

**Bilan de productivité
et
*analyse de la performance des services
de santé et des services sociaux
2009-2010 à 2011-2012
Région de la Capitale-Nationale***

Bilan de productivité
et
***analyse de la performance des services
de santé et des services sociaux
2009-2010 à 2011-2012
Région de la Capitale-Nationale***

Une production du Service de la gestion intégré de l'information de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Avril 2013

Coordination et rédaction : Guy Massicotte

Recherche et rédaction : Odette Legault

Production des données : Guy Massicotte, Guy Huard et Geneviève Morin

Collaboration à la rédaction du document initial d'allocution du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale présenté devant la commission parlementaire en santé et services sociaux : Marianne Potvin

Collaboration à la reddition de comptes par les membres des directions de l'Agence : Mario Blais, Lyna Bolduc, Pierre Bonneau, Anne Châteauneuf, Julie Colgan, Marie-Josée Collard, Marie-Josée De Montigny, Luc Desbiens, François Gamache, Daniel Garneau, Louise Grégoire, Marie-Claude Langlois, Régina Lavoie, Laurence Le Henaff, Pascale Loubert, Dominique Roberge, Chantal Sauvageau, Marie Simard, Marco Thibault, Jean-François Vézina, Daniel Vigneault, Jasmin Villeneuve

Éditique : Iulia Tanasescu

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.rrsss03.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, veuillez adresser votre demande à :

**Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Tél : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN: 978-2-89616-186-7 (version imprimée)
978-2-89616-187-4 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

La reproduction de ce document est permise, en autant que la source
soit mentionnée.

Référence suggérée :
MASSICOTTE G., O. LEGAULT. *Bilan de productivité et analyse de la performance des services de santé et des services sociaux 2009-2010 à 2011-2012 Région de la Capitale-Nationale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2013, 90 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 SANTÉ PUBLIQUE	13
1.1 Prévention des infections nosocomiales	15
1.2 Taux d'infections nosocomiales	16
1.3 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	17
1.4 Vaccination chez les enfants	18
1.5 Programme québécois de dépistage du cancer du sein	19
1.6 Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	20
CHAPITRE 2 SERVICES GÉNÉRAUX	23
2.1 Services Info-Santé	25
2.2 Services psychosociaux généraux	25
2.3 Services médicaux	26
2.4 Services infirmiers	29
2.5 Services de santé physique de court terme	30
CHAPITRE 3 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	33
3.1 Soutien à domicile en CSSS	35
3.2 Fin des soins actifs; déclaration d'hébergement en centre hospitalier; attente de placement et nombre d'admissions en CHSLD	38
3.3 Réseau de services intégrés	39
3.4 Approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	40
CHAPITRE 4 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, DÉFICIENCE PHYSIQUE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	41
4.1 Délais d'accès	43
CHAPITRE 5 JEUNES EN DIFFICULTÉ	47
5.1 Services de première ligne pour les jeunes en difficulté	49
5.2 Services en centre jeunesse pour les jeunes en difficulté	50
5.3 Intervention en négligence	50
CHAPITRE 6 DÉPENDANCES	51
6.1 Équipes de liaison spécialisées dans les urgences	53
6.2 Délais d'accès en centre de réadaptation	53
CHAPITRE 7 SANTÉ MENTALE	55
7.1 Services en CSSS et suivi intensif	57
7.2 Services d'urgence en santé mentale	58
7.3 Hospitalisations en santé mentale	59
CHAPITRE 8 SANTÉ PHYSIQUE	61
8.1 Urgences et transport ambulancier	63
8.2 Accouchements	66
8.3 Chirurgies	67

8.4	Lutte contre le cancer	70
8.5	Cardiologie tertiaire	71
8.6	Hospitalisations en médecine	73
8.7	Soins palliatifs à domicile	73
8.8	Soins palliatifs en CHSGS	75
CHAPITRE 9 RESSOURCES HUMAINES		77
9.1	Portrait de main-d'œuvre et plan de main-d'œuvre	79
9.2	Assurance salaire – « Temps » supplémentaire – Main-d'œuvre indépendante	80
9.3	Rétention et mieux-être au travail.....	82
9.4	Promotion des carrières en santé et services sociaux.....	83
9.5	Projets d'optimisation	83
9.6	Révision des processus.....	84
CHAPITRE 10 PROGRAMMES-SOUTIEN		85
10.1	Financement.....	87
10.2	Immobilisations.....	87
10.3	Équipements	87
10.4	Technologies de l'information	88
CONCLUSION		89

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACRONYME	DESCRIPTION
Agence	Agence de la santé et des Services sociaux de la Capitale-Nationale
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDQ	Centre de réadaptation en dépendance de Québec
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DAF	Dossier d'affaires final
DAI	Dossier d'affaires initial
DGSP	Direction générale de la santé publique
DRMG	Département régional de médecine générale
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
HSFA	Hôpital Saint-François d'Assise
I-CLSC	Intégration CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS-PL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première-ligne
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux

ACRONYME	DESCRIPTION
PACT	Program of Assertive Community Treatment
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS-ULaval	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SAD	Soutien à domicile
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticiline
SGAS	Système de gestion de l'accès aux services
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Soutien d'intensité variable
TED	Trouble envahissant du développement
TIBD	Traitement intensif bref à domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Le bilan de productivité et de performance 2009-2010 à 2011-2012 du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été constitué à l'occasion de l'audition de l'Agence de la santé et des services sociaux en janvier 2013 devant la Commission parlementaire dédiée à cet important secteur d'activités. Cette comparution portait sur les résultats en lien avec les objectifs du plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le ministre.¹

La productivité et la performance du réseau sont donc évaluées au regard des cibles que le Ministère et son réseau s'engagent à atteindre au cours des prochaines années. Six enjeux sont au cœur de la planification nationale : l'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être; la primauté des services de première ligne; un délai raisonnable pour l'accès aux services; la qualité des services et l'innovation; l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines; enfin, une gestion performante et imputable. Dans le but d'assurer la mise en œuvre des moyens choisis par le Ministère pour atteindre les objectifs en 2015, le Ministère et chacune des agences, d'une part, les agences et les établissements, d'autre part, signent des ententes de gestion annuelles qui fournissent un cadre de reddition de comptes pour le rapport annuel de gestion. Pour évaluer la marche vers l'atteinte des cibles, une série d'indicateurs qui s'inscrivent dans les axes d'intervention de la planification ministérielle mesurent les objectifs d'accessibilité aux services, de productivité et de performance.² Des indicateurs régionaux issus du système de monitoring général de la population, des soins et des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale sont ajoutés afin de dresser un portrait plus étoffé pour certains domaines.³

Faisant suite au précédent bilan qui couvrait les années 2004-2005 à 2008-2009⁴, le bilan actuel analyse les résultats de trois années : 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012. Exceptionnellement, pour des raisons de disponibilité des données, certains indicateurs couvrent les années 2008-2009 à 2010-2011. Bien que les activités de l'année 2009-2010 fassent partie de la précédente planification ministérielle (2005-2010), elles ont été, par souci de cohérence, évaluées selon les indicateurs de la planification 2010-2015.

La structure du bilan respecte la catégorisation par programme-services et programme-soutien. On y retrouve : la santé publique, les services généraux, les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, une déficience physique et un trouble envahissant du développement, les services aux jeunes en difficulté, les services aux personnes aux prises avec une dépendance, avec un problème de santé mentale, avec un problème de santé physique, les ressources humaines et les programmes-soutien.

Comment ont évolué les résultats pendant les trois années? S'agit-il d'une tendance favorable ou défavorable au regard des orientations nationales et régionales? Les derniers résultats

¹ La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit en effet que la Commission parlementaire doit entendre toutes les agences régionales de santé et de services sociaux au moins une fois aux trois ans concernant leurs rapports annuels de gestion.

² Le court temps alloué à la production de ce bilan n'a pas permis d'y inclure l'évaluation de tous les résultats qualitatifs émanant de priorités ministérielles ou du plan stratégique ni ceux issus de la planification stratégique régionale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

³ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, *Monitoring général de la population, des soins et des services* de [En ligne] (<http://tc03tcrias00001.reg03.rtss.qc.ca>).

⁴ Odette LEGAULT et Guy MASSICOTTE, *Bilan de la productivité et analyse de la performance des services de santé et sociaux, 2004-2005 à 2008-2009*, avec la collaboration de Guy Huard, Geneviève Morin et Colombe Pelletier, Direction régionale de l'Infocentre, de la planification et Secrétariat général, Direction régionale des immobilisations, des technologies médicales et des équipements, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2010, 181 pages.

observés atteignent-ils les engagements prévus? Atteignent-ils déjà la cible prévue en 2015? S'il apparaît important d'évaluer l'atteinte des cibles, il n'en est pas moins d'observer la tendance. En effet, un résultat peut ne pas atteindre l'engagement à l'entente de gestion, mais évoluer favorablement sur une période de trois ans. Au contraire, un résultat peut rejoindre son engagement, mais évoluer défavorablement en termes de production ou de performance. C'est pourquoi un tel bilan sur trois ans est intéressant comparativement aux rapports annuels de gestion qui ne comparent les résultats qu'aux seuls engagements.

Pour chaque indicateur, les tableaux présentent les informations qui permettent de répondre à ces questions. La **cible 2015** est le résultat visé au terme de la période de planification stratégique ministérielle. L'**engagement 2011-2012** est le résultat visé négocié dans l'entente de gestion et constitue le niveau de services ou de performance que l'Agence et ses établissements s'engagent à atteindre avec les ressources financières disponibles pour une année complète d'activité. Suivent les résultats des trois années du bilan. Ensuite, l'**écart 2011-2012** présente la différence entre le résultat en 2011-2012 et l'engagement pour cette même année. La colonne suivante est un symbole représentant la nature de l'écart. Trois situations sont possibles : l'engagement est atteint; il y a un écart entre le résultat et l'engagement, mais celui-ci est faible; enfin, l'écart est significativement défavorable. La **variation après deux ans** est une mesure en pourcentage de la tendance faisant état de l'accroissement total (positif ou négatif) entre la première et la dernière année. La **variation annuelle** est la répartition par année de la tendance. La dernière colonne est un symbole qualifiant la performance : la flèche vers le bas indique qu'elle a diminué, avec plus de 2 % de variation par année; le trait signifie que la performance est restée stable, avec 2 % et moins de variation par année; la flèche vers le haut est l'indication d'une performance améliorée, avec une variation favorable de plus de 2 % annuellement⁵.

Pour terminer, un commentaire porte sur les tendances régionales. Les tableaux incluent les résultats des établissements, mais ceux-ci ne sont pas commentés. De plus, lorsque disponibles, de brèves explications sur les difficultés rencontrées par rapport à certains engagements concluent les sections. Celles-ci proviennent des informations récoltées auprès des établissements et des responsables de secteur à l'Agence lors des exercices de reddition de comptes annuels⁶.

⁵ Une variation de 2 % de l'activité d'une année est jugée suffisamment importante pour rendre compte d'un changement dans la tendance.

⁶ Les indications méthodologiques sur la production des données sont disponibles sur demande au Service de la gestion intégrée de l'information de l'Agence.

2009-2010 à 2011-2012

Quelques caractéristiques démographiques de la région de la Capitale-Nationale

Population de la région de la Capitale-Nationale												
Indicateur de résultats	Groupe d'âge	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variation 2012 / 2008	Variation 2015 / 2008	Variation annuelle
1- Effectif de la population de la Capitale-Nationale												
	0 à 17 ans	117 443	116 910	116 650	116 502	116 370	116 509	116 745	117 244	-0,9%	-0,2%	0,0%
	18 à 24 ans	59 751	59 820	59 828	60 260	61 094	61 432	61 005	59 785	2,2%	0,1%	0,0%
	25 à 34 ans	95 783	97 118	98 238	98 451	97 611	98 535	95 453	94 397	1,9%	-1,4%	-0,2%
	35 à 44 ans	88 822	86 302	84 553	84 052	84 620	85 816	87 761	89 781	-4,7%	1,1%	0,2%
	45 à 54 ans	112 350	112 298	111 555	109 988	107 521	104 714	101 759	99 042	-4,3%	-11,8%	-1,8%
	55 à 64 ans	94 673	97 204	99 663	101 742	103 500	105 374	106 769	107 802	9,3%	13,9%	1,9%
	65 ans et plus	109 347	113 299	117 465	121 794	126 613	131 132	135 984	140 934	15,8%	28,9%	3,7%
	Total	678 169	682 951	687 950	692 789	697 329	701 512	705 338	708 975	2,8%	4,5%	0,6%
2- Répartition de la population de la Capitale-Nationale												
	0 à 17 ans	17,3%	17,1%	17,0%	16,8%	16,7%	16,8%	16,8%	16,5%			
	18 à 24 ans	8,8%	8,8%	8,7%	8,7%	8,8%	8,8%	8,6%	8,4%			
	25 à 34 ans	14,1%	14,2%	14,3%	14,2%	14,0%	13,8%	13,5%	13,3%			
	35 à 44 ans	13,1%	12,6%	12,3%	12,1%	12,1%	12,2%	12,4%	12,7%			
	45 à 54 ans	16,8%	16,4%	16,2%	15,9%	15,4%	14,9%	14,4%	14,0%			
	55 à 64 ans	14,0%	14,2%	14,5%	14,7%	14,8%	15,0%	15,1%	15,2%			
	65 ans et plus	16,1%	16,6%	17,1%	17,6%	18,2%	18,7%	19,3%	19,9%			
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			
3- Bassin de population des régions de l'Est du Québec (RUIS-Université Laval)												
	Capitale-Nationale	678 169	682 951	687 950	692 789	697 329	701 512	705 338	708 975	2,8%	4,5%	0,6%
	Chaudière-Appalaches	401 002	403 262	405 576	407 773	409 856	411 828	413 720	415 557	2,2%	3,6%	0,5%
	Bas-St-Laurent	201 128	201 194	201 276	201 326	201 336	201 309	201 256	201 220	0,1%	0,0%	0,0%
	Saguenay/Lac-St-Jean	272 419	271 801	271 250	270 681	270 063	269 396	268 714	268 041	-0,9%	-1,6%	-0,2%
	Côte-Nord	95 652	95 291	94 922	94 518	94 075	93 597	93 095	92 609	-1,8%	-3,2%	-0,5%
	Gaspésie/Les Îles	94 612	94 568	94 551	94 521	94 473	94 419	94 363	94 325	-0,1%	-0,3%	0,0%
	Total	1 742 982	1 749 087	1 755 525	1 761 608	1 767 132	1 772 061	1 776 486	1 780 727	1,4%	2,2%	0,3%

Légende

Variation annuelle:

▼ Performance diminuée

■ Performance stable

▲ Performance améliorée

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, janvier 2010, Projections_CLSC_2006-2031.xls, Estimations_CLSC_1981-2006.xls (produits électroniques).

En 2012, la population de la Capitale-Nationale s'établissait à 697 329 personnes, une croissance de 2,8 % depuis 2008.

Aussi, le nombre des personnes de 65 ans et plus augmentait de 15,8 %. À ce rythme, la population âgée atteindra 140 934 individus en 2015 et représentera près de 20 % de la population de la région.

En raison de ces tendances démographiques à la hausse et des grandes orientations ministérielles, le réseau des établissements de la région vit des changements quant à son offre actuelle de service.

La région de la Capitale-Nationale se caractérise par sa mission universitaire, puisque les établissements de la région sont appelés à desservir la population des régions de l'Est-du-Québec, qui forme un ensemble de 1,7 million de personnes. Cette vocation suprarégionale fait en sorte que le bassin de desserte des centres hospitaliers atteint 903 325 personnes pour l'ensemble des activités d'hospitalisation, valeur largement supérieure à la population régionale. De plus, par cette mission, l'Agence met de l'avant les fonctions de recherche, d'enseignement et de transfert de connaissances, incontournables dans un milieu où la sphère universitaire est en interrelation avec le réseau de la santé. Ce lien est observable tant au plan clinique qu'au plan des ressources humaines, donc de la main-d'œuvre.

CHAPITRE 1

SANTÉ PUBLIQUE

1.1 Prévention des infections nosocomiales

Le nombre d'infirmières en poste en prévention et contrôle des infections dans les établissements publics de soins respecte-t-il les normes nationales?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012
1- Nombre d'infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) en équivalent temps complet	Capitale-Nationale		41,3			39,6	-1,6 !
	CSSS Portneuf		1,8			1,4	-0,4 ✖
	CSSS Vieille-Capitale		5,6			5,4	-0,2 !
	CSSS Québec-Nord		7,8			8,4	0,6 ✓
	CSSS Charlevoix		1,4			2,0	0,6 ✓
	CHUQ		10,8			10,0	-0,8 !
	CHA		6,8			5,0	-1,8 ✖
	IUCPQ		3,2			3,4	0,2 ✓
	IUSMQ		1,7			2,0	0,3 ✓
	IRDPQ		1,0			1,0	0,0 ✓
	Jeffery Hale-Saint brigid's		1,2			1,0	-0,2 ✖
2- Pourcentage des infirmières en PCI en poste	Capitale-Nationale		100,0			95,9	-4,1 !
	CSSS Portneuf		100,0			77,8	-22,2 ✖
	CSSS Vieille-Capitale		100,0			96,4	-3,6 !
	CSSS Québec-Nord		100,0			107,7	7,7 ✓
	CSSS Charlevoix		100,0			142,9	42,9 ✓
	CHUQ		100,0			92,6	-7,4 !
	CHA		100,0			73,5	-26,5 ✖
	IUCPQ		100,0			106,3	6,3 ✓
	IUSMQ		100,0			117,6	17,6 ✓
	IRDPQ		100,0			100,0	0,0 ✓
	Jeffery Hale-Saint brigid's		100,0			83,3	-16,7 ✖

Légende

Résultat 2011-2012 : ✖ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Source : Portail du service de la gestion intégrée de l'information (Agence)-Ententes de gestion-Formulaire de saisie pour les établissements et Direction régionale de santé publique (Agence).

La création des postes en prévention des infections occupés par des infirmières spécialisées constitue une importante mesure mise en place depuis la fin des années 2000 pour lutter contre les infections nosocomiales, soit les infections contractées lors d'un séjour dans un établissement de soins. Selon le type d'établissement (soins de courte durée, soins de longue durée, centre hospitalier de soins psychiatriques, etc.) et le nombre de lits dressés, des normes définies par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et par la Table nationale de prévention des infections nosocomiales de la Direction générale de la santé publique (DGSP) établissent le nombre requis d'infirmières en prévention des infections. Ces normes reposent sur les études qui ont démontré que plus de 30 % des infections nosocomiales sont évitables et que l'allocation de ressources humaines suffisantes est l'une des quatre conditions essentielles à leur réduction.⁷

La région de la Capitale-Nationale suit de près ce dossier par la dotation en effectifs infirmiers. L'engagement de 41,3 postes équivalent temps complet (ETC) dans la région n'est pas atteint,

⁷ Fiches descriptives des indicateurs. Ententes de gestion et d'imputabilité 2012-2013 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 7 Septembre 2012. Indicateur 1.01.11.

mais il manque moins de deux ETC pour ce faire, avec un pourcentage régional des postes dotés de 95,9 %.

Pour certains établissements, le calcul du nombre d'ETC nécessaire crée des fractions de quelques dixièmes d'ETC (0,1 ou 0,2), ce qui est dans la pratique impossible à combler.

D'autres établissements avaient des postes non remplacés au 31 mars 2012, mais en cours de remplacement. Les établissements sont aux prises avec un haut taux de roulement du personnel dans ce domaine, plusieurs départs tout au long de l'année devant être remplacés.

1.2 Taux d'infections nosocomiales

Le pourcentage du nombre d'installations ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis respecte-t-il les engagements convenus?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012
1- Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis-Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	Capitale-Nationale		85,0	ND	63,0	75,0	-10,0 ✖
2- Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	Capitale-Nationale		100,0	ND	100,0	100,0	0,0 ✔
3- Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	Capitale-Nationale		85,0	ND	71,0	86,0	1,0 ✔

Légende

Résultat 2011-2012 : ✖ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✔ Engagement atteint

Source : Institut national de santé publique et Direction régionale de santé publique (Agence).

L'indicateur mesure la proportion des installations dont l'incidence des infections nosocomiales est inférieure au seuil préétabli par des comités d'experts selon les catégories d'établissements (taille, clientèle desservie, etc.). L'indicateur permet à l'Agence de suivre la situation épidémiologique et d'intervenir auprès des établissements dans le but de circonscrire les explications sur les écarts et si requis, soutenir l'actualisation de leur plan d'action.

Le pourcentage des centres hospitaliers ayant des taux d'infections associées au Clostridium difficile (DACD) inférieurs ou égaux aux seuils établis est de 75 % en 2011-2012, dix points de

pourcentage en deçà de l'engagement, par contre, une amélioration est observée au regard de la situation en 2010-2011. Plusieurs éléments ont été identifiés pour expliquer la survenue des éclosions dans les établissements : l'absence d'une ressource infirmière en prévention des infections et des lacunes dans le diagnostic, dans les pratiques d'hygiène et de salubrité ainsi que dans le suivi infirmier. Diverses mesures ont été mises en place et permis de contrôler les éclosions : le prolongement de l'isolement des patients, le réaménagement de l'ameublement pour préserver l'espace du patient, le rappel sur l'importance de l'hygiène des mains et les audits et la formation des équipes de soins et autres intervenants, etc. Un plan d'action continu est en place.

Les bactériémies à SARM sont sous la cible maximum établie pour 100 % des établissements de la région. L'engagement est atteint en totalité.

Pour ce qui est des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs, c'est 86 % des établissements dont le taux est inférieur à la norme en 2011-2012, une nette amélioration par rapport à 2010-2011 et un dépassement de l'engagement.

1.3 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Les SIPPE rejoignent-ils le nombre de familles prévu?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle		
1- Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	Capitale-Nationale		78	79,4	88,2	112,2	34	✓	41,3%	18,9%	▲
	CSSS Portneuf		78	103,4	106,1	93,9	16	✓	-9,2%	-4,7%	▼
	CSSS Vieille-Capitale		78	70,8	68,1	118,4	40	✓	67,2%	29,3%	▲
	CSSS Québec-Nord		78	75,6	100,0	107,3	29	✓	41,9%	19,1%	▲
	CSSS Charlevoix		78	96,0	106,7	150,0	72	✓	56,3%	25,0%	▲

Légende

Résultat 2011-2012 : ✗ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle : ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : I-CLSC (RAMQ), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont offerts par les CSSS (volet CLSC) et s'adressent aux femmes enceintes, aux bébés à naître, aux mères, aux pères et aux familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Ils visent à favoriser le développement des enfants et comprennent deux volets : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à leur santé et à leur bien-être.

Les SIPPE atteignent largement les objectifs visés dans la région et sont, de plus, en nette progression depuis trois ans. Ainsi, plus de 90 % des mères en situation de vulnérabilité ont accès aux services de première ligne, un résultat qui dépasse l'engagement régional fixé à 78 %.⁸

⁸ Le résultat régional 2011-2012 au-delà de 100 % peut s'expliquer par la sous-estimation du nombre de mères à rejoindre (dénominateur du taux) selon la méthode utilisée par le Ministère.

1.4 Vaccination chez les enfants

Le respect du calendrier vaccinal prévu selon le Protocole d'immunisation du Québec s'est-il amélioré?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Proportion d'enfants recevant en CSSS leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	Capitale-Nationale	85	85	54,4	57,9	81,3	-3,7	49,4%	22,2%
	CSSS Portneuf	85	85	80,1	75,1	87,4	2,4	9,2%	4,5%
	CSSS Vieille-Capitale	85	85	57,7	57,0	81,2	-3,8	40,7%	18,6%
	CSSS Québec-Nord	85	85	40,2	50,0	77,7	-7,3	93,3%	39,0%
	CSSS Charlevoix	85	85	50,2	64,8	91,9	6,9	83,1%	35,3%
2- Proportion d'enfants recevant en CSSS leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	Capitale-Nationale	85	85	38,7	41,9	59,7	-25,3	54,2%	24,2%
	CSSS Portneuf	85	85	59,4	60,4	73,4	-11,6	23,5%	11,1%
	CSSS Vieille-Capitale	85	85	32,8	34,0	61,3	-23,7	86,8%	36,7%
	CSSS Québec-Nord	85	85	35,8	41,0	48,6	-36,4	35,8%	16,5%
	CSSS Charlevoix	85	85	35,6	47,3	76,5	-8,5	114,7%	46,5%
3- Proportion d'enfants recevant en CSSS leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la RRO dans les délais	Capitale-Nationale	85				58,3	-26,7		
	CSSS Portneuf	85				75,1	-9,9		
	CSSS Vieille-Capitale	85				58,9	-26,1		
	CSSS Québec-Nord	85				46,8	-38,2		
	CSSS Charlevoix	85				77,0	-8,0		

Légende

Résultat 2011-2012 :
 ✖ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle :
 ▼ Performance diminuée
 → Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : I-CSLC (RAMQ), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) prévoit un calendrier de vaccination pour les enfants et une norme quant au délai acceptable entre l'âge prévu et la réception des vaccins. Les retards dans l'administration des vaccins entraînent un manque de protection pour une portion importante d'une population vulnérable à des maladies évitables. Les résultats tiennent compte de la vaccination en CSSS (mission CLSC) seulement, qui représente 50 % de toute la vaccination au Québec.

La proportion des enfants vaccinés dans les délais en CSSS a presque doublé depuis 2009-2010, mais elle n'atteint toujours pas la cible de 85 % prescrite par les autorités provinciales de santé publique.

Ainsi, 81,3 % des enfants reçoivent leur premier vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et les infections graves à influenza de type B dans les délais.

Pour le vaccin contre le méningocoque, 59,7 % des enfants reçoivent leur première dose dans les délais, une augmentation majeure si on compare à 2009-2010 où ce taux était de 38,7 %.

Finalement, 58,3 % des enfants reçoivent leur premier vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans les délais.⁹

Une partie importante des retards vaccinaux s'explique par la difficulté de convaincre les familles de respecter le calendrier prévu. À cet égard, les CSSS ont déployé en concertation et

⁹ Il n'y a pas de base de comparaison pour cet indicateur, car le Ministère a introduit un nouveau mode de calcul en 2011-2012.

particulièrement au cours de la dernière année plusieurs stratégies dans le but de faciliter l'offre de vaccination dont la relance téléphonique auprès des parents, la facilitation de la prise de rendez-vous et l'ajout de plages horaires.

1.5 Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le taux de participation au dépistage du cancer du sein atteint-il la cible nationale?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle		
1- Participation des femmes au Programme de dépistage du cancer du sein (PQSCS)	Capitale-Nationale	70	70	66,8	68,4	68,5	-1,5		2,5%	1,2%	
	CSSS Portneuf		70	67,9	68,9	65,7	-4,3		-3,3%	-1,6%	
	CSSS Vieille-Capitale		70	65,0	66,5	67,2	-2,8		3,4%	1,7%	
	CSSS Québec-Nord		70	68,2	70,3	70,7	0,7		3,7%	1,8%	
	CSSS Charlevoix		70	71,5	68,8	66,1	-3,9		-7,5%	-3,8%	

Note 1 : les données en provenance de l'Institut national de santé publique sont produites aux mois de juin et de décembre de chaque année. Le résultat de décembre est celui utilisé pour établir le résultat de l'année financière. Par exemple, le résultat au 31 décembre 2011 est utilisé pour l'année 2011-2012.

Légende

Résultat 2011-2012 : ✗ Écart significatif par rapport à l'engagement
! Écart par rapport à l'engagement
✓ Engagement atteint

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
— Performance stable
▲ Performance améliorée

Source : Institut national de santé publique, Direction régionale de santé publique (Agence).

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est implanté depuis 1998 et vise à réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein, et ce, en incitant 70 % des femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans.

La participation des femmes au programme atteignait 68,5 % au 31 décembre 2011, une augmentation de 2,5 % depuis 2009. La cible de 70 % est presque atteinte et les campagnes de promotion dans ce domaine portent fruit dans la région.

1.6 Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

1.6.1. Nombre de cas d'ITSS

Comment évolue le nombre d'infections?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
Nombre total de cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang déclarés (note 1)	Capitale-Nationale			1 986	2 172	2 183		9,9%	4,8% ▼

Note 1 : les résultats incluent les cas de chlamydia, gonorrhée, syphilis, hépatite B, hépatite C et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), à l'exception de l'année 2011-2012 qui exclut le VIH, les données n'étant pas disponibles en janvier 2013.

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Institut national de santé publique, Direction régionale de santé publique (Agence).

Le nombre total de cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) déclarés dans la région inclut toutes les ITSS-maladies à déclaration obligatoire (MADO) (chlamydia, gonorrhée, syphilis, hépatite B, hépatite C) ainsi que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont la surveillance est encadrée par un programme provincial. Il y a annuellement une quarantaine de cas de VIH déclarés dans la région.

En 2009-2010, on dénombre 1 986 cas d'ITSS dans la région (incluant le VIH) et ce nombre s'élève à 2 183 en 2011-2012 (excluant le VIH dont les données n'étaient pas disponibles au moment du bilan), une augmentation de près de 10 %.

L'augmentation des ITSS est observable tant au Québec que dans la région de la Capitale-Nationale. En raison de l'ampleur de la problématique des ITSS et de leurs conséquences, une intensification des activités préventives est recommandée dans le Plan d'action régional en santé publique 2009-2012. Le plan d'action formule aussi des cibles de diminution des taux d'incidence, notamment pour ce qui est des infections à *Chlamydia trachomatis* et des infections gonococciques chez les jeunes.

1.6.2. Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP)

Le nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang menées auprès des clientèles vulnérables atteint-il les engagements?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP	Capitale-Nationale		1 141	1 141	1 064	1 077	-64 ✖	-5,6%	-2,8% ▼
	CSSS Vieille-Capitale		1 141	1 141	1 064	1 077	-64 ✖	-5,6%	-2,8% ▼
2- Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP hors les murs du SIDEP	Capitale-Nationale		1 158	1 158	1 421	1 101	-57 ✖	-4,9%	-2,5% ▼
	CSSS Vieille-Capitale		1 158	1 158	1 421	1 101	-57 ✖	-4,9%	-2,5% ▼

Légende

Résultat 2011-2012 : ✖ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang visent des populations dans des contextes propices à l'adoption de comportements qui les rendent à risque de contracter et de transmettre ces infections. Afin de joindre le plus grand nombre possible de personnes, les clientèles sont rencontrées dans les locaux de l'établissement et également dans les lieux qu'elles fréquentent. Ces services sont sous la responsabilité d'un seul établissement, le CSSS de la Vieille-Capitale.

Le nombre d'activités de dépistage dans les lieux où sont situés les SIDEP n'atteint pas l'engagement établi à 1 141 en 2011-2012, diminuant même de 5,6 % en deux ans, avec un résultat de 1 077. Cette non-atteinte est expliquée par le temps de formation, d'orientation et d'accompagnement occasionné par un changement de personnel au sein de l'équipe infirmière. Considérant que la stabilité du personnel constitue un enjeu pour ce type de service dont la clientèle est difficile à joindre, une atteinte de 94 % de l'engagement (1 077/1 141) est jugée acceptable.

Le nombre d'activités hors les murs des SIDEP a lui aussi diminué durant la période d'observation pour se chiffrer à 1 101, une baisse de 4,9 % depuis 2009-2010. Le résultat en 2011-2012 n'atteint pas l'engagement de 1 158. Le rapprochement des services vers les clientèles est une orientation ministérielle et une priorité régionale. Des efforts sont attendus pour atteindre l'engagement et, idéalement, le résultat observé en 2010 - 2011.

CHAPITRE 2

SERVICES GÉNÉRAUX

2.1 Services Info-Santé

Au 31 mars 2012, le service Info-Santé a traité 224 274 appels, soit une augmentation de 22 % par rapport aux nombres d'appels traités au 31 mars 2009. Ce résultat démontre non seulement que la population utilise de plus en plus ce service, mais que ceci a un impact à la baisse sur le nombre de consultations en première ligne. En effet, 67 % des situations portées à l'attention d'Info-Santé sont terminales, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de consultation par la suite dans un service d'urgence ou ailleurs.

2.2 Services psychosociaux généraux

L'offre de service s'est-elle accrue?

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'utilisateurs recevant des services psychosociaux généraux en CSSS	Capitale-Nationale	5 121	5 044	4 593	-10,3%	-5,3% ▼
	CSSS Portneuf	987	1 085	1 170	18,5%	8,9%
	CSSS Vieille-Capitale	1 708	1 601	1 596	-6,6%	-3,3%
	CSSS Québec-Nord	1 673	1 759	1 204	-28,0%	-15,2%
	CSSS Charlevoix	696	508	444	-36,2%	-20,1%
	Jeffery Hale-Saint Brigid's	57	91	179	214,0%	77,2%
2- Moyenne d'interventions par usager pour les services psychosociaux généraux en CSSS	Capitale-Nationale	2,4	2,3	2,4	-1,8%	-0,9% ▼
	CSSS Portneuf	2,4	2,4	2,1	-12,5%	-6,5%
	CSSS Vieille-Capitale	2,0	2,0	2,3	10,8%	5,3%
	CSSS Québec-Nord	2,4	2,4	2,9	22,4%	10,6%
	CSSS Charlevoix	3,5	2,9	2,1	-38,9%	-21,8%
	Jeffery Hale-Saint Brigid's	1,6	2,4	2,0	30,8%	14,4%
3- Total d'interventions pour les services psychosociaux généraux en CSSS	Capitale-Nationale	12 341	11 722	10 866	-12,0%	-6,2% ▼
	CSSS Portneuf	2 365	2 612	2 457	3,9%	1,9%
	CSSS Vieille-Capitale	3 486	3 124	3 609	3,5%	1,7%
	CSSS Québec-Nord	3 966	4 298	3 487	-12,1%	-6,2%
	CSSS Charlevoix	2 435	1 466	948	-61,1%	-37,6%
	Jeffery Hale-Saint Brigid's	89	222	365	310,1%	102,5%

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les services psychosociaux généraux consistent en des suivis brefs visant à répondre aux problèmes psychologiques et sociaux des individus qui vivent une situation particulière momentanée ou présentant des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible. Ces services sont offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS, mission CLSC).

Au 31 mars 2012, le nombre d'utilisateurs ayant reçu des services psychosociaux était de 4 593, une baisse de 10,3 % par rapport à l'année 2009-2010. Le nombre d'utilisateurs joints avait connu une importante hausse entre 2004-2005 et 2008-2009 (38 %, non montré dans le tableau).

Le nombre d'interventions a diminué lui aussi. En 2011-2012, il était de 10 866, une baisse de 12 % comparativement à 2009-2010. Tout comme le nombre d'utilisateurs, cette baisse fait suite à une hausse majeure entre 2004-2005 et 2008-2009 (55 %, non montré dans le tableau). La moyenne d'interventions était de 2,4 par utilisateur en 2011-2012 et est restée stable depuis 2009-2010.

2.3 Services médicaux

L'organisation des services médicaux de première ligne s'accompagne-t-elle d'une amélioration de l'accessibilité aux services?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle		
1- Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	Capitale-Nationale		29	27	28	28	-1	!	3,7%	1,8%	—
	CSSS Portneuf		2	2	2	2	0	✓	0,0%	0,0%	—
	CSSS Vieille-Capitale		13	12	13	13	0	✓	8,3%	4,1%	▲
	CSSS Québec-Nord		12	11	11	11	-1	!	0,0%	0,0%	—
	CSSS Charlevoix		2	2	2	2	0	✓	0,0%	0,0%	—
2- Nombre total de cliniques-réseau en fonction	Capitale-Nationale		10	8	8	8	-2	×	0,0%	0,0%	—
	CSSS Portneuf		0	0	0	0	0	✓			—
	CSSS Vieille-Capitale		6	5	5	5	-1	×	0,0%	0,0%	—
	CSSS Québec-Nord		4	3	3	3	-1	×	0,0%	0,0%	—
	CSSS Charlevoix		0	0	0	0	0	✓			—
3- Proportion de personnes inscrites au guichet d'accès et référées à un médecin dans l'année	Capitale-Nationale			79,7	64,6	88,4			10,9%	5,3%	▲
	CSSS Portneuf			0,0	20,0	59,6					▲
	CSSS Vieille-Capitale			70,7	73,0	96,5			36,6%	16,9%	▲
	CSSS Québec-Nord			81,4	55,8	78,7			-3,4%	-1,7%	—
	CSSS Charlevoix			100,0	93,2	96,9			-3,1%	-1,6%	—

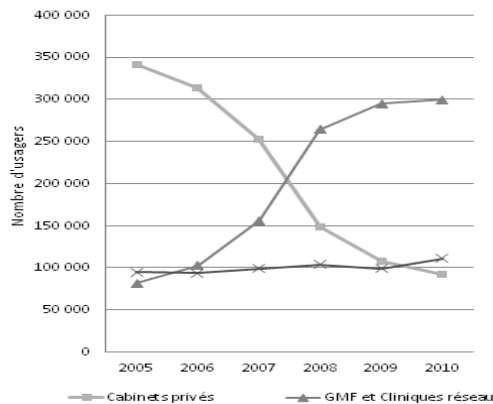
Légende

Résultat 2011-2012 :
 × Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

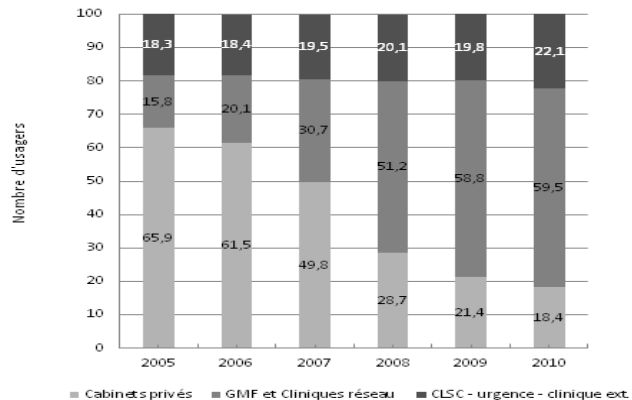
Variation annuelle :
 ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Base de données sur les inscriptions en GMF de la RAMQ et Direction des affaires médicales, universitaires et hospitalières (Agence); Banque de données jumelées, fichier sur la rémunération des médecins (RAMQ), Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

**Volume des consultations médicales en fonction du lieu de dispensation des services
Population des 65 ans et plus**



**Proportion des consultations médicales en fonction du lieu de dispensation des services
Population des 65 ans et plus**



Source : Banque de données jumelées, fichier sur la rémunération des médecins (RAMQ), Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les services médicaux de première ligne sont donnés par les médecins généralistes qui pratiquent dans les cabinets privés, dans les groupes de médecine de famille (GMF), dans les cliniques-réseau ainsi que dans les services de consultation externe des centres hospitaliers.

Un groupe de médecine de famille est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour faciliter l'accès de leur clientèle inscrite à des soins médicaux et à d'autres services professionnels. Il a une responsabilité en matière d'accès aux services médicaux généraux, de prise en charge et de suivi des clientèles dont les plus vulnérables.

Une clinique-réseau est un regroupement de médecins et d'infirmières qui assurent des services médicaux sans rendez-vous ainsi que la prise en charge des clientèles vulnérables sans médecin de famille.

Au 31 mars 2012, la région comptait 28 GMF dûment accrédités, étendus sur l'ensemble des territoires de CSSS. Quant aux cliniques-réseau, leur nombre était de huit, bien que la planification régionale en prévoie 10. L'Agence et le Département régional de médecine générale (DRMG) poursuivent leurs actions de promotion auprès des groupes de médecins pour les intéresser à ce mode de pratique médicale complémentaire à l'offre de service en GMF.

Il faut souligner que les GMF et les cliniques-réseau sont devenus les principaux milieux de dispensation de services médicaux à l'égard de la population de 65 ans et plus, considérant qu'ils fournissent 60 % des consultations médicales en première ligne. En 2005, cette part ne représentait que 16 %.

Le guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille est un service d'accompagnement pour toute personne à la recherche d'un médecin de famille. Des coordonnateurs médicaux locaux en assurent la gestion quotidienne et chaque CSSS en a la responsabilité populationnelle.

Dans chaque CSSS, les guichets d'accès mis en place ont permis à plus de 19 000 personnes sans médecin de famille d'être référées à un médecin en 2011, ce qui représente 88,4 % des personnes inscrites aux guichets.

Si l'on considère maintenant la situation des personnes de 75 ans et plus dans la région, des informations tirées de la facturation médicale nous apprennent que près 85 % d'entre elles sont suivies par le même médecin omnipraticien au cours de l'année. Ce résultat est conforme aux orientations prises en matière de première ligne médicale.

Informations complémentaires

Indicateur de résultats	Établissement	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre de personnes ayant consulté un médecin généraliste en première ligne au cours de l'année	Capitale-Nationale	483 904	489 806	488 383	496 321	1,3%	0,7%
	CSSS Portneuf	36 496	37 238	37 036	37 452	0,6%	0,3%
	CSSS Vieille-Capitale	208 276	208 827	207 517	208 875	0,0%	0,0%
	CSSS Québec-Nord	215 366	219 814	220 238	226 080	2,9%	1,4%
	CSSS Charlevoix	23 766	23 927	23 592	23 914	-0,1%	0,0%
2- Moyenne des visites à un médecin généraliste en première ligne au cours de l'année	Capitale-Nationale	3,8	3,7	3,6	3,5	-5,4%	-2,8%
	CSSS Portneuf	4,4	4,3	4,1	4,0	-7,7%	-3,9%
	CSSS Vieille-Capitale	3,7	3,7	3,5	3,5	-5,7%	-2,9%
	CSSS Québec-Nord	3,6	3,6	3,4	3,4	-4,8%	-2,4%
	CSSS Charlevoix	4,9	4,9	4,9	4,7	-4,2%	-2,1%

Indicateur de résultats	Établissement	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Variation après 2 ans	Variation annuelle	
3- Nombre total de visites à un médecin généraliste en première ligne au cours de l'année	Capitale-Nationale	1 840 548	1 832 440	1 751 584	1 755 729	-4,2%	-2,1%	▼
	CSSS Portneuf	161 627	160 936	152 558	149 383	-7,2%	-3,7%	▼
	CSSS Vieille-Capitale	780 461	770 330	728 457	726 408	-5,7%	-2,9%	▼
	CSSS Québec-Nord	782 569	783 032	756 128	766 825	-2,1%	-1,0%	—
	CSSS Charlevoix	115 891	118 142	114 441	113 113	-4,3%	-2,2%	▼
4- Taux de couverture des services médicaux de première ligne en omnipratique	Capitale-Nationale	71,9	72,2	71,5	72,1	-0,1%	-0,1%	—
	0 à 24 ans	63,5	64,2	63,0	63,8	-0,7%	-0,4%	—
	25 à 44 ans	64,8	64,7	63,8	63,9	-1,2%	-0,6%	—
	45 à 64 ans	78,5	78,7	78,0	78,5	-0,3%	-0,1%	—
	65 ans et plus	85,7	85,7	85,4	86,2	0,6%	0,3%	—

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque de données jumelées, fichier sur la rémunération des médecins (RAMQ), Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

L'analyse des services médicaux de première ligne nous apprend que l'accessibilité aux services s'est maintenue, mais que l'intensité, traduite par le nombre de visites par personne, a diminué entre 2007-2008 et 2011-2012.

Globalement, le nombre de personnes ayant consulté un médecin généraliste s'est maintenu autour 490 000 entre 2007-2008 et 2010-2011.

Lorsque rapporté à l'ensemble de la population, ce nombre produit un taux de couverture des services qui s'est maintenu à près de 72 % durant la même période. Dans les tranches d'âge plus vieilles, le taux de couverture s'est maintenu malgré une hausse de la population, et ce, grâce à la hausse du nombre de personnes jointes.

Quant au nombre total de visites à un médecin généraliste, il a diminué de 4,2 % depuis 2007-2008 pour atteindre 1 755 729 visites. Le nombre moyen de visites a diminué de 5,4 %, passant de 3,8 par personne en 2007-2008 à 3,5 visites par personne en 2011-2012.

2.4 Services infirmiers

2.4.1. Infirmières praticiennes

Le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL) atteint-il l'engagement prévu?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne titularisées	Capitale-Nationale		8			8	0	✓	
	CSSS Portneuf		3			3	0	✓	
	CSSS Vieille-Capitale		2			2	0	✓	
	CSSS Québec-Nord		3			3	0	✓	
	CSSS Charlevoix		0			0	0	✓	

Légende

Résultat 2011-2012 : ✗ Écart significatif par rapport à l'engagement
! Écart par rapport à l'engagement
✓ Engagement atteint

Source : Registre des postes en établissement (Direction des ressources humaines des établissements ciblés), tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques, les postes d'infirmières praticiennes spécialisées ont été mis en place au cours des années 2000 dans le but d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux services et d'assurer un meilleur suivi à la clientèle. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne est habilitée à prescrire des examens diagnostiques et des mesures thérapeutiques nécessaires en vue de traiter des problèmes de santé courants vécus par les patients et leur famille. Elles assurent, en collaboration avec un médecin partenaire, le suivi des maladies chroniques stables telles que l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires.¹⁰

Au cours de l'année 2011-2012, la région de la Capitale-Nationale a embauché huit infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, respectant ainsi l'engagement prévu. La décision quant à leur répartition sur le territoire de la Capitale-Nationale a été prise sur la recommandation du Département régional de médecine générale (DRMG).

2.4.2. Services infirmiers généraux en CSSS

L'offre de service s'est-elle accrue?

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'usagers recevant des services infirmiers courants	Capitale-Nationale	50 493	48 311	54 391	7,7%	3,8% ▲
	CSSS Portneuf	1 579	2 566	2 648	67,7%	29,5% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	22 590	20 820	23 959	6,1%	3,0% ▲
	CSSS Québec-Nord	23 287	21 762	24 575	5,5%	2,7% ▲
	CSSS Charlevoix	3 037	3 163	3 209	5,7%	2,8% ▲

¹⁰ Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec, Collège des médecins du Québec. *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, 2008, 113 pages.

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
2- Moyenne d'interventions par usager en services infirmiers courants	Capitale-Nationale	2,9	3,0	2,9	1,1%	0,5%
	CSSS Portneuf	3,2	2,7	2,5	-23,0%	-12,2%
	CSSS Vieille-Capitale	2,7	2,6	2,6	-2,9%	-1,5%
	CSSS Québec-Nord	3,0	3,2	3,2	5,3%	2,6%
	CSSS Charlevoix	3,3	3,5	3,7	12,2%	5,9%
3- Total d'interventions pour des services infirmiers courants	Capitale-Nationale	146 091	142 669	159 079	8,9%	4,4%
	CSSS Portneuf	5 044	6 956	6 517	29,2%	13,7%
	CSSS Vieille-Capitale	60 849	54 099	62 662	3,0%	1,5%
	CSSS Québec-Nord	70 117	70 416	77 951	11,2%	5,4%
	CSSS Charlevoix	10 081	11 198	11 949	18,5%	8,9%

Légende

Variation annuelle: Performance diminuée
 Performance stable
 Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les services infirmiers courants regroupent les activités d'assistance médicale et de soins requises par les usagers des services de santé courants. Ces services sont donnés par les CSSS (mission CLSC).

Le nombre d'usagers joints a augmenté en 2011-2012 pour atteindre 54 391, après une baisse en 2009-2010 et 2010-2011. Cette baisse faisait suite à une période de stabilité de cinq années où près de 60 000 personnes en moyenne étaient jointes (non montré dans le tableau).

Le même phénomène est observable du côté du nombre d'interventions. Elles ont augmenté de façon notable en 2011-2012 pour atteindre 159 079, après deux années de baisse importante. Le nombre d'interventions a retrouvé les valeurs de la période 2004-2005 à 2008-2009 (non montré dans le tableau). Le nombre moyen d'interventions est resté stable durant les trois dernières années d'observation, à près de trois interventions par usager par année.

2.5 Services de santé physique de court terme

Comment a évolué la desserte de services?

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'usagers ayant reçu des services de soutien à domicile en santé physique et posthospitalisation	Capitale-Nationale	14 042	13 994	14 203	1,1%	0,6%
	CSSS Portneuf	834	885	799	-4,2%	-2,1%
	CSSS Vieille-Capitale	8 434	8 732	9 018	6,9%	3,4%
	CSSS Québec-Nord	4 217	3 919	3 972	-5,8%	-2,9%
	CSSS Charlevoix	524	425	397	-24,2%	-13,0%
	Jeffery Hale-St Brigid's	33	33	17	-48,5%	-28,2%

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
2- Nombre moyen d'interventions par usager ayant reçu des services de soutien à domicile en santé physique et posthospitalisation	Capitale-Nationale	7,6	7,6	8,0	4,6%	2,3% ▲
	CSSS Portneuf	7,4	7,3	7,9	7,0%	3,4% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	8,0	7,7	8,4	5,6%	2,7% ▲
	CSSS Québec-Nord	7,1	7,5	7,2	1,3%	0,6% ▬
	CSSS Charlevoix	7,0	6,5	6,1	-12,2%	-6,3% ▼
	Jeffery Hale-St Brigid's	2,8	2,3	6,2	116,8%	47,3% ▲
3- Total d'interventions pour les services de soutien à domicile en santé physique et posthospitalisation	Capitale-Nationale	107 290	106 052	113 551	5,8%	2,9% ▲
	CSSS Portneuf	6 191	6 427	6 344	2,5%	1,2% ▬
	CSSS Vieille-Capitale	67 504	67 475	76 198	12,9%	6,2% ▲
	CSSS Québec-Nord	29 855	29 322	28 480	-4,6%	-2,3% ▼
	CSSS Charlevoix	3 646	2 753	2 424	-33,5%	-18,5% ▼
	Jeffery Hale-St Brigid's	94	75	105	11,7%	5,7% ▲

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 ▬ Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les services à domicile en santé physique et en postchirurgie consistent en des soins et traitements de courte durée rendus après une intervention chirurgicale ou s'adressant à des personnes ayant des incapacités temporaires. Ces services sont offerts par les CSSS (mission CLSC).

Le nombre d'usagers joints par ces services est resté stable durant la période, avec 14 203 personnes en 2011-2012. Le nombre total des interventions a augmenté de 5,8 % pour atteindre 113 551 et le nombre moyen d'interventions a augmenté de 4,6 % pour atteindre 8 interventions par personne par année.

CHAPITRE 3

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

3.1 Soutien à domicile en CSSS

L'offre de services de soutien à domicile s'est-elle accrue et l'intensité des services offerts atteint-elle les engagements?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre total d'heures de services de soins à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services	Capitale-Nationale	823 476	768 298	748 615	776 878	852 687	84 389	✓ 13,9%	6,7% ▲
	CSSS Portneuf		41 835	40 815	39 291	44 934	3 099	✓ 10,1%	4,9% ▲
	CSSS Vieille-Capitale		339 346	331 069	337 200	391 452	52 106	✓ 18,2%	8,7% ▲
	CSSS Québec-Nord		295 643	288 432	308 132	321 657	26 014	✓ 11,5%	5,6% ▲
	CSSS Charlevoix		90 506	88 299	91 399	93 579	3 073	✓ 6,0%	2,9% ▲
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		968		856	1 066	98		
2- Nombre total d'usagers desservis avec un profil de perte d'autonomie liée au vieillissement	Capitale-Nationale			16 155	16 570	16 749		3,7%	1,8% —
	CSSS Portneuf			1 242	1 262	1 408		13,4%	6,5% ▲
	CSSS Vieille-Capitale			6 945	7 265	7 040		1,4%	0,7% —
	CSSS Québec-Nord			6 219	6 418	6 628		6,6%	3,2% ▲
	CSSS Charlevoix			1 595	1 469	1 514		-5,1%	-2,6% ▼
	Jeffery Hale-Saint Brigid's			154	156	159		3,2%	1,6% —
3- Nombre moyen d'interventions par usager desservi avec un profil de perte d'autonomie liée au vieillissement	Capitale-Nationale			27,3	27,4	31,3		14,7%	7,1% ▲
	CSSS Portneuf			20,1	20,4	22,1		10,0%	4,9% ▲
	CSSS Vieille-Capitale			32,4	32,7	39,8		22,8%	10,8% ▲
	CSSS Québec-Nord			23,3	23,0	25,2		8,2%	4,0% ▲
	CSSS Charlevoix			26,8	27,8	28,2		5,2%	2,6% ▲
	Jeffery Hale-Saint Brigid's			17,4	14,4	15,7		-9,8%	-5,0% ▼
4- Nombre total d'interventions aux usagers avec un profil de perte d'autonomie liée au vieillissement	Capitale-Nationale			441 032	454 018	524 244		18,9%	9,0% ▲
	CSSS Portneuf			24 964	25 745	31 117		24,6%	11,6% ▲
	CSSS Vieille-Capitale			225 018	237 566	280 192		24,5%	11,6% ▲
	CSSS Québec-Nord			144 903	147 614	167 026		15,3%	7,4% ▲
	CSSS Charlevoix			42 746	40 838	42 695		-0,1%	-0,1% —
	Jeffery Hale-Saint Brigid's			2 680	2 246	2 496		-6,8%	-3,5% ▼

Légende

Résultat 2011-2012 : ✗ Écart significatif par rapport à l'engagement
! Écart par rapport à l'engagement
✓ Engagement atteint

Variation annuelle : ▼ Performance diminuée
— Performance stable
▲ Performance améliorée

Source : I-CLSC (RAMQ), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère). Ajustements avec la banque régionale I-CLSC pour Jeffery Hale-Saint Brigid's.

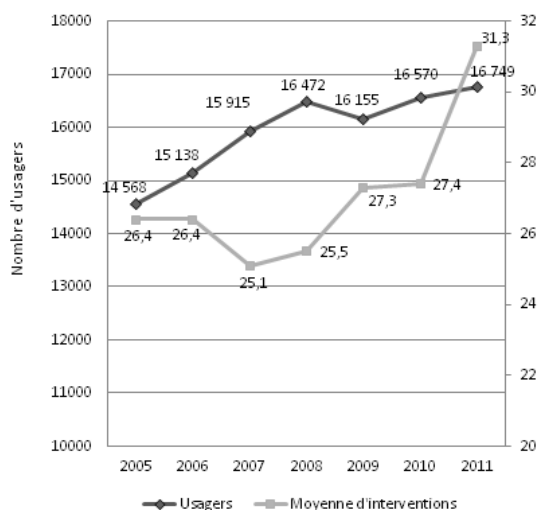
Les orientations en santé et services sociaux ainsi que l'augmentation des besoins en matière de soutien à domicile font en sorte que ces services doivent prendre une place toujours plus importante à l'intérieur du système. Toutefois, le contexte de l'emploi dans la région de la Capitale-Nationale (pénurie dans certaines disciplines et bas taux de chômage) et l'état des finances publiques constituent des facteurs pouvant rendre l'adaptation des services à une population vieillissante problématique. C'est pourquoi, depuis l'année 2010-2011, les CSSS se sont engagés dans une démarche d'optimisation de l'organisation du travail en soutien à domicile. Celle-ci consiste au développement de mesures visant une meilleure utilisation des ressources, l'adoption des avancées technologiques disponibles et des meilleures pratiques professionnelles.

Pour les trois dernières années, sous l'effet combiné des allocations de crédits et des efforts d'optimisation, les heures de services de soutien à domicile longue durée ont augmenté de 13,9 %.

Ces facteurs ont aussi eu un effet sur le nombre total d'utilisateurs qui s'est accru de 3,7 %, sur le nombre moyen d'interventions, avec un accroissement de 14,7 % et sur le nombre total d'interventions, avec 18,9 % d'augmentation.

Information complémentaire

Évolution des services du SAD perte d'autonomie depuis 2005 :
utilisateurs et moyenne d'interventions



Évolution comparée des ratios d'hébergement et du financement
des services SAD depuis 2005



Source : I-CLSC (RAMQ), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère). Ajustements avec la banque régionale I-CLSC pour Jeffery Hale-Saint Brigid's.

En remontant un peu plus loin dans le temps, il apparaît que l'offre des services de soutien à domicile a connu une nette progression depuis 2005, tant sur le plan de la couverture de la population que de l'intensité des services reçus par usager (voir graphique *Évolution des services du SAD perte d'autonomie depuis 2005*). Celle-ci permet notamment aux personnes en perte d'autonomie de la région de bénéficier de 36,3 % de plus d'interventions de la part de leur CSSS, un accroissement de 5,3 % par année. Ce pourcentage est largement supérieur à l'augmentation de 3,7 % par année du nombre de personnes de 65 ans et plus dans la population entre 2008 et 2012 (voir les données démographiques en introduction) et laisse supposer qu'une certaine partie des besoins est comblée par les services.

Cette tendance à la hausse fait en sorte que le ratio des dépenses régionales du soutien à domicile atteint maintenant 289 \$ par personne de 65 ans et plus, ce qui est un niveau de ressources 30,9 % plus élevé qu'en 2005.

Parallèlement, il est à remarquer que depuis 2005, et conformément aux orientations nationales en matière d'hébergement permanent, le ratio de lits en CHSLD, soit le nombre de lits utilisés pour des services d'hébergement, a diminué de 10,8 %, pour s'établir à 3,3 lits par 100 personnes de 65 ans et plus (voir le graphique sur l'*Évolution comparée des ratios d'hébergement et du financement des services SAD depuis 2005*).

Information complémentaire

Soutien à domicile en mode continu pour les personnes âgées de 75 ans et plus

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre total d'usagers âgés de 75 ans et plus desservis	Capitale-Nationale	2 934	3 007	3 202	9,1%	4,5% ▲
	CSSS Portneuf	213	223	264	23,8%	11,3% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	1 548	1 553	1 635	5,6%	2,8% ▲
	CSSS Québec-Nord	894	964	1 023	14,4%	7,0% ▲
	CSSS Charlevoix	257	251	265	3,1%	1,5% ▲
	Jeffery Hale-Saint Brigid's	22	16	15	-31,8%	-17,4% ▼
2- Nombre moyen d'interventions par usager âgé de 75 ans et plus desservis	Capitale-Nationale	97,8	96,6	110,6	13,1%	6,3% ▲
	CSSS Portneuf	68,1	62,6	71,9	5,6%	2,8% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	99,1	102,5	122,8	23,8%	11,3% ▲
	CSSS Québec-Nord	99,3	90,2	101,2	1,9%	1,0% ▬
	CSSS Charlevoix	111,4	117,7	113,6	2,0%	1,0% ▬
	Jeffery Hale-Saint Brigid's	59,5	46,8	49,1	-17,5%	-9,2% ▼
3- Nombre total d'interventions aux usagers âgés de 75 ans et plus desservis	Capitale-Nationale	286 853	290 487	354 050	23,4%	11,1% ▲
	CSSS Portneuf	14 497	13 960	18 977	30,9%	14,4% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	153 614	159 245	200 719	30,7%	14,3% ▲
	CSSS Québec-Nord	88 806	86 980	103 515	16,6%	8,0% ▲
	CSSS Charlevoix	28 628	29 553	30 102	5,1%	2,5% ▲
	Jeffery Hale-Saint Brigid's	1 308	749	737	-43,7%	-24,9% ▼

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 ▬ Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

En revenant à la période couverte par le présent bilan, les trois indicateurs suivants resserrent les critères pour ne présenter que la desserte des personnes de 75 ans et plus en perte d'autonomie recevant des services en mode continu. Pour cette population dont les besoins sont plus importants, il s'agit de services prodigués depuis quatre mois et plus, à raison d'une intervention par semaine et plus. Il faut rappeler que la politique québécoise de soutien à domicile prévoit que les services doivent répondre « aux attentes et aux besoins des individus et de la population ». Idéalement, ils devraient permettre le maintien à leur domicile des personnes en perte d'autonomie le plus longtemps possible, selon leur volonté, et ce, jusqu'à concurrence de ce qu'il en coûterait pour les héberger dans un établissement public.¹¹

Le nombre total d'usagers recevant des services plus intensifs a augmenté de 9,1 % depuis 2009-2010 et le nombre moyen d'interventions par usager a augmenté de 13,1 %, ce qui indique une tendance favorable au regard de l'orientation privilégiée.

¹¹ Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante, Québec, 30 mars 2012, pages 4 et 5.

3.2 Fin des soins actifs; déclaration d'hébergement en centre hospitalier; attente de placement et nombre d'admissions en CHSLD

Le nombre de patients en fin de soins actifs en attente d'un autre service respecte-t-il les engagements?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle	
1- Nombre moyen de patients en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou les lits posthospit. et occupant des lits de courte durée	Capitale-Nationale	3	5,65	5,62	5,54	2,54	×	-1,9%	-1,0%	—
	CSSS Charlevoix	3	2,62	2,11	2,05	-0,95	✓	-21,7%	-11,5%	▲
	CHUQ	3	10,13	7,83	7,06	4,06	×	-30,3%	-16,5%	▲
	CHA	3	1,38	4,94	7,76	4,76	×	463,1%	137,3%	▼
	IUCPQ	3	8,46	7,40	3,55	0,55	×	-58,1%	-35,2%	▲
2- Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	Capitale-Nationale	3	13,20	10,67	9,23	6,23	×	-30,1%	-16,4%	▲
	CSSS Charlevoix	3	3,26	2,99	2,33	-0,67	✓	-28,6%	-15,5%	▲
	CHUQ	3	13,45	11,23	9,74	6,74	×	-27,6%	-14,9%	▲
	CHA	3	24,18	18,65	16,34	13,34	×	-32,4%	-17,8%	▲
	IUCPQ	3	11,91	8,38	7,26	4,26	×	-39,0%	-21,9%	▲
3- Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	Capitale-Nationale	3	3,53	3,36	2,48	-0,52	✓	-29,7%	-16,2%	▲
	CSSS Charlevoix	3	-	-	-	-3,00	✓			—
	CHUQ	3	3,28	5,07	3,37	0,37	×	2,7%	1,3%	—
	CHA	3	5,07	3,45	3,92	0,92	×	-22,7%	-12,1%	▲
	IUCPQ	3	5,76	4,81	1,87	-1,13	✓	-67,5%	-43,0%	▲
4- Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS des 75 ans et plus	Capitale-Nationale	5	6,02	4,41	4,03	-0,97	✓	-33,1%	-18,2%	▲
	CSSS Charlevoix	5	8,47	3,59	1,91	-3,09	✓	-77,4%	-52,5%	▲
	CHUQ	5	7,05	5,68	5,68	0,68	×	-19,4%	-10,2%	▲
	CHA	5	5,64	3,87	3,45	-1,55	✓	-38,8%	-21,8%	▲
	IUCPQ	5	4,18	2,99	2,40	-2,60	✓	-42,6%	-24,2%	▲
5- Nombre de personnes en attente de placement permanent en CHSLD	Capitale-Nationale		1 915	1 887	1 555			-18,8%	-9,9%	▲
	CHSGS avec mission universitaire		166	126	107			-35,5%	-19,7%	▲
	Milieu de transition (CH ou CHSLD)		473	499	452			-4,4%	-2,2%	▲
	CHSLD et USLD		80	97	34			-57,5%	-34,8%	▲
	Réadaptation et autres établissements		70	64	47			-32,9%	-18,1%	▲
	Domicile		349	326	303			-13,2%	-6,8%	▲
	Autres résidences privées		725	727	568			-21,7%	-11,5%	▲
	Autres localisations		26	24	22			-15,4%	-8,0%	▲
	Attente excluant les personnes en transition		1 362	1 291	1 069			-21,5%	-11,4%	▲
	6- Nombre d'admissions dans les lits d'hébergement	Capitale-Nationale		1 813	1 699	1 837			1,3%	0,7%
CSSS Portneuf			145	198	160			10,3%	5,0%	▼
CSSS Vieille-Capitale			1 106	1 048	1 198			8,3%	4,1%	▼
CSSS Québec-Nord			484	380	406			-16,1%	-8,4%	▲
CSSS Charlevoix			78	73	73			-6,4%	-3,3%	▲

Légende

Résultat 2011-2012: **×** Écart significatif par rapport à l'engagement
! Écart par rapport à l'engagement
✓ Engagement atteint

Variation annuelle: **▼** Performance diminuée
— Performance stable
▲ Performance améliorée

Source : Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier RQSUCH (J74), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère); Banque régionale sur le système d'admission en hébergement (IMAGE).

Un patient en fin de soins actifs occupant un lit de soins de courte durée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est un patient dont la condition de santé requiert des soins et des services qui pourraient être donnés dans un lieu autre qu'un centre hospitalier. Une utilisation efficiente des lits est essentielle au bon fonctionnement du réseau, c'est pourquoi plusieurs mesures ont été déployées afin de diminuer l'occupation des lits de courte durée par la clientèle dans cette situation. Les indicateurs concernent le nombre moyen par jour de patients

considérés en fin de soins actifs, en attente d'une évaluation ou orientation, d'un hébergement en CHSLD ou de services de réadaptation et occupant toujours un de ces lits.

Le nombre moyen de patients par jour en fin de soins actifs en attente d'une évaluation-orientation est de 5,54, un écart supérieur de 2,54 par rapport à la norme de trois. Par contre, le résultat est en diminution de 1 % par année depuis 2009-2010.

Pour les patients en attente de placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou de réadaptation, la diminution a été autour de 30 % au cours des deux dernières années, contribuant ainsi à libérer plusieurs lits pour accueillir la clientèle hospitalisée, notamment celle provenant du service de l'urgence des hôpitaux.

Par ailleurs, le nombre d'admissions en hébergement de longue durée, incluant l'hébergement en ressource intermédiaire et dans des lits transitoires, a été de 1 837 en 2011-2012. Il s'agit d'une légère augmentation comparativement à 2009-2010, mais d'une augmentation notable par rapport à 2010-2011. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que lorsque les admissions ou les lits utilisés en hébergement sont mis en relation avec la population, de plus en plus nombreuse dans les strates d'âge plus élevées, les ratios déclinent depuis le milieu des années 2000.

Le taux de déclaration en CHSLD mesure le nombre de demandes d'hébergement à partir du milieu hospitalier pour les personnes de 75 ans et plus. Il rend compte des pratiques de déclaration en milieu hospitalier. Le taux de déclaration a diminué dans la région, passant de 6 % à 4 %, tandis que la cible provinciale est de 5 %. Ces résultats indiquent que les mesures alternatives à l'hébergement institutionnel sont davantage offertes aux personnes hospitalisées et aux familles, selon les orientations gouvernementales.

3.3 Réseau de services intégrés

L'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement se réalise-t-elle selon le rythme prévu?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012
Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans les réseaux locaux de services	<i>Capitale-Nationale</i>		63		56,1	58,0	(5,00) ✖

Légende

Résultat 2011-2012 : ✖ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✔ Engagement atteint

Source : GESTRED - SIGLE (G75), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Cet indicateur représente le degré d'implantation des composantes des *réseaux de services intégrés pour les personnes âgées* (RSIPA) dans l'ensemble des réseaux locaux. Le RSIPA est une façon de coordonner les services existants auprès d'un même client, à l'intérieur de l'établissement, entre les professionnels de la santé, les personnes âgées, les proches aidants et les partenaires publics, privés et communautaires. Le RSIPA vise à améliorer l'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins et services offerts aux personnes âgées.

En 2011-2012, le pourcentage d'implantation des composantes du RSIPA dans la région est de 58, un résultat inférieur à l'engagement de 63. Certaines composantes, dont la gestion de cas et les plans d'intervention, sont faiblement implantées, mais il est prévu que des comités cliniques voient à leur développement.

3.4 Approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier

L'Approche adaptée à la personne âgée permet d'ajuster les façons d'organiser les services et de donner les soins pour répondre à la clientèle âgée hospitalisée ou qui se retrouve à l'urgence. Elle a pour objectif de s'assurer que toutes les interventions nécessaires soient faites pour prévenir et, dans la mesure du possible, éviter le déconditionnement des patients âgés.¹² L'indicateur ministériel est le pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier.

Tous les centres hospitaliers de la région de la Capitale-Nationale ont amorcé la mise en place des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée, comme le prévoyait l'engagement en 2011-2012. Les établissements concernés ont déposé leur plan d'action sur ce déploiement prévu jusqu'en 2015.

¹² Définition empruntée au CSSS de Laval, sur son site Internet (<http://www.cssslaval.qc.ca/>).

CHAPITRE 4

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, DÉFICIENCE PHYSIQUE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

4.1 Délais d'accès

Les délais d'accès aux services en CSSS et en centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement sont-ils respectés?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Taux de demandes de services traitées en CSSS pour les personnes ayant une DP, tous âges - toutes priorités	Capitale-Nationale	90	90	51,1	73,9	68,0	-22,0	×	33,0% ▲
	CSSS Portneuf		90	75,0	57,1	85,7	-4,3	!	14,3% ▲
	CSSS Vieille-Capitale		90	62,8	82,1	81,8	-8,2	×	30,2% ▲
	CSSS Québec-Nord		90	56,4	58,1	39,7	-50,3	×	-29,6% ▼
	CSSS Charlevoix		90	29,1	34,8	70,8	-19,2	×	143,4% ▲
2- Taux de demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une DP, Tous âges - toutes priorités	Capitale-Nationale	90	90	78,1	80,9	89,5	-0,5	!	14,6% ▲
	IRDPQ		90	78,1	80,9	89,5	-0,5	!	14,6% ▲
3- Taux de demandes de services traitées en CSSS pour les personnes ayant une DI-TED, tous âges - toutes priorités	Capitale-Nationale	90	90	37,9	36,5	55,1	-34,9	×	45,3% ▲
	CSSS Portneuf		90	66,7	35,7	79,3	-10,7	×	18,9% ▲
	CSSS Vieille-Capitale		90	18,2	38,9	56,9	-33,1	×	213,0% ▲
	CSSS Québec-Nord		90	39,3	34,4	47,8	-42,2	×	21,7% ▲
	CSSS Charlevoix		90	83,3	66,7	50,0	-40,0	×	-40,0% ▼
4- Taux de demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une DI-TED, tous âges - toutes priorités	Capitale-Nationale	90	90	63,3	70,4	91,8	1,80	✓	45,0% ▲
	CSSS Charlevoix		90	100,0	75,0	87,5	-2,5	!	-12,5% ▼
	CRDI		90	61,8	70,1	92,0	2,0	✓	48,8% ▲

Légende

Résultat 2011-2012 :
 × Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle :
 ▼ Performance diminuée
 ! Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : CSSS : I-CLSC (RAMQ), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère); centres de réadaptation : GESTRED, Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience vise à assurer un accès aux services des CSSS et des centres de réadaptation dans des délais raisonnables. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a établi des normes en la matière en fonction du degré de priorité attribué à chaque demande. Le plan d'accès s'appuie sur une démarche d'optimisation et d'harmonisation des processus et de la gestion de l'accès aux services.

Bien que depuis 2009 les établissements de la région aient amélioré significativement leur délai de prise en charge à l'égard de leur clientèle atteinte de déficience physique ou intellectuelle, incluant les TED, la cible provinciale de 90 % n'est pas encore atteinte pour les services en CSSS. Pour les centres de réadaptation, les résultats récents respectent les valeurs cibles.

Pour les demandes de service en CSSS des personnes ayant une déficience physique, 68 % le sont dans les délais. Les efforts quant au volume de clientèle traitée et à une meilleure identification des priorités ont porté fruit puisque le résultat au milieu de l'année 2012-2013 est à 88 % (non montré dans le tableau).

Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED, le taux en 2011-2012 est de 55,1 %. Les efforts consentis ont également permis d'améliorer ce résultat qui atteint 63,1 % au milieu de l'année 2012-2013 (non montré dans le tableau).

Information complémentaire

Services spécialisés en réadaptation

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'usagers (admis et inscrits) ayant reçu des services de réadaptation en déficience physique	Capitale-Nationale	7 991	8 977	8 879	11,1%	5,4% ▲
	IRDPQ	7 991	8 977	8 879	11,1%	5,4% ▲
2- Nombre d'usagers différents ayant reçu des services de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Capitale-Nationale	2 500	2 539	2 545	1,8%	0,9% —
	CRDI de Québec	2 500	2 539	2 545	1,8%	0,9% —

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Rapports statistiques AS-484 et AS-485.

Pour ce qui est des services spécialisés de réadaptation, non seulement les établissements atteignent les normes de délais d'accès, mais ils desservent autant sinon davantage d'usagers. Dans le cas de la réadaptation physique, le nombre d'usagers ayant reçu des services spécialisés de réadaptation a augmenté de 11,1 % entre 2009-2010 et 2011-2012. En déficience intellectuelle et TED, le nombre d'usagers joints s'est maintenu durant la période à l'étude.

Information complémentaire

Services de soutien à domicile en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'usagers recevant des services de soutien à domicile - déficience intellectuelle et TED	Capitale-Nationale	1 417	1 627	1 714	21,0%	10,0% ▲
	CSSS Portneuf	93	63	86	-7,5%	-3,8%
	CSSS Vieille-Capitale	575	628	672	16,9%	8,1%
	CSSS Québec-Nord	604	820	810	34,1%	15,8%
	CSSS Charlevoix	138	105	132	-4,3%	-2,2%
	Jeffery Hale-St Brigid's	7	11	14	100,0%	41,4%
2- Nombre moyen d'interventions pour des services de soutien à domicile - déficience intellectuelle et TED	Capitale-Nationale	9,3	10,2	11,0	17,5%	8,4% ▲
	CSSS Portneuf	7,4	6,5	7,6	2,8%	1,4%
	CSSS Vieille-Capitale	9,1	8,9	8,3	-8,4%	-4,3%
	CSSS Québec-Nord	8,6	10,1	12,8	49,1%	22,1%
	CSSS Charlevoix	15,3	21,4	15,5	1,6%	0,8%
	Jeffery Hale-St Brigid's	3,6	17,1	11,4	218,0%	78,3%
3- Total d'interventions pour des services de soutien à domicile - déficience intellectuelle et TED	Capitale-Nationale	13 219	16 665	18 793	42,2%	19,2% ▲
	CSSS Portneuf	691	411	657	-4,9%	-2,5%
	CSSS Vieille-Capitale	5 221	5 570	5 587	7,0%	3,4%
	CSSS Québec-Nord	5 173	8 249	10 341	99,9%	41,4%
	CSSS Charlevoix	2 109	2 247	2 049	-2,8%	-1,4%
	Jeffery Hale-St Brigid's	25	188	159	536,0%	152,2%

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 ▬ Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) offerts dans leur milieu naturel aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED).

Pendant la période à l'étude, le nombre d'usagers joints (21 %), le nombre total d'interventions (42,2 %) et le nombre moyen d'interventions par usager (17,5 %) ont considérablement augmenté. De plus, il s'agit d'une hausse de service ininterrompue depuis 2004-2005 (non montré dans le tableau) : 779 personnes recevaient des services de soutien à domicile à ce moment comparativement à 1 714 en 2011-2012; 7 467 interventions étaient réalisées comparativement à 18 793 en 2011-2012, près du triple du nombre de 2004-2005.

Information complémentaire

Services de soutien à domicile en déficience physique

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'usagers recevant des services de soutien à domicile - déficience physique	Capitale-Nationale	3 094	3 188	3 035	-1,9%	-1,0% 
	CSSS Portneuf	144	127	162	12,5%	6,1% 
	CSSS Vieille-Capitale	1 611	1 664	1 463	-9,2%	-4,7% 
	CSSS Québec-Nord	1 087	1 139	1 125	3,5%	1,7% 
	CSSS Charlevoix	245	247	274	11,8%	5,8% 
	Jeffery Hale-St Brigid's	7	11	11	57,1%	25,4% 
2- Nombre moyen d'interventions pour des services de soutien à domicile - déficience physique	Capitale-Nationale	28,4	28,0	32,0	12,9%	6,3% 
	CSSS Portneuf	10,2	12,3	13,1	28,0%	13,1% 
	CSSS Vieille-Capitale	27,0	25,9	27,9	3,4%	1,7% 
	CSSS Québec-Nord	26,3	26,6	34,1	29,6%	13,8% 
	CSSS Charlevoix	57,3	57,5	57,2	-0,2%	-0,1% 
	Jeffery Hale-St Brigid's	17,7	17,9	18,2	2,6%	1,3% 
3- Total d'interventions pour des services de soutien à domicile - déficience physique	Capitale-Nationale	87 797	89 345	97 234	10,7%	5,2% 
	CSSS Portneuf	1 470	1 564	2 116	43,9%	20,0% 
	CSSS Vieille-Capitale	43 542	43 122	40 867	-6,1%	-3,1% 
	CSSS Québec-Nord	28 616	30 248	38 382	34,1%	15,8% 
	CSSS Charlevoix	14 045	14 214	15 669	11,6%	5,6% 
	Jeffery Hale-St Brigid's	124	197	200	61,3%	27,0% 

Légende

Variation annuelle:  Performance diminuée
 Performance stable
 Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, etc.) offerts dans leur milieu naturel aux personnes ayant une déficience physique. Ils comprennent également les services intensifs de maintien à domicile.

Le nombre d'usagers a peu varié depuis 2009-2010, s'établissant à 3 035 en 2011-2012. Par contre, le nombre d'interventions a augmenté de 10,7 %, ce qui donne 32 interventions en moyenne par personne pour l'année 2011-2012.

CHAPITRE 5

JEUNES EN DIFFICULTÉ

5.1 Services de première ligne pour les jeunes en difficulté

L'augmentation de la desserte s'est-elle poursuivie pour les services de première ligne?

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'usagers recevant des services aux jeunes et à leur famille en CSSS	Capitale-Nationale	10 692	10 562	10 192	-4,7%	-2,4% ▼
	CSSS Portneuf	790	813	862	9,1%	4,5% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	4 316	4 166	4 141	-4,1%	-2,0% ▼
	CSSS Québec-Nord	4 629	4 654	4 330	-6,5%	-3,3% ▼
	CSSS Charlevoix	766	744	705	-8,0%	-4,1% ▼
	Jeffery Hale-St Brigid's	191	185	154	-19,4%	-10,2% ▼
2- Nombre moyen d'interventions pour des services aux jeunes et à leur famille en CSSS	Capitale-Nationale	7,4	7,4	7,9	6,5%	3,2% ▲
	CSSS Portneuf	8,8	9,2	8,6	-2,6%	-1,3% ▬
	CSSS Vieille-Capitale	7,1	7,3	7,6	6,5%	3,2% ▲
	CSSS Québec-Nord	7,2	7,1	8,1	12,8%	6,2% ▲
	CSSS Charlevoix	8,9	8,2	7,4	-16,6%	-8,7% ▼
	Jeffery Hale-St Brigid's	7,5	7,5	8,5	13,4%	6,5% ▲
3- Total d'interventions pour des services aux jeunes et à leur famille en CSSS	Capitale-Nationale	79 391	78 460	80 614	1,5%	0,8% ▬
	CSSS Portneuf	6 984	7 475	7 420	6,2%	3,1% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	30 778	30 458	31 440	2,2%	1,1% ▬
	CSSS Québec-Nord	33 392	32 999	35 220	5,5%	2,7% ▲
	CSSS Charlevoix	6 803	6 136	5 223	-23,2%	-12,4% ▼
	Jeffery Hale-St Brigid's	1 434	1 392	1 311	-8,6%	-4,4% ▼

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 ▬ Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence). Ces services ont pour but de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté et de leurs parents par des interventions continues dans le cadre d'un suivi. Ils sont offerts par les CSSS dans l'établissement ou dans les milieux de vie des enfants, des jeunes et des familles.

Ces services ont pour but de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté et de leurs parents par des interventions continues dans le cadre d'un suivi. Ils sont offerts par les CSSS dans l'établissement ou dans les milieux de vie des enfants, des jeunes et des familles.

La tendance régionale observée est différente de celle qui prévalait au dernier bilan (2004-2005 à 2008-2009, non montré dans le tableau), lequel révélait une augmentation du nombre des personnes jointes et du nombre total d'interventions. Le nombre de jeunes et de familles bénéficiant des services de première ligne en CSSS a diminué de 4,7 % durant la présente période, pour atteindre 10 192. Le nombre total d'interventions s'étant plutôt maintenu (80 614 en 2011-2012), le nombre moyen d'interventions a augmenté de 6,5 %, pour atteindre 7,9 interventions par personne. La diminution du nombre d'usagers joints et le maintien du nombre total d'interventions ont donc permis d'augmenter quelque peu l'intensité des services.

5.2 Services en centre jeunesse pour les jeunes en difficulté

L'accès aux services en centre jeunesse est-il assuré à l'intérieur des délais prévus?

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Délai moyen d'attente en jours à l'évaluation à la Protection de la jeunesse (première intervention faite par l'intervenant)	Capitale-Nationale	6,36	8,59	9,52	49,7%	22,3% ▼
	<i>Centre jeunesse de Québec</i>	6,36	8,59	9,52	49,7%	22,3% ▼
2- Délai moyen d'attente en jours à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	Capitale-Nationale	5,63	5,06	5,79	2,8%	1,4% —
	<i>Centre jeunesse de Québec</i>	5,63	5,06	5,79	2,8%	1,4% —

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Portail du Service de la gestion intégrée de l'information (Agence), formulaires de saisie.

Le Centre jeunesse de Québec, comme entité responsable des services spécialisés, est chargé de fournir une aide aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leur famille.

Les résultats au regard de l'accès aux services en protection de la jeunesse (évaluation et application des mesures) sont toujours positifs. Depuis plusieurs années, le Centre jeunesse de Québec se situe très favorablement par rapport aux cibles nationales. Ainsi, en 2011-2012, le délai moyen d'attente à l'évaluation était de 8,59 jours et de 9,52 jours en 2011-2012, alors que la norme nationale est de douze jours maximum. Quant au délai d'application des mesures en protection de la jeunesse, il était de 5,79 jours au 31 mars 2012 comparativement à la norme nationale de 30 jours maximum.

5.3 Intervention en négligence

Les CSSS ont la responsabilité d'offrir un programme d'intervention en négligence pour l'ensemble des familles négligentes de leur territoire. Le Ministère a développé un indicateur afin de suivre la disponibilité de ces services : le pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert. Les programmes reconnus efficaces ou jugés prometteurs aux fins du calcul de l'indicateur sont offerts à l'ensemble des familles négligentes du territoire de CSSS ayant un ou des enfants de 12 ans ou moins.

Dans la région, la mise en place d'un tel programme est entamée dans les quatre territoires, conformément à l'engagement prévu. Les travaux menés en 2011-2012 ont permis de finaliser la rédaction du cadre d'intervention régional en négligence et de déterminer les territoires à plus forte proportion de négligence.

CHAPITRE 6

DÉPENDANCES

6.1 Équipes de liaison spécialisées dans les urgences

En 2008-2009, la région a implanté un service de liaison spécialisé en dépendance dans les principaux services de l'urgence des centres hospitaliers. Un total de 900 personnes avait été rejoint la première année. Au cours de la période 2009-2010 à 2011-2012, une moyenne de 1 450 personnes fut rejointe, ce qui confirme la pertinence de cette mesure permettant d'évaluer et de faire une offre de service personnalisée aux personnes ayant un problème de dépendance.

6.2 Délais d'accès en centre de réadaptation

Le pourcentage de personnes évaluées dans les délais respecte-t-il l'engagement?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012
1- Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	<i>Capitale-Nationale</i>		60		53,5	59,1	-0,9 ✓

Légende

Résultat 2011-2012 :
 ✖ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Source : GESTRED, Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Cet indicateur vise à évaluer un taux de respect du délai d'accès à une évaluation spécialisée dans un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) selon la cible déterminée. La littérature scientifique indique qu'un délai rapide d'accès pour l'obtention d'un premier service est crucial chez l'utilisateur pour poursuivre sa démarche auprès de l'établissement.

En 2011-2012, 59,1 % des personnes sont évaluées au Centre de réadaptation en dépendance de Québec dans un délai de 15 jours ou moins, atteignant presque l'engagement fixé à 60 %. Il faut noter également une amélioration par rapport à 2010-2011.

L'année 2012-2013 servira à consolider ce nouveau modèle en tentant de trouver des réponses à certains problèmes rencontrés tels que le manque de personnel dans l'équipe d'évaluation spécialisée et la lourdeur du processus d'évaluation.

CHAPITRE 7

SANTÉ MENTALE

7.1 Services en CSSS et suivi intensif¹³

L'accès aux services de soutien dans la communauté s'est-il amélioré? La production des services de première ligne respecte-t-elle les engagements?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre moyen d'adultes par période recevant des services de soutien d'intensité variable en santé mentale	Capitale-Nationale	1 479	1 054	769	1 038	923	-131	×	20,0%
	CSSS Portneuf		81	78	73	79	-2	!	1,3%
	CSSS Vieille-Capitale		386	227	279	274	-112	×	20,7%
	CSSS Québec-Nord		365	253	234	219	-146	×	-13,4%
	CSSS Charlevoix		62	51	56	62	-	✓	21,6%
	Organismes communautaires		160	160	396	289	129	✓	80,6%
2- Nombre moyen d'adultes par période recevant des services de suivi intensif en santé mentale	Capitale-Nationale	592	110	79	85	88	-22	×	11,4%
	IUSMQ		110	79	85	88	-22	×	11,4%
3- Nombre d'usagers recevant des services de santé mentale de première ligne en CSSS (note 1)	Capitale-Nationale	14 180	6 637	6 262	6 360	4 165	-2472	×	-33,5%
	CSSS Portneuf		572	476	475	411	-161	×	-13,7%
	CSSS Vieille-Capitale		2 900	2 509	2 286	1 815	-1085	×	-27,7%
	CSSS Québec-Nord		2 520	2 044	2 036	1 744	-776	×	-14,7%
	CSSS Charlevoix		585	1 179	1 523	171	-414	×	-85,5%
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		60	54	40	24	-36	×	-55,6%

Note 1 : Le mode de calcul de l'indicateur sur les services de santé mentale de première ligne en CSSS a été modifié en 2011-2012, ce qui explique la baisse importante

Légende

Résultat 2011-2012 :
 × Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle :
 ▼ Performance diminuée
 ▬ Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : I-CLSC (RAMQ), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère); Portail du Service de la gestion intégrée de l'information (Agence), formulaires de saisie.

Soutien d'intensité variable

Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV), donnés par les CSSS, regroupent des activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale destinées aux personnes vivant des troubles mentaux graves. Les difficultés vécues par ces personnes sont telles qu'elles nécessitent un soutien et des soins soutenus à moyen ou long terme. Les services sont généralement donnés dans le milieu de vie des personnes et selon une intensité pouvant varier d'une période à l'autre. L'indicateur mesure le nombre de places offertes aux adultes de 18 ans et plus par le nombre moyen de personnes par période financière ayant reçu ces services

En tenant compte des usagers desservis par les organismes communautaires, la région de la Capitale-Nationale a rejoint 923 usagers par période, un résultat qui n'atteint pas l'engagement établi à 1 054 personnes mais qui dénote une amélioration par rapport à l'année 2009-2010.

Une formation a été offerte à tous les CSSS de la région par le Centre national d'excellence en santé mentale afin d'harmoniser les pratiques en services de soutien d'intensité variable. Au terme de cet exercice, une sélection plus appropriée des personnes et des interventions devrait donner lieu à une situation se rapprochant davantage du requis de service dans ce secteur.

¹³ L'indicateur 1.08.05 inclut les places offertes en services de soutien variable dans la communauté par les organismes communautaires. L'indicateur 1.08.06 inclut les services d'une deuxième équipe de suivi intensif qui a été mise en place par l'IUSMQ; elle diffère toutefois d'une équipe Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) et répond à un modèle de traitement intensif bref à domicile (TIBD) allant jusqu'à 6 semaines.

Suivi intensif dans le milieu

Les services de suivi intensif dans le milieu (SIM) se distinguent du soutien d'intensité variable par la présence d'une équipe de soins intégrés et en coordination continue, intervenant auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves pouvant présenter une condition instable et qui courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées. Ces services sont offerts par le programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). Le nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour les personnes de 18 ans et plus est mesuré par le nombre moyen d'adultes par période financière qui ont reçu ces services.

La performance régionale est de 88 usagers desservis en moyenne par période et elle n'atteint pas l'engagement fixé à 110 personnes par période. Le résultat indique toutefois une amélioration de 11,4 % depuis 2009-2010.

Services de santé mentale de première ligne

Les services de santé mentale en première ligne regroupent les services d'évaluation, de traitement, de suivi ou d'orientation offerts par un professionnel d'un CSSS (mission CLSC) et sont généralement donnés dans l'établissement à des personnes souffrant de troubles mentaux modérés ou graves, mais dont les symptômes sont stabilisés.

Le nombre de personnes ayant reçu de tels services reste stable durant le cycle à l'étude, avec un peu plus de 6 000 usagers. Malgré le maintien ou l'amélioration de la desserte, l'engagement et la cible n'ont pas été atteints.

La baisse importante du nombre d'usagers observée en 2011-2012 est le fait d'un changement du mode de calcul de l'indicateur et non pas d'une baisse réelle du nombre de personnes desservies. Par ailleurs l'indicateur, dans sa formulation actuelle, ne permet pas de saisir une part importante des interventions effectuées par les intervenants des établissements, soit celles effectuées sur une base autre qu'individuelle auprès des clientèles avec un diagnostic de problème en santé mentale. De plus, un grand nombre de personnes en milieu urbain reçoivent des services de la part des organismes communautaires, des activités non comptabilisées par l'indicateur. Des représentations ont été faites auprès du Ministère afin de préciser les mesures qui permettraient de traduire plus fidèlement l'ensemble des activités réalisées.

7.2 Services d'urgence en santé mentale

A-t-on maintenu ou diminué le temps de séjour sur civière à l'urgence?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Séjour moyen sur civière en heures	Capitale-Nationale			24,7	20,7	22,3		-9,8%	-5,0% ▲
	CHUQ			23,0	21,9	21,1		-8,1%	-4,1% ▲
	CHA			27,8	22,7	27,3		-1,8%	-0,9% —
	IUCPQ			13,9	14,8	13,8		-0,9%	-0,4% —
	CSSS Charlevoix			16,2	8,4	6,4		-60,3%	-37,0% ▲
	Autres urgences			6,9	5,4	4,6		-32,8%	-18,0% ▲

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Registre de la salle d'urgence (J56), Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Le rôle d'un service d'urgence est d'accueillir sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, de la soumettre à un triage selon une échelle de priorité médicale et de la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

La performance du séjour sur civière des patients avec un problème de santé mentale s'est améliorée significativement entre 2009-2010 et 2011-2012, passant de 24,7 à 22,3 heures. Le séjour sur civière pour la clientèle de santé mentale a un impact majeur sur la performance générale des urgences et la relative performance observée en 2011-2012 demeure fragile. En amont, elle est tributaire d'une prise en charge adéquate par les services de première ligne et, en aval, d'un accès aux lits de psychiatrie. Des mesures en cours d'actualisation doivent faire en sorte d'éviter la détérioration de l'état de santé des clientèles et que celles-ci se présentent dans les urgences faute de prise en charge par les services de première ligne. Des ressources sont en cours de déploiement pour faciliter l'accès aux lits d'hospitalisation, tant dans les hôpitaux généraux qu'à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). Les psychiatres sont partie prenante de la démarche et doivent contribuer à certains changements de pratique selon les orientations retenues par les membres du Département régional de psychiatrie.

7.3 Hospitalisations en santé mentale

Quelle est l'évolution des hospitalisations en santé mentale?

Indicateur de résultats	Établissement	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Variation après 2 ans	Variation annuelle
Nombre d'hospitalisations en santé mentale en CHSGS et en CH psychiatrique	Capitale-Nationale	3 027	2 874	2 935	-3,0%	-1,5% 
	CSSS Charlevoix	137	140	111	-19,0%	-10,0% 
	CHU de Québec	1 678	1 615	1 611	-4,0%	-2,0% 
	Hôtel-Dieu	14	25	21	50,0%	22,5% 
	CHUL	641	589	509	-20,6%	-10,9% 
	Hôpital St-François d'Assise	27	18	25	-7,4%	-3,8% 
	Hôpital Enfant-Jésus	528	506	621	17,6%	8,4% 
	Hôpital St-Sacrement	468	477	435	-7,1%	-3,6% 
	IUCPQ	105	122	130	23,8%	11,3% 
	IUSMQ	1 107	997	1 083	-2,2%	-1,1% 

Légende

Variation annuelle:  Performance diminuée
 Performance stable
 Performance améliorée

Source : APR-DRG, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

À l'échelle régionale, le nombre d'hospitalisations en santé mentale est resté relativement stable depuis 2008-2009 avec une variation annuelle de moins de 2 %. Cette tendance s'inscrit dans la continuité de ce qui avait été observé lors du bilan 2004-2005 à 2008-2009 (non montré dans le tableau).

CHAPITRE 8

SANTÉ PHYSIQUE

8.1 Urgences et transport ambulancier

A-t-on maintenu ou diminué le temps de séjour sur civière à l'urgence? La variation du volume de visites a-t-elle une incidence sur la durée moyenne de séjour à l'urgence?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Séjour moyen sur civière en heures	Capitale-Nationale	11 ou moins	12	16,1	15,7	15,3	3,3	×	-4,7%
	CHUQ		12	15,4	15,2	14,4	2,4	×	-6,6%
	CHA		12	20,8	19,4	20,0	8,0	×	-3,7%
	IUCPQ		12	14,6	15,0	15,4	3,4	×	5,7%
	CSSS Charlevoix		12	13,5	15,5	10,3	-1,7	✓	-23,6%
	Autres urgences		12	6,8	7,1	6,8	-5,2	✓	0,6%
2- Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	Capitale-Nationale	Moins de 1	1,63	5,80	5,48	5,07	3,44	×	-12,6%
	CHUQ		1,44	5,06	4,74	4,36	2,92	×	-13,8%
	CHA		2,83	10,71	9,53	9,56	6,73	×	-10,7%
	IUCPQ		3,64	0,01	0,14	0,29	-3,35	✓	2800,0%
	CSSS Charlevoix		2,02	3,53	6,02	0,40	-1,62	×	-88,7%
	Autres urgences		0,47	0,75	0,99	0,75	0,28	✓	0,0%
3- Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	Capitale-Nationale	15	18,7	19,7	20,2	19,0	0,3	!	-3,6%
	CHUQ		15,3	19,1	19,3	17,3	2,0	×	-9,4%
	CHA		22,8	28,2	28,1	27,6	4,8	×	-2,2%
	IUCPQ		25,3	13,7	16,2	20,4	-4,9	✓	49,0%
	CSSS Charlevoix		19,2	14,6	17,8	7,5	-11,7	✓	-48,6%
	Autres urgences		11,7	3,8	4,1	3,6	-8,1	✓	-4,3%
4- Nombre de visites à l'urgence - patients sur civière	Capitale-Nationale			121 213	125 288	129 585			6,9%
	CHUQ			59 357	61 225	62 743			5,7%
	CHA			35 155	37 167	38 637			9,9%
	IUCPQ			11 215	11 190	11 741			4,7%
	CSSS Charlevoix			4 989	4 835	4 799			-3,8%
	Autres urgences			10 497	10 871	11 665			11,1%
5- Nombre de visites à l'urgence - patients ambulatoires	Capitale-Nationale			279 530	282 912	288 678			3,3%
	CHUQ			68 100	69 946	73 527			8,0%
	CHA			58 079	58 123	57 128			-1,6%
	IUCPQ			15 542	13 864	14 097			-9,3%
	CSSS Charlevoix			32 447	33 233	32 321			-0,4%
	Autres urgences			105 362	107 746	111 605			5,9%
6- Nombre de transports en ambulance vers les urgences	Capitale-Nationale			53 366	56 215	58 818			10,2%
	CHUQ			23 340	24 522	26 223			12,4%
	CHA			19 900	21 057	21 810			9,6%
	IUCPQ			6 493	6 560	6 762			4,1%
	CSSS Charlevoix			1 933	2 207	2 121			9,7%
	Autres urgences			1 700	1 869	1 902			11,9%

Légende

Résultat 2011-2012 :
 × Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle :
 ▼ Performance diminuée
 ▬ Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Registre de la salle d'urgence (J56), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère) et Service de la gestion intégrée de l'information (Agence); Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières (Agence).

La gestion des urgences et de leurs clientèles est au cœur des préoccupations des administrations de la santé et les solutions mises en œuvre au quotidien pour améliorer la situation ont des impacts sur le réseau régional. Par exemple, une utilisation efficiente de la première ligne et un volume de places en hébergement suffisant sont des facteurs de réussite quant au désengorgement de nos urgences. Les efforts des dernières années ont porté fruit dans la région de la Capitale-Nationale.

Malgré un accroissement de l'achalandage d'environ 3,5 % par année pour la clientèle sur civière et de 1,6 % pour la clientèle ambulatoire, la performance dans les urgences s'est améliorée. Les résultats ne permettent pas d'atteindre les cibles, mais placent la région de la Capitale-Nationale en bonne posture comparativement aux moyennes provinciales.

Le séjour moyen sur civière a connu une baisse pour atteindre 15,3 heures en 2011-2012, une amélioration de près de 5 % depuis 2009-2010. La moyenne provinciale est de 17,2 heures.

Le pourcentage de patients ayant séjourné plus de 48 heures sur civière s'est également amélioré. Il est de 5,1 %, une baisse de 12,6 % depuis 2009-2010. La moyenne provinciale est de 6,5 %.

Le pourcentage de patients ayant séjourné 24 heures et plus sur civière a connu, lui aussi, une baisse pour atteindre 19 %, une amélioration de 3,6 % depuis 2009-2010. La moyenne provinciale est de 23,6 %.

Enfin, le volume des transports en ambulance vers les services d'urgence des hôpitaux a augmenté de 10 % depuis 2009. L'achalandage a été particulièrement important aux services d'urgence du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) avec respectivement 26 000 et 22 000 transports chacun en 2011, ce qui représente 80 % de tous les transports de la région.

Information complémentaire : services d'urgence pour les personnes âgées de 75 ans et plus

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Séjour moyen sur civière en heures - usagers 75 ans et plus	Capitale-Nationale	23,3	22,9	21,8	-6,6%	-3,4% ▲
	CHU de Québec	26,6	24,6	24,4	-8,1%	-4,1% ▲
	Hôtel-Dieu	18,2	20,1	18,5	1,2%	0,6% ▬
	CHUL	16,6	16,6	15,5	-6,9%	-3,5% ▲
	Hôpital St-François d'Assise	36,8	32,9	31,4	-14,6%	-7,6% ▲
	Hôpital Enfant-Jésus	29,4	26,8	25,4	-13,8%	-7,2% ▲
	Hôpital St-Sacrement	24,8	26,2	26,5	6,8%	3,3% ▼
	IUCPQ	16,1	16,5	17,2	7,1%	3,5% ▼
	CSSS Charlevoix	16,5	20,5	11,8	-28,9%	-15,7% ▲
	Autres urgences	10,5	11,8	11,1	5,6%	2,8% ▼
2- Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière - usagers 75 ans et plus	Capitale-Nationale	11,3	11,4	9,5	-15,9%	-8,3% ▲
	CHU de Québec	6,7	6,9	7,9	17,9%	8,6% ▼
	Hôtel-Dieu	3,3	5,2	3,1	-6,7%	-3,4% ▲
	CHUL	3,0	3,1	2,5	-18,5%	-9,7% ▲
	Hôpital St-François d'Assise	25,2	22,4	20,6	-18,0%	-9,4% ▲
	Hôpital Enfant-Jésus	20,2	17,9	14,3	-29,3%	-15,9% ▲
	Hôpital St-Sacrement	13,5	16,4	15,9	17,8%	8,6% ▼
	IUCPQ	0,0	0,1	0,4	1459,4%	294,9% ▼
	CSSS Charlevoix	5,8	10,4	0,6	-90,0%	-68,3% ▲
	Autres urgences	2,9	3,8	3,2	12,0%	5,8% ▼
3- Nombre d'usagers sur civière - usagers 75 ans et plus	Capitale-Nationale	26 437	28 275	29 748	12,5%	6,1% ▲
	CHU de Québec	19 118	20 646	21 659	13,3%	6,4% ▲
	Hôtel-Dieu	2 467	2 570	2 677	8,5%	4,2% ▲
	CHUL	3 431	3 759	3 805	10,9%	5,3% ▲
	Hôpital St-François d'Assise	4 374	4 832	5 203	19,0%	9,1% ▲
	Hôpital Enfant-Jésus	5 562	5 958	6 109	9,8%	4,8% ▲
	Hôpital St-Sacrement	3 284	3 527	3 865	17,7%	8,5% ▲
	IUCPQ	4 170	4 142	4 546	9,0%	4,4% ▲
	CSSS Charlevoix	1 348	1 456	1 379	2,3%	1,1% ▬
	Autres urgences	1 801	2 031	2 164	20,2%	9,6% ▲

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 ▬ Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Registre de la salle d'urgence (J56), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère) et Service de la gestion intégrée de l'information (Agence) Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières (Agence).

L'analyse des indicateurs de performance des urgences relativement aux personnes de 75 ans et plus en particulier permet de mettre en parallèle la situation de cette clientèle et la performance générale de ces services.

La tendance actuelle est très favorable si on la compare à celle qui prévalait entre 2004-2005 et 2008-2009, période pendant laquelle la durée moyenne de séjour des personnes de 75 ans et

plus avait connu une hausse notable (non montré dans le tableau). Pour le présent bilan, la durée moyenne de séjour a diminué de 6,6 % pour atteindre 21,8 heures.

Le pourcentage des personnes de 75 ans et plus ayant séjourné 48 heures et plus suit une tendance aussi favorable avec une diminution de 15,9 % et un résultat de 9,5 %.

Cette amélioration de la performance s'est réalisée malgré un accroissement de l'achalandage des urgences. En effet, le nombre d'usagers âgés de 75 ans et plus sur civière a augmenté de 12,5 %, passant de 26 437 à 29 748 personnes.

8.2 Accouchements

Quelle est l'évolution du nombre d'accouchements?

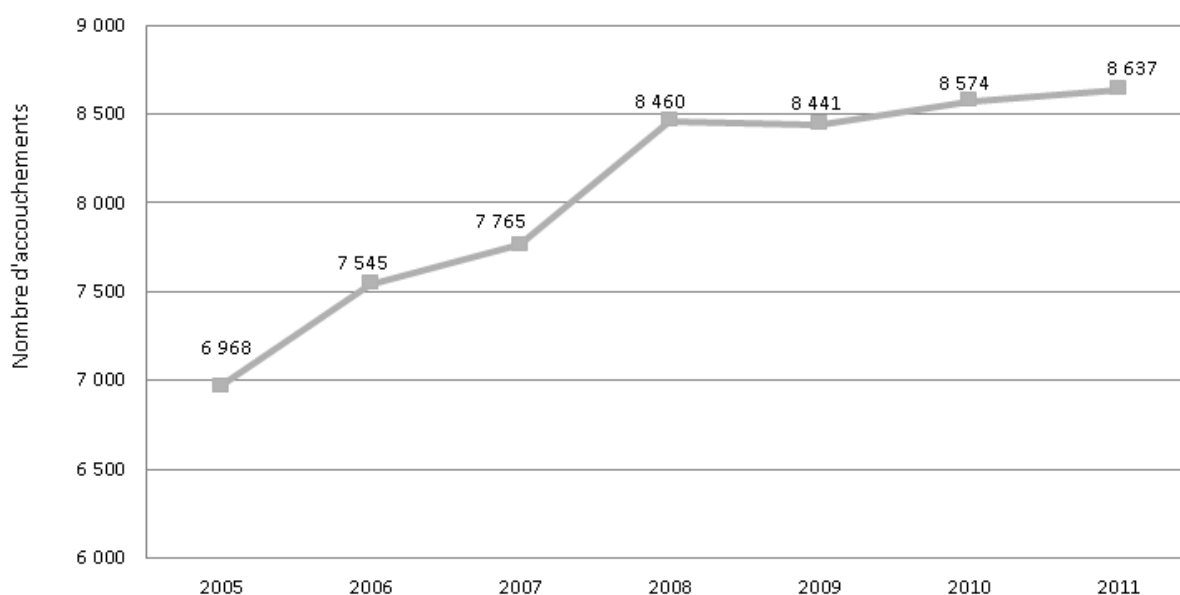
Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'accouchements effectués dans les hôpitaux de la région	Capitale-Nationale			8 441	8 574	8 637		2,3%	1,2% —
	CHUQ			8 220	8 389	8 428		2,5%	1,3% —
	CSSS Charlevoix			221	185	209		-5,4%	-2,8% ▼
2- Pourcentage de césariennes pratiquées	Capitale-Nationale			24,1	24,9	24,9		3,3%	1,6% —
	CHUQ			24,1	24,9	24,9		3,3%	1,6% —

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
— Performance stable
▲ Performance améliorée

Source : APR-DRG, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Évolution du nombre d'accouchements réalisés dans les hôpitaux de la région de la Capitale-Nationale



Le nombre d'accouchements réalisés dans les hôpitaux de la région a poursuivi sa progression par rapport au précédent bilan (2004-2005 à 2008-2009), mais à un rythme plus lent d'environ 1 % par année. Ainsi, en 2011-2012, 8 637 accouchements ont été dénombrés, pour la quasi-totalité au CHU de Québec devenu un des plus importants centres d'obstétrique au Québec. En comparant avec l'année 2005, c'est une augmentation de 24 % qu'a connu l'activité obstétricale, ce qui constitue une hausse significative. Les services de la région rejoignent également les mères des régions de l'Est-du-Québec pour environ 16 % de la desserte.

8.3 Chirurgies

A-t-on accru la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie? Les patients ont-ils reçu un traitement à l'intérieur d'un délai maximal de six mois?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	Capitale-Nationale		414	580	539	538	124	✓	-7,2%
	CHUQ		229	286	239	254	25	✓	-11,2%
	CHA		185	293	300	284	99	✓	-3,1%
2- Pourcentage de demandes pour une arthroplastie de la hanche traitées dans les délais	Capitale-Nationale	90	90	80,0	81,0	63,9	-26	✗	-20,2%
	CHUQ		90	67,8	79,6	70,5	-20	✗	4,0%
	CHA		90	90,9	82,0	58,6	-31	✗	-35,5%
3- Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	Capitale-Nationale		435	860	864	904	469	✓	5,1%
	CHUQ		271	355	379	390	119	✓	9,9%
	CHA		164	505	485	515	351	✓	2,0%
4- Pourcentage de demandes pour une arthroplastie du genou traitées dans les délais	Capitale-Nationale	90	90	78,1	77,1	61,0	-29	✗	-21,9%
	CHUQ		90	61,2	76,2	73,4	-17	✗	20,0%
	CHA		90	90,9	77,9	51,0	-39	✗	-43,9%
5- Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	Capitale-Nationale		5 829	8 637	9 557	9 183	3 354	✓	6,3%
	CHUQ		12	74	62	70	58	✓	-5,4%
	CHA		5 494	8 318	8 925	8 649	3 155	✓	4,0%
	CSSS Charlevoix		323	245	570	465	142	✓	89,8%
6- Pourcentage de demandes pour une chirurgie de la cataracte traitées dans les délais	Capitale-Nationale	90	90	95,6	94,4	94,6	5	✓	-1,1%
	CHUQ		90	77,9	100	100	10	✓	28,4%
	CHA		90	95,8	94,0	94,4	4	✓	-1,4%
	CSSS Charlevoix		90	98,9	99,6	97,0	7	✓	-1,9%
7- Nombre de chirurgies d'un jour réalisées	Capitale-Nationale		23 307	26 689	27 628	29 059	5 752	✓	8,9%
	CHUQ		12 568	12 983	13 243	13 195	627	✓	1,6%
	CHA		9 663	12 892	13 464	14 785	5 122	✓	14,7%
	CSSS Charlevoix		635	673	771	971	336	✓	44,3%
	IUCPQ		453	98,32	100,00	96,60	-356	✗	-1,7%
8- Pourcentage de demandes pour une chirurgie d'un jour traitées dans les délais	Capitale-Nationale	90	90	94,2	93,7	92,1	2	✓	-2,3%
	CHUQ		90	94,2	94,5	93,7	4	✓	-0,6%
	CHA		90	94,3	92,9	90,5	1	✓	-4,0%
	CSSS Charlevoix		90	92,2	88,8	84,4	-6	✗	-8,5%
	IUCPQ		90	98,3	100	96,6	7	✓	-1,7%
9- Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	Capitale-Nationale		20 495	20 437	20 210	20 662	167	✓	1,1%
	CHUQ		11 094	11 842	11 522	11 919	825	✓	0,7%
	CHA		7 426	6 748	6 883	6 824	-602	✓	1,1%
	CSSS Charlevoix		496	288	259	280	-216	✗	-2,8%
	IUCPQ		1 479	1 558	1 546	1 639	160	✓	5,2%

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
10- Pourcentage de demandes pour une chirurgie avec hospitalisation traitées dans les délais	Capitale-Nationale	90	90	92,9	93,5	93,9	4	✓	1,1% —
	CHUQ		90	95,7	96,4	95,3	5	✓	-0,4% —
	CHA		90	95,0	95,1	94,5	5	✓	-0,5% —
	CSSS Charlevoix		90	95,1	97,6	97,7	8	✓	2,8% —
	IUCPQ		90	65,8	70,5	83,2	-7	✗	26,4% ▲

Légende

Résultat 2011-2012 : ✗ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle : ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés – Chirurgie, Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère)

Le Ministère a fait de la diminution des listes d'attente pour l'accès aux services médicaux et chirurgicaux une priorité depuis le milieu des années 2000. Afin d'actualiser cette exigence, l'obligation d'instaurer, dans chaque centre hospitalier, un mécanisme central de gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés a été inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le mécanisme central de gestion de l'accès comprend des règles à respecter pour l'inscription d'un usager sur la liste d'attente de même que des modalités permettant de déterminer la date prévisible pour laquelle ce dernier pourra obtenir les services requis. Quel que soit le secteur, le mécanisme assure un suivi des délais d'attente, une standardisation du calcul du temps d'attente ainsi qu'un suivi et une prise en charge des patients en attente.¹⁴

Des normes cliniques ont été fixées et des systèmes de suivi ont été mis en place pour assurer l'évaluation fiable et normalisée des délais d'accès en cardiologie tertiaire et radio-oncologie (Système de gestion de l'accès aux services - SGAS) ainsi qu'en chirurgie, dont la chirurgie oncologique (Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés-SIMASS). Ces systèmes favorisent un accès juste et équitable aux services pour chaque usager en attente. Enfin, une garantie d'accès spécifique a été établie pour les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou et les extractions de la cataracte.

Pour commencer, et de façon globale, la production du côté des chirurgies ciblées par le mécanisme d'accès s'est améliorée. La gestion de certains délais d'attente comporte toutefois des difficultés, en particulier pour l'année 2011-2012.

En ce qui concerne les prothèses totales de la hanche, le nombre de chirurgies a baissé de 7,2 %, passant de 580 à 538. Malgré cette diminution, l'engagement régional de 414 chirurgies a été dépassé en 2011-2012. Par ailleurs, 63,9 % des patients ont été opérés à l'intérieur du délai prescrit, une baisse de 20,2 % par rapport à 2009-2010.

Pour les prothèses totales du genou, le nombre de chirurgies a augmenté de 5,1 %, atteignant 904 procédures tandis que 61 % des patients ont été opérés dans les délais, une baisse de 21,9 % par rapport à 2009-2010.

L'augmentation des cas d'interventions chirurgicales urgentes transitées par le service de l'urgence au détriment des cas électifs et le manque d'effectifs infirmiers au bloc opératoire expliquent en partie la baisse du nombre de patients opérés dans les délais pour la hanche et le genou. Afin de corriger ces retards, l'organisation du travail aux blocs opératoires a été

¹⁴ Définition empruntée au CSSS des Aurores-Boréales dans la région Abitibi-Témiscamingue.

améliorée. De plus, une gestion quotidienne assure la fluidité dans les établissements ainsi que l'équilibre entre l'admission des patients du service de l'urgence et les cas électifs.

Le nombre de chirurgies des cataractes a augmenté de 6,3 %, atteignant 9 183 et 94,6 % des patients ont été opérés dans les délais, dépassant ainsi la cible fixée à 90 %.

Concernant les chirurgies d'un jour, leur nombre a augmenté de 8,9 %, atteignant 29 059 et 92,1 % des patients ont été opérés dans les délais, dépassant ainsi la cible fixée à 90 %.

Enfin, pour l'ensemble des chirurgies avec hospitalisation (excluant les chirurgies précédemment mentionnées), leur nombre s'est maintenu depuis trois ans pour s'établir à 20 662 en 2011-2012. De ce nombre, 93,9 % des patients ont été opérés dans les délais, dépassant ainsi la cible fixée à 90 %.

Information complémentaire

Heures-présence au bloc opératoire

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle	
1- Total des heures-présence au bloc opératoire pour les usagers admis ou inscrits en chirurgie d'un jour	Capitale-Nationale	108 516	108 752	110 732	2,0%	1,0%	—
	CHUQ	48 102	48 708	48 807	1,5%	0,7%	—
	CHA	44 629	44 080	45 962	3,0%	1,5%	—
	IUCPQ	13 924	14 000	13 973	0,4%	0,2%	—
	CSSS Charlevoix	1 861	1 964	1 990	6,9%	3,4%	▲
2- Moyenne des heures-présence au bloc opératoire pour les usagers admis ou inscrits en chirurgie d'un jour	Capitale-Nationale	1,65	1,62	1,63	-1,3%	-0,6%	—
	CHUQ	1,69	1,71	1,74	3,1%	1,5%	—
	CHA	1,40	1,34	1,34	-4,1%	-2,1%	▼
	IUCPQ	3,81	3,80	3,84	0,7%	0,4%	—
	CSSS Charlevoix	1,07	0,97	0,96	-9,8%	-5,0%	▼

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Rapports statistiques AS-478, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Dans la région, le nombre total des heures-présence au bloc opératoire pour les usagers hospitalisés ou en chirurgie d'un jour a connu une légère augmentation de 2 % entre 2009-2010 et 2011-2012 tandis que la moyenne par usager s'est maintenue autour de 1,63 heure. Avec cette stabilité de la moyenne des heures par usager, la hausse des heures totales traduit un faible accroissement du volume global des chirurgies.

8.4 Lutte contre le cancer

Les patients ont-ils reçu un traitement en radio-oncologie à l'intérieur d'un délai médicalement acceptable?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Proportion de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	Capitale-Nationale	90	90	98,4	97,2	95,7	6 ✓	-2,7%	-1,4% —
	CHUQ		90	98,4	97,2	95,7	6 ✓	-2,7%	-1,4% —
2- Pourcentage de patients traités pour une chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours	Capitale-Nationale	90	90	73,6	73,7	65,1	-24,9 ✗	-11,5%	-6,0% ▼
	CHUQ		90	71,3	72,8	63,4	-26,6 ✗	-11,0%	-5,7% ▼
	CHA		90	75,4	74,0	67,1	-22,9 ✗	-10,9%	-5,6% ▼
	IUCPQ		90	84,9	82,0	65,9	-24,1 ✗	-22,3%	-11,9% ▼
	CSSS Charlevoix		90	100,0	50,0	66,7	-23,3 ✗	-33,3%	-18,3% ▼

Légende

Résultat 2011-2012 : ✗ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle : ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS); Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS); Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Le conseil d'administration de l'Agence a adopté en mars 2012, le *Programme de lutte contre le cancer du réseau intégré de la région de la Capitale-Nationale 2012-2017* et de son plan d'action pour son actualisation. Entre autres, les cibles ministérielles de délais d'accès aux services y sont réaffirmées.

En 2011-2012, une importante majorité des personnes sont traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie avec un taux de 95,7 %. L'engagement est fixé à 90 %.

Pour ce qui est de la chirurgie oncologique, 65,1 % des personnes sont traitées dans un délai inférieur à 28 jours, une baisse de 11,5 % depuis 2009-2010. L'engagement est fixé à 90 %. Des travaux sont en cours afin d'améliorer la pratique de gestion de la liste d'attente et la qualité de la saisie des données. Par ailleurs, tous les efforts sont maintenus pour donner un accès prioritaire à cette clientèle.

8.5 Cardiologie tertiaire

Les demandes de services en cardiologie tertiaire reçoivent-elles une réponse à l'intérieur d'un délai médicalement acceptable? La variation du nombre de demandes traitées a-t-elle une incidence sur le nombre de demandes traitées dans les délais?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle	
1- Nombre de demandes réalisées en hémodynamie pour la priorité des moins de deux semaines	Capitale-Nationale			6 268	6 612	6 616		5,55%	2,74% ▲	
	CHUQ			965	1 050	1 098		13,8%	6,67% ▲	
	IUCPQ			5 303	5 562	5 518		4,05%	2,01% ▲	
2- Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie pour la priorité des moins de deux semaines	Capitale-Nationale	100	87	79,9	78,6	81,6	-5,40	✗	2,13%	1,1% —
	CHUQ		100	98,9	96,5	96,0	-4,00	✗	-2,93%	-1,48% —
	IUCPQ		85	76,4	75,1	78,7	-6,30	✗	3,01%	1,49% —
3- Nombre de demandes réalisées en hémodynamie pour la priorité des moins de deux mois	Capitale-Nationale			1 913	1 989	2 033		6,27%	3,09% ▲	
	CHUQ			509	460	476		-6,48%	-3,30% ▼	
	IUCPQ			1 404	1 529	1 557		10,9%	5,3% ▲	
4- Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie pour la priorité des moins de deux mois	Capitale-Nationale	90	74	76,0	53,7	63,4	-10,6	✗	-16,6%	-8,7% ▼
	CHUQ		90	98,3	80,7	92,2	2,20	✓	-6,2%	-3,2% ▼
	IUCPQ		70	67,9	45,6	54,6	-15,4	✗	-19,6%	-10,3% ▼
5- Nombre de demandes réalisées en chirurgie cardiaque pour la priorité des moins de deux semaines	Capitale-Nationale			990	997	1 027		3,74%	1,85% —	
	IUCPQ			990	997	1 027		3,74%	1,85% —	
6- Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque pour la priorité des moins de deux semaines	Capitale-Nationale	100	90	90,7	91,4	89,9	-0,10	✗	-0,88%	-0,44% —
	IUCPQ		90	90,7	91,4	89,9	-0,10	✗	-0,88%	-0,44% —
7- Nombre de demandes réalisées en chirurgie cardiaque pour la priorité des moins de trois mois	Capitale-Nationale			610	583	648		6,23%	3,07% ▲	
	IUCPQ			610	583	648		6,23%	3,07% ▲	
8- Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque pour la priorité des moins de trois mois	Capitale-Nationale	90	90	86,0	92,2	78,6	-11,4	✗	-8,60%	-4,40% ▼
	IUCPQ		90	86,0	92,2	78,6	-11,4	✗	-8,60%	-4,40% ▼
9- Nombre de demandes réalisées en électrophysiologie pour la priorité des moins de 48 heures	Capitale-Nationale			424	457	415		-2,12%	-1,07% —	
	IUCPQ			424	457	415		-2,12%	-1,07% —	
10- Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie pour la priorité des moins de 48 heures	Capitale-Nationale	100	65	55,0	56,7	63,6	-1,40	✗	15,6%	7,53% ▲
	IUCPQ		65	55,0	56,7	63,6	-1,40	✗	15,6%	7,53% ▲
11- Nombre de demandes réalisées en électrophysiologie pour la priorité des moins de trois mois	Capitale-Nationale			980	1 041	1 256		28,2%	13,2% ▲	
	IUCPQ			980	1 041	1 256		28,2%	13,2% ▲	

2009-2010 à 2011-2012

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
12- Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie pour la priorité des moins de trois mois	Capitale-Nationale	75	30	24,7	21,5	24,0	-6,00 ✖	-2,83%	-1,43% —
	IUCPQ		30	24,7	21,5	24,0	-6,00 ✖	-2,83%	-1,43% —

Légende

Résultat 2011-2012 : ✖ Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✔ Engagement atteint

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS), Tableaux de bord sur les informations de gestion-Portail sur les ententes de gestion (Ministère).

Le domaine de la cardiologie tertiaire a connu d'importants développements technologiques depuis les trois dernières années. Ces avancées médicales et chirurgicales ont assurément eu des impacts positifs pour la clientèle.

En hémodynamie, le nombre de demandes réalisées a augmenté, mais la situation de l'attente s'est détériorée en 2011-2012 pour les cas moins urgents. Pour les priorités urgentes, la production a augmenté de 5,6 % (6 616) et 81,6 % des demandes ont été traitées dans les délais. Pour les priorités moins urgentes, l'augmentation est de 6,3 %, pour atteindre 2 033 demandes traitées, dont 63,4 % l'ont été dans les délais, soit une baisse par rapport à 2009-2010 (80 %), mais une hausse si l'on se compare à 2010-2011 (53,8 %). Ces résultats peuvent s'expliquer par un contexte particulier à l'établissement prestataire des services, l'Institut universitaire en cardiologie et pneumologie de Québec (IUCPQ). Un engorgement important du service de l'urgence dans cet établissement a eu des effets directs sur la disponibilité des civières en hémodynamie à la fin de l'année 2011-2012. Par ailleurs, l'établissement a amorcé un important projet de révision des processus dans ce secteur.

En chirurgie cardiaque, le nombre de demandes traitées a augmenté, mais la situation de l'attente s'est détériorée en 2011-2012 pour les cas moins urgents. Pour les priorités urgentes, la production a augmenté de 3,7 % (1 027) et 89,9 % des demandes ont été réalisées dans les délais. L'engagement de 90 % est donc pratiquement atteint. Pour les priorités moins urgentes, l'augmentation est de 6,2 % et 78,6 % des demandes ont été traitées dans les délais, soit une baisse de 8,6 % par rapport à 2009-2010. L'IUCPQ a entrepris une démarche de révision des processus afin d'obtenir le rendement optimal du fonctionnement du bloc opératoire.

Pour l'électrophysiologie cardiaque, afin de répondre à la forte croissance des besoins, une troisième salle a été ouverte à temps partiel en octobre 2010 à l'IUCPQ, ce qui a freiné l'augmentation de la liste d'attente pour ces procédures ultraspecialisées. Ainsi, le nombre de demandes traitées pour les cas dont la priorité est moins urgente a considérablement augmenté et l'attente s'est nettement améliorée ou maintenue, selon le niveau de priorité. Pour les priorités urgentes, le nombre de demandes traitées a diminué de 2,1 % pour atteindre 415 cas. Toutefois, le nombre de demandes traitées dans les délais a connu une augmentation de 15 %, pour se rapprocher de l'engagement régional de 65 %. Pour les priorités moins urgentes, l'augmentation est de 28,2 %. Le nombre de demandes traitées dans les délais a diminué de 2,8 % pour atteindre 24 %. Il faut noter une importante amélioration par rapport à l'année 2010-2011, avec un pourcentage de 21,5 %.

8.6 Hospitalisations en médecine

Quelle est l'évolution des hospitalisations en médecine?

Indicateur de résultats	Établissement	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Variation après 2 ans	Variation annuelle	
1- Nombre d'hospitalisations pour un DRG de catégorie médicale (incluant l'obstétrique)	Capitale-Nationale	29 667	27 647	28 885	-2,6%	-1,3% —	
	CHU de Québec	20 541	20 541	20 541	0,0%	0,0%	—
	Hôpital de l'Enfant-Jésus	6 864	6 402	6 684	-2,6%	-1,3%	—
	Hôpital du St-Sacrement	2 542	2 386	2 705	6,4%	3,2%	▲
	Hôtel-Dieu de Québec	3 701	3 512	3 663	-1,0%	-0,5%	—
	CHUL	4 439	4 287	4 490	1,1%	0,6%	—
	Hôpital St-François d'Assis	2 995	2 683	2 745	-8,3%	-4,3%	—
	IUCPQ	7 694	7 007	7 306	-5,0%	-2,6%	▼
	CSSS de charlevoix	1 432	1 370	1 292	-9,8%	-5,0%	▼

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source: APR-DRG, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Le nombre d'hospitalisations en médecine a connu une légère baisse de 2,6 % entre 2008-2009 et 2010-2011, passant de 29 667 à 28 885 hospitalisations.

8.7 Soins palliatifs à domicile

L'évolution des soins palliatifs à domicile suit-elle l'orientation souhaitée?

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Nombre d'usagers recevant des services de soutien à domicile - soins palliatifs	Capitale-Nationale	1 908	2 070	2 116	10,9%	5,3% ▲
	CSSS Portneuf	148	142	171	15,5%	7,5%
	CSSS Vieille-Capitale	872	939	975	11,8%	5,7%
	CSSS Québec-Nord	767	851	817	6,5%	3,2%
	CSSS Charlevoix	119	135	142	19,3%	9,2%
	Jeffery Hale-St Brigid's	2	3	11	450,0%	134,5%
2- Nombre moyen d'interventions pour des services de soutien à domicile - soins palliatifs	Capitale-Nationale	22,6	23,3	22,7	0,8%	0,4% —
	CSSS Portneuf	16,0	20,4	18,2	13,9%	6,7%
	CSSS Vieille-Capitale	23,8	23,9	22,6	-4,9%	-2,5%
	CSSS Québec-Nord	22,7	24,1	23,7	4,5%	2,2%
	CSSS Charlevoix	21,4	17,5	24,2	12,9%	6,3%
	Jeffery Hale-St Brigid's	3,5	6,0	12,4	253,2%	87,9%

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
3- Total d'interventions pour des services de soutien à domicile - soins palliatifs	Capitale-Nationale	43 059	48 232	48 114	11,7%	5,7% ▲
	CSSS Portneuf	2 364	2 894	3 111	31,6%	14,7% ▲
	CSSS Vieille-Capitale	20 760	22 418	22 081	6,4%	3,1% ▲
	CSSS Québec-Nord	17 376	20 542	19 347	11,3%	5,5% ▲
	CSSS Charlevoix	2 552	2 360	3 439	34,8%	16,1% ▲
	Jeffery Hale-St Brigid's	7	18	136	1842,9%	340,8% ▲

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale I-CLSC, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Les services de soutien à domicile en soins palliatifs sont donnés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS, mission CLSC). La Politique québécoise en soins palliatifs de fin de vie favorise une prestation de services le plus près possible du milieu de vie naturel de l'usager, c'est-à-dire le domicile. Elle fait donc une priorité du développement des services de première ligne afin de maintenir le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel les usagers qui le souhaitent et dont la condition le permet.¹⁵ Le modèle régional de services favorise aussi l'augmentation du taux de décès à domicile dans le cadre des soins palliatifs ainsi que dans des lits de soins palliatifs dans la communauté.

Allant en ce sens, l'offre de service dans la région a vu le nombre d'usagers desservis augmenter de 10,9 % entre 2009-2010 et 2011-2012 pour atteindre 2 116 personnes. Il s'agit d'une augmentation beaucoup plus marquée que celle observée lors du précédent bilan 2004-2005 à 2008-2009, laquelle était de 3 % (non montré dans le tableau).

De plus, le nombre d'interventions a augmenté de 11,7 % pour atteindre 48 114 en 2011-2012. Le nombre moyen d'interventions par personne par année s'est maintenu autour de 22,7. Contrairement au nombre d'usagers, la hausse du nombre d'interventions est plus modeste que celle observée dans le bilan antérieur, laquelle était de 36 % (non montré dans le tableau).

¹⁵ Politique en soins palliatifs de fin de vie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

8.8 Soins palliatifs en CHSGS

Quelle est l'évolution des soins palliatifs en centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS)?

Indicateur de résultats	Établissement	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle	
1- Nombre d'hospitalisations en soins palliatifs à toute la population, en CHSGS	Capitale-Nationale	2 873	3 165	3 338	16,2%	7,8%	▲
	CHU de Québec	2 174	2 465	2 513	15,6%	7,5%	▲
	Hôtel-Dieu	786	709	716	-8,9%	-4,6%	▼
	CHUL	381	449	450	18,1%	8,7%	▲
	Hôpital St-François d'Assise	256	320	387	51,2%	23,0%	▲
	Hôpital Enfant-Jésus	501	698	685	36,7%	16,9%	▲
	Hôpital St-Sacrement	250	289	275	10,0%	4,9%	▲
	CSSS Portneuf	29	27	31	6,9%	3,4%	▲
	CSSS Québec-Nord	76	87	112	47,4%	21,4%	▲
	CSSS Charlevoix	82	71	74	-9,8%	-5,0%	▼
Jeffery Hale-St Brigid's	78	66	98	25,6%	12,1%	▲	
IUCPQ	434	449	510	17,5%	8,4%	▲	
2- Séjour moyen d'hospitalisations en soins palliatifs à toute la population, en CHSGS	Capitale-Nationale	24,0	22,9	21,8	-9,2%	-4,7%	▼
	CHU de Québec	23,9	23,2	22,1	-7,7%	-3,9%	▼
	Hôtel-Dieu	28,5	28,1	27,4	-3,8%	-1,9%	▼
	CHUL	26,2	27,9	21,7	-17,3%	-9,0%	▼
	Hôpital St-François d'Assise	37,5	32,0	28,9	-22,9%	-12,2%	▼
	Hôpital Enfant-Jésus	17,3	19,5	18,6	7,1%	3,5%	▲
	Hôpital St-Sacrement	21,7	18,9	20,5	-5,4%	-2,7%	▼
	CSSS Portneuf	16,3	21,6	15,7	-3,7%	-1,9%	▼
	CSSS Québec-Nord	17,0	19,0	21,7	27,4%	12,9%	▲
	CSSS Charlevoix	17,3	17,5	17,7	2,2%	1,1%	▼
Jeffery Hale-St Brigid's	27,7	36,8	26,3	-4,9%	-2,5%	▼	
IUCPQ	24,7	22,6	22,6	-8,3%	-4,2%	▼	
3- Équivalent-lits utilisés en soins palliatifs à toute la population en CHSGS	Capitale-Nationale	209,3	226,8	227,3	8,6%	4,2%	▲
	CHU de Québec	162,5	179,4	173,6	6,8%	3,4%	▲
	Hôtel-Dieu	62,2	56,1	55,9	-10,1%	-5,2%	▼
	CHUL	28,9	34,4	27,5	-4,6%	-2,3%	▼
	Hôpital St-François d'Assise	28,8	31,4	34,0	18,0%	8,6%	▲
	Hôpital Enfant-Jésus	26,7	41,3	39,2	46,7%	21,1%	▲
	Hôpital St-Sacrement	15,9	16,3	17,0	6,8%	3,3%	▼
	CSSS Portneuf	1,5	1,8	1,5	-0,4%	-0,2%	▼
	CSSS Québec-Nord	4,1	5,1	7,3	79,3%	33,9%	▲
	CSSS Charlevoix	4,1	3,5	3,7	-11,2%	-5,8%	▼
Jeffery Hale-St Brigid's	6,8	7,5	8,1	19,5%	9,3%	▲	
IUCPQ	30,5	29,5	33,2	9,1%	4,5%	▲	

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Med-Echo, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Le modèle du réseau régional intégré en soins palliatifs prévoit des lits dédiés qui accueillent des personnes atteintes de toute maladie, organisés selon les meilleures pratiques (soins, environnement physique, ressources humaines, etc.) et selon divers types. Les unités dans les CHSGS sont une des modalités existantes.

Le nombre d'hospitalisations en soins palliatifs a augmenté de 16,2 % durant la période d'observation pour atteindre 3 338 en 2011-2012. En traduisant les hospitalisations en équivalents-lits utilisés quotidiennement, nous constatons une augmentation de 8,6 %, pour 227,3 équivalents-lits par jour en soins palliatifs. La durée moyenne de séjour a baissé de 9,2 % pour être de 21,8 jours.

CHAPITRE 9

RESSOURCES HUMAINES

9.1 Portrait de main-d'œuvre et plan de main-d'œuvre

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
1- Effectifs de la main-d'œuvre en nombre d'individus (au 31 mars) Note 1	Capitale-Nationale			30 817	31 200	31 397		1,9%	0,9%
	CSRSS Portneuf			905	937	947		4,6%	2,3%
	CSRSS Vieille-Capitale			3 645	3 738	3 734		2,4%	1,2%
	CSRSS Québec-Nord			2 881	2 939	2 912		1,1%	0,5%
	CSRSS Charlevoix			1 260	1 287	1 280		1,6%	0,8%
	Jeffery Hale-Saint Brigid's			595	603	610		2,5%	1,3%
	CHUQ			8 185	8 260	8 354		2,1%	1,0%
	CHA			4 868	4 948	5 012		3,0%	1,5%
	IUCPQ			2 459	2 514	2 576		4,8%	2,4%
	IUSMQ			1 789	1 747	1 672		-6,5%	-3,3%
	IRDPQ			1 397	1 448	1 476		5,7%	2,8%
	CRDI			698	686	712		2,0%	1,0%
	CRDQ			132	125	131		-0,8%	-0,4%
	Centre jeunesse de Québec			1 169	1 200	1 213		3,8%	1,9%
	Centre d'Accueil Nazareth			83	3	-		-100,0%	
	Centre Héberg. Boisé Ltée			81	83	86		6,2%	3,0%
	CH Notre-Dame du Chemin			81	78	75		-7,4%	-3,8%
	CH St-François Inc.			49	56	51		4,1%	2,0%
	CH St-Jean-Eudes			458	466	468		2,2%	1,1%
	Hôpital Ste-Monique Inc.			82	82	88		7,3%	3,6%
2- Effectifs de la main-d'œuvre en équivalents temps complets (1606 heures travaillées = 1 ETC) Note 1	Capitale-Nationale			22 825	22 895	23 382		2,4%	1,2%
	CSRSS Portneuf			649	662	675		3,9%	2,0%
	CSRSS Vieille-Capitale			2 713	2 725	2 785		2,6%	1,3%
	CSRSS Québec-Nord			2 040	2 072	2 099		2,9%	1,4%
	CSRSS Charlevoix			1 003	1 004	1 023		2,0%	1,0%
	Jeffery Hale-Saint Brigid's			420	428	436		3,6%	1,8%
	CHUQ			6 108	6 089	6 288		3,0%	1,5%
	CHA			3 446	3 496	3 603		4,5%	2,2%
	IUCPQ			1 949	1 975	2 038		4,6%	2,2%
	IUSMQ			1 412	1 365	1 336		-5,3%	-2,7%
	IRDPQ			922	928	949		3,0%	1,5%
	CRDI			577	556	571		-1,1%	-0,6%
	CRDQ			88	89	91		3,3%	1,7%
	Centre jeunesse de Québec			914	900	937		2,5%	1,2%
	Centre d'Accueil Nazareth			64	61	0		-100,0%	-99,6%
	Centre Héberg. Boisé Ltée			61	61	60		-0,9%	-0,5%
	CH Notre-Dame du Chemin			60	60	60		-0,1%	-0,1%
	CH St-François Inc.			33	33	33		1,4%	0,7%
	CH St-Jean-Eudes			303	329	335		10,7%	5,2%
	Hôpital Ste-Monique Inc.			62	62	62		0,2%	0,1%

Note 1 : Les données excluent Vigie St-Augustin et le CH Champlain des Montagnes.

Légende

Variation annuelle: ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Banque régionale financière, Banque régionale de ressources humaines, Service de la gestion intégrée de l'information (Agence).

Au 31 mars 2012, 31 397 personnes étaient titulaires d'un poste dans l'un des établissements de la région de la Capitale-Nationale, ce qui représente une augmentation de 1,9 % depuis 2009. En nombre d'équivalents temps complet (ÉTC), cela représente 23 382, soit une augmentation de 2,4 %. Cette hausse contribue à l'objectif de stabilisation des ressources humaines dans les établissements afin de maintenir la qualité et la continuité des soins et services aux clientèles.

Le résultat visé concernant le pourcentage d'établissements ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre est atteint (non montré dans le tableau). Les établissements et l'Agence sont des précurseurs en cette matière et effectuent cette mise à jour annuellement depuis plusieurs années.

9.2 Assurance salaire – « Temps » supplémentaire – Main-d'œuvre indépendante

La région de la Capitale-Nationale maintient-elle sa performance pour ce qui est de l'assurance salaire, des heures supplémentaires et du recours à la main-d'œuvre indépendante?

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle		
1- Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par les infirmières	Capitale-Nationale	< 10	4,55	4,73	4,77	4,30	-0,25	✓	-9,1%	4,7%	▲
	CSSS Portneuf		1,30	1,35	1,65	2,01	0,71	✗	48,9%	22,0%	▼
	CSSS Vieille-Capitale		3,42	3,56	3,49	3,32	-0,10	✓	-6,7%	-3,4%	▲
	CSSS Québec-Nord		3,66	3,58	3,40	3,17	-0,49	✓	-11,5%	-5,9%	▲
	CSSS Charlevoix		6,21	6,47	5,98	6,64	0,43	✗	2,6%	1,3%	▬
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		3,33	3,48	2,71	3,64	0,31	✗	4,6%	2,3%	▼
	CHUQ		4,81	5,01	5,51	4,57	-0,24	✓	-8,8%	-4,5%	▲
	CHA		5,18	5,41	4,74	4,70	-0,48	✓	-13,1%	-6,8%	▲
	IUCPQ		5,56	5,80	5,65	4,69	-0,87	✓	-19,1%	-10,1%	▲
IUSMQ		3,33	3,33	4,31	4,02	0,69	✗	20,7%	9,9%	▼	
2- Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par l'ensemble du personnel du réseau	Capitale-Nationale	< 10	2,68		2,66	2,57	-0,11	✓		-3,4%	▲
	CSSS Portneuf		0,85		1,05	1,14	0,29	✗		8,6%	▼
	CSSS Vieille-Capitale		2,60		2,52	2,49	-0,11	✓		-1,2%	▬
	CSSS Québec-Nord		2,51		2,42	2,37	-0,14	✓		-2,1%	▲
	CSSS Charlevoix		3,11		3,26	2,89	-0,22	✓		-11,3%	▲
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		1,41		1,84	2,73	1,32	✗		48,4%	▼
	CHUQ		2,65		2,80	2,47	-0,18	✓		-11,8%	▲
	CHA		3,20		2,87	3,07	-0,13	✓		7,0%	▼
	IUCPQ		3,79		3,20	2,93	-0,86	✓		-8,4%	▲
IUSMQ		2,08		2,23	2,13	0,05	✗		-4,5%	▼	
3- Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante chez les infirmières	Capitale-Nationale	< 25	0,94	1,41	1,10	1,35	0,41	✗	-4,3%	-2,2%	▲
	CSSS Portneuf		0,50	0,25	0,54	2,25	1,75	✗	800,0%	200,0%	▼
	CSSS Vieille-Capitale		3,00	2,52	3,31	2,32	-0,68	✓	-7,9%	-4,1%	▲
	CSSS Québec-Nord		3,10	4,72	3,25	3,50	0,40	✗	-25,8%	-13,9%	▲
	CSSS Charlevoix		0,00	0,00	0,00	0,66	0,66	✗			▬
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		6,17	12,34	5,25	5,02	-1,15	✓	-59,3%	-36,2%	▲
	CHUQ		0,70	0,43	0,36	0,92	0,22	✗	114,0%	46,3%	▼
	CHA		1,64	2,49	1,63	1,96	0,32	✗	-21,3%	-11,3%	▲
	IUCPQ		0,00	0,02	0,00	0,00	-	✓			▬
IUSMQ		0,00	0,00	0,00	0,00	-	✓			▬	
4- Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante chez les infirmières auxiliaires	Capitale-Nationale	< 25	1,43		2,90	2,44	1,01	✗		-15,9%	▲
	CSSS Portneuf		0,25		0,34	1,77	1,52	✗		420,6%	▼
	CSSS Vieille-Capitale		5,00		5,82	4,72	-0,28	✓		-18,9%	▲
	CSSS Québec-Nord		3,00		5,03	5,83	2,83	✗		15,9%	▼
	CSSS Charlevoix		0,00		0,01	0,00	-	✓			▬
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		3,80		6,30	2,93	-0,87	✓		-53,5%	▲
	CHUQ		0,60		0,62	0,30	-0,30	✓		-51,6%	▲
	CHA		1,41		1,80	0,89	-0,52	✓		-50,6%	▲
	IUCPQ		0,00		0,00	0,00	-	✓			▬
IUSMQ		5,80		5,24	4,06	-1,74	✓		-22,5%	▲	

Indicateur de résultats	Établissement	Cible 2015	Engagement 2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart 2011-2012	Variation après 2 ans	Variation annuelle
5- Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante chez les préposés aux bénéficiaires	Capitale-Nationale	< 25	1,78		2,33	2,55	0,77	×	9,4%
	CSSS Portneuf		0,00		0,12	0,03	0,03	×	-75,0%
	CSSS Vieille-Capitale		3,77		4,44	4,48	0,71	×	0,9%
	CSSS Québec-Nord		2,11		3,88	2,75	0,64	×	-29,1%
	CSSS Charlevoix		0,00		0,00	0,00	-	✓	-
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		3,26		3,87	2,49	-0,77	✓	-35,7%
	CHUQ		1,42		1,36	3,00	1,58	×	120,6%
	CHA		3,82		4,04	4,71	0,89	×	16,6%
	IUCPQ		0,00		0,00	0,00	-	✓	-
	IUSMQ		0,00		0,00	0,00	-	✓	-
6- Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	Capitale-Nationale	< 7,1	5,29	5,39	5,64	5,60	0,31	×	3,9%
	CSSS Portneuf		6,90	7,11	8,09	7,70	0,80	×	8,3%
	CSSS Vieille-Capitale		7,00	6,82	8,19	7,42	0,42	×	8,8%
	CSSS Québec-Nord		6,50	6,84	6,64	6,70	0,20	×	-1,0%
	CSSS Charlevoix		5,00	5,17	4,95	5,27	0,27	×	1,9%
	Jeffery Hale-Saint Brigid's		5,15	5,21	5,38	5,28	0,13	×	1,3%
	CHUQ		5,10	5,10	5,32	5,35	0,25	×	4,9%
	CHA		4,95	4,70	4,93	5,08	0,13	×	8,1%
	IUCPQ		4,85	4,94	4,66	5,09	0,24	×	3,0%
	IUSMQ		4,80	4,53	5,03	5,00	0,20	×	10,4%
	IRDPQ		4,50	4,79	4,44	4,81	0,31	×	0,4%
	CRDI		4,90	5,51	4,72	4,54	-0,36	✓	-17,6%
	CRDQ		3,60	3,60	3,25	6,77	3,17	×	88,1%
	Centre jeunesse de Québec		4,21	4,21	4,31	4,35	0,14	×	3,3%

Légende

Résultat 2011-2012 :
 × Écart significatif par rapport à l'engagement
 ! Écart par rapport à l'engagement
 ✓ Engagement atteint

Variation annuelle :
 ▼ Performance diminuée
 — Performance stable
 ▲ Performance améliorée

Source : Système de suivi de gestion et de reddition de comptes-SIGLE GESTRED : Formulaire 517 (assurance salaire – chargement automatique à partir de CIFINO) pour les établissements et à partir de la banque de données sur les cadres et salariés du réseau – périodique (R-26) pour les agences; Portail du Service de la gestion intégrée de l'information (Agence), formulaires Finances.

« Temps » supplémentaire

Cet indicateur est utilisé pour rendre compte du fait que la main-d'œuvre est suffisante ou non. Plus le pourcentage d'heures supplémentaires est élevé, plus un établissement est en difficulté, car les heures normales effectuées par l'effectif ne suffisent pas à la demande.

La région de la Capitale-Nationale est performante pour ce qui est du pourcentage des heures travaillées en « temps » supplémentaire. Pour le personnel infirmier, le résultat de 4,30 % se trouve sous l'engagement régional maximal de 4,55 % et sous la moyenne provinciale de 5,59 %. Avec un résultat de 2,57 % pour l'ensemble du personnel, la région a dépassé son engagement maximal de 2,68 % et se situe sous la moyenne de la province, qui est de 3,40 %.

Main-d'œuvre indépendante - Recours au secteur privé

Le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) est un indicateur sur le recours à une main-d'œuvre externe aux établissements du réseau public. Plus le pourcentage est élevé, plus le réseau, donc les établissements, a recours à la MOI. Les exigences ministérielles mentionnent que les établissements doivent prendre les mesures jugées nécessaires pour assurer la disponibilité de ressources humaines à leur emploi.

Le recours à la main-d'œuvre indépendante a diminué du côté du personnel infirmier, se situant à 1,35 %, mais dépasse l'engagement établi à 0,94 %.

Pour les infirmières et infirmiers auxiliaires, le pourcentage est de 2,44 % et dépasse l'engagement établi à 1,43 %.

Pour ce qui est des préposés aux bénéficiaires, le recours à la main-d'œuvre indépendante atteint 2,55 % en 2011-2012, une augmentation de 9,4 % par rapport à 2010-2011. L'augmentation des besoins en hébergement temporaire et le pourcentage plus élevé du nombre de préposés aux bénéficiaires au sein des équipes de travail, associés à des difficultés d'attraction et de rétention pour cette catégorie d'emploi dans un contexte de faible chômage, expliquent le recours au secteur privé.

Assurance salaire

Cet indicateur rend compte de l'absentéisme de la main-d'œuvre dans les établissements du réseau et reflète les efforts et les actions dans le domaine de la présence au travail.

Le ratio d'assurance salaire s'est maintenu pendant la période à l'étude, pour se situer à 5,6 % en 2011-2012.

9.3 Rétention et mieux-être au travail

Taux de rétention

La rétention de la main-d'œuvre chez les employés de moins d'un an de service s'est améliorée entre 2009-2010 et 2011-2012, passant de 76,8 % à 77,6 %. Dans un marché de l'emploi qui favorise actuellement les employés, les établissements déploient différentes stratégies en ce qui a trait aux programmes d'accueil et d'intégration ainsi que des projets d'amélioration des conditions d'exercice afin de favoriser la rétention du personnel.

Climat de travail

Il s'agit du pourcentage d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont fait l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un programme reconnu à la suite de la mise en place d'une série d'actions organisées visant l'amélioration du climat de travail au sein de leur établissement.

En 2011-2012, le pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu est de 7,7 %, c'est-à-dire qu'un établissement sur treize avait réalisé l'objectif et neuf établissements avaient seulement commencé le processus, puisque celui-ci s'étale sur une longue période.

L'engagement de la part d'une organisation est un processus exigeant, ce qui explique en partie les délais pour obtenir l'accréditation. La majorité des établissements est en action afin d'actualiser l'approche choisie ou sur le point de le faire.

L'Agence continue à appuyer les établissements dans leur processus de réflexion en respectant leur rythme. Ainsi, elle a organisé des présentations afin de voir comment les établissements peuvent concrètement s'y prendre pour implanter ce type d'approche au sein d'une organisation et de déterminer les enjeux et les défis liés à chaque approche.

Agrément

Il s'agit du pourcentage d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont obtenu leur certificat d'agrément et dont la cote pour le volet mobilisation des ressources humaines est jugée satisfaisante.

Une démarche d'agrément est, pour un établissement, une démarche visant à obtenir une reconnaissance d'un organisme externe et indépendant selon laquelle les services offerts répondent à des normes d'excellence nationales en matière de santé. Ces normes portent sur les activités liées à la gouvernance et à la gestion, aux services de soutien et aux services directs à la clientèle.

En 2011-2012, comme prévu, six établissements sur treize (46,1 %) ont obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.

Le degré de réalisation de l'objectif est défini en fonction de la période d'agrément de chaque établissement. À ce jour, les établissements ayant à obtenir leur agrément le reçoivent en incluant le volet des ressources humaines. Les établissements en cours de processus passeront leur agrément dans les deux prochaines années.

Soutien clinique

Le soutien clinique consiste en un ensemble de mesures d'accompagnement mises en place par les établissements qui visent le développement des compétences et le perfectionnement du personnel des équipes de soins. Il a comme but également de valoriser et de reconnaître l'expertise des infirmières expérimentées en leur permettant de partager leurs connaissances, leur savoir-faire et leur savoir-être avec les novices. Le préceptorat, pour sa part, est basé sur une méthode d'enseignement et d'apprentissage ayant pour objet d'aider les infirmières et les infirmières auxiliaires à acquérir les compétences nécessaires au moyen d'une surveillance directe et circonscrite dans le temps.¹⁶ Le Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat fait partie intégrante de la stratégie de main-d'œuvre en soins infirmiers.

En 2011-2012, onze établissements sur treize ont mis en œuvre un tel programme de soutien à la relève professionnelle.

La capacité à réaliser ce type de programme repose en partie sur les personnes expérimentées et, en contexte de rareté de main-d'œuvre, il n'est pas facile de dégager le personnel. D'ailleurs, cette difficulté est présente davantage au sein de petits établissements. L'Agence a favorisé le réseautage des établissements afin de les soutenir dans la réalisation et la mise en place de leur programme, notamment en organisant une formation pour les personnes-ressources.

9.4 Promotion des carrières en santé et services sociaux

Depuis cinq ans, l'Agence réalise une démarche intégrée de promotion des carrières en santé et services sociaux. Les secteurs des ressources humaines et des communications se sont donc alliés pour créer une stratégie de promotion des métiers de la santé et des services sociaux des plus novatrices, et ce, en étroite collaboration avec le réseau de l'Éducation. Cette campagne visant principalement les jeunes du 2^e cycle du secondaire a d'ailleurs gagné des prix dans la sphère des communications, avec la campagne intitulée *Sauve des vies*. Durant cette période, une augmentation d'environ 15 % des demandes d'inscription dans les secteurs visés a été observée, et ce, malgré une baisse démographique de 2 %.

9.5 Projets d'optimisation

Au cours de l'année 2011, dix projets d'optimisation visant les différents champs d'activité rattachés aux directions des ressources humaines dans les établissements ont été entrepris, notamment afin de réduire les coûts reliés à l'utilisation d'expertises externes, d'améliorer l'efficacité et l'efficience de certains processus, d'assurer la pérennité des expertises et d'apporter des changements favorables à la qualité des services.

¹⁶ Définition empruntée au Programme national de soutien clinique. Volet préceptorat. Cadre de référence. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 19 pages.

9.6 Révision des processus

Il s'agit du pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail qui vise à optimiser le fonctionnement et la performance de l'établissement.

Un projet pilote ministériel *Lean* sur trois ans a démarré en juillet 2011 au bloc opératoire de l'HSFA du CHU de Québec. Ce projet, soutenu par l'Agence, vise l'implantation d'une culture *Lean* en modernisant sa structure d'encadrement et en certifiant des agents *Lean* qui réaliseront neuf projets. Les premiers résultats du projet vitrine au bloc opératoire sont probants : le temps entre chacune des interventions a diminué de 14,5 % (par rapport à 2011); le nombre d'interventions (dix par semaine) a augmenté de 6 % par rapport à 2011); les reports de chirurgies pour raisons administratives ont diminué de 49,5 % à la suite de l'instauration de la planification chirurgicale combinée au *Lean*. Ces premiers résultats permettent à l'Agence d'entrevoir des effets positifs sur la liste d'attente en chirurgie pour cet hôpital.

Plus généralement, en 2011-2012, 100 % des établissements ont réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail. Malgré l'atteinte de cette cible, les établissements poursuivent en continu leurs actions par la mise en place de plusieurs projets, qui s'inspirent en tout ou en partie des méthodologies de type *Lean* et d'amélioration continue.

CHAPITRE 10

PROGRAMMES-SOUTIEN

10.1 Financement

Domaine financier

Le financement pour la région de la Capitale-Nationale en 2011-2012 était de 2,1 MM \$ (2 068 011 828 \$) par rapport à 1,8 MM \$ (1 815 426 562 \$) en 2008-2009, une augmentation de près de 14 %, soit un financement additionnel de 253 M\$. De ces crédits supplémentaires, 46 M\$ ont servi à la consolidation et au développement de services pour faire face à la pression exercée sur le réseau par l'augmentation de la population, le vieillissement de cette dernière et l'émergence de nouveaux besoins. L'autre part de l'augmentation des crédits régionaux, soit 206,6 M\$, a servi à couvrir l'augmentation des coûts du réseau comme l'indexation et l'équité salariales (près de 143 M\$), les hausses des coûts des médicaments et autres fournitures médicales (30 M\$), ainsi que le système du sang (33,6 M\$). Les établissements de la région et l'Agence ont réussi à maintenir l'équilibre budgétaire ou leur cible au cours de cette période malgré le contexte de réduction (22,7 M\$) associé à l'optimisation et à l'impact du Projet de loi no 100, Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette.

Mesures d'optimisation

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, en plus des projets spécifiques associés aux ressources humaines, l'Agence a financé l'analyse ou la mise en œuvre de seize projets d'optimisation présentés par huit établissements de la région pour un investissement global de 2,8 M\$. Ces projets sont en cours de réalisation et devraient à terme, générer des économies de près de 1 M\$.

10.2 Immobilisations

Entre 2009 et 2012, des projets d'immobilisations de plus de 297 M\$ ont été réalisés dans la région de la Capitale-Nationale.

Deux projets majeurs sont en cours et se poursuivront dans les prochaines années : d'une part l'agrandissement et la rénovation de l'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ) et, d'autre part, la construction des deux hôpitaux de Charlevoix. En ce qui a trait au projet d'agrandissement et de rénovation de L'HDQ, un concept est en cours d'élaboration selon un échéancier accéléré. Les engagements financiers totalisent 51 M\$ à ce jour et les transactions immobilières avec la Ville de Québec ainsi que le dossier d'affaires final (DAF), seront conclues d'ici juin 2013.

La construction des deux hôpitaux de Charlevoix représente le deuxième dossier majeur en cours. Le projet en est à une étape décisive, car les travaux de réhabilitation parasismique de l'Hôpital de La Malbaie ont commencé et le dépôt, en décembre dernier, de la nouvelle version du dossier d'affaires initial (DAI) de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul permettra d'obtenir les autorisations afin de poursuivre la réalisation du projet de construction.

10.3 Équipements

Plus de 170 M\$ ont été investis dans le parc d'équipements médicaux, non médicaux et mobiliers de la région entre 2009 et 2012. La majorité de ces investissements avait pour objectif le remplacement des équipements ayant atteint la fin de leur vie utile par des équipements de dernière technologie.

10.4 Technologies de l'information

Dossier santé du Québec (DSQ)

La Capitale-Nationale est la région pilote du DSQ. Ce dernier vise à rendre accessible l'information clinique aux médecins et infirmières œuvrant en GMF, en cliniques médicales et en établissements du réseau de la santé, ainsi qu'aux pharmaciens communautaires, et ce, au bénéfice des usagers. En expérimentation depuis 2009, le DSQ comporte trois domaines :

- Le médicament, qui permet l'ordonnance électronique et la consultation du profil pharmacologique des usagers (consultation du médicament) par les intervenants autorisés. Le déploiement est en cours depuis 2011 dans les pharmacies communautaires de la région.
- Les laboratoires, qui permettent l'accès à des informations cliniques facilitant la prise en charge des patients. Un bilan très positif a été réalisé auprès des cliniciens, à la suite de l'accès à ces informations cliniques.
- L'imagerie médicale, qui consiste à la numérisation des examens radiologiques et à leur centralisation au répertoire d'imagerie diagnostic du RUIS-Laval. Les cliniciens en établissement accèdent directement à ces informations à partir de consoles spécialisées.

Télesanté

Le réseau de télépathologie de l'Est-du-Québec est implanté dans plus de 20 sites répartis sur tout le territoire du RUIS-UL. Cette technologie a un impact tangible sur la qualité des soins aux patients en améliorant l'accessibilité aux services de consultation et d'examen en oncologie. Notons que 7 000 examens et 7 800 sessions d'échange à distance ont été réalisés depuis sa mise en place.

La mise en place du projet de téléconsultation et de soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires permet aux professionnels de la santé du territoire du RUIS-UL de se consulter et de partager de la formation et permet également aux patients de consulter des professionnels de la santé. En septembre 2012, 4 170 sessions de téléconsultations avaient été réalisées dont 650 avec le patient.

CONCLUSION

Ce bilan sur les trois derniers exercices financiers témoigne clairement de la contribution du réseau d'établissements de la Capitale-Nationale à fournir des services en quantité suffisante et de qualité à la population. Nous souhaitons toutefois mettre en évidence certains défis qui se posent aux responsables du système régional.

En santé publique, les indicateurs atteignent en totalité ou sont très près d'atteindre leur engagement. Par contre, des difficultés sont observées du côté des services de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des clientèles vulnérables (SIDEP). Les résultats n'atteignent pas les engagements et le nombre de personnes jointes a diminué entre 2009-2010 et 2011-2012.

Quant aux services généraux, incluant les services médicaux en omnipratique, la situation est, dans l'ensemble, favorable. Les mesures sont mises en place (GMF, cliniques réseau, infirmières praticiennes, guichets d'accès) et plusieurs services améliorent leur desserte ou la maintiennent malgré l'augmentation des besoins (Info-Santé, services infirmiers services médicaux généraux). Seuls les services psychosociaux généraux ont vu leur nombre d'usagers et d'interventions diminuer.

Les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement présentent un bilan très positif. Même si le nombre de personnes en fin de soins actifs en attente pour certains services ne respecte pas les engagements, la situation s'est améliorée. Le constat est le même pour l'implantation des réseaux de services intégrés destinés à cette clientèle.

Le portrait de la production de services destinés aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement évolue dans le sens souhaité. Par contre, les délais d'accès aux services en CSSS n'atteignent pas les engagements même s'ils se sont améliorés.

Les services en CSSS pour les jeunes en difficulté joignent moins de personnes, mais le nombre d'interventions s'est maintenu, faisant en sorte d'augmenter l'intensité des services. Les délais d'attente en protection de la jeunesse ont augmenté durant la période observée, mais demeurent très performants par rapport aux normes nationales.

Les délais d'attente pour une évaluation en centre de réadaptation pour les personnes aux prises avec une dépendance atteignent à peu de chose près l'engagement.

Pour ce qui est des services en santé mentale, les services de première ligne et spécialisés n'atteignent pas les engagements, mais évoluent favorablement.

En santé physique, le portrait doit être plus nuancé. La performance des services d'urgence s'est accrue de façon notable pour ce qui est des séjours sur civière, mais elle n'atteint toujours pas les normes nationales. La production en chirurgie a atteint ses engagements, mais le nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées a diminué. Les chirurgies traitées dans les délais sont en difficulté pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Les patients sont traités dans les délais en radio-oncologie, mais l'accès dans les délais à la chirurgie oncologique ne respecte pas l'engagement et a même diminué. En cardiologie tertiaire, le nombre de demandes réalisées dans les délais pour les cas moins urgents s'est détérioré. Par contre, le nombre de cas réalisés a augmenté, et de façon particulièrement notable en électrophysiologie. La production de services en soins palliatifs a augmenté, autant du côté des services à domicile qu'en milieu hospitalier.

Enfin, du côté des ressources humaines, la région de la Capitale-Nationale a déjà atteint les cibles 2015 pour ce qui est de l'assurance salaire, du temps supplémentaire et du recours à la

main-d'œuvre indépendante. Une difficulté persiste pour ce qui est du recours à la main-d'œuvre à l'emploi d'agences privées chez les préposés aux bénéficiaires.

Ce bilan a permis d'établir que les établissements se sont montrés responsables quant au respect du cadre budgétaire, et ce, dans un contexte difficile sur le plan des finances publiques.

Les établissements fournissent des efforts appréciables pour revoir leurs pratiques cliniques et leurs modes d'organisation du travail, dans le souci de faire toujours davantage à partir des ressources disponibles. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale est donc optimiste au regard de l'horizon 2015 quant à l'obtention de gains significatifs en matière de services à la population afin de répondre aux attentes fixées au réseau.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 

**Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale**

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : 418 525-1500

418 525-1502 (ATS)

Ligne Info-Agence : 418 525-1495

Télécopieur : 418 529-4463

www.rrsss03.gouv.qc.ca