas de transfert de responsabilité clinique en période périnatale. Ce sont les codes présents dans la banque locale.

4. TRANSMISSION

- Les fichiers sont tous compressés dans un seul fichier au format ZIP. Le fichier est protégé par un mot de passe et encrypté avec la méthode AES 256 bits. Le nom du fichier ZIP est composé du numéro de l'établissement, suivi d'une barre de soulignement et de la date du jour : 12345678_AAAAMMJJ.zip.
- Les fichiers sont au format ASCII.
- Les champs sont délimités et se terminent par des points-virgules (;). Si la valeur est inconnue (zone libre), le point-virgule est inscrit sans laisser d'espace. Par exemple :
Raison d'intervention 1 dont la valeur est 125, raisons d'intervention 2 et 3 n'ayant pas de valeur, acte 1 avec la valeur 2348.
Dans le fichier, cela se représente ainsi : 0125;;;2348.
Il y a un retour de chariot à chaque fin de ligne.
- Les valeurs numériques sont alignées à droite et précédées de 0 (zéro) pour atteindre la longueur indiquée dans ce document.
- S'il n'y a pas de données pour un fichier, il doit tout de même être présent mais vide.

ANNEXE 5 : GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENTÈLE EN CLSC

Mise à jour Avril 2021

GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENTÈLE EN CLSC

Ce document identifie les critères de mise en priorité pour les usagers en attente d'un service en mission CLSC.

Prendre en compte la situation globale de l'usager et en dégager un jugement clinique.

* La grille de priorisation multiclientèle en CLSC s'applique aux besoins actuels de l'usager. Pour des besoins anticipés dont un service est à prévoir, se référer au cadre normatif I-CLSC pour l'inscription d'un service requis ultérieurement.

** Conformément à la LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, il est important de spécifier qu'à tout moment, si vous constatez des éléments pouvant vous laisser croire qu'il peut y avoir compromission de la sécurité et du développement chez un jeune de moins de 16 ans, vous devez procéder à un signalement. Seuls les intervenants autorisés en protection de la jeunesse (DPJ) peuvent évaluer si la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis.

** Conformément à la LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS ET TOUTE AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ, il est important de spécifier qu'à tout moment, tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répété ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique doit signaler au commissaire au plaignant sans délai ce cas pour toute personne sous régime de protection ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué.

Conformément à la LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, l'assignation du niveau de priorité devrait : 1) permettre détecter précocement les menaces pour la santé et de contrôler les risques pour les individus, les groupes ou la population, de même que; 2) appuyer sur un jugement clinique prenant en compte l'importance de la prévention et d'agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux, aux traumatismes et leurs conséquences.

La grille de priorisation multiclientèle en CLSC ne s'applique pas aux situations d'urgence ou de crise qui requièrent une intervention immédiate. Dans de tels cas, référez-vous aux services d'aide en situation de crise 24/7 de votre établissement.

BESOINS ACTUELS DE L'USAGER *				
Priorité de l'assignation au sous-programme	PRIORITÉ 1 (P1)	PRIORITÉ 2 (P2)	PRIORITÉ 3 (P3)	PRIORITÉ 4 (P4)
Délais visés pour le service requis	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 2 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 10 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 30 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.	Prise en charge et intervention à l'intérieur de 90 jours suivant la date de l'assignation au sous-programme.
Niveau de risque et d'urgence	Présence d'un danger imminent pour l'intégrité, la santé (physique et mentale), la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à très court terme.	Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé (physique et mentale), la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), si aucune intervention n'est faite à court terme.	Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé (physique et mentale) ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) en l'absence d'intervention à moyen terme pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie, le maintenir à domicile, maintenir et améliorer son fonctionnement biopsychosocial ou sa participation et son intégration sociale.	L'intégrité, la santé (physique et mentale) ou la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille) ne sont pas menacées à moyen terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie, favoriser son maintien à domicile, maintenir son fonctionnement biopsychosocial ou sa participation et son intégration sociale.

GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENTÈLE EN CLSC

Ce document identifie les critères de mise en priorité pour les usagers en attente d'un service en mission CLSC.

Prendre en compte la situation globale de l'usager et en dégager un jugement clinique.

	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu
Problématique (Risque à l'intégrité et la sécurité de l'individu ou de son réseau)	Présente un danger imminent de : blessures graves, violence, homicide, suicide, feu, fugue, sans domicile fixe, décompensation, détérioration de l'état de santé (physique et mentale), etc.	Risque imminent ou à très court terme d'hospitalisation, d'hébergement, de placement ou d'éviction de domicile.	Présente plusieurs facteurs aggravants de détérioration de la situation ou de l'état de santé (physique et mentale) à court terme.	Risque d'hospitalisation, d'hébergement ou de placement à court terme.	Présente quelques facteurs de risque de détérioration de la situation ou de l'état de santé (physique et mentale) à moyen terme.	Réponse aux besoins, pas de compromission imminente.**	Présente peu d'éléments de complexité, mais présente quelques facteurs de risque (1 ou 2), ou des problèmes de santé chronique pouvant amener une diminution des capacités à moyen/long terme. Requiert des services pour assurer le maintien ou l'intégration dans ses milieux de vie.	Réponse aux besoins pour le moment, mais présente un besoin d'intervention. Absence d'urgence.

GRILLE DE PRIORISATION MULTICLIENÉ EN CLSC

Ce document identifie les critères de mise en priorité pour les usagers en attente d'un service en mission CLSC.

Prendre en compte la situation globale de l'usager et en dégager un jugement clinique.

	PRIORITÉ 1 (P1)	PRIORITÉ 2 (P2)	PRIORITÉ 3 (P3)	PRIORITÉ 4 (P4)
Vulnérabilité <i>Tenir compte de l'âge, des facteurs de risque, du portrait clinique et de la mobilisation du réseau social et familial, le cas échéant.</i>	- État dysfonctionnel dans de multiples sphères de vie. - Situation critique actuelle ou imminente. - État de santé (physique et mentale) instable ou en décompensation nécessitant une intervention dans les 48 heures. - Besoins fondamentaux et développement compromis.^{**} - Sécurité et santé (physique et mentale) compromises.^{**}	- État fonctionnel limité dans plusieurs sphères de vie. - Situation de crise potentielle. - Éléments de vulnérabilité pouvant compromettre la santé (physique et mentale) ou la sécurité.^{**} - Comportements à risque. - État de santé (physique et mentale) à risque de se détériorer si aucune intervention n'est faite d'ici les 10 prochains jours. - Niveau de détresse élevé.	- État fonctionnel devient limité. - Quelques éléments de vulnérabilité ou d'instabilité pouvant compromettre la santé (physique et mentale) ou la sécurité.^{**} - Référence du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) pour un enfant ou un parent¹. - Situation ou état de santé (physique et mentale) stable, mais qui risque de se détériorer si aucune intervention n'est faite d'ici les 30 prochains jours.	- État fonctionnel à risque de devenir limité. - Absence de dangerosité. - État de santé (physique et mentale) stable. - Capacité d'autodétermination affectée ou limitée. - Peu d'éléments de vulnérabilité pouvant compromettre la sécurité et la santé (physique et mentale).
État des ressources et présence de facteurs de protection.	- Réseau social inexistant, problématique ou nuisible. - Absence de facteurs de protection. - Absence de ressource/aucune ressource financière pouvant compenser les incapacités. - Planification d'une sortie d'un centre hospitalier. - Risque d'expulsion. - Réseau familial non fonctionnel.	- Réseau social d'aide limité/problématique, insuffisant, épuisé. - Peu ou pas de facteurs de protection. - Difficultés d'accès aux ressources du territoire, de la communauté ou de l'établissement. - Ressources financières limitées. - Réseau familial vulnérable.	- Réseau social présent, mais à risque d'épuisement, de compromission ou de devenir problématique. - Peu de facteurs de protection ou facteurs de protection limités. - Réseau familial présentant des éléments de fragilité.	- Réseau social présent, aidant et stable pouvant se retrouver en situation d'épuisement ou de compromission si aucune intervention n'est effectuée dans les 90 jours. - Besoin pour le développement de ressources personnelles, de soutien. - Présence de certains facteurs de protection actuellement.

¹ À la suite d'une directive émise par le MSSS le 27 août 2020, les établissements sont tenus d'accorder la priorité aux références réalisées par un directeur de la protection de la jeunesse lorsque ce dernier identifie un besoin pour un enfant ou un parent, notamment auprès des services en dépendances, en santé mentale et du programme-services Jeunes en difficulté, et ce, dans un délai maximal de 30 jours. La priorisation systématique des dossiers référés par le DPJ ne visait pas spécifiquement les services DP-DI-TSA. Toutefois, pour cette clientèle, elle doit néanmoins être analysée avec rigueur.

