

FICHE DE PRÉSENTATION

SUJET :	TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
----------------	--

CONSEIL D'ADMINISTRATION					
Section complétée par la DG	Date	Décision	Consentement	Discussion	Information
Conseil d'administration du :	2017-11-29				X
• Sous-comités du CA					

COMITÉS :	Date	Décision	Consentement	Discussion	Dépôt pour Info	CA *
COMITÉ DE RÉGIE						
COMITÉ DE DIRECTION						
• Administration /soutien	2017-11-14			X		X
• Affaires cliniques						
• Affaires académiques						
SOUS-COMITÉS DGA :						
• Comité exécutif du CMDP						

PERSONNE RESPONSABLE :	Mme Suzanne Lavallée, Directrice	DURÉE : 10 minutes
DIRECTION :	Direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique	

DOCUMENT (S) : (autres que la fiche de présentation)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	POWERPOINT :	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
--	---	---------------------	---

A. DESCRIPTION SOMMAIRE (données de base, enjeux, position des parties intéressées, solutions possibles, autres informations pertinentes) :
<p>Vous trouverez en annexe le tableau de bord de l'Entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2017-2018, à la période 5, incluant le portrait des indicateurs par programmes-services, le suivi des attentes spécifiques et les résultats par indicateur.</p> <p>1- Résultats généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> La proportion d'indicateurs avec 90 % ou plus d'atteinte de la cible se situe à 46 % à la période 5. Des résultats sont disponibles pour seulement 24 indicateurs sur un total de 43. <p>2- Santé publique et déficience</p> <ul style="list-style-type: none"> La proportion d'indicateurs, pour le programme-service Déficience, avec 90 % ou plus d'atteinte de la cible, est de 50 % comparativement à une moyenne de 60 % pour les CIUSSS de Montréal. <p>3- Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) incluant SAD longue durée</p> <ul style="list-style-type: none"> La proportion d'indicateurs avec 90 % ou plus d'atteinte de la cible est de 100 %. La moyenne de l'ensemble des CIUSSS de Montréal est de 60 %.

- Le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD, ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14, est de 79,6 %. Ce qui constitue le taux le plus élevé des CIUSSS de Montréal.

4- Santé mentale et dépendance

- Les premiers résultats pour les engagements du programme-service Santé mentale et dépendance seront connus à partir de la période 6.

5- Santé physique

- La proportion d'indicateurs à 90 % ou plus d'atteinte de l'engagement est de 47 %. La moyenne des CIUSSS de Montréal est 41 %.
- La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence est en baisse, passant de 20 heures à 15,11 heures, l'engagement étant de 12 heures.
- Le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile a atteint 414 à la période 5. L'engagement est de 786 usagers pour l'année 2017-2018.
- Le nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an est de 311. Il s'agit principalement de cas de chirurgie bariatrique. La moyenne des CIUSSS de Montréal est de 138 cas.

6- Administration et soutien

- La proportion d'indicateurs avec 90 % ou plus d'atteinte de l'engagement est de 0 %. La moyenne de l'ensemble des CIUSSS de Montréal est de 7 %.
- Le pourcentage d'heures en assurance salaire est stable, passant de 5,89 % (P13 - 2016-2017) à 5,88 % (P5 - 2017-2018), l'engagement étant de 4,9 %.
- Le pourcentage de temps supplémentaire est en hausse, passant de 4,89 % (P13 - 2016-2017) à 5,47 % (P5 - 2017-2018), l'engagement étant de 4,25 %.
- Le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) est en hausse de 4,9 % (P13 - 2016-2017) à 5,2 % (P5 - 2017-2018), l'engagement étant de 4,8 %.

Par ailleurs, en ce qui a trait à l'état de réalisation des attentes spécifiques portées à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2017-2018, 14 % des attentes spécifiques ont été réalisées dans les délais. Aucune des 28 attentes spécifiques n'est actuellement en retard.

B. SOLUTION RECOMMANDÉE : (si le dossier est présenté au conseil d'administration, indiquez également les autres scénarios qui ont été envisagés)

S/O

C. EVALUATION DES IMPACTS ET DES RISQUES (directions concernées, impacts financiers, impacts sur clientèle, risques, etc.) :

S/O

D. RÉOLUTION PROPOSÉE (si le sujet est à présenter au conseil d'administration)

S/O

Performance de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2017-2018, période 5

Les engagements du CIUSSS

Programmes	Indicateurs non disp. ou non appl.	Indicateurs atteinte ≥ 100%	Indicateurs atteinte 90% - 100%	Indicateurs atteinte < 90%	% indicateurs ≥ 90%
Santé publique et déficiences	6	0	1	1	50%
SAPA incluant SAD longue durée	5	1	1	0	100%
Santé mentale et dépendance	3	0	0	0	-
Santé physique	3	4	4	9	47%
Administration et soutien	1	0	0	3	0%
Multiprogrammes	1	0	0	0	-
Total	19	5	6	13	46%

% d'indicateurs ayant une atteinte ≥ de 90 %

46 %

Les attentes spécifiques

Programmes	Total	Redditions effectuées selon les délais	Redditions à effectuer au cours des prochains mois	% de réalisation
DGA-SPGS	3	0	3	0%
DSI	3	0	3	0%
DGA-PSR	15	2	13	13%
DSAPA	4	0	4	0%
DSIPL	5	0	5	0%
DSMD	6	2	4	33%
DGA SAP	10	2	8	20%
DRI	3	1	2	33%
DST	5	0	5	0%
DRH	1	0	1	0%
DQEPE	1	1	0	100%
Total	28	4	24	14%

14%

des redditions de comptes liées aux attentes spécifiques portées à l'entente de gestion ont été réalisées.

Portrait des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 à P5

>= 100%
>= 90%
< 90%

Santé publique et déficiences			
1.01.19.01	Diarrhées associées Clostridium difficile		nd
1.01.19.02	Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline		nd
1.01.19.03	Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs		nd
1.01.19.04	Bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires et hémodialyse		nd
1.01.26-PS	Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements		nd
1.46-PS	% des jeunes >= 21 ans ayant une déf. ou un TSA ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration du travail		nd
Tx des demandes de services traitée en CLSC selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services			
1.45.04.01	Déf. physique - tous âges - toutes priorités	96,9	1.45.05.01 Déf. intel. ou TSA tous âges - toutes priorités
			70,2
SAPA incluant SAD longue durée			
1.03.05.01	Nombre total d'heures de service de SAD longue durée rendues à domicile		356442
1.03.07.01	% des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée		nd
1.03.07.02	% des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée		nd
1.03.10	% des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale.		nd
1.03.13	% de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus		79,6
1.03.11	Nb de personnes desservies en SAD de longue durée		nd
1.03.12	% de personnes recevant des services de SAD de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention		nd
Santé mentale et dépendance			
1.07.06	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance		nd
1.08.13	PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le ministère		nd
1.08.14	PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le ministère		nd
Santé physique			
1.09.01	PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence		15,11
1.09.43	PS % de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures		61,9
1.09.44	PS % de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures		48,5
1.09.05	PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile		414
1.09.45	PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie		56
1.09.46	PS % de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile		17,9
1.09.25	PS Nombre total de GMF accrédités		nd
1.09.27	PS % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille		61,3
1.09.48-PS	Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)		nd
1.09.32.00	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an		311
1.09.33.01	% des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours		64,6
1.09.33.02	% des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours		91,5
% des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective			
1.09.34.02	Scopies	na	1.09.34.06 Échographies mammaires
			46,9
1.09.34.03	Mammographies diagnostiques	100	1.09.34.07 Échographies
			75,3
1.09.34.04	Échographies obstétricales	98,1	1.09.34.08 Tomodensitométries
			98,5
1.09.34.05	Échographies cardiaques	80,5	1.09.34.09 Résonances magnétiques
			92,0
Administration et soutien			
2.02.02	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité		nd
3.01	Ratio d'heures d'assurance salaire	5,88	3.06.00 Tx de recours à la main d'œuvre indépendante
			5,2
3.05.02	Tx d'heures supplémentaires	5,47	
Multiprogrammes			
7.01.00-PS	% des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)		nd