

INFORMATIONS SUR LES INDICATEURS TABLEAU DE BORD - CA

**Présenté par la Direction de la
qualité, de l'évaluation, de la
performance et de l'éthique**

Au conseil d'administration

Du 26 février 2020

Table des matières

1.	Taux d'incidence du Clostridium difficile, SARM, ERV, BGNPC	3
2.	Nombre moyen d'usagers en NSA	4
3.	<i>Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence</i>	5
4.	Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	6
5.	<i>Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures</i>	7
6.	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	8
7.	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	9
8.	<i>DPJ – Nombre de cas en liste d'attente à l'évaluation</i>	10
9.	Taux de respect du plan d'accès aux services – Clientèle DI-TSA-DP.....	11
10.	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	12
11.	Accès aux services - Programme jeunesse 2 ^e ligne.....	14
	a) Délai moyen d'attente de premier contact à l'application des mesures	14
	b) Durée moyenne en mois des applications de mesures terminées durant la période	15
12.	<i>Ratio d'heures en assurance salaire</i>	16
13.	<i>Taux d'heures supplémentaires</i>	17
14.	<i>Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante</i>	18
15.	<i>Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation (OEMC) mise à jour et un plan d'intervention – Programmes SAPA, DP et DI-TSA</i>	19
16.	Taux de respect des délais en imagerie médicale.....	21
17.	Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence (en heures) pour la clientèle santé mentale	22

Définitions des indicateurs et méthode de calcul

1. Taux d'incidence des infections nosocomiales : Clostridium difficile, SARM, ERV, BGNPC

Définition

Taux d'infections nosocomiales en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour chacune des infections ciblées. Les CHSGS font référence aux installations offrant des services de la mission-classe CHSGS.

Trois types d'infections ciblées :

- Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)
- Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)
- Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV)
- Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC)

Méthode de calcul

Nombre de nouveaux cas d'acquisition nosocomiale (cat. 1a et 1b) en milieu hospitalier excluant la santé mentale et la néonatalogie

Nombre de jours-présences en milieu hospitalier excluant la santé mentale et la néonatalogie X 10 000

2. Nombre moyen d'usagers en NSA

Définition

Moyenne (non cumulative) du nombre total d'usagers dans le CISSS en niveau de soins alternatifs (NSA).

Les catégories suivantes de niveau de soins alternatifs :

- Visés par une ordonnance judiciaire en vertu de la partie XX.1 du Code criminel :
 - sous conditions de la Commission d'examen des troubles mentaux;
 - en processus d'évaluation de l'aptitude à comparaître;
 - en processus d'évaluation de la responsabilité criminelle.
- En attente d'une place d'hébergement spécifique, en lien avec le diagnostic de trouble mental : hébergement de longue durée en santé mentale, RI-RTF, logement supervisé, ressource de réadaptation ou unité spécifique.
- En attente d'une place en RPA.
- En attente d'une place en CHSLD privé non-conventionné.
- En attente d'une place en RI-RTF.
- En attente d'une place d'hébergement en CHSLD public ou privé conventionné .
- En attente d'une place de soins palliatifs, nonobstant le milieu dans lequel les soins et services seront dispensés. Cette variable inclut les usagers en attente d'organisation de soins palliatifs à domicile.
- En attente d'une place de convalescence (soins peu complexes, avec possibilité de services de réadaptation de faible intensité).
- En attente d'une place de soins postaigus offrant des services de réadaptation d'intensité modérée et progressive, ainsi qu'un niveau de soins pouvant répondre à des atteintes multisystémiques, nonobstant le milieu où les soins et services seront dispensés.
- En attente d'une place de soins postaigus offrant des services de réadaptation intensive ou spécialisée, nonobstant le milieu où les soins et services seront dispensés.
- En attente d'organisation de services pour un retour à domicile. Sont exclus de cette variable les usagers en attente de soins palliatifs à domicile.
- En processus d'orientation: L'évaluation des besoins, devant permettre de déterminer une orientation, n'est pas terminée; l'évaluation est terminée et la demande est transmise au service approprié ou à un mécanisme d'accès externe, sans que l'orientation ne soit confirmée par la réception d'une réponse.

Méthode de calcul

Somme régionale des usagers NSA

Nombre de jours ayant eu une saisie de données NSA

Et

Somme périodique des usagers NSA X 100

Nombre total de lits disponibles

Description

Est considérée en attente d'un NSA toute personne hospitalisée dont la condition requiert toujours des soins et des services, mais qu'il n'est plus nécessaire, en termes de spécificité ou d'intensité, que ceux-ci soient dispensés dans les lits de courte durée du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). L'utilisateur est considéré comme requérant un niveau de soins alternatifs (ou usager NSA) à partir du moment où l'équipe soignante détermine que l'unité de courte durée n'est plus le milieu le plus approprié pour lui dispenser le niveau de soins requis par sa condition, jusqu'au départ de celui-ci.

3. *Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence*

Définition

Moyenne de la durée de séjour pour les patients couchés sur des civières dans les unités d'urgence inscrits et sortis depuis le début de l'année financière.

La durée de séjour représente la durée entre le début de l'épisode de soins et l'heure du départ de l'urgence.

Le début de l'épisode de soins correspond au moment de l'inscription à l'urgence, soit par l'accueil ou par le triage.

Méthode de calcul

Mesure de tendance centrale

Somme de la durée de séjour des patients couchés sur des civières dans les unités d'urgence inscrits et sortis depuis le début de l'année financière

Nombre de patients couchés sur des civières dans les unités d'urgence inscrits et sortis depuis le début de l'année financière

Description

La durée de séjour à l'urgence se calcule selon la date et l'heure du départ du patient de l'urgence moins la date et l'heure du début de l'épisode de soins, c'est-à-dire le début du triage ou de l'inscription :

date/heure/minute/seconde du départ du patient de l'urgence – date/heure/minute/seconde de début de l'épisode de soins.

Les patients amenés à l'urgence pour constat de décès sont exclus du calcul.

Utilisation/Interprétation

Le séjour moyen révèle le temps moyen nécessaire pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle vers une destination appropriée. Selon les normes en vigueur, le séjour moyen sur une civière de la clientèle non hospitalisée devrait être de 8 heures et celui de la clientèle hospitalisée de 12 heures.

4. Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures

Définition

La clientèle ambulatoire est celle n'ayant pas occupé une civière durant tout son séjour à l'urgence.

La durée de séjour des patients ambulatoires de l'urgence représente la durée entre le début de l'épisode de soins et l'heure du départ de l'urgence.

Le début de l'épisode de soins correspond au moment de l'inscription à l'urgence, soit par l'accueil ou par le triage.

Méthode de calcul

Somme des patients ambulatoires qui ont une durée de séjour à l'urgence de moins de 4 heures depuis le début de l'année financière X 100

Somme des patients ambulatoires à l'urgence depuis le début de l'année financière

Description

La durée de séjour à l'urgence se calcule selon la date et l'heure du départ du patient de l'urgence moins la date et l'heure du début de l'épisode de soins, c'est-à-dire, le début du triage ou de l'inscription :

date/heure/minute/seconde du départ du patient de l'urgence – date/heure/minute/seconde de début de l'épisode de soins.

Le calcul comprend les patients qui n'ont pas occupé une civière pendant l'épisode de soins incluant les personnes qui ont quitté avant la prise en charge et celles réorientées.

Utilisation/Interprétation

L'objectif des services d'urgence est de fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition. Ainsi, l'équipe de soins de l'unité d'urgence doit offrir les services d'accueil, de triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigation et de traitement afin de répondre à la condition médicale urgente de l'utilisateur ou de rendre une décision éclairée sur son orientation.

Pour la clientèle ambulatoire, les séjours de plus de 4 heures traduisent la difficulté des unités d'urgence à orienter les patients dans les délais appropriés. Implicitement, cet indicateur est le reflet de la performance des services offerts à la clientèle.

Mise en garde

Cet indicateur n'est pas un indicateur de la qualité des soins.

5. *Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures*

Définition

Rapport, depuis le début de l'année financière, du nombre de patients dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est inférieur à 2 heures au nombre total de patients ayant été pris en charge à l'urgence.

Le délai de prise en charge médicale d'un patient représente le délai entre la fin du 1^{er} triage et la prise en charge par un médecin.

Méthode de calcul

Somme des patients qui ont un délai de prise en charge médicale à l'urgence de moins de 2 heures depuis le début de l'année financière X 100

Somme des patients qui ont été pris en charge depuis le début de l'année financière

Description

Le délai de prise en charge se calcule selon la date et l'heure de prise en charge moins la date et l'heure de la fin du 1^{er} triage :

date/heure/minute/seconde de la prise en charge – date/heure/minute/seconde de la fin du 1^{er} triage.

Les patients qui ont quitté l'urgence avant la prise en charge médicale ainsi que les patients réorientés sont exclus du calcul. Les patients amenés à l'urgence pour constat de décès sont également exclus.

Utilisation/Interprétation

L'objectif des services d'urgence est de fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition. Ainsi, l'équipe de soins de l'unité d'urgence doit offrir les services d'accueil, de triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigation et de traitement afin de répondre à la condition médicale urgente de l'utilisateur ou de rendre une décision éclairée sur son orientation.

Par ailleurs, la prise en charge médicale de la clientèle requérant des services en urgence devra se faire selon les normes et standards reconnus dans le « Guide de gestion des urgences », dont le respect des réponses attendues en fonction de l'échelle de triage.

Mise en garde

Cet indicateur n'est pas un indicateur de la qualité des soins.

6. Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies

Définition

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an. La définition du concept des «demandes de chirurgies en attente» est celle définie par le mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés (projet de loi 33) et calculé par l'outil informatique SIMASS (système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés et surspécialisés).

Cet indicateur est calculé pour l'ensemble des chirurgies (1.09.32.00) et pour les six types de chirurgies suivants :

- Arthroplastie totale de la hanche (1.09.32.01)
- Arthroplastie totale du genou (1.09.32.02)
- Cataracte (1.09.32.03)
- Chirurgie d'un jour (1.09.32.04)
- Chirurgie avec hospitalisation (1.09.32.05)
- Chirurgie bariatrique (1.09.32.06)

Méthode de calcul

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an.

Description

Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an, par installation et par médecin. Le temps d'attente est le temps calculé du dépôt de la requête opératoire par le chirurgien jusqu'à la réalisation de la chirurgie. Cette information est disponible dans l'entrepôt de données SIMASS.

Mise en garde

Avant la période 7 (P07 2012-2013), la chirurgie bariatrique était incluse dans les données de chirurgie d'un jour (1.09.32.04) jour et de chirurgie avec hospitalisation (1.09.32.05). Ceci affecte toutefois peu la comparabilité dans le temps des résultats de ces sous-indicateurs.

7. Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier

Définition

Cet indicateur permet de calculer le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans les délais établis, pour un cancer suspecté ou confirmé. Ces délais sont calculés à partir de la date de la signature de la requête opératoire par le chirurgien (tenant pour acquis qu'au moment de la signature de la requête opératoire, le chirurgien considère que le patient est prêt à être opéré) jusqu'à la date de la réalisation de la chirurgie.

Deux délais sont retenus :

- Délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) - (indicateur 1.09.33.01)
- Délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) - (indicateur 1.09.33.02)

Méthode de calcul

$$\frac{\text{Somme des patients traités par chirurgie oncologique dans les délais établis depuis le 1^{er} avril} \times 100}{\text{Somme des patients traités par chirurgie oncologique depuis le 1^{er} avril}}$$

Description

La date de la signature de la requête opératoire par le chirurgien sera saisie dans le Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS) et devient le jour 1 de l'attente.

Utilisation/Interprétation

Suivre l'évolution de la proportion de patients hors délai en attente d'un traitement par chirurgie oncologique.

Mise en garde

Le temps d'attente débute à la date de signature de la requête opératoire, qui correspond au moment où le chirurgien a pris la décision d'opérer. L'évaluation préopératoire étant généralement faite après la signature de la requête opératoire, elle doit être incluse dans le calcul du temps d'attente. De même, si le patient doit subir des examens complémentaires préopératoires nécessaires à la réalisation de la chirurgie (exemple IRM), le patient est considéré non médicalement prêt, mais le temps continue à se cumuler.

Le temps d'attente des patients dont le traitement chirurgical est conditionnel à une amélioration de leur santé (exemple pneumonie) ou aux résultats d'un autre traitement (exemple chimiothérapie, radiothérapie) ne doit pas être comptabilisé. Ces événements constituent des non-disponibilités pour raisons médicales. De même, les périodes de non-disponibilité du patient (pour des raisons personnelles) doivent être exclues du temps d'attente comptabilisé. Au troisième refus de la date de chirurgie proposée par l'hôpital, le patient est informé que son nom est retiré de la liste d'attente et sa requête opératoire doit être retournée à son chirurgien. Les patients considérés sont ceux qui sont inscrits au mécanisme central d'accès à la chirurgie pour une chirurgie oncologique. Le calcul doit tenir compte du diagnostic principal de cancer des patients en attente d'un traitement par chirurgie oncologique.

8. DPJ - Nombre de cas en liste d'attente à l'évaluation

Définition

La liste d'attente à l'évaluation correspond au nombre de jeunes dont le signalement a été retenu, mais dont le dossier n'a pas été assigné à un intervenant pour qu'il procède à l'évaluation de la situation. La capacité théorique du Centre jeunesse est soustraite de ce nombre. La capacité théorique est définie dans la méthode de calcul.

Méthode de calcul

Nombre total d'enfants en attente (signalement retenu) – Nombre d'enfants potentiellement traités chaque semaine (capacité théorique)

Le nombre de jeunes potentiellement traités chaque semaine
= $(\sum \text{Professionnels}) \times 1,2 \times 43 \text{ semaines travaillées}$

52 semaines

OÙ

- Professionnels : En équivalent temps complet (ETC)
- 1,2 : On estime qu'un professionnel peut compléter en moyenne 1,2 évaluation par semaine
- Considérant que certaines situations exceptionnelles peuvent modifier la capacité théorique d'une région, la capacité théorique, après approbation au MSSS, peut-être modifiée deux fois par année.

Ce calcul prend en compte les banques d'heures statutaires prévues dans la planification budgétaire du Centre jeunesse au début de l'année financière et disponibles au budget de l'établissement pour répondre temporairement à une pression de service accrue et aux remplacements des vacances annuelles.

Utilisation/Interprétation

S'assurer que chaque jeune dont le signalement a été retenu rencontre un intervenant à l'évaluation dans les délais prescrits.

9. Taux de respect du plan d'accès aux services – Clientèle DI-TSA-DP

Définition

Rapport entre le nombre de demandes de service pour les personnes ayant une déficience traitées dans les délais du *Plan d'accès aux personnes ayant une déficience* sur le nombre de demandes reçues.

Le nombre de demandes de service reçues comprend les demandes traitées (dans les délais ou hors délais) et celles qui n'ont pas été traitées, mais qui sont déjà hors délais.

Les délais sont définis en fonction du niveau de priorité de la demande, selon les standards suivants :

En centres locaux des services communautaires (CLSC) :

- Demande de niveau de priorité « urgent » : 3 jours
- Demande de niveau de priorité « élevé » : 33 jours
- Demande de niveau de priorité « modéré » : 360 jours

En centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (CRDP) et les centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (CRDI) :

- Demande de niveau de priorité « urgent » : 3 jours
- Demande de niveau de priorité « élevé » : 97 jours
- Demande de niveau de priorité « modéré » : 360 jours

Méthode de calcul

Nombre de demandes traitées dans les délais X 100

Nombre de demandes reçues (traitées dans et hors délais et non traitées, mais hors délais)

Utilisation/Interprétation

Le suivi de cet indicateur vise à consolider le déploiement du *Plan d'accès aux personnes ayant une déficience*.

Afin de permettre une évaluation éclairée des résultats, ceux-ci seront mis en relation avec données rattachées aux indicateurs suivants :

- Le nombre d'usagers ayant reçu un service
- L'intensité des services (nombre d'heures de prestation de services en CR et nombre d'interventions en CLSC)
- L'écart entre le délai moyen observé et le standard

Mise en garde

- Les demandes en attente (non traitées) à la fin de la période n'ayant pas dépassées le délai prescrit sont exclues du calcul.
- Seules les interventions liées à une demande de services dans les programmes déficience physique (DP), déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), pour lesquelles un niveau de priorité a été attribué, sont considérées.

10. Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées

Définition

Les termes centres de réadaptation ou CRD (centres de réadaptation en dépendance) utilisés dans ce document désignent un établissement ayant une mission-classe de centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance.

Permet de déterminer le pourcentage de personnes qui ont reçu une évaluation spécialisée dans un CRD dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi l'ensemble des personnes acceptées dans les services du CRD. Ces personnes incluent celles :

- Ayant reçu une évaluation spécialisée;
- En attente d'une évaluation spécialisée depuis plus de 15 jours ouvrables;
- Dont l'épisode de service a été fermé sans évaluation spécialisée.

Méthode de calcul

Nombre d'utilisateurs différents ayant reçu une évaluation spécialisée dans un CRD dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins X 100 (depuis le début de l'année financière)

Nombre d'utilisateurs différents ayant reçu une évaluation spécialisée dans un établissement ayant une mission-classe de CRD (depuis le début de l'année financière)

Utilisation/Interprétation

Le suivi de ces indicateurs vise à améliorer le délai d'accès à une évaluation spécialisée dans les CRD du Québec.

La littérature scientifique indique que le délai d'attente pour obtenir un premier service est crucial chez l'utilisateur pour poursuivre ses démarches avec le CRD choisi. Après 15 jours d'attente pour l'évaluation spécialisée, plusieurs ont ¹:

- Consulté un médecin pour un problème de santé physique (56,3 % comparativement à 18,1 % pour les 15 jours et moins)
- Pris régulièrement un médicament pour un problème de santé physique (40,6 % comparativement à 20,8 % pour les 15 jours et moins)
- Éprouvé un problème chronique de santé physique (34,4 % comparativement à 19,4 % pour les 15 jours et moins)
- Été hospitalisés pour des problèmes de santé physique (37,5 % comparativement à 6,9 % pour les 15 jours et moins)

En conséquence, les CRD doivent offrir des services d'évaluation spécialisée rapidement aux utilisateurs. Dès la réception d'une demande de services en CRD, le délai pour une évaluation spécialisée, à l'aide d'outils

¹ Centre de recherche André-Boudreau, Agir en attendant : Profil et trajectoire des personnes en attente de services au Centre André-Boudreau, décembre 2002, p. 37

validés scientifiquement, ne doit pas dépasser 15 jours ouvrables afin d'assurer aux usagers, des services spécialisés en temps opportun pour faciliter la poursuite des démarches avec le CRD choisi.

Mise en garde

L'indicateur 1.07.04 détermine le pourcentage de personnes ayant reçu une évaluation spécialisée en CRD dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins parmi les personnes ayant été évaluées. Toutefois, les usagers suivants sont exclus du bassin retenu :

- Les personnes inscrites dans les services du CRD à titre de membres de l'entourage d'une personne dépendante;
- Les personnes évaluées par un organisme externe dans les 60 jours ayant précédé la première demande de services normalisée et acceptée de l'épisode de services.

11. Accès aux services – Programme jeunesse 2^e ligne

a) Délai moyen d'attente de premier contact à l'application des mesures

Définition

Le délai moyen est le rapport de la somme des délais d'attente à l'application des mesures (délai entre le début de l'application des mesures et le premier contact) sur le nombre d'utilisateurs dont le 1^{er} contact à l'application des mesures a été réalisé durant la période.

Méthode de calcul

\sum des jours (calendrier) entre la date de début de l'application des mesures¹ et la date du premier contact à l'application des mesures saisies durant la période

\sum d'utilisateurs dont la date de premier contact à l'application des mesures est saisie durant la période

Description

Correspond à la date de fin d'orientation ou à la date de fin du service RTT (Réception et traitement d'un transfert) dans le cas d'un transfert d'un autre centre jeunesse.

La date du premier contact à l'application des mesures est la date de la première intervention faite par l'intervenant auprès de l'enfant, du parent ou d'un interlocuteur significatif du milieu et dont l'objectif est d'amorcer le processus d'application des mesures. Cette première intervention peut se faire par une intervention téléphonique significative ou en personne. L'intervention d'un gestionnaire ne doit pas être considérée comme premier contact (ex. : intervention dans le cadre de la gestion de la liste d'attente).

L'information doit être transmise pour l'ensemble des jeunes (autochtones ou non).

Pour des fins d'analyse, cet indicateur peut être mis en lien notamment avec la durée de la prise en charge et la charge de cas des intervenants.

Utilisation/Interprétation

Cet indicateur permet d'établir les écarts entre le délai moyen d'attente à l'application des mesures et la cible ministérielle.

b) Durée moyenne en mois des applications de mesures terminées durant la période

Définition

La durée moyenne est le rapport des durées d'application des mesures sur le nombre d'utilisateurs pour lesquels l'application de mesures LPJ s'est terminée durant la période où est saisie la date de fin de service par l'intervenant.

Méthode de calcul

La durée d'application des mesures est le nombre de mois écoulés entre la date du 1^{er} contact à l'application des mesures et la date de conclusion de la révision qui a mis fin à l'application des mesures. Le nombre de mois est égal au nombre de jours calendrier divisé par 30.42.

Utilisation/Interprétation

Cet indicateur vise à rendre compte de la durée du service offert au jeune et à sa famille.

12. Ratio d'heures en assurance salaire

Définition

Nombre d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Tous les titres d'emploi des établissements publics sont considérés, incluant ceux du personnel d'encadrement. Les heures travaillées sont les heures régulières et supplémentaires. Les heures relatives aux différents congés rémunérés ne sont pas considérées.

Méthode de calcul

Heures en assurance salaire depuis le 1^{er} avril X 100

Heures travaillées (heures régulières et supplémentaires) depuis le 1^{er} avril

Description

Tous les titres d'emploi sont retenus pour cet indicateur.

Les établissements privés conventionnés et les établissements des régions 17 et 18 sont exclus du calcul de cet indicateur.

Utilisation/Interprétation

Cet indicateur vise à réduire l'absentéisme en assurance salaire d'une période à l'autre pour un établissement, pour une région ou pour l'ensemble du réseau.

C'est l'un des indicateurs de gestion de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. Un établissement dont le ratio d'heures en assurance salaire est élevé doit prendre les mesures nécessaires afin de diminuer celui-ci.

Mise en garde

La comparaison des ratios entre les établissements doit être effectuée avec prudence. Il s'agit de données brutes qui ne tiennent pas compte des caractéristiques du personnel (variables démographiques) ni de celles relatives à la mission et au territoire de chaque établissement.

Les heures d'un établissement existant le 31 mars 2015 (avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales) sont imputées à un seul centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), même si les fonctions de cet établissement sont réparties dans plus d'un CISSS.

13. Taux d'heures supplémentaires

Définition

Nombre d'heures supplémentaires par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Toutes les catégories de personnel des établissements publics sont retenues, à l'exclusion du personnel d'encadrement. Les heures travaillées sont les heures régulières et supplémentaires.

Méthode de calcul

Nombre d'heures supplémentaires travaillées depuis le 1^{er} avril X 100

Nombre d'heures travaillées (régulières et supplémentaires) depuis le 1^{er} avril

Description

Toutes les heures régulières et supplémentaires sont retenues, à l'exclusion de celles du personnel d'encadrement. Les établissements privés conventionnés et les établissements des régions 17 et 18 sont exclus du calcul de cet indicateur.

Utilisation/Interprétation

Le pourcentage des heures supplémentaires travaillées est utilisé à titre d'indicateur d'une main-d'œuvre insuffisante. Plus le pourcentage est élevé, plus le réseau est en difficulté puisque les heures régulières effectuées par l'effectif ne suffisent pas à la demande.

Le taux d'heures supplémentaires est l'un des indicateurs de gestion de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. Dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie au travail, le pourcentage des heures supplémentaires travaillées doit être minimisé.

Mise en garde

Les heures d'un établissement existant le 31 mars 2015 (avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales) sont imputées à un seul centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), même si les fonctions de cet établissement sont réparties dans plus d'un CISSS.

14. Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

Définition

Nombre d'heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante (MOI) par rapport au nombre d'heures totales travaillées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

La main-d'œuvre indépendante est constituée du personnel à l'emploi des agences privées.

Méthode de calcul

Nombre d'heures travaillées par la MOI depuis le 1^{er} avril X 100

Nombre d'heures régulières + supplémentaires + MOI depuis le 1^{er} avril

Description

Les heures MOI comprennent toutes les heures travaillées en main-d'œuvre indépendante dans les activités principales de l'établissement, à l'exclusion des heures dévolues aux projets ponctuels et de celles des médecins qui n'exercent pas de fonction de cadre.

Tous les titres d'emploi sont considérés dans les heures régulières et supplémentaires.

Le nombre d'heures totales travaillées comprend les heures régulières, les heures supplémentaires ainsi que les heures travaillées par la MOI.

Les établissements privés conventionnés et ceux des régions 17 et 18 sont exclus du calcul de cet indicateur.

Utilisation/Interprétation

Le pourcentage des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante est utilisé à titre d'indicateur d'une main-d'œuvre insuffisante. Plus le pourcentage est élevé, plus le réseau est en difficulté puisque les heures travaillées par l'effectif ne suffisent pas à la demande.

Les établissements devront s'assurer d'une diminution du taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.

C'est l'un des indicateurs de gestion de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. Dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie au travail, le pourcentage des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante doit être minimisé.

Mise en garde

Les heures d'un établissement existant le 31 mars 2015 (avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales) sont imputées à un seul centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), même si les fonctions de cet établissement sont réparties dans plus d'un CISSS.

15. Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation (OEMC*) mise à jour et un plan d'intervention – Programmes SAPA, DP et DI-TSA

Définition

Cet indicateur représente la proportion des adultes recevant des services de soutien à domicile (SAD) de longue durée dans le cadre des programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience physique (DP), Déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) ayant été évalués ou réévalués au cours de la dernière année à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et ayant un plan dans le module PSIAS (plan de services individualisé et d'allocation de services) de la solution RSIPA.

Cette solution met à la disposition des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux divers outils informatisés (PRISMA-7, OEMC, Plan d'intervention) afin de soutenir le processus d'évaluation clinique de la personne adulte. Elle contribue ainsi à améliorer les services offerts aux personnes adultes par la disponibilité et la rapidité d'accès à des informations à jour et de qualité sur les usagers. Elle facilite la communication et la concertation entre les intervenants d'un même établissement impliqués dans les soins dispensés à l'utilisateur. Enfin, des rapports contenant des données de gestion soutiennent la planification globale des services à la clientèle des personnes adultes.

Ces services peuvent être offerts par des employés de l'établissement ayant une mission de CLSC ou d'autres fournisseurs (une agence privée ou une entreprise sociale en aide domestique (EESAD) pour les services qui ne sont pas couverts par le panier de services du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD).

Méthode de calcul

Proportion

Nombre d'utilisateurs SAD de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) actifs à une date déterminée ayant un OEMC à jour et un plan X 100

Nombre d'utilisateurs SAD de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) actifs à une date déterminée

Description

NUMÉRATEUR :

Parmi les utilisateurs identifiés au dénominateur, utilisateurs ayant été évalués à l'aide de l'OEMC au cours des 12 derniers mois et ayant un plan dans la solution RSIPA.

DÉNOMINATEUR :

Utilisateurs dont l'épisode de services est actif à une date déterminée ayant reçu au moins une intervention au cours des 12 derniers mois.

Les interventions doivent avoir un profil 210, 311, 312 ou 710 et être liées aux sous-centres d'activités 6173, 6178, 6351, 6531, 6561, 7111, 7161 ou 7162. Pour les profils 210, 311 et 312, les sous-centres d'activités 7101 et 7108 sont également inclus.

Les interventions doivent être individualisées, de couple ou de famille. La date de fin de l'assignation au sous-centre d'activités du SAD est manquante ou est postérieure à la date déterminée. (Si plusieurs sous-centres d'activités sont assignés, ce critère doit être requis pour au moins l'un d'eux.)

Les activités ponctuelles sont exclues. L'utilisateur doit avoir au moins 18 ans à la date déterminée.

Unité de calcul : Personne

Utilisation/Interprétation

Les données recueillies permettront de favoriser une action qui s'inscrit dans la bonne pratique, c'est-à-dire s'assurer d'avoir une évaluation récente et un plan pour l'ensemble des usagers.

Mise en garde

Dans le cadre du calcul de cet indicateur, on ne tient compte que des usagers dont l'épisode de services est actif à une date déterminée. Il s'agit donc d'une « photo » à une date précise et non pas d'un portrait cumulatif depuis le début de l'année.

16. Taux de respect des délais en imagerie médicale

Définition

Rapport du nombre de demandes de service en imagerie médicale dont le délai d'attente est inférieur à 3 mois à la fin de la période financière, au nombre total des demandes de service en imagerie médicale en attente à la fin de cette même période.

Méthode de calcul

Méthode : Proportion

$$\frac{\sum \text{des demandes en attente depuis moins de 3 mois au dernier jour de la période financière} \times 100}{\sum \text{des demandes en attente au dernier jour de la période financière}}$$

Utilisation/Interprétation

Cet indicateur permet de mesurer la capacité et/ou l'efficacité du système à fournir l'accès aux services en imagerie médicale.

Selon le cadre de référence - Accès en imagerie médicale, la clientèle élective fait référence à : « une personne est enregistrée dans un centre hospitalier lorsque, à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, elle y reçoit des services externes (peu importe la priorisation urgente, semi-urgente ou élective) aux fins du diagnostic médical ou dentaire. ».

La notion d'enregistrement concerne le cas de patients recevant des services diagnostiques seulement, la consultation médicale ayant eu lieu au préalable à l'extérieur de l'établissement.

Si une personne qui est inscrite doit passer des examens après son départ de l'établissement, celle-ci est considérée comme enregistrée et doit être mise sur la liste d'attente même si une entente a été prise pour un rendez-vous rapide.

N.B. : Tout patient déjà planifié et non planifié fait partie de la liste d'attente.

Comme indiqué dans le plan d'action provincial pour l'accès en imagerie médicale, les patients en attente doivent obtenir un rendez-vous à l'intérieur de 3 mois.

17. Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence (en heures) pour la clientèle santé mentale

Définition

Moyenne de la durée de séjour des patients couchés sur civière dans les unités d'urgence pour des problèmes de santé mentale, inscrits et sortis depuis le début de l'année financière.

La durée de séjour représente la durée entre le début de l'épisode de soins et l'heure du départ de l'urgence.

Le début de l'épisode de soins correspond au moment de l'inscription à l'urgence, soit par l'accueil ou par le triage.

Méthode de calcul

Mesure de tendance centrale

Σ de la durée de séjour des patients couchés sur des civières dans les unités d'urgence pour des problèmes de santé mentale, inscrits et sortis depuis le début de l'année financière

Nombre de patients couchés sur des civières dans les unités d'urgence pour des problèmes de santé mentale, inscrits et sortis depuis le début de l'année financière

Description

La durée de séjour à l'urgence se calcule selon la date et l'heure du départ du patient de l'urgence moins la date et l'heure du début de l'épisode de soins, c'est-à-dire le début du triage ou de l'inscription:

date/heure/minute/seconde du départ du patient de l'urgence – date/heure/minute/seconde de début de l'épisode de soins.

Les patients amenés à l'urgence pour constat de décès sont exclus du calcul.

Les critères de sélection des patients ayant des problèmes de santé mentale sont les suivants :

- Raison de la visite à l'urgence : entre 600 et 630, 680 ou 681; **OU**
- Diagnostic principal (CIM-10) : dans le groupe F (commence par la lettre F); **OU**
- Consultation en psychiatrie non annulée.

Unité de calcul : Temps

Utilisation/Interprétation

Le séjour moyen révèle le temps moyen nécessaire pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle vers une destination appropriée. Selon les normes en vigueur, le séjour moyen de la clientèle non hospitalisée devrait être de 8 heures et celui de la clientèle hospitalisée de 12 heures.