PAGE TITRE

STATUT
Indiquer une des possibilités suivantes :
Public ou privé conventionné

CODE
Inscrire le numéro de code de l'établissement (il comprend huit chiffres).

CODE DE LA RÉGION SOCIOSANITAIRE
Indiquer le code de la région selon la numérotation suivante :

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-Iles-de-la-Madeleine
12 - Chaudière-Appalaches
13 - Laval
14 - Lanaudière
15 - Laurentides
16 - Montérégie
17 - Nunavik
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James

AVANT-PROPOS

AVANT DE REMPLIR ET DE TRANSMETTRE CE RAPPORT, nous vous recommandons :

- de lire attentivement les définitions et explications qui se retrouvent généralement sur les pages de gauche de la copie papier, dans un format PDF en annexe de la circulaire ou sous l'icône « aide » dans l'application GESTRED;

- de ne rien inscrire aux lignes et colonnes concernées, lorsqu'une information demandée n'a pas lieu de figurer, et non disponible (N/D) quand un renseignement prévu ne peut être indiqué et fournir une explication;

- si vous avez de l'information à ajouter et que l'espace est insuffisant, par exemple pour les lignes « Autres (préciser) » des pages 29 et 33, il est possible d'annexer un fichier grâce à l'option « lettre jointe » située en haut de page dans l'application GESTRED;

- de transmettre les pages avec un entête. Imprimer la table des matières n'est pas utile. Les instructions sur l'impression peuvent être consultées sur le forum.

Pour toute information additionnelle au sujet du contenu du rapport, contactez le Service des normes et pratiques de gestion au numéro de téléphone suivant : 418 266-5940.

Pour toute question relative à l'utilisation de l'outil GESTRED dans le cadre de la saisie de ce rapport statistique, veuillez consulter le forum sur les rapports statistiques à l'adresse suivante : http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/z99f/ ou communiquez avec l'équipe de support technique à l'adresse suivante : rapstat.supporttechno@msss.gouv.qc.ca.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

- Avant-propos I
- Généralités IV
- Liste des principaux changements V
- Pages ou lignes à compléter selon les missions VI
- Liste des concordances à l'intérieur du rapport statistique AS-478 VII
- Liste des concordances entre le AS-478 et le AS-471 VIII
- Déclaration de l'établissement IX

SECTION CLSC - CH - CHSLD

Identification de l'établissement 1
Lits dressés ..... 2 T, 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2F, 3 et 7
Organismes responsables du paiement 3
Mouvement des usagers ..... 4, 5 et 6
Données sur des centres d'activités : ..... 7 à 30

Alimentation	7554	30
Audiologie	6861	12, 23 et 25
Bibliothèque	7203	30
Bloc opératoire	6260	13
Buanderie	7604	30
Chambre hyperbare	6650	12
Consultations externes	6300	12
Consultations externes spécialisées	6302	14
Dialyse	6790	19 et 20
Dialyse péritonéale	6795	21 et 22
Électrophysiologie	6710	9
Endoscopie	6770	12 et 13
Ergothérapie	6880	12, 27 et 28
Hémato-oncologie et infirmière pivot en oncologie	7060	12
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	6750	9
Imagerie médicale	6830	10 et 11
Inhalothérapie autre qu'à domicile	6352	12 et 16
Médecine de jour	7090	29
Médecine nucléaire et TEP	6780	8
Natalité et néonatologie	6360 et 6200	7
Nutrition clinique	7553	12
Nutrition parentale totale à domicile	6250	12
Orthophonie	6862	12, 24 et 25
Psychologie	6564	17
Physiologie respiratoire	6610	8
Physiothérapie	6870	12, 26 et 28
Radio-oncologie	6840	9
Services dentaires curatifs	6550	12

Service de pastorale 6390 18
Services d'évaluation et de traitement de
2e et 3e ligne en santé mentale ..... 6330 ..... 12 et 15
Services sociaux 6565 18
Stationnement 0500 30
Unité de retraitement des dispositifs médicaux 6322 14
Urgence 6240 7

SECTION CHSLD et Centre de jour en CLSC ..... 31 à 35, 37, 38 et 40

Usagers admis en CHSLD :
Catégorie d'âge 31
Congés temporaires 32
Durée de séjour 32
Jours-présence 31
Provenance et destination 31

Classement des usagers selon l'âge :
Réadaptation fonctionnelle intensive 6080 32
Soins infirmiers 6060 32
Soins psychiatriques 6270 32

Jours-présence :
Lits d'hébergement permanent ou transitoire 33
Lits d'hébergement temporaire 33

Durée de séjour :
Hébergement temporaire 33
Réadaptation fonctionnelle intensive 6080 33
Soins infirmiers 6060 33
Soins psychiatriques 6270 33

Centre de jour ..... 6960 ..... 35 et 37

Hôpital de jour ..... 6290 ..... 38 et 40

Soins infirmiers (6060) :
Distribution des jours-présence entre les programmes-services 34

RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES 41
Distribution des jours-présence et des usagers entre les programmes-services 41
Type d'organisation résidentielle 41

HEBERGEMENT DANS D'AUTRES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS 42

TABLEAU 1 : ILLUSTRATION DU CALCUL DE LA DURÉE DE SÉJOUR DES USAGERS AYANT QUITTÉ L'ÉTABLISSEMENT DURANT L'ANNÉE DU RAPPORT

TABLEAU 2 : ILLUSTRATION DU CALCUL DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES USAGERS PRÉSENTS

GÉNÉRALITÉS

Le rapport statistique annuel (Formulaire AS-478) doit être complété par tous les établissements qui exploitent une mission CH et CHSLD et certaines activités de la mission CLSC et transmis au plus tard le 30 juin. Le rapport couvre les activités des installations exploitées par l'établissement (corporation ou propriétaire) pour ces missions et les centres de jour.

Des établissements du secteur privé vivent une situation particulière. Selon le fichier des établissements, des entreprises administrent plusieurs installations et un rapport doit être transmis pour chacune d'entre elles. Les règles générales relatives au financement des activités des établissements privés conventionnés réfèrent à chacune de ces installations en utilisant la notion d'établissement.

Par ce rapport annuel, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences de la santé et des services sociaux visent à obtenir, sur une base uniforme, des données opérationnelles relatives aux différentes activités des CH, des CHSLD et des centres de jour rattachés aux CLSC.

La liste des changements pour l'exercice en cours est présentée sur la page suivante. S'il arrivait que vous ne soyez pas en mesure de produire une information demandée, il est de votre responsabilité de la recueillir afin de la présenter lors de l'exercice suivant.

CLSC AVEC MISSION CH OU CHSLD

Afin de s'assurer que les données statistiques soient transmises au ministère de la Santé et des Services sociaux, il y a lieu d'inclure les données de la mission CLSC avec celles de la mission CH ou CHSLD, lorsqu'un centre d'activités est commun à toutes ces missions et non admissible à la banque de données commune intégration CLSC.

Dans le cas où les données sont admissibles au Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC), la concordance devient inapplicable (exemple : vous dispensez des services de santé courants en CH et CLSC, vous aurez donc le détail des interventions en CLSC au I-CLSC et votre déclaration à la page 12 ne pourra comprendre que les données CH).

Dans le cas où les données sont non admissibles au I-CLSC, la concordance reste applicable (exemple : vous déclarez des services d'inhalothérapie autres qu'à domicile, au s-c/a 6352, vous déclarez donc le total des unités techniques à la page 16 de ce rapport puisque le I-CLSC ne peut recevoir ces unités).

ACHAT OU VENTE DE SERVICES D'HÉBERGEMENT APPELÉ « ACHAT OU VENTE DE PLACES »

L'établissement se réfère à la note 16 des instructions générales de comptabilisation au chapitre 4 du Manuel de gestion financière.

Le vocable « agence » désigne « agence de la santé et des services sociaux ».
Le terme « centre d'activités » utilisé dans ce document peut aussi désigner les sous-centres d'activités.

LISTE DES PRINCIPAUX CHANGEMENTS
─ VERSION REVISEE 2011-2012 ─

Références	Modifications
1) Table des matières Liste des concordances Pages ou lignes à compléter Lise des concordances	Ajustements reflétant les changements apportés à la présentation du rapport.
2) Page 05 : Mouvement des usagers	Suppression du mouvement des usagers pour le centre d'activités (c/a) 6670 – Services spécialisés en toxicomanie appartenant à la mission CR.
3) Pages 05, 06 et 07 : Mouvement des usagers et ventilation des jours-présence	Suppression du mouvement des usagers et de la ventilation des jours-présence pour les c/a et les sous-centres d'activités (s-c/a) suivants : • Maternité (6361) • Soins généraux aux nouveau-nés (6362) • Maternité et bloc obstétrical (non réparti) (6366)
4) Page 08 : Médecine nucléaire (6785), TEP (6786) et Physiologie respiratoire (6610)	Avec l'abolition de la vente interétablissements, ajout de l'information sur les services offerts aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation.
5) Page 09 : Électrophysiologie (6710), Hémodynamie (6751) et Électrophysiologie interventionnelle (6752)	Avec l'abolition de la vente interétablissements, ajout de l'information sur les services offerts aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation.
6) Page 09 : Électrophysiologie (6710)	Regroupement des unités techniques selon les statuts au niveau du c/a. Demande d'information plus détaillée sur ces activités afin d'avoir la répartition du nombre d'unités techniques des secteurs les plus importants.
7) Page 09 : Radio-oncologie (6840), Téléthérapie (6841), Curiethérapie (6845) et Support à la radio-oncologie (6849)	Ajout du détail en lien avec les nouvelles unités de mesure.
8) Page 11 : Imagerie médicale (6830) Nombre d'appareils en fonction au 31 mars.	Avec l'abolition de la vente interétablissements, ajout de l'information sur les services offerts aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation. Aussi, le nombre de procédures des services achetés. Distinction entre les unités fixes et mobiles, mammographe et avec stéréotaxie.

9) Pages 35 et 36 : Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie (6960)	Comme prévu à la lettre de mise à jour MGF-051, suppression de la durée de fréquentation des usagers inscrits au 31 mars à la page 35, de la fréquence des présences et des autres informations de la page 36 à la demande de la Direction générale adjointe et de la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie.
10) Pages 38 et 39 : Hôpital de jour gériatrique (6290)	Comme prévu à la lettre de mise à jour MGF-051, suppression de la durée de fréquentation des usagers inscrits au 31 mars à la page 38, de la fréquence des présences et des autres informations de la page 39 à la demande de la Direction générale adjointe et de la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

PAGES OU LIGNES À COMPLÉTER SELON LES MISSIONS

PAGE	CLSC	CH	CHSLD
01	Toute la page	Toute la page	Toute la page
02 T		L.01 à 17 et L.25	L.18 à 24
02A à 02F		Page distincte si plus d'une installation où s'exerce la mission CH	
03		L.01 à 13 et L.16	L. 01 à 10, L.14 et L.15
04		L.01 à 30	
05		L.01 à 30 applicables aux c/a ou s-c/a 6050 6080 6180 6200 6340 6985 et 6986	L.01 à 30 applicables aux c/a ou s-c/a 6060 6080 6270 6988
06		Toute la page	
07		Toute la page	
08		Toute la page	
09	L.01 à 10	Toute la page	
10	L.01 à 10, L.26 à 28	Toute la page	L.01 à 10, L.26 à 28
11	L.01, L.18 et L.26	Toute la page	L.01, L.18 et L.26
12	L.09, L.12 et L.13	Toute la page	L.09 à 14
13		Toute la page	
14		Toute la page	
15		Toute la page	
16	Toute la page	Toute la page	Toute la page
17		Toute la page	Toute la page
18	L.18 à 24	Toute la page	Toute la page
19		Toute la page	
20		Toute la page	
21		Toute la page	
22		Toute la page	
23		Toute la page	Toute la page
24		Toute la page	Toute la page
25		Toute la page	Toute la page
26		Toute la page	Toute la page
27		Toute la page	Toute la page
28		Toute la page	Toute la page
29		Toute la page	
30		Toute la page	Toute la page
31			Toute la page
32			Toute la page
33			Toute la page
34			Toute la page
35	Toute la page		Toute la page
36	Retirée		
37	Toute la page		Toute la page
38			Toute la page
39	Retirée		
40			Toute la page
41	L.04, 05, 09, 17, 19 et 21	Toute la page	Toute la page
42	Toute la page	Toute la page	Toute la page

LISTE DES CONCORDANCES DU RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL (AS-478)

01.	P.02 T, L.15, C.02 - P.02 T, L.14, C.02 (1)	=	P.03, L.09, C.01
02.	P.02 T, L.05, C.02	=	P.03, L.09, C.02
03.	P.02 T, L.13, C.01	=	P.07, L.03, C.01
04.	P.02 T, L.13, C.02	=	P.07, L.03, C.02
05.	P.02 T, L.20, C.02	=	P.34, L.24, C.03
06.	P.02 T, L.24, C.02 + P.02 T, L.14, C.02 (1)	=	P.03, L.09, C.03
07.	P.02 T, L.24, C.02 + L.14, C.02 (1)	=	P.31, L.12, C.07
08.	P.02 T, L.24, C.03 + L.14, C.03 (1)	=	P.32, L.07, C.01
09.	P.02 T, L.25, C.02	=	P.03, L.09, C.04
10.	P.03, L.11, C.01	=	Lits au permis en santé physique et en gériatrie
11.	P.03, L.12, C.01	=	Lits au permis en psychiatrie
12.	P.03, L.13, C.01	=	Lits au permis en néonatologie
13.	P.03, L.14, C.01	=	Lits au permis en hébergement permanent ou transitoire et temporaire, excepté en santé mentale
14.	P.03, L.15, C.01	=	Lits au permis en hébergement permanent et temporaire en santé mentale
15.	P.03, L.16, C.01	=	Lits au permis en hôtellerie
16.	P.03, L.10, C.01 à C.03	=	P.02 T, L.05 + L.15 + L.24 + L.25, C.01
17.	P.05, L.01, C.02 + C.03 (1) + L.11, C.02 + C.03	=	P.31, L.12, C.01
18.	P.05, L.02, C.02 + C.03 (1) + L.12, C.02 + C.03	=	P.31, L.12, C.02
19.	P.05, L.05, C.02 + C.03 (1) + L.15, C.02 + C.03	=	P.31, L.12, C.04
20.	P.05, L.06, C.02 + C.03 (1) + L.16, C.02 + C.03	=	P.31, L.12, C.05
21.	P.05, L.09, C.02 + C.03 (1) + L.19, C.02 + C.03	=	P.31, L.12, C.06
22.	P.05, L.09, C.02	=	P.32, L.20, C.02
23.	P.05, L.09, C.03 (1)	=	P.32, L.20, C.01
24.	P.05, L.09, C.03 (1)	=	P.33, L.25, C.05
25.	P.05, L.19, C.02 + C.03	=	P.32, L.20, C.03
26.	P.05, L.19, C.02 + C.03	=	P.33, L.05, C.03
27.	P.09, L.14, C.06	=	P.09, L.17, C.06
28.	P.10, L.26, C.02	=	P.10, L.28, C.01 + C.02
29.	P.10, L.26, C.06 + L.27, C.06	=	P.11, L.17, C.07
30.	P.12, L.01, C.05	=	P.07, L.09, C.01 à C.03
31.	P.12, L.10, C.06	=	P.23, L.17, C.02
32.	P.12, L.11, C.06	=	P.24, L.20, C.02
33.	P.12, L.12, C.06	=	P.26, L.29, C.02
34.	P.12, L.13, C.06	=	P.27, L.29, C.02
35.	P.19, L.21, C.05	=	P.21, L.21, C.03
36.	P.20, L.21, C.05	=	P.22, L.21, C.03
37.	P.23, L.17, C.03	=	P.25, L.07, C.01

(1) Si l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) est en CHSLD.

LISTE DES CONCORDANCES DU RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL (AS-478) (SUITE)

38.	P.24, L.20, C.03	=	P.25, L.07, C.02
39.	P.26, L.29, C.03	=	P.28, L.07, C.01
40.	P.27, L.29, C.03	=	P.28, L.07, C.02
41.	P.31, L.12, C.02	=	P.31, L.26, C.01
42.	P.31, L.12, C.04	=	P.31, L.26, C.02
43.	P.32, L.09, C.04	=	P.31, L.01, C.06
44.	P.32, L.10, C.04	=	P.31, L.02, C.06
45.	P.32, L.11, C.04	=	P.31, L.03, C.06
46.	P.32, L.12, C.04	=	P.31, L.04, C.06
47.	P.32, L.13, C.04	=	P.31, L.05, C.06
48.	P.32, L.14, C.04	=	P.31, L.06, C.06
49.	P.32, L.15, C.04	=	P.31, L.07, C.06
50.	P.32, L.16, C.04	=	P.31, L.08, C.06
51.	P.32, L.17, C.04	=	P.31, L.09, C.06
52.	P.32, L.18, C.04	=	P.31, L.10, C.06
53.	P.32, L.19, C.04	=	P.31, L.11, C.06
54.	P.33, L.01, C.05	=	P.32, L.01, C.01
55.	P.33, L.02, C.01	=	P.33, L.20, C.01 + C.02 moins C.05
56.	P.33, L.02, C.02	=	P.33, L.25, C.01 + C.02 moins C.05
57.	P.33, L.02, C.05	=	P.31, L.12, C.04 + C.05
58.	P.33, L.03, C.05	=	P.32, L.02, C.01
59.	P.33, L.04, C.05	=	P.32, L.03, C.01
60.	P.33, L.05, C.01	=	P.33, L.20, C.05
61.	P.33, L.05, C.02	=	P.33, L.25, C.05
62.	P.33, L.05, C.05	=	P.31, L.12, C.06
63.	P.33, L.06, C.05	=	P.32, L.04, C.01
64.	P.33, L.20, C.03	=	P.02 T, L.19 + L.22, C.02
65.	P.33, L.25, C.03	=	P.02 T, L.14, C.02 (1)
66.	P.35, L.12, C.02	=	P.35, L.26, C.01
67.	P.35, L.12, C.04	=	P.35, L.26, C.02
68.	P.38, L.12, C.02	=	P.38, L.26, C.01
69.	P.38, L.12, C.04	=	P.38, L.26, C.02

(1). Si l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) est en CHSLD.

LISTE DES CONCORDANCES ENTRE LE RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL (AS-478) ET LE RAPPORT FINANCIER (AS-471)

	AS-478		**AS-471**
01.	P.02 T, L.01, C.02 si le centre 6010 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6010
02.	P.02 T, L.02, C.02 si le centre 6020 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6020
03.	P.02 T, L.03, C.02 si le centre 6030 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6030
04.	P.02 T, L.04, C.02 si le centre 6100 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6100
05.	P.02 T, L.06, C.02 si les sous-centres 6051 et 6340 existent	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6051 + 6340
06.	P.02 T, L.07, C.02 si le sous-centre 6052 existe	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6052
07.	P.02 T, L.08, C.02 si le sous-centre 6053 existe	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6053
08.	P.02 T, L.09, C.02 si le sous-centre 6055 existe	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6055
09.	P.02 T, L.10, C.02 si le sous-centre 6056 existe	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6056
10.	P.02 T, L.11, C.02 si le sous-centre 6057 existe	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6057
11.	P.02 T, L.12, C.02 si le sous-centre 6058 existe	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6058
12.	P.02 T, L.14, C.02 si le centre 6080 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6080
13.	P.02 T, L.20, C.02 si le centre 6060 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6060
14.	P.02 T, L.23, C.02 si le centre 6270 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6270
15.	P.02 T, L.25, C.02 si le centre 6180 existe	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6180
~~16.~~	~~P.07, L.01, C.02~~	~~=~~	~~P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6361~~
17.	P.07, L.04, C.02	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6200
18.	P.07, L.01, C.02 + L.05, C.02	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6364
19.	P.07, L.02, C.02 + L.06, C.02	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6365
20.	P.08, L.02, C.07 + L.03, C.07	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6610

LISTE DES CONCORDANCES ENTRE LE RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL (AS-478) ET LE RAPPORT FINANCIER (AS-471) (SUITE)

21.	P.09, L.10, C.06	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6710
22.	P.08, L.10, C.07	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6780
23.	P.08, L.24, C.07	=	P.650, L.30, C.03 du sous-centre d'activités 6785
24.	P.08, L.31, C.07	=	P.650, L.30, C.03 du sous-centre d'activités 6786
25.	P.09, L.29, C.02	=	P.650, L.30, C.03 du centre d'activités 6840
26.	P.09, L.14, C.06	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6750
27.	P.10, L.26, C.06 + L.27, C.06	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6830
28.	P.11, L.17, C.07	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6830
29.	P.12, L.01, C.05	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6240
30.	P.12, L.02, C.05	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6250
31.	P.12, L.03, C.05	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6300
32.	P.12, L.09, C.06	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6352
33.	P.12, L.06, C.05	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6770
34.	P.12, L.10, C.06	=	P.650, L.30, C.03 du sous-centre d'activités 6861
35.	P.12, L.11, C.06	=	P.650, L.30, C.03 du sous-centre d'activités 6862
36.	P.12, L.12, C.06	=	P.650, L.30, C.03 du centre d'activités 6870
37.	P.12, L.13, C.06	=	P.650, L.30, C.03 du centre d'activités 6880
38.	P.12, L.07, C.05	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 7060
39.	P.12, L.16, C.06	=	P.650, L.30, C.03 du centre d'activités 7060
40.	P.13, L.07, C01 - L.06, C.01	=	P.650, L.30, C.03 du centre d'activités 6260
41.	P.13, L.07, C.02	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6260
42.	P.13, L.26, C.01	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6770
43.	P.14, L.29, C.01 + C.02	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6302

LISTE DES CONCORDANCES ENTRE LE RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL (AS-478) ET LE RAPPORT FINANCIER (AS-471) (SUITE)

44.	P.14, L.33, C.05	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6322
45.	P.16, L.17, C.01	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6352
46.	P.17, L.14, C.04	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6564 moins celles attribuables au CLSC
47.	P.18, L.17, C.04	=	P.650, L.30, C.03 du sous-centre d'activités 6565
48.	P.18, L.24, C.04	=	P.650, L.30, C.03 du centre d'activités 6390
49.	P.20, L.21, C.01	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6791
50.	P.20, L.21, C.02	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6792
51.	P.20, L.21, C.03	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6793
52.	P.20, L.21, C.04	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6794
53.	P.20, L.21, C.05	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6795
54.	P.20, L.21, C.06	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6796
55.	P.22, L.21, C.03	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 6795
56.	P.29, L.35, C.01	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 7090
57.	P.29, L.35, C.02	=	P.650, L.30, C.03 du centre d'activités 7090
58.	P.30, L.08, C.06 + L.09, C.06	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 7554
59.	P.30, L.10 à 13, C.01 et C.02	=	P.650, L.28, C.03 du sous-centre d'activités 7604
60.	P.30, L.14 à 17, C.01	=	P.650, L.30, C.03 du sous-centre d'activités 7604
61.	P.34, L.24, C.03	=	P.650, L.28, C.03 du centre d'activités 6060
62.	P.37, L.12, C.01	=	P.650, L.07, C.03- L.05 C.03 du centre d'activités 6960

LISTE DES CONCORDANCES ENTRE LE RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL (AS-478) ET LE RAPPORT FINANCIER (AS-471) (SUITE)

Afin de compléter l'information concernant la pharmacie, demandée au rapport financier annuel, vous utilisez les données suivantes :

	AS-471		AS-478
1.	P.335, L.01, C.03	=	P.04, L.01 + L.02, C.01+ C.02 + C.03
2.	P.335, L.02, C.03	=	P.04, L.11 + L.12, C.01 à C.05 + L.21 + L.22, C.01
3.	P.335, L.03, C.03	=	P.04, L.21 + L.22, C.02 + C.03
4.	P.335, L.04 + L.05 + L.06, C.03	=	P.05, L.01 + L.02, C.01
5.	P.335, L.07, C.03(1)	=	P.05, L.01 + L.02, C.03
6.	P.335, L.08, C.03	=	P.04, L.21 + L.22, C.04
7.	P.335, L.09, C.03	=	P.05, L.11 + L.12, C.01
8.	P.335, L.10, C.03	=	P.13, L.01, C.02
9.	P.335, L.11, C.03	=	P.05, L.11 + L.12, C.04
10.	P.335, L.13, C.03	=	P.06, L.01 + L.02, C.01 à C.04
11.	P.335, L.15, C.03	=	P.12, L.06, C.01
12.	P.335, L.16, C.03	=	P.20, L.22, C.07
13.	P.335, L.19, C.03	=	P.05, L.21 + L.22, C.01 + C.02 + C.03
14.	P.336, L.01, C.03	=	P.05, L.01 + L.02, C.02
15.	P.336, L.02, C.03(2)	=	P.05, L.01 + L.02, C.03
16.	P.336, L.03, C.03	=	P.05, L.11 + L.12, C.02 + C.03

(1) Si URFI est en CH.
(2) Si URFI est en CHSLD.

NOTES EXPLICATIVES

PAGE 01 **ANNÉE**

Le rapport statistique annuel (formulaire AS-478) couvre la période du 1er avril au 31 mars de l'exercice financier écoulé. Un établissement dont les activités n'ont couvert qu'une partie de la période concernée doit faire rapport pour cette période.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

C'est le nom d'incorporation ou d'enregistrement qui apparaît au permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux autorisant l'exploitation d'une ou de plusieurs installations.

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT

Pour fins d'identification, le code à huit chiffres doit être inscrit.

RÉGION SOCIOSANITAIRE ET CODE

Inscrire le nom de la région sociosanitaire dans laquelle se situe l'établissement ainsi que le numéro de la région (voir verso de la page titre).

Exemples : Bas-Saint-Laurent - 01
Capitale-Nationale - 03

INSTALLATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

Inscrire le nom et le code des installations des missions CH et CHSLD exploitées par l'établissement (la corporation ou le propriétaire).

À la section « Lits autorisés au permis en vigueur », on indique le nombre de lits inscrit au permis pour chacune des installations selon la codification numérique établie.

Veuillez noter que nous demandons aux pages 41 et 42 les lits/places achetés ou visés par un projet novateur.

PAGE 02T LE NOMBRE DE LITS DRESSÉS DOIT EXCLURE :

1) les lits des salles de travail et d'accouchement;
2) les lits destinés au repos des malades dans les salles de traitement;
3) les lits des services de consultation externe et d'urgence;
4) les lits situés dans les salles utilisées par le personnel;
5) les lits des salles de réveil;
6) les lits des salles des unités de soins de jour ou de soir.

Colonne 01 – Lits dressés

Lignes 01 à 25
Faire la répartition des lits réellement à la disposition des usagers (qu'ils aient été occupés ou non au 31 mars), selon leur affectation par unité de soins.
Lignes 01 à 17 : Dans le cas où l'établissement exploite plusieurs installations dont le permis comprend la mission de CH, la sommation des lignes 01 à 17 des pages 02A à 02F donne les lignes 01 à 17, C.01 de la page 02 T.

Ligne 16 – Lits de courte durée occupés pour un hébergement
Inscrire les lits normalement affectés aux soins généraux et spécialisés qui sont occupés par des usagers requérant un hébergement et des soins de longue durée déjà inclus aux lignes 06 à 14.

Ce type de séjour débute lorsque l'usager a reçu son congé du CHSGS ou qu'il s'y trouve depuis plus de 45 jours excepté lorsque le médecin traitant certifie au dossier médical de l'usager que des soins actifs sont toujours requis en raison d'une pathologie particulière et qu'au plus, à tous les 30 jours par la suite, pareille certification est donnée.

Les lits figurant au permis à la mission CHSLD sont déclarés aux lignes 14 ou 18 à 23, selon le cas.

Colonne 02 – Jours-présence
Ils doivent être cumulés selon les règles établies au Manuel de gestion financière, exception pour la ligne 13 (mères seulement).

Colonne 03, Lignes 01 à 20 – Jours d'absence
Reporter le nombre de jours d'absence inclus dans les jours-présence selon des règles établies au Manuel de gestion financière.

Ligne 17 – Lits en soins palliatifs
Inscrire les lits affectés aux soins palliatifs qui répondent à la définition suivante :

Lits où sont dispensés des soins aux mourants et visant à apaiser la souffrance globale par le soulagement des symptômes et par des soins de base dispensés avec assiduité et à accompagner le mourant dans un cheminement vers la mort.

Une équipe assure aux mourants des soins individualisés et personnalisés en :
- identifiant de façon très précise les besoins individuels;
- planifiant quotidiennement les soins à donner;
- respectant l'apport de chaque partenaire, avec la discrétion que les circonstances requièrent;
- et en procédant régulièrement à l'évaluation de la qualité des soins dispensés.

L'équipe soignante a reçu des programmes de formation et de perfectionnement dans l'approche et les soins aux mourants, à leurs proches et à leur entourage.

PAGES 02T (suite) **SOMME DES LITS DRESSÉS ET JOURS-PRÉSENCE SELON LES CENTRES DE SOINS (suite)**

Lignes 01 à 17, colonnes 02 et 03

Lignes 18 à 25, colonnes 01, 02 et 03

Les renseignements englobent toutes les installations de l'établissement.

PAGES 02A à 02E **CODE DE L'INSTALLATION**

Le **numéro** de l'installation est un code de huit (8) chiffres pour identifier chaque installation (commençant généralement par 5).

Lignes 01 à 17, colonne 01

LITS DRESSÉS D'UNE INSTALLATION AYANT UNE MISSION CH SANS L'HÔTELLERIE.

L'établissement ayant plus d'une installation où s'exerce la mission CH doit compléter une page distincte reflétant les lits dressés à l'intérieur de chacune des installations.

L'ajout de ces pages oblige tous les établissements à utiliser au moins une page, soit la 02A. Ceux-ci ne peuvent inscrire directement leurs données à la page 02T.

PAGE 03 JOURS-PRÉSENCE[1] DURANT L'ANNÉE SELON L'ORGANISME RESPONSABLE DU PAIEMENT

L.01 - Jours-présence imputés à l'agence.

L.02 - Jours-présence imputés à Santé Canada, au ministère des Anciens Combattants, au ministère de la Défense nationale ou à tout autre ministère ou organisme du gouvernement fédéral, que le malade soit ou non résident du Québec.

L.03 - Jours-présence imputés à la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

L.04 - Jours-présence imputés à la Société de l'assurance automobile du Québec.

L.05 - Jours-présence imputés au ministère de la Sécurité publique.

L.06 - Jours-présence imputés à un touriste ou un nouveau résident venant d'une autre province et qui a droit aux services assurés dans cette autre province.

L.07 - Jours-présence imputés à une personne qui n'a pas légalement le droit de demeurer au Canada, ni le statut d'immigrant reçu, et qui n'a pas résidé au Canada pendant une période continue suffisante pour avoir droit, en vertu du régime provincial, aux services assurés.

L.08 - Jours-présence imputés à un résident pour les soins qui ne sont pas assurés par le régime provincial.

LITS AUTORISÉS AU PERMIS

Détailler le nombre de lits apparaissant au permis.

LITS FERMÉS DÉFINITIVEMENT

Nombre de lits compris dans le nombre figurant au permis et fermés définitivement parce que les locaux ont été modifiés **sans que le permis soit modifié**.

Colonne 02 Détailler le nombre de lits fermés au **31 mars 2011** et figurant encore au permis. Vous ne pouvez inscrire de chiffres négatifs. Veuillez plutôt utiliser le bas de page pour nous en faire part.

Colonne 03 Détailler le nombre de lits fermés **au cours** de l'exercice et figurant encore au permis.

Colonne 04 Lignes 11 à 16 – Nombre de lits attribués à l'URFI (6080).
Si vous déclarez avoir dressé des lits à la page 2 T, L.14, C.01 – URFI, vous devez inscrire le nombre de lits attribués à l'URFI selon son appartenance aux capacités indiquées au permis.

(1) Pour les jours-présence, il s'agit d'inscrire le genre d'hébergement qui a été facturé aux usagers et non pas celui fourni.

PAGES 04 ET 05 **MOUVEMENT DES USAGERS**

L.01, L.11 et L.21 Admis au 1er avril :	Le nombre d'usagers admis au 1er avril doit être reporté selon l'occupation par ces usagers, de lits dans les centres de soins identifiés par les numéros de centres d'activités. Le nombre devrait correspondre au nombre d'usagers au 31 mars du rapport précédent. Si certains usagers sont en congé temporaire selon les règles prévues au Manuel de gestion financière, ils doivent être dénombrés.
L.02, L.12 et L.22 Admis durant l'année :	On doit considérer comme admis, durant l'année, un usager en provenance de l'extérieur ou d'une autre mission de l'établissement et à qui on a attribué un lit dans l'un ou l'autre des centres d'activités de soins identifiés par leur numéro respectif. Lorsqu'un usager admis en longue durée doit temporairement être hospitalisé dans le même établissement, une absence doit être enregistrée en longue durée avec le motif « hospitalisation ». Le calcul des jours-présence en longue durée se fait selon la règle du congé temporaire.
L.03, L.07, L.13, L.17, L.23 et L.27 Déplacements internes : (dans la même mission)	Les déplacements reflètent le mouvement interne des usagers entre les différents centres* d'activités d'une même mission identifiés par leur numéro respectif en titre à chacune des colonnes. Il ne s'agit pas d'un changement de lits dans un même centre d'activités identifié ou d'un mouvement d'usagers entre des sous-centres non identifiés en tête de colonne (ex. entre le s-c/a 6053 et le s-c/a 6056). Le déplacement d'un usager d'un centre d'activités identifié à un autre centre d'activités identifié doit être considéré comme un départ dans le premier centre et une arrivée dans le second centre d'activités.
L.05, L.15 et L.25 Sorties durant l'année :	La sortie est le départ officiel de l'établissement, le déplacement physique d'une autre mission d'un usager vivant ou le décès dans un autre établissement alors qu'il est toujours considéré admis dans l'établissement. Dans un établissement à missions multiples, le décès est considéré comme décès dans la mission où il décède et s'il y a lieu comme « sorties » dans la mission où il était précédemment.
L.06, L.16 et L.26 Décédés durant l'année :	Le décès signifie qu'un usager est décédé pendant son séjour dans l'établissement ou durant son transfert vers un centre hospitalier (excluant les cas indiqués aux lignes 05, 15 et 25).

Note : Aux lignes 10, 20 et 30, la durée totale de séjour pour chaque centre d'activités de soins est le nombre total de jours-présence (selon les règles établies au Manuel de gestion financière), depuis l'arrivée (par admission ou déplacement interne) des usagers radiés (par sorties, décès ou déplacements) durant l'année et non pas une moyenne par usager. C'est ainsi que cette durée de séjour ne concorde généralement pas avec les jours-présence rapportés en page 02.

* Le terme « centre » utilisé dans ce document peut aussi désigner un sous-centre.

PAGE 06 **MOUVEMENT DES USAGERS**

L.01 et L.11 Admis au 1er avril :	Le nombre d'usagers admis au 1er avril doit être reporté selon l'occupation par ces usagers, de lits dans les centres de soins identifiés par les numéros de centres d'activités. Si certains usagers sont en congé temporaire selon les règles prévues au Manuel de gestion financière, ils doivent être dénombrés.
L.02 et L.12 Admis durant l'année :	On doit considérer comme admis, durant l'année, un usager en provenance de l'extérieur ou d'une autre mission de l'établissement et à qui on a attribué un lit dans l'un ou l'autre des centres d'activités de soins identifiés par leur numéro respectif. On doit considérer que l'admission d'un nouveau-né se fait dès sa naissance ou subséquemment au moment de l'admission avec ou sans la mère.
L.03, L.07, L.13 et L.17 Déplacements internes : (dans une même mission)	Les déplacements reflètent le mouvement interne des usagers entre les différents centres* d'activités identifiés par leur numéro respectif en titre à chacune des colonnes. Le déplacement d'un usager d'un centre d'activités à un autre centre d'activités doit être considéré comme un départ dans le premier centre et une arrivée dans le second centre d'activités.
L.05 et L.15 Sorties durant l'année :	La sortie est le départ officiel de l'établissement, le déplacement physique d'une autre mission d'un usager vivant ou le décès dans un autre établissement alors qu'il est toujours considéré admis dans l'établissement. Dans un établissement à missions multiples, le décès est considéré comme décès dans la mission où il décède et s'il y a lieu comme « sorties » dans la mission où il était précédemment.
L.06 et L.16 Décédés durant l'année :	Le décès signifie qu'un usager est décédé pendant son séjour dans l'établissement (excluant les cas indiqués aux lignes 05 et 15). **N. B. :** Cette définition exclut les mort-nés.

Note : Aux lignes 10 et 20, la durée totale de séjour pour chaque centre d'activités de soins est le nombre total de jours-présence (selon les règles établies au Manuel de gestion financière), depuis l'arrivée (par admission ou déplacement interne) des usagers radiés (par sorties, décès ou déplacements) durant l'année et non pas une moyenne par usager. C'est ainsi que cette durée de séjour ne concorde généralement pas avec les jours-présence rapportés en page 02.

* Le terme « centre » utilisé dans ce document peut aussi désigner un sous-centre.

PAGE 07 Ligne 09, Colonne 03

CDJ est l'abréviation de chirurgie d'un jour.

Ligne 10 – Répartition des usagers réorientés, ambulants ou sur civière à l'urgence

Usagers réorientés[(1)]
Usager qui, lors d'une visite à l'urgence, est réorienté vers une ressource autre que l'urgence (interne ou externe) après le triage.

Usagers ambulants
Usager qui, lors d'une visite à l'urgence, bénéficie de la consultation ou reçoit le traitement requis sans que son état nécessite la mise sur civière.[(2)]

Usagers sur civière
Toute personne inscrite à l'urgence qui requiert une civière, à cause de sa condition médicale ou psychosociale[(3)], pour des fins de traitement ou d'évaluation ainsi que toute personne occupant une civière à l'urgence et qui se trouve en attente d'hospitalisation, de retour à domicile ou de transfert vers une autre ressource du système de soins.

---

(1) Ce nombre peut comprendre des usagers inscrits qui quittent sans être vus.

(2) Le guide de gestion de l'unité d'urgence de septembre 2006 nous donne les exemples suivants pour lesquels un usager est considéré ambulant, qu'il soit placé sur une civière ou assis dans un fauteuil :

« 1. les patients sur civière seulement pour être soumis à un examen;
2. les patients dans un fauteuil roulant;
3. les patients sur civière pour des raisons non liées à leur état de santé. »

Les patients arrivant par ambulance ne doivent pas être considérés automatiquement comme des cas sur civière. L'infirmière du triage, après évaluation, dirigera ces patients vers l'aire de traitement appropriée.

(3) Le guide de gestion de l'unité d'urgence de septembre 2006 recommande de coucher sur civière les usagers présentant l'une ou l'autre des conditions suivantes :

« 1. le patient présente une pathologie comportant un risque de morbidité ou de mortalité et nécessitant une prise en charge immédiate dans l'aire de choc ou dans un autre secteur de l'urgence;
2. le patient présente des signes vitaux instables;
3. le patient présente des symptômes nouveaux ou une exacerbation de symptômes comportant un risque de morbidité ou de mortalité et que l'on doit examiner, surveiller et traiter;
4. le patient a des symptômes non spécifiques incapacitants : confusion, vertiges importants, faiblesse marquée, incapacité de marcher, etc.;
5. le patient présente une douleur importante nécessitant l'administration d'un analgésique par voie parentérale;
6. le patient présente une condition psychiatrique qui demande une protection : patients agités, suicidaires, dont l'état nécessite une surveillance constante ou qui risquent d'être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres;
7. Le patient est un enfant qui demande l'attention d'une infirmière ou dont les paramètres nécessitent une surveillance constante ou sous sédation consciente. »

PAGE 08 **PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE**
MÉDECINE NUCLÉAIRE ET TEP

Ligne 01 : Heures travaillées productrices d'unités
L'établissement doit reporter les heures travaillées productrices d'unités techniques provinciales pour le c/a 6610 – Physiologie.

Lignes 02 à 10 : Nombre d'unités techniques provinciales réparties selon le statut de l'usager
Les statistiques que l'établissement doit fournir dans ces lignes se compilent selon la manière prescrite par la méthode de la compilation des unités de mesure contenue au Manuel de gestion financière pour les c/a et s-c/a suivants :

Physiologie respiratoire	6610
Médecine nucléaire et TEP	6780 (s-c/a 6785 et 6786)

Ligne 11 à 13 : Nombre d'unités techniques réparties par procédures diagnostiques et thérapeutiques

Lignes 14 à 32 : Nombre de procédures réparties selon le statut de l'usager
L'établissement doit fournir dans ces lignes le nombre de procédures (ou nombre de codes de procédure) exécutées durant l'année pour les usages admis, les usagers inscrits provenant de l'urgence ou autres, les usagers enregistrés, les services vendus et autres dans les s-c/a 6785 et 6786.

On doit noter que la procédure est une statistique différente (Unité B) de l'unité technique provinciale décrite comme unité de mesure A dans les s-c/a 6785 et 6786.

Ligne 33 : Service offert aux autres établissements
Nombre d'unités techniques se rapportant aux services dispensés aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation.

Définition des statuts d'usagers (extrait du MGF, chap. 3, section B)

Personne enregistrée
« Une personne est enregistrée dans un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires lorsque, à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, elle y reçoit des services externes pour fins de diagnostic médical ou dentaire. » (*)

Personne inscrite
« Une personne est inscrite dans un établissement lorsqu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'elle n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement. » (*)
« Une personne est inscrite dans un centre hospitalier de soins de courte durée lorsqu'elle y reçoit des soins ou des traitements d'un médecin ou d'un dentiste, membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, et agissant dans les limites de ses privilèges. » (*)

Personne admise
« Une personne est admise dans un établissement lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement. » (*)
Autres responsabilités (extrait du MGF, chap. 3, section A, 1.1.2.2a)
Il s'agit de services qui ne sont pas de la responsabilité de paiement du MSSS en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation ou de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. (Ex. CSST, non-résidents, etc.).

(*) Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, a. 20, 21 et 25.
(Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

PAGE 09 ÉLECTROPHYSIOLOGIE - HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - RADIO-ONCOLOGIE

ÉLECTROPHYSIOLOGIE (c/a 6710)

Lignes 01 à 10 : Nombre d'unités techniques effectuées en électrophysiologie
Les statistiques que l'établissement fournit dans ces lignes se compilent selon la méthode de compilation des unités de mesure prescrite par le MGF pour le c/a 6710 et selon l'annexe D de la circulaire sur les valeurs unitaires (03.04.01.01).

Ligne 11 : Nombre d'unités techniques pour le service offert aux autres établissements pour les c/a 6710, 6751, 6752.

HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNELLE (c/a 6750)

Lignes 12 à 17 : Nombre d'unités techniques effectuées
L'établissement doit présenter le nombre d'unités techniques provinciales compilées durant l'année pour les examens et pour les interventions en fonction du statut des usagers (voir l'annexe E de la circulaire 03.04.01.01 sur les valeurs unitaires).

RADIO-ONCOLOGIE (c/a 6840)

Lignes 18 à 26, Colonnes 01 et 02 : Nombre de planifications de téléthérapie
Voir la définition de la planification de téléthérapie au s-c/a 6841

Définitions des techniques utilisées en planification :

2D : Planification effectuée en fonction de la taille des champs et de la profondeur des points de calcul, manuellement ou par ordinateur, avec ou sans une étude tomodensitométrique, mais sans que le volume cible soit identifié par dessin et sans une analyse volumétrique de la dose (aucune statistique volumétrique de doses ou un histogramme de doses). Utiliser le 2D pour les lésions cutanées (orthovoltage).

3D : Planification effectuée à partir d'un examen tomodensitométrique et/ou IRM où le calcul et l'analyse de la distribution de la dose sont associés à des volumes cibles. La présence de volumes dessinés ou une analyse volumétrique de la dose (statistiques de dose, histogrammes de doses [DVH]) sont des caractéristiques essentielles de toute planification 3D.

4D : Planification effectuée à partir d'un examen tomodensitométrique pour lequel chaque image est associée à une phase respiratoire du patient à l'aide d'un système qui associe dans le temps, la respiration du patient avec l'acquisition des images. L'examen 4D sert à la définition du PTV en fonction des mouvements respiratoires sur lequel on peut effectuer une planification 3D ou IMRT.

Radiothérapie stéréotaxique ou Radiochirurgie : Planification crânienne ou extra-crânienne pour laquelle les coordonnées de l'isocentre sont identifiées et positionnées avec une précision submillimétrique à l'aide de moyens de contentions adéquats et/ou de guidage par imagerie.

IMRT par champs fixes ou par arc : Planification 3D pour laquelle la fluence arbitraire des faisceaux de traitement incluant ou non l'arrangement géométrique des faisceaux est déterminée par un algorithme qui minimise une fonction objective de coût. Des objectifs et des contraintes de dose sont fixés aux volumes tridimensionnels identifiés sur l'imagerie, afin de satisfaire les objectifs cliniques du traitement. Les planifications effectuées pour des traitements de Tomothérapie peuvent être incluses dans des planifications d'IMRT.

Lignes 18 à 30, Colonne 03 : Nombre de traitements de téléthérapie
Voir la définition du traitement de téléthérapie au s-c/a 6841.

Définitions des techniques utilisées en traitement :

Traitement conventionnel : Tout traitement excluant IMRT, IGRT ,4D et radiothérapie stéréotaxique, radiochirurgie, TBI et bain d'électrons.

Traitement 3D : Traitement réalisé avec une planification 3D.

Traitement 4D : Traitement réalisé en tenant compte de la synchronisation respiratoire à l'aide d'un système contrôlant l'appareil de traitement (s'il y a des accessoires pour stabiliser la respiration, il s'agit pas de traitement 4 D).

Radiochirurgie/ Radiothérapie stéréotaxique : Traitement crânien ou extra-crânien pour lequel les coordonnées de l'isocentre sont identifiées et positionnées avec une précision submillimétrique à l'aide de moyens de contentions adéquats et/ou de guidage par imagerie.

Guidage quotidien du positionnement (IGRT) : Traitement de téléthérapie où toutes les fractions sont obligatoirement réalisées sous technique de guidage permettant le repositionnement du patient avant ou pendant l'irradiation. Les images de vérification sont exclues.

IMRT par champs fixes ou par arc : Traitement utilisant les planifications IMRT.

Lignes 18 à 32, Colonnes 04 et 05 : Nombre de traitements de curiethérapie
Voir la définition du traitement de curiethérapie au s-c/a 6845.

Lignes 27, Colonnes 01 et 02 : Nombre d'usagers débutés et nombre de mises en traitement en téléthérapie

Nombre d'usagers débutés : correspond au nombre d'usagers différents qui ont connu au moins une mise en traitement sans arrêt entre chaque série entre le 1er avril et le 31 mars de l'année en cours.

A) Un usager débute une série de traitement de téléthérapie : cumuler un usager débuté en téléthérapie et une mise en traitement en téléthérapie.

B) Un usager débute une série de traitement en téléthérapie et un surdosage de curiethérapie: cumuler un usager débuté en téléthérapie, une mise en traitement en téléthérapie et une mise en traitement en curiethérapie.

C) Un usager débute une série de traitement de curiethérapie : cumuler un usager débuté en curiethérapie et une mise en traitement en curiethérapie.

Voir la définition de la mise en traitement au s-c/a 6841.

Ligne 28, Colonnes 01 et 02 : Nombre d'usagers débutés et nombre de mises en traitement en curiethérapie

Nombre d'usagers débutés : correspond au nombre d'usagers différents qui ont connu au moins une mise en traitement sans arrêt entre chaque série entre le 1er avril et le 31 mars de l'année en cours.

Voir la définition de la mise en traitement au s-c/a 6845.

Ligne 30 à 33, Colonne 01 : Nombre de visites de consultation médicale, de relance et de visites médicales en cours de traitement de radio-oncologie

Note : les définitions qui figurent dans cette page ne sont pas exhaustives. En effet, seules celles considérées susceptibles d'interprétation y figurent.

PAGE 10 IMAGERIE MÉDICALE

Lignes 01 à 24 : Nombre de procédures
Les CH doivent fournir le nombre de fois où les procédures ont été exécutées durant l'année, soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, pour les usagers admis, les usagers inscrits provenant de l'urgence, les usagers inscrits autres, les usagers enregistrés, les services vendus et autres. On doit noter que la procédure est une statistique différente de l'unité technique provinciale décrite comme unité de mesure au c/a 6830. Le nombre de procédures est défini dans les s-c/a du c/a 6830.

Dans un établissement à missions multiples, les examens sur les usagers de la mission CHSLD doivent être rapportés avec les usagers admis.

Les procédures effectuées sur les usagers d'un autre établissement qui n'ont pas été facturées doivent être rapportées sous « usagers inscrits » ou « enregistrés » selon le cas.

Lignes 26 et 27 : Nombre d'unités techniques achetées par statut d'usager
Répartition des unités techniques provinciales selon le statut des usagers et en fonction des services rendus en établissement ou des services achetés.

Ligne 28 : Responsabilités de paiement
Répartition des unités techniques pour les usagers externes selon les responsabilités de paiement.

PAGE 11 IMAGERIE MÉDICALE

Lignes 01 à 16 : Nombre d'unités techniques en imagerie médicale
Les établissements doivent fournir le nombre d'unités techniques provinciales compilées durant l'année, soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, pour les usagers admis, les usagers inscrits provenant de l'urgence, les usagers inscrits autres, les usagers enregistrés, les services vendus et autres.

Dans un établissement à missions multiples, les examens sur les usagers de la mission CHSLD doivent être rapportés avec les usagers admis.

Les procédures effectuées sur les usagers d'un autre établissement qui n'ont pas à être facturées doivent être rapportées sous usagers inscrits ou enregistrés selon le cas.

Lignes 18 à 25 : Nombre d'unités techniques achetées
Les établissements doivent inscrire le nombre d'unités techniques et le nombre de procédures se rapportant aux services achetés à l'extérieur de l'établissement. Également, ils doivent présenter le nombre d'unités techniques se rapportant aux services dispensés aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation.

Lignes 26, 28, 29, 30 et 31 : Nombre d'appareils en fonction au 31 mars
Il s'agit du nombre d'appareils en fonction dans l'exercice financier et opérés par les technologues d'imagerie médicale (c/a 6830).

Ligne 27 : Nombre d'appareils d'ultrasonographie en fonction au 31 mars
Il s'agit du nombre d'appareils d'ultrasonographie en fonction sur les départements de cardiologie, d'obstétrique/gynécologie et d'imagerie médicale.

PAGE 12 **Lignes 01 à 14 – Répartition des unités de mesure selon le statut de l'usager**
Se référer aux généralités pour les établissements exploitant une mission CLSC combinée à une mission CH ou CHSLD.

Lignes 09 à 14, Colonne 01 – Personne hospitalisée
Une personne est hospitalisée dans un établissement lorsque son état le nécessite, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit de soins généraux et spécialisés compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Lignes 09 à 14, Colonne 02 – Personne hébergée
Une personne est hébergée dans un établissement lorsque son état le nécessite, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Ligne 15 – Statistiques de l'infirmière pivot en oncologie en lien avec le c/a Hémato-oncologie

Colonne 01 – Nombre d'usagers
Indiquer le nombre d'usagers différents qui ont été soit vus, soit appelés par téléphone par l'infirmière pivot ou encore ceux qui lui ont téléphoné durant l'année financière.

Colonne 02 – Nombre d'appels téléphoniques
Indiquer le nombre d'appels téléphoniques provenant des usagers, de leurs proches, d'autres professionnels ou ceux faits par l'infirmière pivot pour les usagers durant l'année financière.

L'appel téléphonique est compté lorsqu'il s'agit non pas d'une simple prise de rendez-vous, ni un renseignement, ni une référence par téléphone, mais bien d'une intervention clinique devant être documentée au dossier du client, tel qu'exigé par le code de déontologie.

Colonne 03 – Nombre de rencontres
Indiquer le nombre de visites de l'usager afin de rencontrer l'infirmière pivot durant l'année financière. Ce nombre est compris dans celui déclaré dans le relevé de l'unité A qui ne peut être influencé par le nombre de professionnels rencontrés (les visités). Vous devez avoir relevé une visite à l'unité A pour pouvoir un déclaré une à l'infirmière pivot. Cependant, lors de cette visite de l'usager, les services reçus peuvent ne pas avoir été dispensés uniquement par l'infirmière pivot.

Colonne 04 – Nombre annuel de nouveaux cas
Indiquer le nombre d'usagers pour lesquels il y a eu une évaluation initiale complétée par l'infirmière pivot durant l'année financière. Le client ne peut recevoir plus d'une évaluation initiale par année.

Ligne 16 – Répartition des visites de traitement
Voir les définitions des différentes visites de traitement dans le MGF au c/a 7060.

Ligne 17 – Usagers différents (7060)
Nous voulons connaître les usagers différents pour qui vous avez relevé au moins une visite en A. Il s'agit d'un usager vu.

PAGE 13 **Lignes 02 à 05**

Veuillez porter une attention particulière aux lignes 02 et 03 où sont reportés les cas de chirurgie d'un jour, pour lesquels un abrégé admission/sortie est transmis à Med-Écho, et les autres chirurgies (Lignes 04 et 05).

Ligne 09 – Salles d'endoscopie

Inscrire les salles où l'activité d'endoscopie est concentrée.

Lignes 10 à 25

L'approche endoscopique par voie naturelle, à la base de la déclaration des examens dans ce c/a, se distingue de l'approche endoscopique par laparoscopie à cause de l'incision. En effet, lorsqu'il y a incision, la procédure se retrouvera alors dans la déclaration des chirurgies d'un jour et sera exécutée ailleurs qu'en salle d'endoscopie.

Il est possible d'y retrouver également des interventions à l'aide de sonde du moment qu'elles soient exécutées en salle d'endoscopie.

Le nombre d'examens endoscopiques (avec ou sans biopsies) doit être reporté selon le lieu où ils sont réalisés, soit :

- dans les salles dédiées : l'endroit où sont regroupées les procédures endoscopiques sur une base récurrente;
- ailleurs que dans des salles dédiées mais à l'intérieur de l'établissement.

PAGE 14 CONSULTATIONS EXTERNES SPÉCIALISÉES

Lignes 01 à 29
Cette section permet d'indiquer le nombre de visites dans les cliniques externes selon la liste des spécialités médicales reconnues (toutes clientèles confondues « ex. enfants et adultes ») par le Collège des médecins du Québec. Certaines spécialités n'apparaissent pas car l'imputation comptable de ces coûts ne se fait pas à ce c/a.

Les visites aux cliniques spécialisées ne peuvent avoir lieu sur les unités de soins.

Dans le cas des établissements à missions multiples, les visites aux cliniques spécialisées par les usagers admis d'une autre mission doivent être rapportées à la colonne usagers admis.

Lignes 30 à 33
La définition et le relevé de l' « Unité de mesure A) - Le retraitement », fournissent les détails sur les procédés et les types d'emballage.

PAGE 15 **Lignes 01 à 07**

Services organisés selon le plan de services médicaux surspécialisés.

Lignes 08 et 09

Inscrire le nombre d'heures travaillées par des professionnels en santé mentale pour des activités de professionnels-répondants aux jeunes ou aux adultes. Ils sont rémunérés par l'établissement et compris dans le nombre d'heures à la page 650 (AS-471), ligne 02, colonne 03 des centres d'activités 5930 ou 6330, selon le cas. Par le biais d'entente de services, les compétences et les connaissances des professionnels-répondants, en provenance, soit des services spécialisés, soit des équipes de première ligne spécifiques en santé mentale, sont mises à la disposition des demandeurs de services de première ligne en santé mentale.

Lignes 10 et 11

On entend par usager différent, toute personne à qui le centre hospitalier a dispensé l'un ou l'autre de ces services ou deux ou les trois au cours de l'exercice financier.

Cet usager n'est compté qu'une seule fois même s'il a reçu un ou plusieurs services. Un usager cessant de recevoir des services à un certain moment au cours de l'exercice et réinscrit par la suite est compté une seule fois.

Ligne 14 – Autres
Les unités techniques compilées lors d'une visite à domicile ne peuvent être déclarées à cette ligne puisqu'il s'agit d'inhalothérapie à domicile (s-c/a 6351).

Lignes 15 et 16 – Procédures importées des annexes C et D
Les valeurs unitaires et les codes d'examens, pour les examens de physiologie respiratoire et d'électrophysiologie, qui se retrouvent respectivement aux annexes « C » et « D » de la circulaire sur les valeurs unitaires peuvent être utilisés en inhalothérapie lors d'activités exceptionnelles (non planifiées et non matérielles) réalisées par l'inhalothérapeute dans ces secteurs précis. Si, toutefois, ces activités sont réalisées sur une base régulière, elles ne peuvent faire l'objet d'une déclaration au c/a Inhalothérapie, mais bien au c/a concerné.

PAGE 17 PSYCHOLOGIE

Lignes 01 à 14 – Répartition des usagers et des interventions selon les statuts et les domaines conformément aux définitions suivantes :

Neuropsychologie

La neuropsychologie est l'étude du comportement et des phénomènes psychiques, cognitifs et émotionnels en relation avec l'anatomophysiologie du cerveau qui les sous-tend. Elle procède par l'analyse systématique des perturbations du comportement relevant de l'altération de l'activité cérébrale normale à la suite d'une maladie ou d'un dommage cérébral à des personnes pouvant tout aussi bien être des enfants, des adultes que des personnes âgées.

Ce domaine est exclusif au psychologue ayant un profil particulier de formation à l'intérieur d'un programme en psychologie et qui exerce cette fonction. L'usage de tests neuropsychologiques n'est pas suffisant pour répertorier des activités dans ce domaine.

Psychologie en milieu médical

La psychologie médicale s'intéresse particulièrement aux connaissances psychologiques susceptibles d'être appliquées en médecine et des apports de la médecine à la psychologie en ce qui a trait notamment aux réactions émotionnelles des usagers face à la maladie, aux interactions des malades avec leur entourage et le personnel soignant, à la préparation psychologique des usagers devant subir des interventions et au comportement des gens bien portants et malades face aux recommandations et interventions médicales. Ce domaine s'intéresse à toute personne ayant un problème de santé physique (ex. : oncologie, traumatologie, soins palliatifs, etc.).

Psychologie en santé mentale

La psychologie en santé mentale se réalise auprès des personnes ayant un trouble mental. Ce domaine s'adresse à l'ensemble des adultes quel que soit leur âge.

Depuis le 1er avril 2006, les données sur les coûts et les unités de mesure des services externes en psychiatrie déclarées au c/a 6330 par les établissements exploitant une mission CHSGS comprennent le coût du personnel de toute spécialité. Ce rattachement rend la déclaration des CHSGS identique à celle des CHPSY. De ce fait, des interventions liées à la santé mentale ne se retrouveront plus au s-c/a Psychologie (6564).

Pédopsychologie

La pédopsychologie est la psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent qui participe aux soins des jeunes ayant un problème de santé mentale.

Depuis le 1er avril 2006, les données sur les coûts et les unités de mesure des services externes en psychiatrie déclarées au c/a 6330 par les établissements exploitant une mission CHSGS comprennent le coût du personnel de toute spécialité. Ce rattachement rend la déclaration des CHSGS identique à celle des CHPSY. De ce fait, des interventions liées à la santé mentale ne se retrouveront plus au s-c/a Psychologie (6564).

Géronto-psychologie

La géronto-psychologie est l'étude du vieillissement sous l'aspect psychologique qui cible certains axes d'intervention spécifiques pour des personnes âgées.

Autres domaines

Il est peu probable que vous ayez à faire usage de ces lignes.

Parce que les statistiques sur les usagers recueillies au rapport statistique annuel tiennent compte des statuts et des domaines, elles peuvent différer des données déclarées au rapport financier. Au rapport financier, nous présentons les usagers différents pour l'ensemble du service.

Au rapport statistique, en ce qui concerne les statuts, nous les recueillons tous. De cette façon, nous pouvons, par différence, connaître le nombre de ces usagers ayant consulté sous plus d'un statut.

Au rapport statistique, nous trouvons également l'information par domaine. Dans l'éventualité où un client a été traité dans plus d'un domaine, le nombre d'usagers différents par domaine, déclaré au AS-478, pourrait être plus élevé que le nombre d'usagers différents du service de psychologie déclaré au AS-471. Cette distinction permet de connaître, par différence, le nombre d'usagers ayant consommé dans plus d'un domaine.

Quant aux interventions, elles ne peuvent faire l'objet d'une déclaration à plus d'un statut ou d'un domaine. C'est pourquoi le nombre déclaré au AS-471 est identique au AS-471.

PAGE 18 Pour être conforme au Manuel de gestion financière, on doit tenir compte des usagers hospitalisés, hébergés ou inscrits différents.

Lignes 01 à 17

La classification des usagers est fonction du diagnostic principal du médecin. En l'absence de cette information, il devient nécessaire de faire usage de la ligne « Autres ». Les usagers de la planification des naissances sont en fonction du service rendu.

Lignes 18 à 23

Les définitions des programmes-services accompagnent la grille de saisie prévue pour collecter les usagers différents. Elles peuvent être consultées sur le site Internet avec le c/a ou encore à la Section E – Programme de services et de soutien du chapitre 3 du Manuel de gestion financière. Vous trouvez également, aux explications de la page 33, une partie de ces définitions.

PAGES 19 À 22 **RÉGION DE RÉSIDENCE**

Lignes 01 à 21
L'établissement doit indiquer le nombre d'usagers admis ou inscrits au 31 mars de l'exercice en cours selon leur région de résidence(1). Il doit aussi présenter le nombre de traitements effectués durant l'exercice en cours pour les usagers selon la région de résidence et les répartir ensuite selon le statut de l'usager.

PAGE 19 **NOMBRE D'USAGERS**

Lignes 22 et 23 – Nombre d'usagers selon la voie d'accès vasculaire utilisée
Indiquer le nombre d'usagers selon la voie d'accès vasculaire utilisée au 31 décembre, tel que transmis au Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes.

NOMBRE DE GÉNÉRATEURS AU 31 MARS

Ligne 25
Indiquer le nombre de générateurs disponibles aux traitements en hémodialyse selon les modalités concernées en y excluant ceux en isolement présentés à la ligne 26.

Ligne 27
Indiquer le nombre de générateurs utilisables en cas de besoin selon les modalités concernées. Les générateurs sans désignation à une modalité seront rapportés à la colonne hémodialyse traditionnelle.

(1) La région de résidence correspond à l'adresse de la personne au 31 mars.

PAGE 20 USAGERS PLACÉS EN ISOLEMENT

Lignes 25 à 27 – Nombre de traitements en isolement
Nombre de traitements pour les usagers selon le statut admis ou inscrit placés en isolement afin de réduire les risques de contamination (ex. : C.difficile, SARM, etc.).

Le décompte n'est pas en lien avec le ratio de soignants/usagers puisque l'isolement peut impliquer un regroupement des usagers et du personnel.

Pour les colonnes 03, 04, 05 et 06, les xxx indiquent que l'information sur les traitements en isolement n'est pas requise pour les sous-centres d'activités 6793, 6794, 6795 et 6796, même si l'usager pouvait y avoir été placé.

PAGES 23, 24 ET 25 **AUDIOLOGIE ET ORTHOPHONIE**

Se référer à la note d'orientation NOCC-18 pour compléter cette section. Vous y trouvez les regroupements d'affections pour chacun des diagnostics mentionnés. Nous en reprenons, ici, quelques extraits sans la pagination originale.

1. DÉFINITION DES TERMES UTILISÉS

1.1 SOINS DE GROUPE

Les soins offerts à un groupe de personnes sont considérés comme soins de groupe lorsqu'une même intervention professionnelle s'adresse à l'ensemble des membres du groupe.

1.2 DIAGNOSTIC

Pour les fins des présentes, le diagnostic correspond à une « clientèle », un « type de clientèle », un « genre d'affection » pour lequel l'usager est traité.

1.3 L'USAGER

C'est l'usager ayant fait l'objet d'une intervention durant l'exercice. Il ne peut s'agir de tests de dépistage systématique, administrés en quelques minutes aux nouveau-nés, permettant d'identifier les bébés à risque de souffrir de problèmes d'audition. Il s'agit de compter les usagers différents ayant fait l'objet d'au moins une intervention. Chaque usager ne doit être compté qu'une seule fois durant l'exercice. L'usager qui est l'objet d'une intervention à la suite d'un diagnostic différent n'est pas considéré comme un nouvel usager. Le nombre total des usagers est établi pour l'exercice allant du 1er avril au 31 mars. L'usager qui passe du statut d'admis à inscrit ou d'inscrit à admis n'est pas considéré comme un nouvel usager.

Pour les fins de la classification des heures de prestation de services et des jours-traitements par diagnostic, les heures de prestation de service et les jours-traitements offerts à un usager qui revient pour un diagnostic différent (non considéré comme un nouvel usager) seront classifiées sous le nouveau diagnostic.

1.4 JOUR-TRAITEMENT

Le jour-traitement a été défini dans chacun des centres d'activités concernés.

PAGES 23, 24 ET 25 (suite)

AUDIOLOGIE ET ORTHOPHONIE

2. USAGERS / JOURS-TRAITEMENTS / DIAGNOSTIC

Les usagers, les jours-traitements et les heures de prestation de services seront classifiés en fonction du diagnostic pour lequel ils sont référés.

3. ENREGISTREMENT DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICE

Les heures de prestation de services ont été définies dans les centres d'activités concernés.

Toutes les heures de prestation de services (heures travaillées payées) devront être classifiées en fonction des catégories, des usagers, des jours-traitements et des diagnostics à l'exception de :

1) Les heures travaillées auprès des groupes de 16 et plus seront mesurées globalement et ne seront pas classifiées en fonction des paramètres mentionnés précédemment.

2) Les heures travaillées en équipe multidisciplinaire pour des usagers autres que ceux traités par le thérapeute seront mesurées globalement et ne seront pas classifiées en fonction des paramètres mentionnés précédemment.

3) Le temps consacré par un thérapeute à l'un de ses usagers en équipe multidisciplinaire est relevé au nom du usager.

4) Les heures consacrées à la consultation clinique pour des usagers autres que ceux traités par le thérapeute seront mesurées globalement et ne seront pas classifiées en fonction des paramètres mentionnés précédemment.

PAGES 23, 24 ET 25 (suite)

AUDIOLOGIE ET ORTHOPHONIE

4. LES PHASES DE RÉADAPTATION SONT LES SUIVANTES

Les phases de réadaptation ont, de façon générale, un rapport direct avec la mission de l'établissement.

4.1 DIAGNOSTIC / TRAITEMENT

. pour les personnes ayant des incapacités temporaires, OU sur la voie de la chronicité n'entraînant pas de perturbation dans la réalisation des habitudes de vie

. réadaptation précoce et en Unité de Courte Durée Gériatrique (UCDG)

. services courants de réadaptation (hospitalisé et externe)

Réadaptation offerte, de façon générale, dans les centres hospitaliers de courte durée.

4.2 RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (RFI)

. pour les personnes ayant des incapacités temporaires OU dont le pronostic laisse entrevoir la possibilité d'incapacités significatives et persistantes

. RFI (hospitalisé)

Réadaptation offerte, de façon générale, par les établissements ayant un mandat d'URFI (centre d'activités 6080).

4.3 ADAPTATION / RÉADAPTATION

. pour les personnes ayant des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience congénitale ou acquise

. pour les personnes ayant des incapacités temporaires sur la voie de la chronicité et entraînant une perturbation dans la réalisation des habitudes de vie

. adaptation et réadaptation pour le développement de l'autonomie fonctionnelle, sociorésidentielle, sociale et professionnelle

Réadaptation offerte, de façon générale, dans les hôpitaux de réadaptation, de même que dans certains hôpitaux de jour.

4.4 SOUTIEN À L'INTÉGRATION SOCIALE

. pour les personnes ayant des incapacités significatives et persistantes

. services de maintien dans le milieu de vie naturel ou visant le maintien des acquis.

Réadaptation offerte, de façon générale, en CHSLD ou en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour les usagers en attente d'hébergement.

PAGES 26, 27 ET 28 **PHYSIOTHÉRAPIE ET ERGOTHÉRAPIE**

Se référer à la note d'orientation NOCC-17 pour compléter cette section. Vous y trouvez les regroupements d'affections pour chacun des diagnostics mentionnés. Les extraits repris en audiologie et orthophonie s'appliquent aussi en physiothérapie et ergothérapie.

PAGE 29 L'UNITÉ DE MÉDECINE DE JOUR

Nous vous présentons les activités les plus significatives réalisées à l'unité de médecine de jour. Le jour-soins inclut les instructions et les relances faites aux usagers inscrits. Ce statut pouvant être attribué après un statut d'admis dans une même journée. L'usager est un adulte ou un enfant.

Nous relevons les activités principales seulement, les soins secondaires ne sont pas communiqués, ni les complications.

La ligne « Autres » est utilisée afin de déclarer les soins pour l'ensemble des cas non typiques (en petit nombre). Elle est inappropriée pour y déclarer des activités déjà listées ou offertes à des enfants.

Pour chacune des activités, veuillez inscrire le nombre de jours/soins à la colonne 1 et le nombre d'usagers différents à la colonne 2.

Bien que pouvant avoir été pratiquées à l'unité par accommodement, les interventions suivantes ne répondent pas à la définition de la médecine de jour et ne peuvent figurer dans le relevé des unités de mesure :

- Prélèvements ou T-Quick ou autres activités de laboratoires
- Vaccins ou P.P.D.
- Évaluation, plâtre ou autres visites en consultations spécialisées
- Photothérapie

Ligne 01 – Examens multiples coordonnés le même jour
Organisation des divers services, d'une manière ordonnée et efficace, pour chacun des clients vulnérables ou du guichet clinique (aussi appelé guichet de coordination, accueil clinique).

Ligne 02 – Bilan préopératoire pour préadmission
Utilisé seulement pour les clients qui seront hospitalisés à la suite de l'opération. Comprend les bilans faits en présence de l'usager et exceptionnellement ceux faits par téléphone (voir définition du jour-soins au c/a 7090). Il y aura autant de jours-soins que de visites ou d'appels téléphoniques.

Ligne 03 – Préparation à une chirurgie avec hospitalisation
Utilisé pour la préparation physique des usagers arrivant le jour même de la chirurgie et qui ensuite seront hospitalisés.

Lignes 04 à 12 — Coordination ou préparation et/ou surveillance
Comprend les différentes actions avant ou après une intervention pratiquée ailleurs qu'à l'unité de médecine de jour.

Lignes 04 et 05 – Biopsies
Biopsies percutanées à l'aiguille : prélèvement, in vivo, d'un fragment d'organe, de tissu ou de néoplasme, dans le but de le soumettre à un examen histologique, microbiologique ou immunologique, pour établir un diagnostic.

Lignes 06, 13 et 14 – Ponctions
Ouverture ponctiforme ou très étroite pratiquée avec un bistouri, un trocart, une aiguille, un cautère dans un organe cavitaire ou une collection purulente pour en évacuer le contenu (ponction évacuatrice) ou, simplement, pour asseoir un diagnostic (ponction exploratrice).

Lignes 07 et 08 – Techniques endoscopiques
Le temps donné est un temps moyen qui ne tient pas compte des complications qui peuvent survenir. Cette valeur englobe la période passée par l'usager sur l'unité sachant qu'elle peut inclure du temps d'attente.

Lignes 13 à 23 – Interventions diagnostiques et thérapeutiques
Comprend les interventions pratiquées à l'unité de médecine de jour.

Ligne 18 – Chimiothérapie
Réalisation de séances de chimiothérapie en l'absence d'un service d'hémato-oncologie seulement. Lors d'un débordement, le coût et les unités de mesure doivent être retournés au centre d'activités prévu.

Lignes 24 à 34 – Enseignement et suivi
L'enseignement, par opposition au terme « instruction » qui est une information fournie pour un besoin ponctuel (ex. : donner l'indication à l'usager d'être à jeun avant un examen), englobe toutes les activités qui visent à transmettre à l'usager des connaissances théoriques et pratiques, à développer ou à faire acquérir des capacités ou habiletés concernant une maladie chronique, ou encore sur la prévention de maladie.

Même si ici, l'activité principale est l'enseignement, elle comprend également la prise en charge des cas les plus sévères et complexes, ainsi que certains actes cliniques tels que des prélèvements, soins de plaies, irrigation de cathéters, vaccination, etc.

***Ligne 27 – Insuffisance rénale* chronique (prédialyse)**
Suivi systématique et interdisciplinaire des usagers qui ont une insuffisance rénale chronique, progressive ou non progressive, incluant la préparation à la suppléance rénale (dialyse). Ce suivi s'obtient par une évaluation clinique, biologique, sociale et nutritionnelle ainsi que par les interventions appropriées qui découlent des évaluations précédentes. L'objectif global est de préserver la fonction rénale le plus longtemps possible et maintenir l'autonomie de la personne atteinte d'insuffisance rénale chronique.

Ligne 26 – Maladies cardiovasculaires
Comprend entre autres l'insuffisance cardiaque, la réadaptation coronarienne, les troubles vasculaires, …

Ligne 28 – Greffe
Rénale, cardiaque, pulmonaire ou hépatique. En cas de préparation à la chirurgie, compiler le jour-soins à la ligne 02 (Bilan préopératoire).

Colonne 3 - Appels téléphoniques
Il s'agit seulement des conversations amenant une révision de la médication, un ajustement au plan de soins ou un enseignement et celles relevées dans le jour-soins à la ligne 02 – Bilan préopératoire pour préadmission.

PAGE 30 **Lignes 04 à 06 – Définition des termes utilisés**

Prêt de documentation

Tout document prêté (monographies, périodiques, documents audiovisuels, logiciels) et enregistré comme tel;
La diffusion de périodiques à une installation satellite est considérée comme un prêt;
Le prêt entre bibliothèques n'est pas considéré comme prêt de documentation;
Une unité de mesure doit être comptée pour chaque prêt de documentation;
1 document prêté à un usager = 1 prêt;
2 documents prêtés au même usager = 2 prêts.

Prêt entre bibliothèques

C'est le nombre total de demandes de prêt de documentation entre bibliothèques, reçues de l'extérieur ou transmises à l'extérieur.

Une unité de mesure doit être comptée pour chaque document demandé à l'extérieur ou pour toute demande de document reçue de l'extérieur.

1 document demandé à l'extérieur ou la demande d'un document reçue de l'extérieur = 1 prêt.
2 documents demandés à l'extérieur ou la demande de deux documents reçue de l'extérieur = 2 prêts.

Recherche documentaire

C'est le nombre de recherches documentaires effectuées par le personnel de la bibliothèque par des moyens informatiques, manuels ou autres pour répondre aux demandes d'un usager de même que les recherches effectuées par les usagers eux-mêmes sur des serveurs informatiques.

Une unité de mesure doit être comptée pour chacune des recherches documentaires effectuées par le personnel de la bibliothèque.

Une unité de mesure doit être comptée pour chacune des recherches documentaires effectuées par les usagers eux-mêmes sur des serveurs informatiques dans la mesure où cette recherche est déjà comptée de façon automatisée par le serveur informatique, lequel doit mesurer, soit l'accès à une banque de données (1 unité de mesure par personne), soit l'impression de résultats de recherche.

Lignes 08 et 09, Colonne 02 – Alimentation
Le nombre de repas comprend ceux servis aux usagers inscrits, aux usagers enregistrés (ex. : urgence), aux bénévoles, à certains employés dans le cadre de leur fonction et autres.

PAGE 31 USAGERS ADMIS EN CHSLD

SONT EXCLUES DE CETTE PAGE, LES DONNÉES CONCERNANT LES USAGERS DES CENTRES DE JOUR POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (6960) ET DES HÔPITAUX DE JOUR (6290).

Lignes 01 à 26 : Tous les usagers admis en **CHSLD** incluant l'hébergement temporaire et l'URFI lorsque cette dernière n'apparaît pas au permis en soins généraux et spécialisés.

Lignes 01 à 12 – DISTRIBUTION PAR GROUPE D'ÂGE
L'âge de l'usager admis (ou inscrit) au 1er avril de l'exercice concerné, et l'âge à l'admission ou à l'inscription pour les nouveaux usagers servent pour la distribution par groupe d'âge. L'âge n'est pas changé à la date d'anniversaire, durant l'exercice concerné.

Colonne 01 – Nombre au début de l'année (1er avril)
Nombre d'usagers qui, au début de la période couverte par le rapport, reçoivent des services d'un établissement. Tout usager en congé temporaire (voir « Congés temporaires » à la fin des notes explicatives de la page 31) à cette date doit être inclus dans le calcul.

Colonne 02 – Admissions (excluant les déplacements internes (arrivées))
Une personne est admise dans un établissement lorsque son état nécessite un hébergement et des soins de longue durée, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement (art. 440 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux), (L.R.Q., chapitre S-4.2).

Les admissions dont il s'agit représentent le nombre de personnes effectivement hébergées excluant celles dont la demande est acceptée mais dont l'admission à l'établissement dépend des disponibilités ou des lits disponibles.

Colonne 04 – Sorties (excluant les déplacements internes (départs))
C'est le nombre d'usagers qui ont quitté l'établissement en raison d'un congé définitif ou d'un transfert à un autre CHSLD, incluant les décès qui ont lieu dans un autre établissement où ils sont admis (ex. : CH), tout en demeurant admis dans votre établissement.

Colonne 05 – Décès
C'est le nombre d'usagers décédés durant l'année du rapport, excluant les cas indiqués à la colonne 04.

Colonne 06 – Nombre à la fin de l'année
Nombre d'usagers hébergés présents à la fin de l'année. Tout usager admis en congé temporaire à cette date doit être inclus dans le calcul.

Colonne 07 – Nombre de jours-présence
Inscrire le nombre de jours-présence pour chaque groupe d'âge pour l'exercice en cours.

PAGE 31 (suite) **Lignes 13 à 26 – PROVENANCE DES USAGERS ADMIS ET DESTINATION DES USAGERS SORTIS DURANT L'ANNÉE**

Indiquer à la ligne appropriée le nombre d'usagers qui ont été admis ou qui sont sortis (soit ceux indiqués aux colonnes 01 et 02) selon leur lieu de provenance ou leur lieu de sortie.

Ligne 13 – Domicile sans service

A. Domicile privé : Maison privée, appartement privé ou résidence d'hébergement privée sans service. (Si avec services, inscrire à la ligne 14).

B. Habitation à loyer modique (HLM) sans service :
Immeubles à caractère résidentiel offrant des unités de logement à des personnes à faibles revenus. Le choix des locataires est de la responsabilité de l'Office municipal d'habitation (OMH) de chaque municipalité suivant plusieurs critères notamment, celui du revenu des requérants.

Ligne 14 – Domicile avec services

A. Chambre et pension : Immeuble à caractère résidentiel offrant des chambres privées ou semi-privées louées à la semaine, au mois ou avec bail. Certaines ressources offrent, outre le gîte et le couvert, des services d'appoint[(1)].

B. Habitation à loyer modique (HLM) avec services : Définition identique à celle décrite ci-dessus au point B, mais en plus, la personne âgée en perte d'autonomie bénéficie des services offerts par un CLSC qui a signé une entente avec l'OMH dans le cadre d'une collaboration intervenue entre la Société d'habitation du Québec (SHQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

C. Résidence privée d'hébergement avec services : Immeuble à caractère résidentiel offrant des appartements complets (1 1/2, 2 1/2, 3 1/2, 4 1/2) loués avec bail qui offre un encadrement à une clientèle autonome ou semi-autonome de même qu'une variété de services d'appoint influençant le coût du loyer.

D. Résidence privée d'hébergement agréée : Même définition qu'au point C, cependant, la résidence est de plus titulaire d'un agrément délivré en vertu de l'article 454 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de sorte qu'elle reçoit, de la part de l'agence, une allocation financière suivant la nature des services offerts à une clientèle en perte d'autonomie.

E. Programme de logement sans but lucratif privé (SHQ) : Logements réalisés par une coopérative d'habitation ou un organisme sans but lucratif grâce à une aide financière dans le cadre du programme de logement sans but lucratif privé de la Société d'habitation du Québec (SHQ). Ces logements s'adressent à des personnes à faibles revenus ayant des besoins spéciaux. Ils offrent différents services en fonction des besoins de la clientèle en privilégiant le recours aux ressources existantes.

Lignes 17 à 20 – CHSLD privé

Ligne 17 – CHSLD privé conventionné - général incluant celui à taux forfaitaire
CHSLD privé conventionné - général :
Établissement appartenant à un groupe particulier qui a signé une convention générale avec le ministère de la Santé et des Services sociaux par le biais de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). Il admet des personnes âgées orientées par le comité d'orientation/admission de la région.

CHSLD privé conventionné - général à taux forfaitaire :
Même définition que ci-dessus mais cet établissement est rémunéré selon un taux forfaitaire fixé par le gouvernement.

(1) Les services d'appoint peuvent être les suivants : animation, loisir, pastorale, buanderie, entretien ménager, services infirmiers ou soins médicaux.

PAGE 31 (suite)

Ligne 18 – CHSLD privé non conventionné

Un établissement privé non conventionné, ou mieux connu sous l'ancienne appellation de « Centre d'accueil privé autofinancé (CAPA) », détient un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux pour exploiter un centre d'hébergement et de soins de longue durée sans avoir recours au fonds consolidé du revenu.

Ligne 19 – CHSLD privé non conventionné agréé*

Même définition qu'à la ligne 18; cependant, l'établissement est de plus titulaire d'un agrément délivré en vertu de l'article 454 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q., chapitre S-4.2) de sorte qu'il reçoit, de la part de l'agence, une allocation financière suivant la nature des services offerts à une clientèle en perte d'autonomie.

Ligne 20 – CHSLD privé conventionné - spécifique*

Même définition qu'à la ligne 17; cependant, l'établissement a signé une convention dans le cadre du programme « d'achat de places », de sorte qu'il reçoit une aide financière afin d'admettre des personnes âgées orientées par le comité d'orientation/admission de la région.

Ligne 26, Colonne 01 – Total des admissions

Le total de la ligne 26 colonne 01 doit correspondre à la ligne 12 colonne 02.

Ligne 26, Colonne 02 – Total des sorties

Le total de la ligne 26 colonne 02 doit correspondre à la ligne 12 colonne 04.

* Inscrire les données des lignes 19 et 20 avec celles des lignes 17 ou 18 selon qu'il s'agit de CHSLD privé conventionné ou non conventionné.

PAGE 32 **Ligne 01 – Durée de séjour**

C'est le nombre de jours du séjour des usagers admis qui ont quitté durant l'année du rapport en raison d'un départ définitif (sortie et décès).

Le nombre de jours de séjour est cumulatif c'est-à-dire qu'il se calcule à partir de la date d'admission d'un usager jusqu'à celle de son départ (sortie ou décès). Voir les règles à suivre et les exemples de ce calcul au Tableau I à la fin du rapport.

Ligne 02 – Durée moyenne de séjour

Moyenne de séjour en jours des usagers qui ont quitté définitivement (sortie et décès) durant l'année du rapport.

Compléter à l'unité le chiffre obtenu après le point.
Ex. : 278.8 jours. Inscrire 279 jours.

Ligne 03 – Durée de séjour

C'est le nombre de jours du séjour des usagers admis qui sont présents au 31 mars.

Le nombre de jours de séjour est cumulatif c'est-à-dire qu'il se calcule à partir de la date d'admission d'un usager jusqu'au 31 mars. Voir la règle à suivre et les exemples de ce calcul au tableau II à la fin du rapport.

Ligne 04 – Durée moyenne de séjour

Moyenne de séjour en jours des usagers qui sont présents au 31 mars.

Compléter à l'unité le chiffre obtenu après le point.
Ex. : 278.8 jours. Inscrire 279 jours.

PAGE 32 (suite) **CONGÉS TEMPORAIRES**

Un congé temporaire est une période d'absence d'une journée et plus autorisée par l'établissement à un usager pour s'absenter de son lieu d'hébergement et de soins de longue durée pour les raisons suivantes :

a) pour vacances, sorties, etc.

b) pour traitements médicaux et hospitalisation

c) sont également inclus dans un congé temporaire les jours d'absence sans autorisation tels que les fugues.

Selon les modalités suivantes :

1. Dans le cas des usagers admis recevant des services d'hébergement et des soins de longue durée, ces jours d'absence sont ceux qui constituent des périodes de 15 jours consécutifs ou moins. Cette particularité s'applique aussi à l'intérieur d'un même établissement.

2. Dans le cas des usagers admis recevant des soins généraux et spécialisés, ces jours d'absence sont ceux qui constituent des périodes de 7 jours consécutifs ou moins.

(Réf. : Manuel de gestion financière, vol. 01, chap. 03, p. 04 à 4.2.1.1 et .2.)

Ligne 05
Inscrire le nombre d'usagers hébergés qui ont été absents pour congés temporaires durant l'année du rapport.

Ligne 06
Inscrire le nombre de congés temporaires pris par les usagers hébergés durant l'année du rapport.

Ligne 07
Inscrire le nombre de jours pendant lesquels les usagers hébergés ont été absents pour congés temporaires.

Exemple :

Trois usagers hébergés ont pris respectivement quatre congés temporaires de 5, 6, 7 et 10 jours chacun :

3 usagers x 5 jours = 5 jours-absence

3 usagers x 6 jours = 18 jours-absence

3 usagers x 7 jours = 21 jours-absence

3 usagers x 10 jours = 30 jours-absence

3 usagers totalisant 84 jours-absence

Ligne 05 (col. 1) : 3 usagers

Ligne 06 (col. 1) : 12 congés

Ligne 07 (col. 1) : 84 jours-absence, parce que tous ces congés ont été pris sur des périodes de 15 jours consécutifs ou moins

Lorsque la durée d'un congé temporaire dépasse les limites prévues, ce dépassement ne peut être inscrit à la ligne 07 mais plutôt à la ligne 08.

PAGE 33 Lignes 01 à 06 – Durée de séjour des usagers hébergés en CHSLD

C'est le nombre de jours des usagers hébergés depuis leur arrivée dans l'établissement. Voir les règles à suivre et les exemples aux tableaux à la fin du rapport.

Ligne 03 – Durée moyenne de séjour
L.01 divisée par L.02

Ligne 06 – Durée moyenne de séjour
L.04 divisée par L.05

Lignes 11 à 16 – Hébergement temporaire
Programme qui consiste à rendre disponible, pour un court séjour, (ne dépassant pas généralement 30 jours), un lit en établissement à une personne présentant une ou des incapacités, en vue d'un retour à domicile. Il existe cinq motifs qui justifient le recours à l'hébergement temporaire dans le cadre du maintien à domicile.

Ce programme peut être utilisé dans les situations suivantes :

Répit aux aidants : Permet des vacances à la personne qui assume la garde de la personne en perte d'autonomie, à domicile.

Dépannage familial : Répond à une situation subite, imprévue telle que la maladie, l'hospitalisation ou la mortalité de la personne qui assume la garde de l'adulte ou de la personne âgée en perte d'autonomie.

Désengorgement des urgences : Libère de la salle d'urgence d'un centre hospitalier une personne dont l'état ne requiert pas des soins justifiant une hospitalisation mais qui ne peut être retournée immédiatement à son domicile.

Protection sociale : Assure, le plus rapidement possible, le refuge et la protection dans un milieu sécuritaire à l'adulte ou la personne âgée à domicile identifié comme victime de violence, mauvais traitements ou abus de toutes sortes.

Convalescence : Hébergement centré sur la convalescence, c'est-à-dire sans plan d'intervention en réadaptation au cours duquel l'usager se rétablit progressivement si, dans son milieu, il ne dispose pas de ressources humaines et matérielles appropriées.

Note : Lorsque l'hébergement temporaire est offert plus d'une fois au même usager, le centre d'hébergement et de soins de longue durée ouvre un seul dossier, calcule une nouvelle admission à chaque séjour et complète les formulaires appropriés. Les hébergements temporaires sont identifiés suivant les définitions précitées et compilées adéquatement.

PAGE 33 (suite)

Ligne 17 – Hébergement de crise

Hébergement adapté aux nécessités particulières de l'intervention de crise, y compris les crises suicidaires. L'hébergement de crise permet d'accompagner les personnes aux prises généralement avec un trouble mental avéré ou présumé.

Ligne 18 – Services posthospitaliers

Prestation de services visée par un accord portant sur des services posthospitaliers afin que des personnes âgées en perte d'autonomie puissent se rétablir après un séjour hospitalier.

Lignes 21 à 24 - Hébergement temporaire vendu ou acheté

L'établissement se réfère à la note 16 des instructions générales de comptabilisation au chapitre 4 du Manuel de gestion financière portant sur les services posthospitaliers.

Lignes 21 et 22 - Services d'hébergement et de soins vendus appelés « Vente de places »

Parmi les informations figurant aux lignes 11 à 19 et présentant les durées de séjour selon les catégories de besoins, indiquer celles attribuables à des ventes de services selon qu'il s'agisse de services posthospitaliers ou autres ventes. Il ne peut s'agir de services pour le compte de l'établissement.

Lignes 23 et 24 - Services d'hébergement et de soins achetés appelés « Achat de places »

Achat de services d'hébergement et de soins en CHSLD privé non conventionné appelé « Achat de places » selon qu'il s'agisse de services posthospitaliers ou autres achats.

Col. 01, 02 et 05 : indiquer le nombre d'usagers
Col. 03 : indiquer le nombre total de jours-présence compilés suivant le MGF

PAGE 34 **DISTRIBUTION DES JOURS-PRÉSENCE DU C/A 6060 – SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ENTRE LES PROGRAMMES-SERVICES**

Les établissements exploitant aussi la mission d'un centre de réadaptation ne doivent pas confondre ces activités avec celle d'hébergement de la mission CHSLD.

Ces informations ne tiennent pas compte de l'hébergement déclaré au centre d'activités 6270 - Soins aux personnes en perte d'autonomie avec diagnostic psychiatrique et au centre d'activités 6080 – URFI

Lignes 01 à 12

Les données visées ici se rapportent aux jours-présence compilés du 1er avril au 31 mars au c/a 6060 (selon les règles du MGF – Section B, chapitre 3, page 3). L'établissement ventile les jours-présence en fonction de l'âge des usagers. L'âge de l'usager au 1er avril de l'année ou l'âge à l'inscription pour les nouveaux usagers servent pour la distribution par groupe d'âge. L'âge n'est pas changé à la date d'anniversaire durant l'année. Un programme-services désigne ici un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

LES SERVICES ET LA CLIENTÈLE

1. Perte d'autonomie liée au vieillissement

Les services viennent compenser des incapacités acquises avec l'âge, des maladies assez souvent chroniques et des troubles mentaux survenant au cours du vieillissement et entraînant une perte d'autonomie qui peut causer une situation de dépendance (ex. : Alzheimer, démence).

Les services sont offerts aux personnes qui ont des problèmes à maintenir leur intégration sociale et leur autonomie à cause de divers problèmes associés au vieillissement. L'âge seul n'est pas un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème.

2. Déficience physique

Les services s'adressent aux personnes dont la déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage et de la parole entraîne des incapacités significatives et persistantes. Cette définition fait référence à des personnes appartenant à tous les groupes d'âge.

Par ailleurs, un changement dans la condition de la personne ayant une déficience physique telle que l'aggravation des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé peut l'amener vers le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, parce qu'elle présente les caractéristiques de cette clientèle et que les services ne répondront plus seulement aux besoins liés précisément à la déficience physique.

Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et dont le profil de besoins correspond à celui de la déficience physique (ex. : sclérose en plaques) font partie de ce programme.

3. Déficience intellectuelle

Les services s'adressent aux personnes présentant une déficience intellectuelle. La déficience intellectuelle se manifeste par un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant dans l'enfance.

4. Troubles envahissants du développement

Les services s'adressent aux personnes souffrant de troubles envahissants du développement (TED). Les troubles envahissants du développement se traduisent par des difficultés sur le plan des interactions avec l'entourage, de la communication verbale et non verbale, des intérêts et des comportements (restreints, stéréotypés et répétitifs).

5. Dépendances

Les services s'adressent aux personnes qui font un usage inapproprié de substances psychotropes (alcool, substances illégales et médicaments toxicomanogènes, etc.) ou présentant une dépendance aux jeux de hasard et d'argent. L'usage inapproprié fait référence à un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique et social, bref un usage qui constitue une menace pour la santé, pour la sécurité ou pour le bien-être des individus, de leur entourage ou de la collectivité.

6. Santé mentale

Les services visent à permettre à toutes les personnes présentant des troubles mentaux d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.

7. Santé physique

Les services comprennent ceux offerts :

- aux urgences;
- lors d'épisodes de soins aigus spécialisés et ultraspécialisés, les visites spécialisées en ambulatoire et à domicile;
- en soins palliatifs;
- et destinés aux malades chroniques qui ont besoin d'un suivi systématique et qui doivent recevoir des services en continu.

La page suivante est la page 37.

PAGE 35 CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Compléter les tableaux pour les usagers en centre de jour de la même façon que pour les usagers hébergés à la page 31 du rapport en les répartissant par groupe d'âge.

Colonne 02 – Inscriptions durant l'année
Désigne les usagers qui ont été inscrits durant l'année et qui, après avoir été évalués, reçoivent des services selon un plan d'intervention.

Colonne 04 – Départs durant l'année
Indiquer les usagers qui ont quitté le centre de jour pour décès, pour cause de récupération d'autonomie, d'admission en établissement, etc.

PAGE 37 ACTIVITÉS DU CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Ligne 15 – Nombre de plans d'intervention
Inscrire le nombre d'usagers pour lesquels un plan d'intervention a été élaboré.
Un plan d'intervention est établi pour chaque usager du centre de jour et comprend : l'identification des besoins de l'usager, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée prévisible pour atteindre ces objectifs. Le plan d'intervention assure donc la coordination des activités de l'ensemble des intervenants du centre de jour en concertation avec l'usager.

Ligne 16 – Nombre de plans de services
Inscrire le nombre d'usagers pour lesquels un plan de services a été élaboré.
Le plan de services est l'outil de coordination des plans d'interventions.

Lignes 17 à 23 – Références des usagers inscrits durant l'année
On entend par référence, l'identification de l'instance qui a dirigé l'usager vers le centre de jour pour l'obtention d'un ou de plusieurs services.
Indiquer par qui les usagers inscrits durant l'année ont été référés au centre de jour.
Indiquer dans « autres » les diverses sources de référence : les établissements du réseau, club de l'âge d'or, famille, etc.

Lignes 24 à 26 – Transport des usagers
Indiquer le nombre de transports d'usagers qui ont été réalisés par le centre de jour **annuellement**.

Chaque transport aller-retour pour un usager compte pour deux transports d'usagers.
Un usager qui a ainsi été transporté 25 fois aller-retour durant l'année compte pour 50 transports d'usagers.

Dans le cas d'un transport comprenant plus d'un usager, on doit compter autant de transports que d'usagers transportés.

La page suivante est la page 40.

PAGE 38 HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

Compléter cette page de la même façon que la page 35.

PAGE 40 HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

Compléter les lignes 01 à 14, en inscrivant le nombre d'heures travaillées par les employé(e)s qui travaillent pour l'hôpital de jour.

PAGE 41 **Jours-présence et usagers en ressources non institutionnelles : ressources de type familial – famille d'accueil, résidence d'accueil, autres ressources et ressources intermédiaires.**

Les données visées ici se rapportent aux usagers différents qui ont occupé une place dans les ressources de l'établissement durant l'année. Cette page doit refléter les mouvements totaux à l'intérieur de chacune des ressources énumérées aux lignes 01 à 20.

Lignes 01 à 08 – Ressources de type familial (RTF)
Les ressources de type familial regroupent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

Peuvent être reconnues par l'agence à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficultés qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

De plus, la ressource de type familial peut également dispenser les services suivants :

- les services de réadaptation : la ressource est alors tenue de collaborer à la réalisation d'un programme de réadaptation supervisé par un établissement qui offre ce type de services;
- les services de dépannage : la ressource accepte d'accueillir un usager sans préavis ou avec peu d'avis.

Ces ressources correspondent à celles dont les coûts sont imputés aux centres d'activités 5520 « Ressources de type familial – Familles d'accueil » et 5530 « Ressources de type familial – Résidences d'accueil ».

Lignes 09 à 13 – Autres ressources non institutionnelles
Ces ressources correspondent à celles dont les coûts sont imputés au centre d'activités 5540 « Autres ressources non institutionnelles d'hébergement ». Elles comprennent seulement les ressources non institutionnelles non reconnues RTF ou RI.

Lignes 14 à 18 – Ressources intermédiaires (RI)
Est une ressource intermédiaire, toute ressource reconnue par l'agence de la santé et des services sociaux (agence) et rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

L'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée, sauf pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chapitre P-34.1) où il est alors considéré comme lieu d'hébergement d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation.

Ces ressources correspondent à celles dont les coûts sont imputés au centre d'activités 5510 « Ressources intermédiaires ».

PAGE 41 (suite) **Jours-présence et usagers en ressources non institutionnelles : ressources de type familial – famille d'accueil, résidence d'accueil, autres ressources et ressources intermédiaires**

Lignes 01 à 18 – Programmes-services (excluant les colonnes 06 et 07)
Les programmes-services répondant à des problématiques particulières désignent un ensemble de services et d'activités organisés 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. Un programme-services correspond, en fait, à une trajectoire de services.

Les programmes-services répondant à des problématiques particulières sont les suivants (voir explications de la page 34) :

- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Déficience physique
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)
- Jeunes en difficulté
- Dépendances
- Santé mentale
- Santé physique

Colonnes 01 et 04 – Usagers au début ou à la fin de l'année
Si certains usagers sont en congé temporaire, selon les règles prévues au Manuel de gestion financière, ils doivent être comptés. De plus, si un usager reçoit des services dans plus d'un programme-services, il doit être compté dans chacun des programmes et dans chacune des ressources.

Colonne 02 – Nouveaux usagers durant l'année
L'usager est considéré comme nouveau si son hébergement n'a pas débuté avant le 1er avril de l'année. De plus, il ne peut être compté plus d'une fois durant l'année dans le même type de programme-services. L'usager qui connaît un départ et qui, à nouveau, requiert des services d'hébergement dans le même type de programme-services, il ne sera pas recompté.

Colonne 03 – Départs d'usagers durant l'année
L'établissement indique le nombre d'usagers qui quittent un programme-services sans être hébergés à nouveau dans un même programme-services ou ressource durant l'année.

Colonne 05 – Jours-présence
Le jour-présence correspond à la somme de certains jours rétribués à la ressource à l'égard des rétributions selon l'échelle et la rétribution spéciale intitulée « Placement de dépannage, de répit ou de convalescence ».

Colonnes 06 et 07 – Places disponibles et ressources reconnues
L'établissement indique pour chacun des s-c/a le nombre de places disponibles au 31 mars (qu'elles aient été occupées ou non au 31 mars) et le nombre de ressources reconnues par l'agence aux lignes 03, 09, 15 et 21 pour chacun des types de ressources. Le détail par programme ne pouvant s'appliquer.

PAGE 41 (suite) **Jours-présence et usagers en ressources non institutionnelles : ressources de type familial – famille d'accueil, résidence d'accueil, autres ressources et ressources intermédiaires**

Lignes 19 et 20 - services posthospitaliers achetés d'une ressource

L'établissement se réfère à la note 16 des instructions générales de comptabilisation au chapitre 4 du Manuel de gestion financière portant sur les services posthospitaliers.

Parmi les informations déclarées au s-c/a 5514 – Ressources intermédiaires – Perte d'autonomie liée au vieillissement ou au s-c/a 5544 – Autres ressources - Perte d'autonomie liée au vieillissement, indiquer celles pour avoir eu recours à ces ressources pour des services posthospitaliers.

Lignes 21 à 25 – Usagers par type d'organisation résidentielle en RI au 31 mars
Les données visées ici se rapportent aux usagers compilés au centre d'activités 5510 - Ressources intermédiaires (RI) décrit au Manuel de gestion financière, chapitre 4, durant l'année. Toutefois, l'établissement doit exclure les données se rapportant aux usagers qui n'ont pas occupé une place dans les ressources intermédiaires rattachées à l'établissement durant l'année.

Usagers à la fin de l'année
L'établissement indique le nombre d'usagers au 31 mars inscrits à ses services dispensés dans les types d'organisation identifiés aux lignes 21 à 25. Si un usager reçoit des services d'une RI dans plus d'une ressource, il doit être compté dans chacune des ressources.

TYPE D'ORGANISATION RÉSIDENTIELLE

Les caractéristiques propres à chaque type d'organisation résidentielle constituent l'assise principale permettant à la ressource d'assurer à l'usager les services que sa situation requiert. Leur nomenclature vise à en circonscrire les principaux modèles.

Appartement supervisé

L'appartement est un lieu où résident un ou plusieurs usagers. L'usager n'est pas locataire de ce lieu dont la ressource intermédiaire est soit propriétaire, soit locataire elle-même.

L'usager ne détient pas de bail ou ne paye pas de loyer. Sa contribution en tant qu'usager dans ce type de RI inclut habituellement des services d'hébergement, de soutien et d'assistance.

La lourdeur ne constitue pas un facteur limitatif en ce sens qu'un usager peut présenter dans certains cas un requis d'encadrement très important le situant même jusqu'à un niveau 5. À titre indicatif, on y retrouve des usagers lourdement handicapés avec des problèmes de comportement ou encore une clientèle judiciarisée avec des problèmes de santé mentale.

PAGE 41 (suite) **Jours-présence et usagers en ressources non institutionnelles : ressources de type familial – famille d'accueil, résidence d'accueil, autres ressources et ressources intermédiaires**

En principe, dans la plupart des régions qui ont ce type de RI, on y retrouve une clientèle ayant un potentiel d'autonomie qui peut varier mais qui doit toujours être présent.

- L'usager habite un appartement comprenant au moins une chambre, une cuisine et une salle de bain;
- Il possède sa propre clef;
- L'appartement peut être ou non partagé (ex. : conjoint ou conjointe), mais le fait qu'il le soit suppose un droit de regard de l'usager vis-à-vis la ou les autres personnes appelées à partager l'appartement;
- La contribution de l'usager ne correspond pas à un loyer et est établie en fonction d'un règlement.

Maison de chambre

L'usager occupe une chambre à l'intérieur d'une installation appartenant à la ressource intermédiaire, avec ou sans pièce commune ou activités de groupe.

Les repas se prennent habituellement à l'extérieur de la chambre et l'occupation de celle-ci est exclusive à l'usager.

Maison d'accueil

La maison d'accueil est un milieu où résident les usagers et la ou les personnes qui offrent, en tout ou en partie, les services de soutien ou d'assistance.

La ou les personnes responsables qui vivent dans la maison d'accueil peuvent en être propriétaires ou locataires. Elles peuvent aussi y être logées par la ressource aux fins de dispenser des services aux usagers.

Ce type d'installation s'apparente aux résidences ou familles d'accueil, telles que définies à l'article 312 de la loi.

La maison d'accueil se distingue toutefois des résidences ou familles d'accueil par ses ressources humaines, matérielles ou financières, qui doivent être employées de manière à offrir les services nécessaires pour satisfaire les besoins des usagers qui y sont orientés par un établissement. Par comparaison avec la maison d'accueil, la ressource de type familial offre hébergement et services dans le cadre du milieu familial d'accueil déjà organisé et structuré et selon les capacités de ce milieu.

Actuellement, la définition du Cadre de référence RI ne fixe pas de limite quant au nombre d'usagers que l'on peut retrouver dans ce type d'organisation résidentielle. Toutefois, les agences conviennent qu'une RI de type « maison d'accueil » ne doit pas, dans l'avenir, accueillir plus de neuf usagers. La RI constitue le lieu de résidence principale de la ou des personnes qui y offrent les services de soutien et d'assistance. D'autres employés peuvent, bien entendu, graviter autour des usagers.

Jours-présence et usagers en ressources non institutionnelles : ressources de type familial – famille d'accueil, résidence d'accueil, autres ressources et ressources intermédiaires

Résidence de groupe

Les usagers vivent dans une installation louée ou achetée par la ressource intermédiaire, où des personnes différentes se relaient afin d'assurer, en tout ou en partie, les services de soutien ou d'assistance aux usagers.

Autres types d'organisations résidentielles

Cette catégorie vise à permettre le développement de nouveaux modèles organisationnels de manière à pouvoir assurer une réponse adaptée à l'évolution de la pratique et des besoins des usagers.

Présentement, la clientèle prise en charge dans ce type de ressource y réside pour un temps relativement court (quelques jours à quelques semaines) et les services qui y sont offerts sont du type répit/dépannage ou soins palliatifs. L'hébergement y a donc souvent un caractère temporaire.

PAGE 42 **Lignes 01 et 02 – Nombre de lits/places achetés pour des services d'hébergement en CHSLD privés non conventionnés**

Pour opérer ce type de CHSLD, il est obligatoire de détenir un permis délivré exclusivement par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Un établissement privé non conventionné se différencie par l'absence de convention de financement avec le Ministère.

Indiquer le nombre de lits/places disponibles ayant fait l'objet d'une entente avec ces CHSLD afin d'acheter des services d'hébergement et de soins pour des personnes en perte d'autonomie.

Les répartir aussi selon qu'ils soient affectés à de l'hébergement permanent ou temporaire. L'hébergement est permanent ou temporaire selon l'aspect permanent ou temporaire du séjour. Il est permanent lorsqu'il est offert pour une durée indéterminée ou définitive par opposition à temporaire qui est pour une durée limitée. L'hébergement appelé « transitoire » est considéré permanent parce que l'usager est en attente de son admission au site d'hébergement désiré pour continuer son séjour d'hébergement permanent dans cet autre milieu.

Les coûts de ces services achetés sont déclarés à la page 321 - Charges non réparties du AS-471, lignes 06 et 08.

Ligne 04 -Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur

Indiquer le nombre de places disponibles dans les unités locatives destinées majoritairement aux personnes âgées en perte d'autonomie supportées par des services à domicile continus. Ces milieux de vie substituts sont de nouvelles formules d'hébergement visées par les projets novateurs. Les statuts de ces ressources d'habitation varient ainsi que les types d'unités locatives offertes allant de la chambre simple à l'appartement.

Chaque projet novateur repose sur une entente entre un CSSS, chargé de dispenser les services sociaux et de santé, et au moins un partenaire, dont le rôle consiste à prendre en charge le coût des immeubles et des autres services connexes. Des projets peuvent occuper une partie ou l'entièreté d'un immeuble d'habitation. Dans ce type de ressources, le loyer est entièrement à la charge des résidents.

Les services à domicile sont continus lorsque les soins infirmiers et l'aide à domicile en provenance du CSSS sont prédéterminés et donnent lieu à des périodes de services ininterrompus (présence continue des effectifs) et d'une durée variable dans les unités locatives des résidents. Chacun des usagers reçoit une part fragmentée des services. Les coûts de ces services sont déclarés au s-c/a 6174 – Soins infirmiers à domicile continus et au 6532 – Aide à domicile continue.

TABLEAU I

Règles à suivre pour le calcul du nombre de jours de séjour d'un usager ayant quitté l'établissement l'année du rapport.

a) Lorsqu'un usager a été admis durant une année précédant celle couverte par le rapport et que cet usager quitte l'établissement avant le début de l'année du rapport, **il n'y a aucun jour à inscrire pour cet usager dans le rapport.**

Exemple : Usager A du tableau I.

b) Lorsqu'un usager a été admis durant une année précédant l'année couverte par le rapport et que cet usager quitte l'établissement durant l'année du rapport, le nombre de jours de séjour de l'usager se calcule à partir **de la date d'admission jusqu'à la date du départ.** Le jour d'admission compte pour un jour de séjour mais non celui du départ.

Exemple : Usager B du tableau I.

c) Lorsqu'un usager a été admis dans une année précédant l'année couverte par le rapport et que cet usager n'a pas encore quitté l'établissement à la fin de l'année couverte par le rapport, aucun jour de séjour n'est compté pour l'année du rapport **parce que l'usager n'a pas quitté l'établissement.**

Exemple : Usager C du tableau I.

d) Lorsqu'un usager est admis durant l'année du rapport et qu'il quitte l'établissement durant l'année du rapport, le nombre de jours de séjour se calcule **à partir de la date d'admission jusqu'à la date du départ de l'usager.** Le jour d'admission compte pour un jour de séjour mais non celui du départ.

Exemple : Usager D du tableau I.

e) Lorsqu'un usager est admis durant l'année du rapport ou l'année qui suit l'année du rapport et que cet usager quitte l'établissement dans l'année qui suit celle couverte par le rapport, aucun jour de séjour n'est compté pour l'année du rapport.

Exemple : Usager E et F du tableau I.

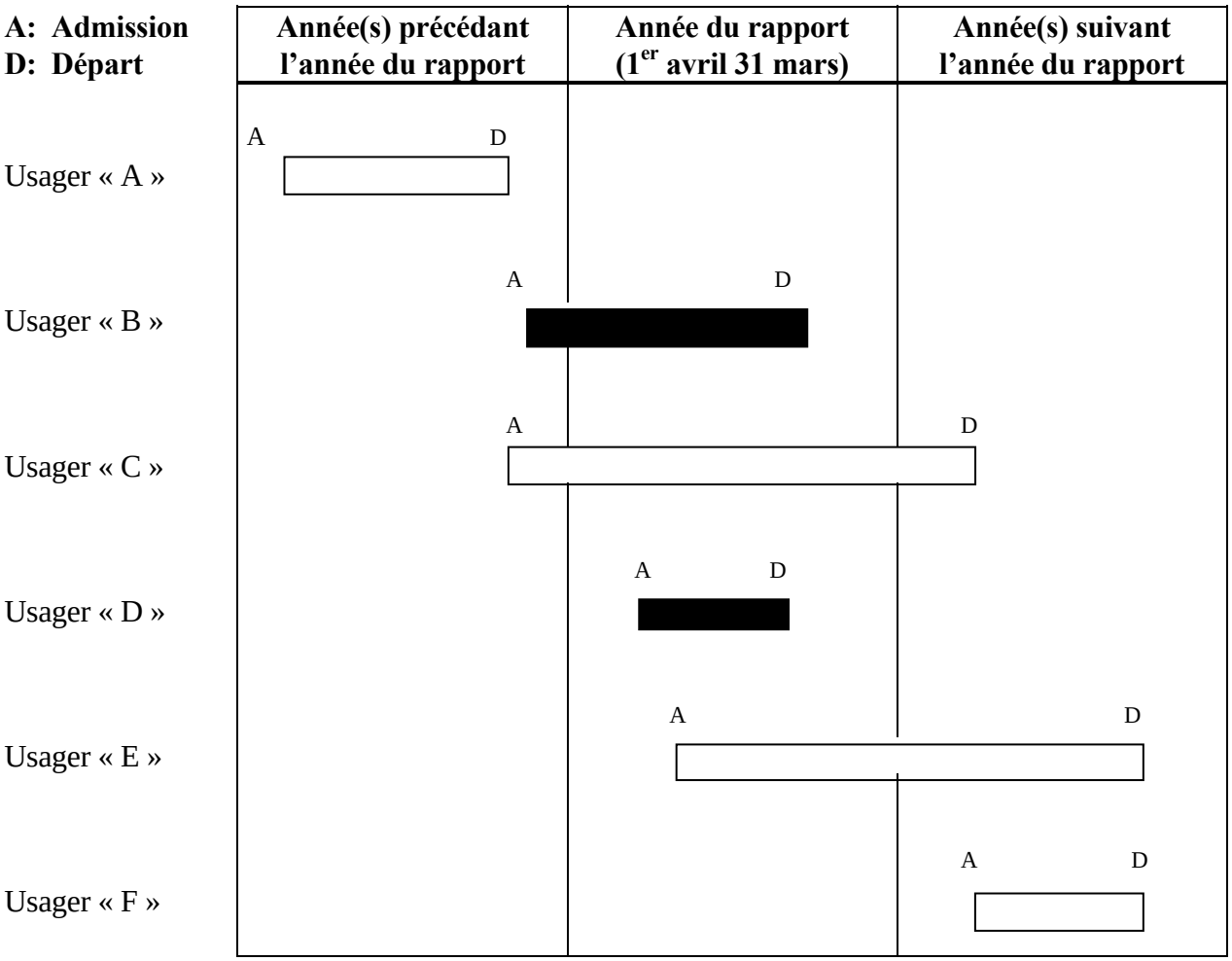
NOTES :

(1) Les congés temporaires doivent être inclus dans le calcul des jours de séjour des usagers.

(2) Dans le calcul de la durée de séjour des usagers, les locataires doivent être considérés.

Tableau I

ILLUSTRATION DU CALCUL DE LA DURÉE DE SÉJOUR DES USAGERS AYANT QUITTÉ L'ÉTABLISSEMENT DURANT L'ANNÉE DU RAPPORT



Légende

Nombre de jours présence à inclure dans le calcul

Nombre de jours présence à ne pas considérer dans le calcul

TABLEAU II

CALCUL DES JOURS-PRÉSENCE
(Exemples de tableau II)

Usager A : Aucun jours-présence

Usager B : Le nombre de jours-présence entre l'admission et le 31 mars de l'exercice

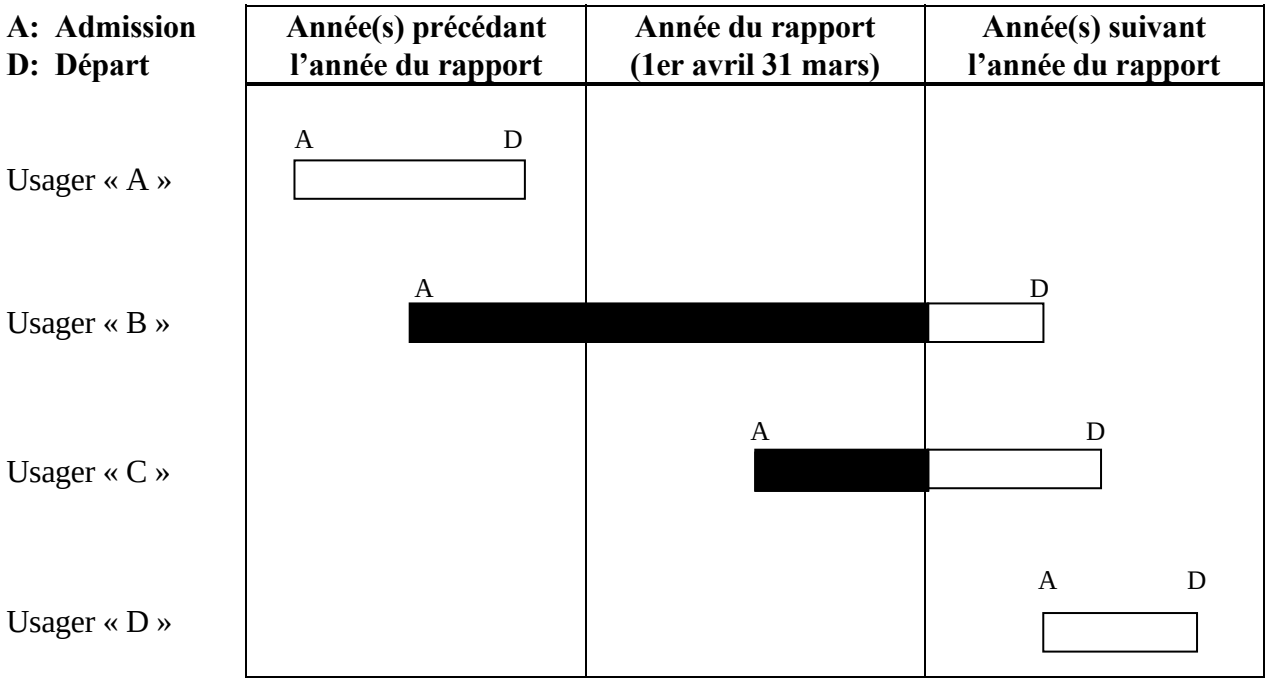
Usager C : Le nombre de jours-présence entre l'admission et le 31 mars de l'exercice

Usager D : Aucun jours-présence

Tableau II

ILLUSTRATION DU CALCUL DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES USAGERS PRÉSENTS

au 31 mars de l'exercice



Légende

Nombre de jours présence à inclure dans le calcul

Nombre de jours présence à ne pas considérer dans le calcul