

RAPPORT D'ÉVALUATION GLOBALE
ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE 2011

CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DONNÉES 2008-2009

|aqesss|
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

INSTITUT DE RECHERCHE
EN SANTÉ PUBLIQUE


IRSPUM
Université 
de Montréal

Édition

Analyse et présentation : Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
Rédaction : Guylaine Boucher, Martin Comeau et Eric Thivierge, Agence Médiapresse inc., Anne Lemay et
Mona Lisa Dunn de la Direction de la performance et de la qualité (AQESSS), Geneviève Ste-Marie de
l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
Édition : Direction de la performance et de la qualité (AQESSS)
Révision : Chantal Gosselin, Agence Médiapresse inc.
Mise en page : Agence Médiapresse inc.

Distribution

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Direction de la performance et de la qualité
Direction des communications, des relations publiques et des affaires associatives
505, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 400
Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 842-4861
www.aqesss.qc.ca

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Dépôt légal – 2^e trimestre 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèques et Archives Canada
ISBN : 978-2-89636-124-3 (Imprimé)
ISBN : 978-2-89636-125-0 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION	7
DÉFINITION DE LA PERFORMANCE	8
DÉMARCHE	10
CATÉGORISATION DES ÉTABLISSEMENTS	10
INDICATEURS	11
SOURCES DE L'INFORMATION	13
APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE	13
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	14
L'ACCÈS DANS LES CSSS DU QUÉBEC EST-IL ADÉQUAT ?	16
OPINION DES USAGERS	19
ATTENTE EN CHIRURGIE ET SANTÉ MENTALE	19
SITUATION À L'URGENCE	19
LES SOINS ET LES SERVICES DES CSSS SONT-ILS DE BONNE QUALITÉ ?	20
QUALITÉ TECHNIQUE	21
JUSTESSE DES SOINS ET DES HOSPITALISATIONS	24
EXÉCUTION COMPÉTENTE	24
SÉCURITÉ DES SOINS	24
QUALITÉ NON TECHNIQUE	25
CONTINUITÉ, COORDINATION ET GLOBALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	26
HUMANISATION	29
LES CSSS CONTRIBUENT-ILS À AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION ?	33
EFFICACITÉ D'UTILISATION	36
EFFICACITÉ POPULATIONNELLE	36
LES CSSS SONT-ILS GÉRÉS AVEC PRODUCTIVITÉ ET EFFICIENCE	37
PRODUCTIVITÉ	37
OPTIMISATION DES RESSOURCES	40
COÛT DES SERVICES	40
DURÉE DE SÉJOUR À L'HÔPITAL	40
EFFICIENCE	41
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	45

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. Le modèle EGIPSS	9
FIGURE 2. Mesure de l'accessibilité des services en CSSS	16
FIGURE 3. Distribution de la performance en accessibilité pour les CSSS	17
FIGURE 4. Mesure de la qualité technique pour les CSSS avec CH	21
FIGURE 5. Distribution de la performance en qualité technique pour les CSSS avec CH	22
FIGURE 6. Mesure de la qualité non technique pour les CSSS	25
FIGURE 7. Distribution de la performance en continuité, coordination et globalité pour les CSSS	26
FIGURE 8. Mesure en humanisation pour les CSSS	29
FIGURE 9. Mesure de l'efficacité dans les CSSS	34
FIGURE 10. Distribution de la performance en efficacité des CSSS	34
FIGURE 11. Mesure de la productivité des CSSS avec CH	37
FIGURE 12. Distribution de la performance en productivité pour les CSSS avec CH	38
FIGURE 13. Distribution de l'efficacité pour les CSSS	42

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. Groupes d'établissements CSSS	11
TABLEAU 2. Indicateurs utilisés	12
TABLEAU 3. Source de données	13
TABLEAU 4. CSSS par niveau de performance en accessibilité	18
TABLEAU 5. CSSS avec CH par niveau de performance en qualité technique	23
TABLEAU 6. CSSS par niveau de performance en continuité, coordination et globalité	27
TABLEAU 7. CSSS par niveau de performance en humanisation	30
TABLEAU 8. CSSS par niveau de performance en efficacité	35
TABLEAU 9. CSSS avec CH par niveau de performance en productivité	39
TABLEAU 10. CSSS par niveau d'efficacité	43

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ou groupes de personnes se sont investis pour mener à bien cette démarche d'évaluation de la performance et nous tenons à les remercier.

ÉQUIPE DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (IRSPUM)

André-Pierre Contandriopoulos
François Champagne
Michèle Rivard
Geneviève Ste-Marie
Marie-Pierre Moreault
Jean-Yves Simard
Diane Crevier
Georges Thiebaut
Thierno Balde
Michèle Paré
Anna Kone
Mylène Baptista
Nicolas Beauvillier

ÉQUIPE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS)

Lise Denis
Anne Lemay
Alain Leclerc
Mona Lisa Dunn
Michèle Bilodeau
Vanessa Laflamme
Bernard Parent
Céline Hel

MEMBRES DU COMITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SUR LE RAPPORT PUBLIC

Michel Gervais,
administrateur, CSSS de la Vieille-Capitale
Isabelle Malo,
directrice générale, CSSS de La Mitis
Alex G. Potter,
président du conseil d'administration, AQESSS
François Champagne,
IRSPUM
Geneviève Ste-Marie,
IRSPUM

PARTENAIRES

Ministère de la Santé et des Services sociaux :
– Direction de la santé publique
– Direction générale du personnel réseau
et ministériel (DGPRM)
Direction de l'analyse et du soutien informationnel
(DASI)
Conseil québécois d'agrément
Régie de l'assurance maladie du Québec

AVANT-PROPOS

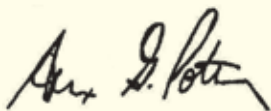
En 2007, le conseil d'administration de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) prenait la décision d'entreprendre un vaste exercice d'évaluation de la performance de ses établissements membres. Quoique jugée incontournable, notamment dans une perspective de transparence à l'égard de la population et d'amélioration continue de la qualité des soins et services, la démarche n'en demeurerait pas moins courageuse.

Le travail abattu depuis est colossal. Analyser et soupeser chacun des aspects d'un système aussi complexe que le réseau de la santé et des services sociaux pose en effet des défis majeurs. À ces défis s'ajoutent des contraintes de taille avec lesquelles nous avons dû composer, dont certains indicateurs mal adaptés aux services de première ligne ayant cours au Québec et des données brutes nécessitant validation et correction.

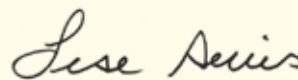
À notre avis, le jeu en valait toutefois la chandelle. Bien qu'il n'ait pas encore atteint sa pleine maturité, le système d'appréciation de la performance présenté est robuste et sophistiqué. Ce premier rapport, qui ne s'applique qu'aux 95 CSSS du Québec, pose les premiers jalons d'un important processus d'amélioration de la performance soutenue par les gestionnaires, les professionnels et les équipes dirigeantes des établissements. Aussi, nous sommes d'ores et déjà convaincus que les prochaines années verront poindre un rapport d'évaluation de la performance plus complet et étoffé, qui inclura les établissements universitaires et les centres hospitaliers à vocation psychiatrique, et auquel certains indicateurs auront notamment été ajoutés pour couvrir l'ensemble des sous-dimensions.

L'amélioration souhaitée de la qualité de l'information contenue dans les différentes banques de données devrait, elle aussi, contribuer à affiner nos analyses futures. À cet égard, l'AQESSS entend non seulement poursuivre ses représentations auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), mais aussi sensibiliser les responsables des établissements à l'importance de la production d'informations de qualité et dans des délais opportuns.

D'ici là, nous convions les administrateurs et gestionnaires des CSSS à s'approprier les résultats rendus disponibles. La portée réelle de cet exercice se mesurera en effet à l'aune des décisions qu'il aura permis de prendre. Ensemble, faisons de ce vaste chantier, une occasion de repousser nos limites pour le mieux-être de la population québécoise.



Alex. G. Potter
Président



Lise Denis
Directrice générale

INTRODUCTION

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, l'accessibilité, la qualité et la continuité des services de santé et des services sociaux sont considérées comme des enjeux sociétaux de premier plan. Dans l'espace public, les débats entourant ces questions font d'ailleurs régulièrement la manchette. Hélas, les résultats présentés, que ce soit sous forme de palmarès ou d'articles de fond, offrent le plus souvent une vision tronquée de la réalité extrêmement complexe du réseau de la santé et des services sociaux. En réponse à ces préoccupations et soucieux de transmettre à la population québécoise l'information la plus juste possible, les établissements membres de l'AQESSS ont accepté de s'engager dans un processus d'appréciation de leur performance.

Cette initiative porte sur l'ensemble des dimensions du système de santé et de services sociaux et des différences existant entre les divers types d'établissements (CSSS, CHU, CHA et Instituts). Elle repose sur une définition rigoureuse, globale, intégrée et mobilisatrice de la performance et sur un modèle d'analyse exhaustif et reconnu, développé par des chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM).

Une première phase de travaux, réalisée entre 2007 et 2009, a confirmé la capacité du modèle choisi à bien refléter les différentes réalités des établissements et leur complexité. Forts de ces résultats, nous avons entrepris une seconde phase d'analyse à la fin de 2009. Le présent rapport illustre le profil de performance globale des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec élaboré au terme de ces analyses. Il vise à mieux informer la population sur la qualité des services qui lui sont rendus et sur la gestion des ressources publiques qui sont allouées au réseau de la santé et des services sociaux. Il identifie à la fois les éléments positifs et les situations plus préoccupantes qui devront faire l'objet d'amélioration au cours des prochaines années. Le profil de performance des établissements universitaires et psychiatriques sera publié ultérieurement.

L'information a été regroupée de manière à répondre à quatre principales questions, à savoir :

- + L'accès dans les CSSS du Québec est-il adéquat ?
- + Les soins et les services des CSSS sont-ils de bonne qualité ?
- + Les CSSS contribuent-ils à améliorer la santé de la population ?
- + Les CSSS sont-ils gérés avec productivité et efficience ?

DÉFINITION DE LA PERFORMANCE

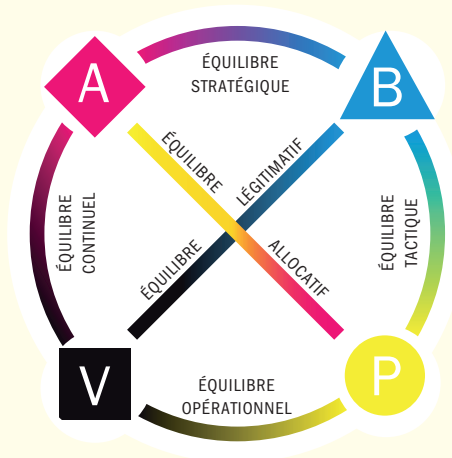
La définition de la performance que l'AQESSS a choisie pour évaluer ses établissements membres provient du modèle EGIPSS (Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé). Ce modèle a été développé par des chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). Il rassemble les différentes dimensions de la performance et permet d'établir des interrelations entre elles. Ce modèle est aussi utilisé par le Commissaire à la santé et au bien-être pour l'appréciation globale de la performance du système de santé et de services sociaux ¹, ainsi que par certaines agences de santé et de services sociaux. L'utilisation par ces différentes instances du même modèle permet de mieux faire le lien entre la performance des établissements membres de l'AQESSS et celle de l'ensemble du système de santé et de services sociaux du Québec.

Selon ce modèle d'évaluation, on peut définir la performance d'un CSSS par sa capacité à :

- + Atteindre ses buts ;
- + S'adapter à son environnement ;
- + Produire des services de qualité avec productivité ;
- + Maintenir des valeurs communes.

¹ Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2010.

FIGURE 1 – LE MODÈLE EGIPSS



A – ADAPTATION

- + Acquisition de ressources
- + Adaptation aux besoins de la population
- + Attraction des clientèles
- + Mobilisation de la communauté
- + Innovation et transformation

V – MAINTIEN DES VALEURS

- + Consensus sur les valeurs du système
- + Qualité de vie au travail :
 - / Environnement de travail
 - / Climat organisationnel
 - / Satisfaction au travail
 - / Réactions comportementales
 - / Statut de santé des employés

B – ATTEINTE DES BUTS

- + Efficacité
- + Efficience
- + Équité de santé
- + Satisfaction de la population

P – PRODUCTION

- + Volume de soins et de services
- + Productivité
- + Intégration de la production :
 - / Qualité technique
 - Sécurité
 - Justesse
 - Exécution compétente
 - / Qualité non technique
 - Continuité
 - Humanisme
 - Globalité
 - Accessibilité

L'appréciation de la performance repose ainsi non seulement sur des indicateurs de réussite pour chacune des fonctions de l'organisation, mais aussi sur la capacité de l'établissement à établir et maintenir un équilibre dynamique entre ces fonctions. En d'autres termes, la performance d'une organisation ne peut être appréciée qu'en tenant compte de chacune de ces composantes, de celles du réseau et de l'environnement dont elle fait partie et de leurs interrelations.

DÉMARCHE

La démarche menant à la concrétisation de ce rapport s'est déroulée en six étapes :

- + Revue de la littérature ;
- + Choix des indicateurs à partir des connaissances sur les systèmes d'évaluation de la performance, des données disponibles et de l'expérience de plusieurs experts mandatés par l'AQESSS ;
- + Collecte, validation et traitement de l'information pour tous les CSSS ;
- + Analyse et présentation des résultats ;
- + Préparation des rapports ;
- + Diffusion des résultats.

CATÉGORISATION DES ÉTABLISSEMENTS

Afin d'évaluer la performance des centres de santé et de services sociaux (CSSS), les 95 CSSS à l'étude ont été regroupés sur la base de leur mission et de trois caractéristiques principales :

- + Importance de la mission hospitalière mesurée par le nombre de lits dressés en courte durée ;
- + Importance de la mission soins prolongés mesurée par le nombre de lits dressés en longue durée ;
- + Budget total de fonctionnement.

Cinq groupes d'établissements (CSSS) ont ainsi été créés.

TABEAU 1 – GROUPES D'ÉTABLISSEMENTS CSSS

GRUPE	DESCRIPTION	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS PAR GROUPE
1	CSSS sans centre hospitalier	15
2	CSSS avec centre hospitalier (100 lits et moins)	37
3	CSSS avec centre hospitalier (101 lits à 200 lits)	17
4	CSSS avec centre hospitalier (201 lits et plus)	16
5	CSSS sans centre hospitalier avec beaucoup de lits de soins de longue durée	10
TOTAL		95

INDICATEURS

Au total, 161 indicateurs ont été utilisés pour mener à bien l'analyse de la performance des établissements. Ces indicateurs se partagent en quatre grandes dimensions, elles-mêmes subdivisées en neuf sous-dimensions pour plus de précision. Tous ces indicateurs ont été identifiés au moyen d'une revue de littérature, puis sélectionnés par un comité d'experts constitué de membres du réseau de la santé et des services sociaux et de l'IRSPUM. Les indicateurs ont été choisis pour leur caractère mesurable et statistiquement fiable. Plusieurs des indicateurs et cibles retenus sont conformes aux objectifs du plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux².

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

TABLEAU 2 – INDICATEURS UTILISÉS

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS SOUS-DIMENSIONS	CHAMPS	GROUPES D'ÉTABLISSEMENTS	
				2, 3, 4	1 et 5
Adaptation	Acquisition des ressources	Capacité	Financière	3	2
			Matérielle	3	1
			Humaine	8	8
			Viabilité		6
	Adaptation aux besoins de la population			12	11
	Capacité d'attirer les clientèles			9	5
	Mobilisation de la communauté			1	1
	Innovation et transformation			0	0
	Équité d'utilisation			0	0
Sous-total			42	34	
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs			0	0
	Qualité de vie au travail	Environnement de travail		3	3
		Climat organisationnel		1	1
		Satisfaction au travail		6	6
		Réactions comportementales		2	2
		État de santé des employés		0	0
Sous-total			12	12	
Production	Volume de soins et de services	Volumes bruts		15	12
		Intensité des services		1	1
		Couverture		0	0
	Productivité			14	1
	Qualité	Qualité non technique	Accessibilité	5	2
			Continuité – coordination	10	10
			Globalité	2	1
			Humanisation	7	5
		Qualité technique	Justesse	5	0
			Exécution compétente	11	1
			Sécurité	13	0
			Santé publique	3	3
			Sous-total		
Atteinte des buts	Efficacité	Efficacité d'utilisation		3	0
		Efficacité populationnelle	Incidence	4	4
			Résultats proximaux	10	10
		Sous-total			17
TOTAL				157 ³	96

³ On remarque une différence dans le nombre total d'indicateurs entre les tableaux 2 et 3, ceci est dû au regroupement de certains indicateurs dans le tableau 2.

SOURCES DE L'INFORMATION

Ce rapport s'appuie principalement sur l'information contenue dans les banques de données clinico-administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le tableau qui suit présente le nombre d'indicateurs tirés de chaque source d'information et la dernière année disponible au moment de la collecte.

TABLEAU 3 – SOURCE DE DONNÉES

BANQUE D'ORIGINE DES DONNÉES	NOMBRE D'INDICATEURS	ANNÉES DE COLLECTE DE DONNÉES	EXTRACTION PRODUITE PAR
AS-471, AS-478, contour financier	23	2006-07 à 2008-09*	AQESSS
I-CLSC	12	2006-07 à 2008-09*	AQESSS
CONSUM	12	2008-09	AQESSS
GESTRED	13	2006-07 à 2008-09*	AQESSS
Conseil québécois d'agrément	18	Date de la dernière visite d'agrément	CQA
R-22/R-25	16	2006-07 à 2008-09*	MSSS
MEDECHO	52	2006-07 et 2008-09	IRSPUM
RAMQ	5	2006-07 à 2008-09*	RAMQ
Santé publique	9	2004-2006, 2005-2007	MSSS
SIMASSS	1	2008-2009	AQESSS
Total	161		

*Variation selon la disponibilité de l'information

APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

Pour chaque indicateur, un indice de performance est calculé en comparant la valeur de l'indicateur à une norme. Ainsi, l'indice de performance obtenu mesure **toujours le niveau d'atteinte de la norme par un établissement**. La norme retenue pour chaque indicateur a été établie par l'équipe de l'IRSPUM en s'appuyant sur la documentation existante, sur des raisonnements théoriques et sur les données observées. La norme la plus souvent retenue est empirique. On a généralement retenu le 85^e ou le 15^e percentile de la distribution, selon le sens donné à l'indicateur, pour établir la norme d'excellence correspondant à un indice relatif de 100 %.

Les valeurs des indices de performance se situent entre 40 % et 100 %. Les indices de performance se partagent en trois niveaux :

INDICE	PERFORMANCE
40 à 70 %	Faible
71 à 79 %	Satisfaisante
80 % et plus	Élevée

Il est important de rappeler que les normes étant empiriques, elles constituent des cibles d'excellence atteignables.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Pour chacune des questions, le score global de performance est rapporté. Des illustrations plus concrètes sont ensuite fournies en ayant recours à des éléments précis ayant contribué à l'élaboration du score général. Nous avons tenté, lorsque cela était possible, d'identifier des leviers d'amélioration structurants pour l'ensemble du système. Les établissements, en considérant leurs contextes local et régional, pourront à leur tour identifier et recourir à d'autres leviers d'amélioration. Il s'agit donc d'un exercice permanent d'amélioration continue de la performance.

Ce rapport a pour objectif de répondre à quatre questions. L'analyse effectuée a permis d'obtenir les réponses suivantes :

L'ACCÈS DANS LES CSSS DU QUÉBEC EST-IL ADÉQUAT ?

La performance globale en regard de l'accès est de **75 %** (par rapport à une norme d'excellence de 100 %). Ce résultat se ventile comme suit :

- La perception des usagers (85 %), évaluée par la rapidité (73 %) et la facilité d'accès (97 %) ;
- Les délais d'attente se voient attribuer un score de 59 % à cause des personnes qui attendent plus de six mois pour les chirurgies, cela malgré le fait que plus de 90 % des chirurgies sont réalisées dans les délais et que 82 % des établissements respectent la norme d'accès en santé mentale ;
- La durée de séjour des patients sur civière (74 %).

LES SOINS ET LES SERVICES DES CSSS SONT-ILS DE BONNE QUALITÉ ?

La performance globale pour la qualité technique, qui a été mesurée seulement pour les CSSS avec un centre hospitalier, est de **74 %** (par rapport à une norme d'excellence de 100 %). Ce résultat se ventile comme suit :

- La justesse des soins et services (70 %) et en particulier pour des services obstétricaux (87 %) et les hospitalisations (64 %) ;
- L'exécution compétente (73 %) mesurée par les taux de réadmissions pour certains traceurs (76 %), les compétences professionnelles évaluées par l'occurrence des complications (67 %) et par l'adéquation de certaines interventions en santé publique (74 %) ;
- La sécurité (81 %) évaluée par la prévention des infections nosocomiales (82 %), par l'occurrence des événements indésirables (75 %) et par les taux d'occupation (89 %).

Pour la qualité non technique, nous avons obtenu les résultats suivants :

- Pour la continuité, coordination et globalité, le score de performance est de **65 %**. Cette plus faible performance se ventile comme suit : la continuité des services médicaux (92 %), la continuité des soins infirmiers (82 %), la continuité des services en CLSC (55 %), la coordination des services mesurée par les délais pour obtenir une place en hébergement (51 %), la satisfaction des usagers en regard de la continuité et coordination (84 %) et la globalité (70 %) ;
- L'humanisation obtient un score de **81 %** qui se ventile comme suit : satisfaction des usagers (94 %) et la capacité de mettre en œuvre les arrangements organisationnels (76 %).

LES CSSS CONTRIBUENT-ILS À AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION ?

En ce qui concerne l'efficacité à améliorer la santé des patients et de la population, les CSSS obtiennent une performance de **77 %**, soit jugée très satisfaisante. Ce résultat se ventile comme suit :

- Efficacité d'utilisation (75 %);
- Efficacité populationnelle (78 %) mesurée par les évènements évitables (77 %), par la mortalité générale (78 %), par la mortalité infantile (78 %) et par l'incidence des cancers avec potentiel de dépistage et de prévention (73 %).

Nous observons qu'aucun établissement n'affiche une performance élevée dans toutes les dimensions ou une performance faible dans toutes les dimensions. Chacun des 95 CSSS peut tirer profit de ses forces et identifier les secteurs ayant un potentiel d'amélioration.

En conclusion, il est important de noter que les 95 CSSS du réseau québécois diffèrent parfois de façon très importante quant au niveau de ressources dont ils disposent pour répondre aux besoins de leur population. Cette inégalité constitue un des facteurs déterminants non négligeables des résultats obtenus pour les différentes dimensions de la performance. Il est donc important de faire reposer les leviers d'amélioration non seulement sur des leviers locaux, mais aussi sur des leviers régionaux et nationaux.

LES CSSS SONT-ILS GÉRÉS AVEC PRODUCTIVITÉ ET EFFICIENCE ?

La performance globale en vertu de la productivité est de **74 %**. Cet aspect a été mesuré seulement pour les CSSS avec un centre hospitalier. Ce résultat se décompose comme suit :

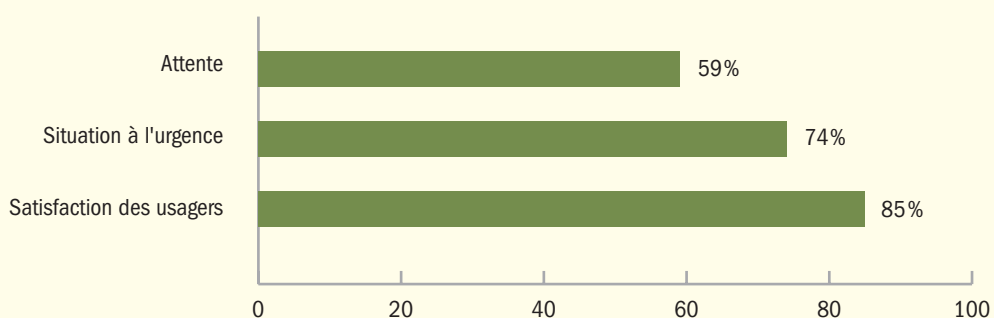
- Optimisation de l'utilisation des ressources (76 %);
- Coût par visite à l'urgence (73 %);
- La gestion de la durée de séjour des hospitalisations de soins aigus (71 %).

En mettant en relation le niveau de ressources dont disposaient les CSSS et l'atteinte de performance au regard de leur adaptabilité, du climat de travail, de la qualité des services, 15 % des CSSS sont très efficaces et 44 % sont efficaces.

L'ACCÈS DANS LES CSSS DU QUÉBEC EST-IL ADÉQUAT ?

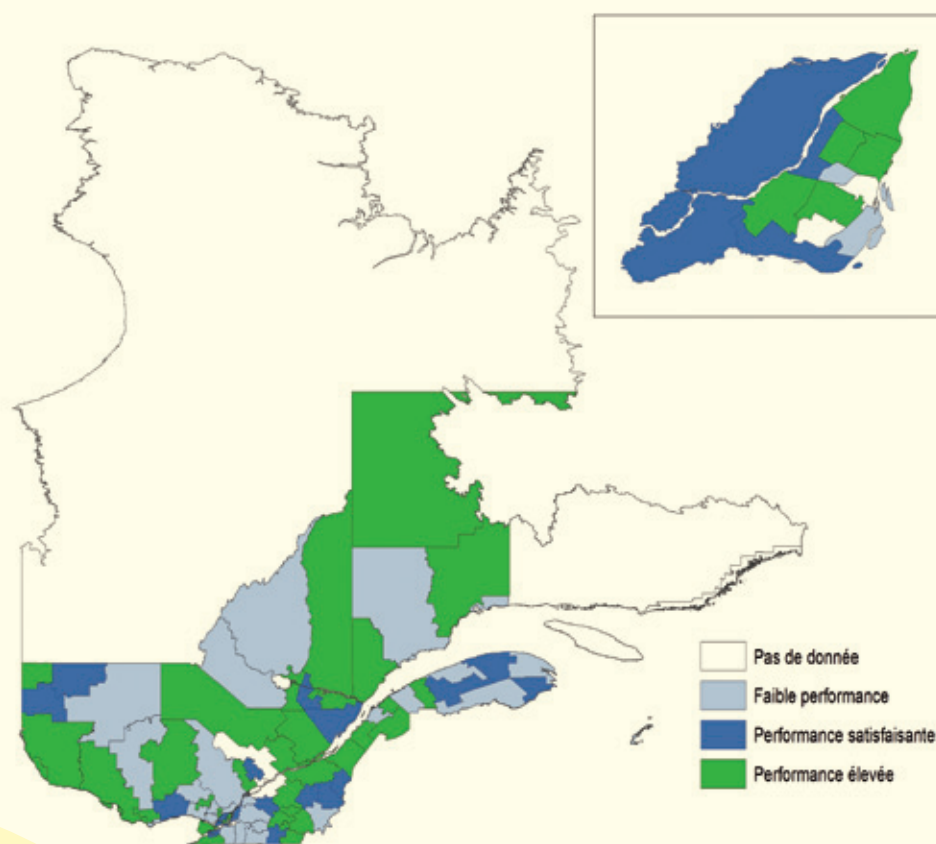
L'accessibilité a été mesurée dans l'ensemble des CSSS en tenant compte du niveau de satisfaction des usagers sur le plan de la facilité d'accès et de la rapidité des services. De plus, pour évaluer l'accès dans les CSSS avec centre hospitalier, le temps d'attente pour les interventions électives (principalement des chirurgies), les services spécialisés en santé mentale, de même que la situation de l'attente dans les urgences ont été considérés pour évaluer l'accessibilité.

FIGURE 2. MESURE DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES EN CSSS



GLOBALEMENT, EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ, LES CSSS DU QUÉBEC ONT UNE PERFORMANCE SATISFAISANTE DE 75 %.

FIGURE 3. DISTRIBUTION DE LA PERFORMANCE EN ACCESSIBILITÉ POUR LES CSSS



Le CRSSS de la Baie James n'apparaît pas sur cette carte.

TABEAU 4 – CSSS PAR NIVEAU DE PERFORMANCE EN ACCESSIBILITÉ

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD	CENTRE RÉG. DE SANTÉ ET DE SERV. SOC. DE LA BAIE-JAMES
CSSS D'ANTOINE-LABELLE	CSSS DE BEAUCE	CSSS D'ARGENTEUIL
CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	CSSS DE CHARLEVOIX	CSSS DE GATINEAU
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT	CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE	CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS
CSSS DE CHICOUTIMI	CSSS DE JONQUIÈRE	CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ
CSSS DE KAMOURASKA	CSSS DE L'ÉNERGIE	CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA
CSSS DE L'HÉMATITE	CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR
CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD	CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE	CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU
CSSS DE LA MITIS	CSSS DE LA MATAPÉDIA	CSSS DE MANICOUAGAN
CSSS DE LA MONTAGNE	CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD	CSSS DE MATANE
CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	CSSS DE LAVAL	CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE
CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE	CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	CSSS DE PAPINEAU	CSSS DE SAINT-JÉRÔME
CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST	CSSS DE ROUYN-NORANDA	CSSS DE SEPT-ÎLES
CSSS DE MASKINONGÉ	CSSS DES ETCHÉMINES	CSSS DES ÎLES
CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET	CSSS DRUMMOND	CSSS DES SOMMETS
CSSS DE PORT-CARTIER	CSSS DU ROCHER-PERCÉ	CSSS DOMAINE-DU-ROY
CSSS DE PORTNEUF	CSSS DU SUROÛT	CSSS DU COEUR-DE-L'ÎLE
CSSS DE QUÉBEC-NORD	CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	CSSS DU GRANIT
CSSS DE SAINT-LÉONARD ET SAINT-MICHEL	CSSS PIERRE-BOUCHER	CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES
CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA		CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE
CSSS DE TÉMISCOUATA		CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE
CSSS DE THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE		CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN
CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES		CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE
CSSS DES AUBURES-BORÉALES		CSSS JARDINS-ROUSSILLON
CSSS DES BASQUES		CSSS LA POMMERAIE
CSSS DES COLLINES		CSSS MARIA-CHAPDELAINE
CSSS DES PAYS-D'EN-HAUT		CSSS PIERRE-DE SAUREL
CSSS DES SOURCES		CSSS RICHELIEU-YAMASKA
CSSS DU GRAND LITTORAL		
CSSS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS		
CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT		
CSSS DU HAUT-SAINT-MAURICE		
CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE		
CSSS DU PONTIAC		
CSSS DU VAL-SAINT-FRANÇOIS		
CSSS LUCILLE-TEASDALE		
CSSS-INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE		

L'absence de certains établissements dans ce tableau peut s'expliquer de deux façons : les données n'étaient pas disponibles ou la mesure ne correspondait pas à la mission de l'établissement.

ZOOM

OPINION DES USAGERS

- + En général, l'opinion des usagers sur l'accès aux soins et services est positive avec un score moyen de 85 % pour l'ensemble des CSSS. Il s'agit globalement d'une performance assez élevée.
- + Les usagers se disent très satisfaits de la facilité d'accès (97 %), mais sont moins satisfaits de la rapidité avec laquelle les services sont reçus (73 %)*.

ATTENTE EN CHIRURGIE ET SANTÉ MENTALE

- + En ce qui concerne l'attente pour les services spécialisés de santé mentale, la norme est qu'aucun usager ne devrait attendre plus de 60 jours pour des services. Dans ce domaine, nous observons une assez bonne performance (82 %). **En moyenne, on évalue qu'il n'y a que 7,5 % des usagers inscrits sur la liste d'attente qui y demeurent plus de 60 jours dans les CSSS du Québec.**
- + Même si plus de 90 % de toutes les interventions en chirurgies sont réalisées dans un délai de moins de six mois, nous observons cependant que les établissements doivent faire des efforts supplémentaires pour les cas de six mois et plus afin de se rapprocher, pour cette portion de la clientèle, des normes prescrites.

SITUATION À L'URGENCE

- + La situation à l'urgence est mesurée par le pourcentage de patients couchés sur civière depuis plus de 48 heures. La norme établie dans le cadre des ententes de gestion liant les établissements aux agences de santé et de services sociaux est qu'aucun patient ne devrait vivre cette situation. Nous observons une performance satisfaisante (74 %).
- + **Dans les établissements où la performance est la plus faible, de 8 à 16 % des patients sur civière y demeurent plus de 48 heures. Les soins requis leur sont toutefois offerts ; c'est plutôt le lieu des services qui n'est pas optimal.**

ÉLÉMENT POSITIF	ÉLÉMENTS À AMÉLIORER
La satisfaction des usagers envers la facilité d'accès aux services	Les délais d'attente surtout pour les interventions électives (principalement des chirurgies) Les délais de séjour sur civière à l'urgence

LEVIERS D'ACTION

- ✚ Parmi les leviers d'action, à titre de membre de la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne et de responsable du groupe de travail sur l'organisation des soins et des ressources, l'AQESSS considère que l'implantation d'un processus d'accueil clinique dans les CSSS peut contribuer à améliorer l'accès aux soins et aux services. L'accueil clinique repose sur une organisation de soins et de services permettant de recevoir, sur référence de médecins de la communauté, une clientèle présentant des conditions cliniques de nature subaigüe ou semi-urgente. En vertu de critères précis établis préalablement, cette clientèle ambulatoire bénéficie d'un accès privilégié aux plateaux technique et diagnostique, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction de protocoles établis.
- ✚ La consolidation de la première ligne dans tous les secteurs constitue un levier d'action très prometteur.

LES SOINS ET LES SERVICES DES CSSS

SONT-ILS DE BONNE QUALITÉ ?

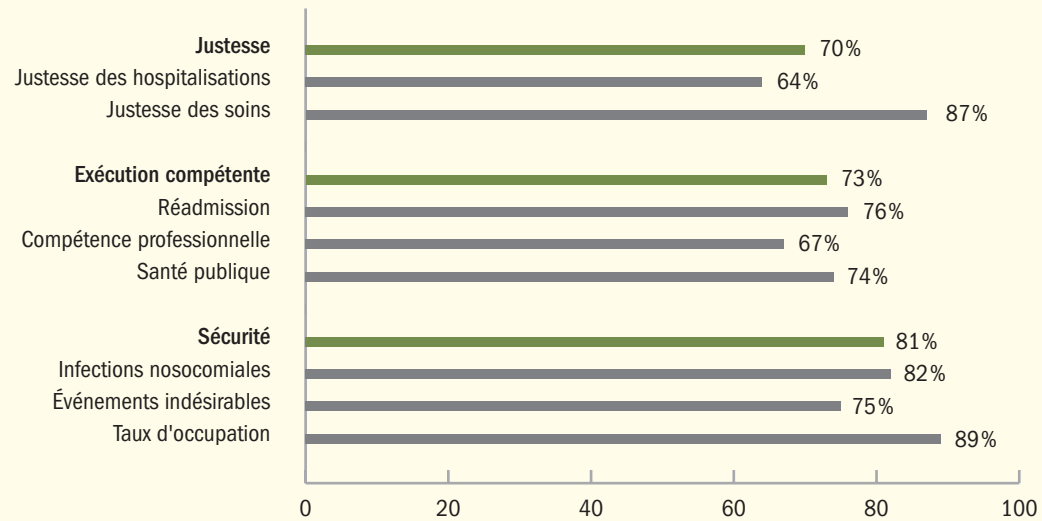
La qualité des soins et des services a été mesurée en distinguant la qualité technique de la qualité non technique

QUALITÉ TECHNIQUE	QUALITÉ NON TECHNIQUE
La qualité technique a été mesurée par le fait de donner le bon traitement ou service à la bonne personne (justesse), de faire les choses en fonction des normes de meilleures pratiques (exécution compétente) et de manière sécuritaire (sécurité).	La qualité non technique a été mesurée par le fait d'offrir des soins et services continus, coordonnés et globaux (continuité et coordination), et ce, dans le respect de la personne (humanisation).

En raison de la nature même des indicateurs et des données disponibles, la qualité technique des services hospitaliers a été mesurée uniquement pour les CSSS ayant un centre hospitalier.

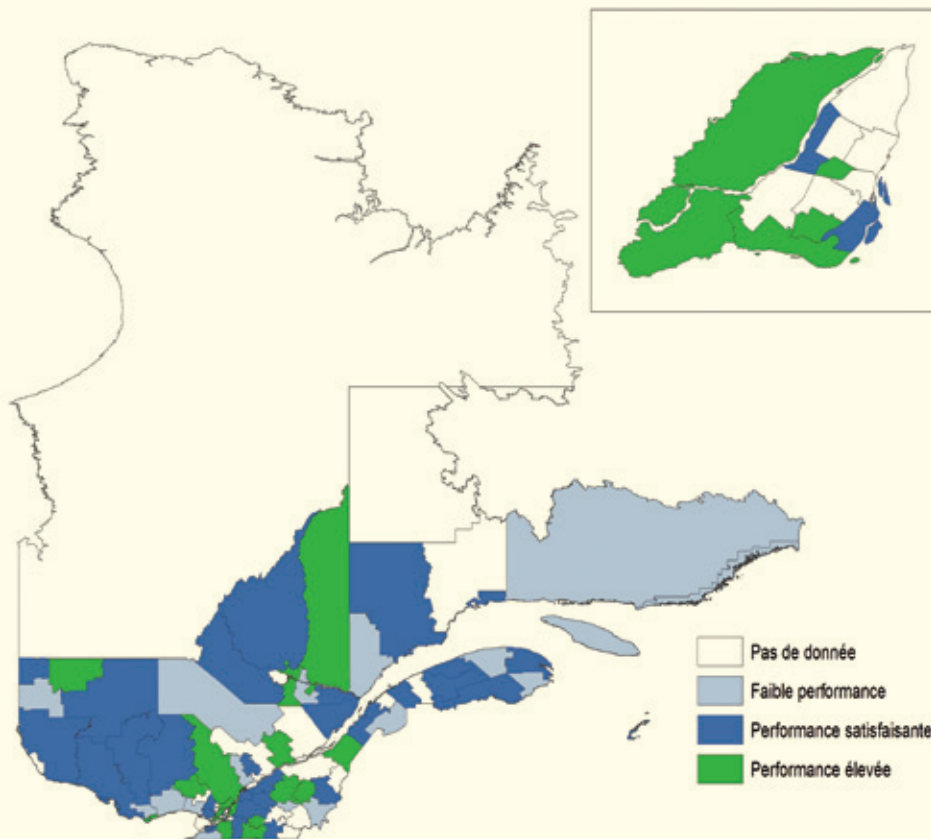
QUALITÉ TECHNIQUE

FIGURE 4. MESURE DE LA QUALITÉ TECHNIQUE POUR LES CSSS AVEC CH



GLOBALEMENT, EN MATIÈRE DE QUALITÉ TECHNIQUE, LES CSSS DU QUÉBEC ONT UNE PERFORMANCE SATISFAISANTE DE 74 %.

FIGURE 5. DISTRIBUTION DE LA PERFORMANCE EN QUALITÉ TECHNIQUE POUR LES CSSS AVEC CH



Le CRSSS de la Baie James n'apparaît pas sur cette carte.

TABEAU 5 – CSSS AVEC CH PAR NIVEAU DE PERFORMANCE EN QUALITÉ TECHNIQUE

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
CSSS CAVENDISH	CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU	CENTRE RÉG. DE SANTÉ ET DE SERV. SOC. DE LA BAIE-JAMES
CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD	CSSS D'ARGENTEUIL
CSSS DE CHICOUTIMI	CSSS D'ANTOINE-LABELLE	CSSS DE JONQUIÈRE
CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE	CSSS DE BEAUCE	CSSS DE LA BASSE-CÔTE-NORD
CSSS DE GATINEAU	CSSS DE BÉCANCOUR - NICOLET-YAMASKA	CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD
CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	CSSS DE CHARLEVOIX	CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	CSSS DE KAMOURASKA	CSSS DE LA MINGANIE
CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD	CSSS DE L'ÉNERGIE	CSSS DE MASKINONGÉ
CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST	CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS	CSSS DE PAPINEAU
CSSS DE LAVAL	CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ	CSSS DE ROUYN-NORANDA
CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET	CSSS DE LA MATAPÉDIA	CSSS DE TÉMISCOUATA
CSSS DE PORTNEUF	CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	CSSS DES COLLINES
CSSS DES SOMMETS	CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU	CSSS DES SOURCES
CSSS DU COEUR-DE-L'ÎLE	CSSS DE MANICOUAGAN	CSSS DU GRANIT
CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	CSSS DE MATANE	CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT
CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE
CSSS JARDINS-ROUSSILLON	CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE	CSSS DU ROCHER-PERCÉ
CSSS LA POMMERAIE	CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP	
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	CSSS DE SAINT-JÉRÔME	
CSSS PIERRE-BOUCHER	CSSS DE SEPT-ÎLES	
	CSSS DES AURORES-BORÉALES	
	CSSS DES ÎLES	
	CSSS DOMAINE-DU-ROY	
	CSSS DRUMMOND	
	CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	
	CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	
	CSSS DU PONTIAC	
	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	
	CSSS DU SUROÏT	
	CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE	
	CSSS MARIA-CHAPDELAINE	
	CSSS PIERRE-DE SAUREL	
	CSSS RICHELIEU-YAMASKA	

L'absence de certains établissements dans ce tableau peut s'expliquer de deux façons : les données n'étaient pas disponibles ou la mesure ne correspondait pas à la mission de l'établissement.

JUSTESSE DES SOINS ET DES HOSPITALISATIONS

- + Lorsqu'il s'agit d'offrir le bon service à la bonne personne (justesse des soins et services), les CSSS obtiennent un score moyen de **70 %**.
- + La performance des CSSS est de **87 %**⁴ pour la justesse des soins en obstétrique. La justesse des soins est mesurée dans ce secteur par le taux de césarienne et le taux de déclenchement des accouchements. L'évaluation a été effectuée sur la base des normes établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). **Selon ces normes, seulement 12 % à 20 % des accouchements devraient résulter d'une césarienne et 10 % à 25 % des accouchements devraient être déclenchés. Le quart des CSSS affichent un taux de césarienne supérieur à la norme prescrite.**
- + La justesse des hospitalisations est mesurée par la proportion des hospitalisations qui sont jugées nécessaires selon des normes reconnues pour certaines conditions en santé physique et en santé mentale. La performance est faible avec un score de **64 %**. **Dans près de la moitié des CSSS, de 3 % à 10 % des patients hospitalisés auraient pu être traités en ambulatoire.**

EXÉCUTION COMPÉTENTE

- + L'exécution compétente est mesurée par le taux de réadmission, le niveau de formation du personnel infirmier et la conformité avec les protocoles de vaccination (santé publique). La performance des CSSS est satisfaisante avec un score de **73 %**.
- + En ce qui a trait à la réadmission, les CSSS ont un score moyen de **76 %**. **Les taux de réadmission sont bas et présentent peu de variations en ce qui a trait à la chirurgie ou à l'obstétrique. Par contre, les taux de réadmission en médecine sont plus élevés.**
- + La compétence professionnelle est mesurée par la proportion des heures en soins infirmiers donnés par des infirmières bachelières⁵. Le score moyen des CSSS est de **67 %**. **La norme utilisée ici stipule que 35 % des heures en soins infirmiers devraient être dispensées par des infirmières bachelières. En moyenne dans les CSSS du Québec, 25 % des soins infirmiers sont dispensés par des infirmières bachelières.**
- + L'exécution compétente en santé publique est mesurée par la proportion des enfants qui reçoivent leur première dose de vaccins dans les temps recommandés. La performance pour l'ensemble des CSSS pour cet élément est de **74 %**.

SÉCURITÉ DES SOINS

- + La sécurité des soins est mesurée par l'occurrence d'événements indésirables, par celle des infections nosocomiales en milieu hospitalier et par le taux d'occupation. Le score moyen pour la sécurité dans les CSSS est de **81 %**.
- + Les événements indésirables liés aux soins infirmiers sont mesurés dans trois secteurs particuliers, soit la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Il s'agit par exemple des plaies de décubitus, des fractures à la suite d'une chute, des pneumonies acquises après l'admission. Le score global des CSSS est de **75 %**.

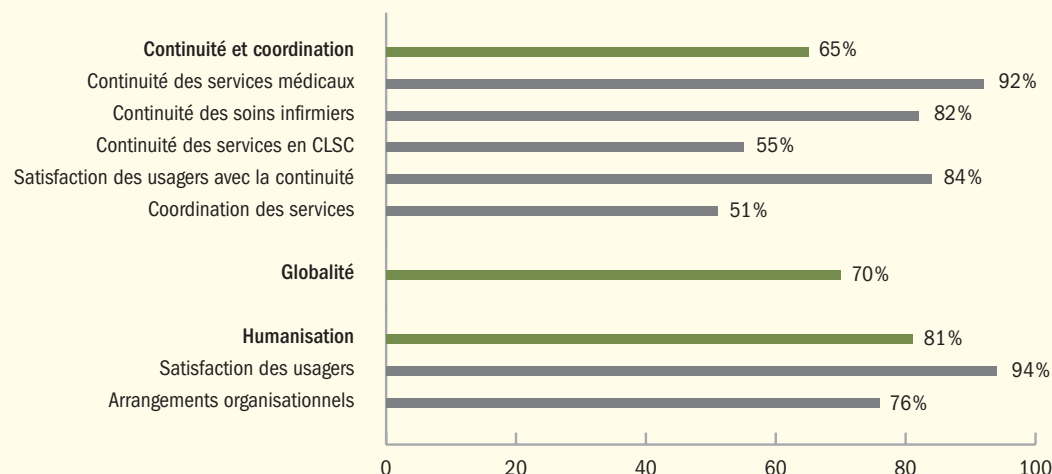
⁴ Un astérisque (*) indique un taux de données manquantes supérieur à 15 %.

⁵ Norme : Tourangeau (2007); Estbrooks (2005); Aiken (2003).

- + La sécurité est aussi mesurée par la proportion d'infirmières affectées au programme de prévention des infections et le taux d'incidence des infections nosocomiales. Le score moyen est de **82 %**. **Au Québec, les CSSS respectent généralement la cible établie par le Ministère en regard du nombre d'infirmières affectées au programme de prévention.**
- + La norme utilisée pour les infections se situe à 1,14 par 100 admissions. La performance relative au taux d'infection est satisfaisante avec un score de 77 %.
- + Le taux d'occupation est une mesure indirecte souvent employée comme indice de la sécurité. Un taux d'occupation trop élevé (> 90 %) pourrait en effet mettre la sécurité des patients en jeu. À ce chapitre, les CSSS du Québec ont un score moyen d'occupation de **89 %**. **Au global, aucun établissement au Québec n'affiche un taux d'occupation trop élevé. À titre d'information, les CSSS ont en moyenne un taux d'occupation en santé physique de 84 % et de 80 % en santé mentale.**

QUALITÉ NON TECHNIQUE

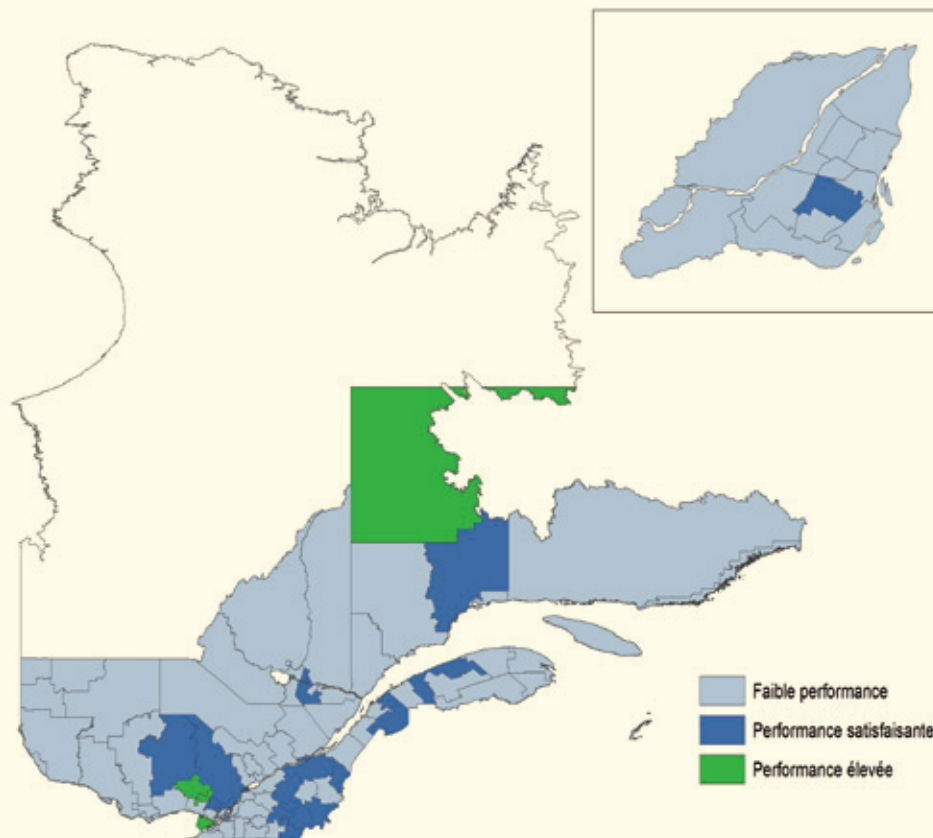
FIGURE 6. MESURE DE LA QUALITÉ NON TECHNIQUE POUR LES CSSS



En raison des différentes dimensions de la qualité mesurées par les indicateurs retenus pour évaluer cet aspect de la performance, il n'est pas possible d'établir un score moyen à la qualité non technique. Les résultats sont donc présentés pour chacune des dimensions.

CONTINUITÉ, COORDINATION ET GLOBALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

FIGURE 7. DISTRIBUTION DE LA PERFORMANCE EN CONTINUITÉ, COORDINATION ET GLOBALITÉ POUR LES CSSS



Le CRSSS de la Baie James n'apparaît pas sur cette carte.

TABLEAU 6 – CSSS PAR NIVEAU DE PERFORMANCE EN CONTINUITÉ, COORDINATION ET GLOBALITÉ

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
CSSS DE L'HÉMATITE CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES CSSS DES PAYS-D'EN-HAUT CSSS DES SOMMETS	CSSS D'ANTOINE-LABELLE CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE CSSS DE JONQUIÈRE CSSS DE LA MITIS CSSS DE LA MONTAGNE CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE CSSS DE MATANE CSSS DE PORT-CARTIER CSSS DE SAINT-JÉRÔME CSSS DE TÉMISCOUATA CSSS DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE CSSS DES BASQUES CSSS DES ETCHÉMIN CSSS DES SOURCES CSSS DU GRAND LITTORAL CSSS DU GRANIT CSSS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE CSSS DU VAL-SAINT-FRANÇOIS CSSS-INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE	CENTRE RÉG. DE SANTÉ ET DE SERV. SOC. DE LA BAIE-JAMES CSSS CAVENDISH CSSS CHAMPLAIN CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD CSSS D'ARGENTEUIL CSSS DE BEAUCE CSSS DE BÉCANCOUR - NICOLET-YAMASKA CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT CSSS DE CHARLEVOIX CSSS DE CHICOUTIMI CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE CSSS DE GATINEAU CSSS DE KAMOURASKA CSSS DE L'ÉNERGIE CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS CSSS DE LA BASSE-CÔTE-NORD CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA CSSS DE LA MATAPÉDIA CSSS DE LA MINGANIE CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-BATISCAN CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST CSSS DE LAVAL CSSS DE MANICOUAGAN CSSS DE MASKINONGÉ CSSS DE MEMPHRÉMAGOG CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET CSSS DE PAPINEAU CSSS DE PORTNEUF CSSS DE QUÉBEC-NORD CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP CSSS DE ROUYN-NORANDA

(suite et fin de la liste sur la page suivante)

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
		CSSS DE SAINT-LÉONARD ET SAINT-MICHEL CSSS DE SEPT-ÎLES CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA CSSS DE TROIS-RIVIÈRES CSSS DES AURORES-BORÉALES CSSS DES COLLINES CSSS DES ÎLES CSSS DOMAINE-DU-ROY CSSS DRUMMOND CSSS DU COEUR-DE-L'ÎLE CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT CSSS DU HAUT-SAINT-MAURICE CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE CSSS DU PONTIAC CSSS DU ROCHER-PERCÉ CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN CSSS DU SUROÛT CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE CSSS JARDINS-ROUSSILLON CSSS JEANNE-MANCE CSSS LA POMMERAIE CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI CSSS LUCILLE-TEASDALE CSSS MARIA-CHAPDELAINE CSSS PIERRE-BOUCHER CSSS PIERRE-DE SAUREL CSSS RICHELIEU-YAMASKA

L'absence de certains établissements dans ce tableau peut s'expliquer de deux façons : les données n'étaient pas disponibles ou la mesure ne correspondait pas à la mission de l'établissement.

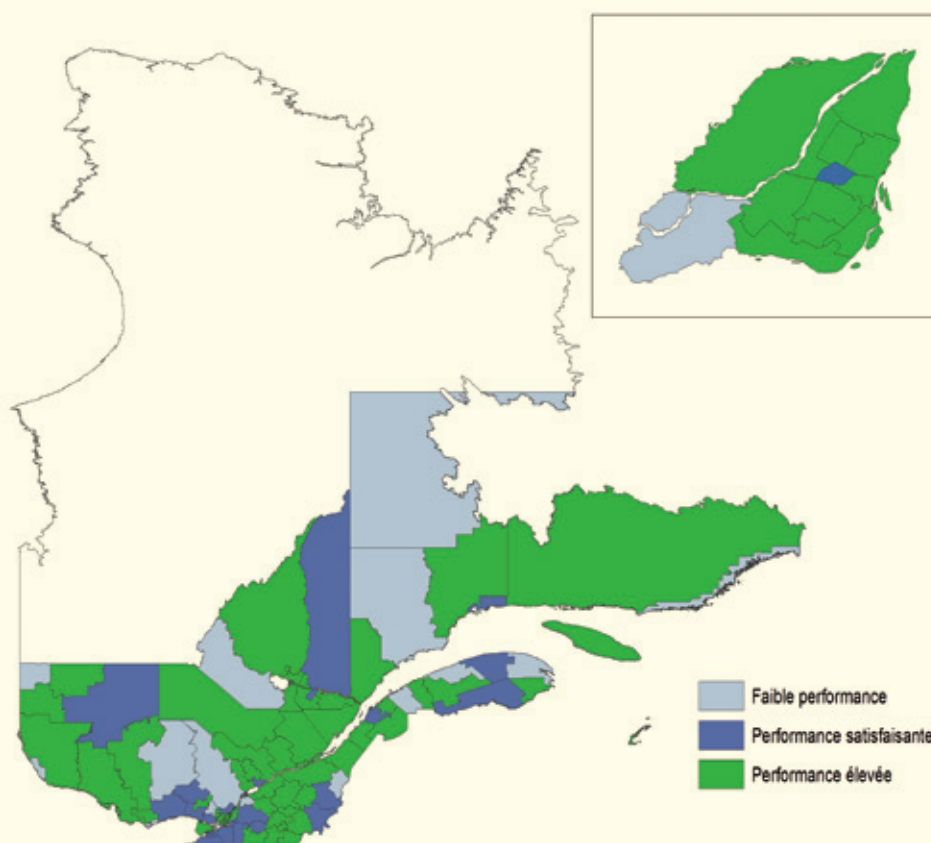
- + En termes de continuité, coordination et globalité, les CSSS ont un score moyen de **65 %**.
- + La continuité est mesurée par la continuité dans les soins infirmiers, les services médicaux et les services CLSC ainsi que par la satisfaction des usagers. La plus forte performance a été enregistrée dans les services médicaux (**92 %**). **Plus de 90 % des visites médicales consécutives (plus de trois visites) ont été réalisées par le même omnipraticien.**
- + La continuité pour les soins infirmiers enregistre une performance élevée de **82 %** et celle des services offerts en CLSC du programme des Services intégrés de périnatalité et de petite enfance (SIPPE) enregistre une faible performance de **55 %**.
- + De façon générale, la satisfaction des usagers à l'égard de la continuité des soins est élevée avec une moyenne de **84 %**⁶.

⁶ Un astérisque (*) indique un taux de données manquantes supérieur à 15 %.

- + La coordination des services a été mesurée par le temps d'attente pour un transfert de l'hôpital vers un centre d'hébergement et par l'hospitalisation des résidents de CHSLD vers la courte durée. En termes de coordination des services, le score moyen est de **51 %**, correspondant à une performance faible.
- + La globalité est mesurée par l'accessibilité à des soins palliatifs qu'ont reçus les personnes décédées du cancer dans le centre hospitalier et par l'opinion des usagers. Le score moyen est de **70 %**. **La proportion des personnes décédées du cancer qui ont reçu des soins palliatifs est faible avec une moyenne de 20 %.**

HUMANISATION

FIGURE 8. MESURE EN HUMANISATION POUR LES CSSS



Le CRSSS de la Baie James n'apparaît pas sur cette carte.

TABEAU 7 – CSSS PAR NIVEAU DE PERFORMANCE EN HUMANISATION

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
CSSS CAVENDISH CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE CSSS DE BÉCANCOUR - NICOLET-YAMASKA CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT CSSS DE CHARLEVOIX CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE CSSS DE JONQUIÈRE CSSS DE KAMOURASKA CSSS DE L'ÉNERGIE CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD CSSS DE LA MATAPÉDIA CSSS DE LA MINGANIE CSSS DE LA MITIS CSSS DE LA MONTAGNE CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-BATISCAN CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST CSSS DE LAVAL CSSS DE MASKINONGÉ CSSS DE MEMPHRÉMAGOG CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET CSSS DE PORT-CARTIER CSSS DE PORTNEUF CSSS DE QUÉBEC-NORD CSSS DE ROUYN-NORANDA CSSS DE SAINT-LÉONARD ET SAINT-MICHEL CSSS DE TÉMISCOUATA CSSS DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES CSSS DES BASQUES CSSS DES COLLINES CSSS DES ÎLES CSSS DES PAYS-D'EN-HAUT CSSS DES SOURCES CSSS DRUMMOND CSSS DU GRAND LITTORAL CSSS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS CSSS DU HAUT-SAINT-MAURICE CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE CSSS DU PONTIAC	CSSS CHAMPLAIN CSSS D'ARGENTEUIL CSSS DE BEAUCE CSSS DE CHICOUTIMI CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR CSSS DE PAPINEAU CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP CSSS DE SEPT-ÎLES CSSS DE TROIS-RIVIÈRES CSSS DES SOMMETS CSSS DU CŒUR-DE-L'ÎLE CSSS DU GRANIT CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE CSSS DU SUROÛT CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE CSSS JARDINS-ROUSSILLON CSSS RICHELIEU-YAMASKA	CENTRE RÉG. DE SANTÉ ET DE SERV. SOC. DE LA BAIE-JAMES CSSS D'ANTOINE-LABELLE CSSS DE GATINEAU CSSS DE L'HÉMATITE CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE CSSS DE LA BASSE-CÔTE-NORD CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ CSSS DE MANICOUAGAN CSSS DE MATANE CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE CSSS DE SAINT-JÉRÔME CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA CSSS DES AURORES-BORÉALES CSSS DES ETCHÉMINES CSSS DOMAINE-DU-ROY CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE CSSS PIERRE-DE SAUREL

(suite et fin de la liste sur la page suivante)

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
CSSS DU ROCHER-PERCÉ CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN CSSS DU VAL-SAINT-FRANÇOIS CSSS JEANNE-MANCE CSSS LA POMMERAIE CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI CSSS LUCILLE-TEASDALE CSSS MARIA-CHAPDELAINE CSSS PIERRE-BOUCHER CSSS-INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE		

L'absence de certains établissements dans ce tableau peut s'expliquer de deux façons : les données n'étaient pas disponibles ou la mesure ne correspondait pas à la mission de l'établissement.

- + L'humanisation des soins est mesurée par la capacité d'un CSSS à instaurer des arrangements organisationnels qui favorisent le respect et la dignité de la personne et par la satisfaction des usagers. Globalement, pour le volet de l'humanisation, les CSSS ont une performance élevée de **81 %**.
- + Les arrangements organisationnels sont mesurés par les séjours de plus de 48 heures à l'urgence pour des populations vulnérables (personnes âgées ou personnes avec problème de santé mentale) ainsi que par la proportion des lits en chambre privée. Très variable selon les établissements, le score moyen des CSSS dans ce domaine est de **76 %**.
- + La norme pour l'attente sur civière de plus de 48 heures pour les patients âgés de 75 ans et plus ainsi que pour les personnes présentant un problème de santé mentale est établie à 0 % au Québec. **En moyenne, 8,5 % des personnes âgées de 75 ans et plus et 4,1 % des usagers présentant des problèmes de santé mentale attendent plus de 48 heures sur civière à l'urgence.**
- + Les usagers des CSSS jugent l'humanisation des soins et des services très bonne avec un score de performance moyen de **94 %⁷**.

⁷ Un astérisque (*) indique un taux de données manquantes supérieur à 15 %.

RÉTROSPECTIVE

ÉLÉMENT POSITIF	ÉLÉMENTS À AMÉLIORER
La justesse des soins en obstétrique Le taux de réadmission après une chirurgie ou un accouchement (exécution compétente) Le taux d'occupation (sécurité des soins) Le nombre d'infirmières affectées au programme de prévention des infections (sécurité des soins) Les taux de continuité des services médicaux et des soins infirmiers (continuité) Les arrangements organisationnels (humanisation)	La justesse des hospitalisations Le taux de réadmission après une intervention médicale Le taux d'incidence des infections nosocomiales (sécurité des soins) La proportion des heures de soins dispensées par des infirmières bachelières Le taux d'événements indésirables (sécurité des soins) La vaccination des enfants dans les délais prescrits (santé publique) La continuité des services offerts aux clientèles vulnérables Le délai pour l'obtention d'une place en centre d'hébergement L'accès aux soins palliatifs L'attente sur civière à l'urgence pour les personnes âgées et les personnes présentant un problème de santé mentale

LEVIERS D'ACTION

- + Dans son document *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population*, l'AQESSS recommandait l'implication systématique du gestionnaire de cas pour favoriser la coordination des services entre le centre hospitalier et le domicile, le cas échéant.
- + L'AQESSS croit que la mise en vigueur des arrangements rendus possibles par la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (mieux connue sous le nom de loi 90) peut favoriser une utilisation adéquate des compétences, en permettant par exemple d'introduire des infirmières auxiliaires dans les services et de faire en sorte que l'expertise particulière des infirmières bachelières puisse être utilisée à bon escient.
- + Dans le cadre de son mémoire déposé à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, l'AQESSS recommandait l'ajout d'au moins 170 lits de soins palliatifs dans les centres hospitaliers, en CHSLD et dans les maisons de soins palliatifs. L'Association recommandait également que l'offre de soins palliatifs à domicile fournie par les CSSS soit augmentée. Outre les lits et services supplémentaires, l'AQESSS croit aussi à l'importance de développer des équipes interdisciplinaires bien formées et d'assurer une coordination entre les services déjà existants.

LES CSSS CONTRIBUENT-ILS À AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION ?

La contribution des CSSS à l'amélioration de la santé de la population a été mesurée en distinguant l'efficacité des services de santé utilisés (efficacité d'utilisation) et l'efficacité populationnelle.

EFFICACITÉ D'UTILISATION	EFFICACITÉ POPULATIONNELLE
L'efficacité d'utilisation mesure le taux de mortalité hospitalière consécutive à certains problèmes de santé (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et chirurgie de la hanche).	L'efficacité populationnelle mesure jusqu'à quel point le CSSS semble avoir contribué à améliorer la santé de la population de son territoire (événements évitables, mortalité générale, morbidité et mortalité infantile et incidence du cancer).

Les indicateurs qui permettent de mesurer ces deux volets de l'efficacité ont été choisis pour leur caractère mesurable et statistiquement fiable. En raison de la nature même des indicateurs et des données disponibles, l'efficacité d'utilisation a été mesurée uniquement pour les CSSS ayant un centre hospitalier de courte durée, tandis que l'efficacité populationnelle a été mesurée pour tous les CSSS du Québec.

GLOBALEMENT, EN MATIÈRE D'EFFICACITÉ, LES CSSS DU QUÉBEC ONT UNE PERFORMANCE SATISFAISANTE DE 77 %.

FIGURE 9. MESURE DE L'EFFICACITÉ DANS LES CSSS

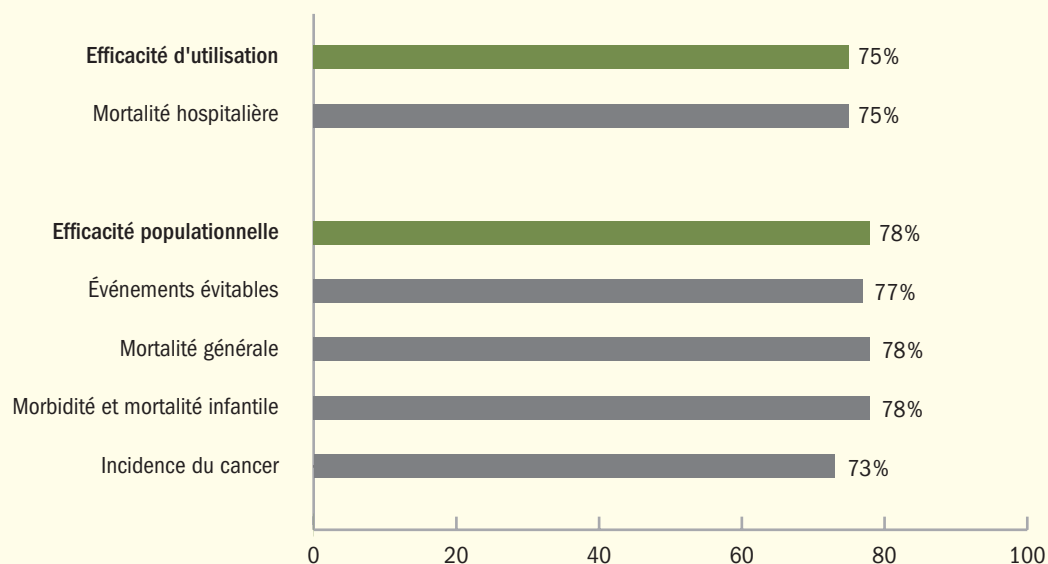
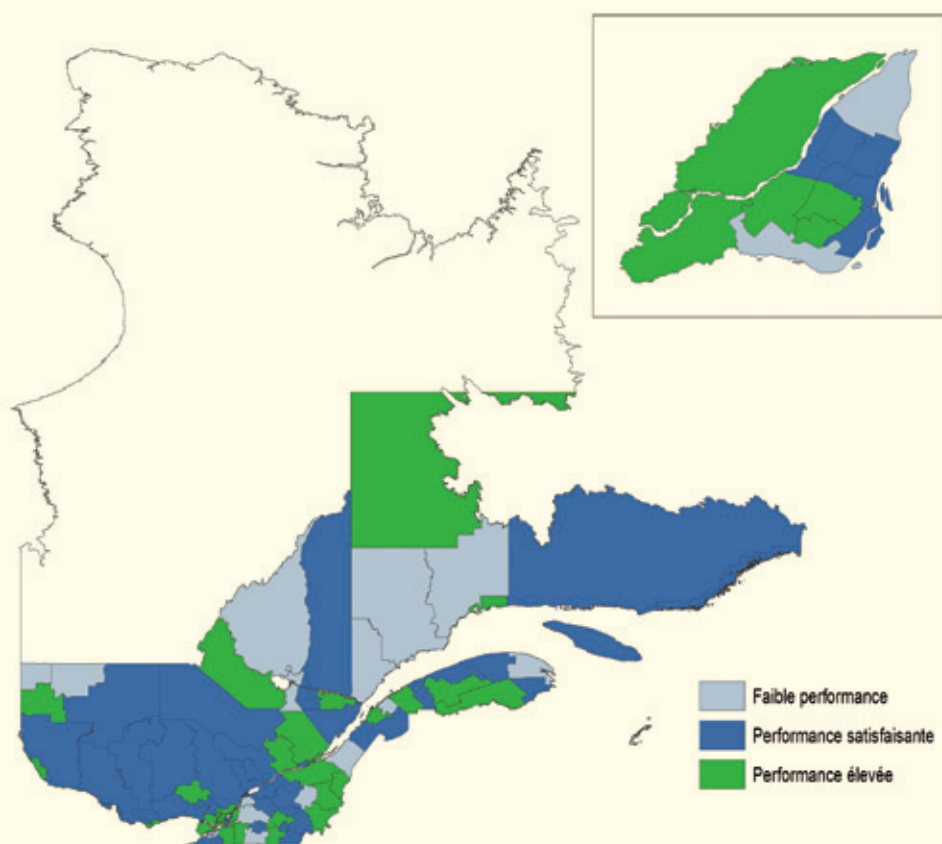


FIGURE 10. DISTRIBUTION DE LA PERFORMANCE EN EFFICACITÉ DES CSSS



TABEAU 8 – CSSS PAR NIVEAU DE PERFORMANCE EN EFFICACITÉ

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
CSSS CAVENDISH	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD	CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE
CSSS CHAMPLAIN	CSSS D'ANTOINE-LABELLE	CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ
CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU	CSSS D'ARGENTEUIL	CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD
CSSS DE BEAUCE	CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE
CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE- SAINT-LAURENT	CSSS DE BÉCANCOUR - NICOLET-YAMASKA	CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD
CSSS DE GATINEAU	CSSS DE CHARLEVOIX	CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST
CSSS DE L'HÉMATITE	CSSS DE CHICOUTIMI	CSSS DE MANICOUAGAN
CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	CSSS DE JONQUIÈRE	CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET
CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS	CSSS DE KAMOURASKA	CSSS DE PORT-CARTIER
CSSS DE LA MATAPÉDIA	CSSS DE L'ÉNERGIE	CSSS DES AURORES-BORÉALES
CSSS DE LA MONTAGNE	CSSS DE LA BASSE-CÔTE-NORD	CSSS DES BASQUES
CSSS DE LAVAL	CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE	CSSS DES ÎLES
CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	CSSS DU SUROÏT
CSSS DE PORTNEUF	CSSS DE LA MINGANIE	CSSS LA POMMERAIE
CSSS DE QUÉBEC-NORD	CSSS DE LA MITIS	CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI
CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE	CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	CSSS MARIA-CHAPDELAINE
CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP	CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	CSSS PIERRE-DE SAUREL
CSSS DE ROUYN-NORANDA	CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-BATISCAN	CSSS RICHELIEU-YAMASKA
CSSS DE SEPT-ÎLES	CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU	
CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA	CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	
CSSS DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	CSSS DE MASKINONGÉ	
CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES	CSSS DE MATANE	
CSSS DES ETCHÉMINS	CSSS DE PAPINEAU	
CSSS DES SOMMETS	CSSS DE SAINT-JÉRÔME	
CSSS DOMAINE-DU-ROY	CSSS DE SAINT-LÉONARD ET SAINT-MICHEL	
CSSS DU GRAND LITTORAL	CSSS DE TÉMISCOUATA	
CSSS DU GRANIT	CSSS DE TROIS-RIVIÈRES	
CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	CSSS DES COLLINES	
CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	CSSS DES PAYS-D'EN-HAUT	
CSSS DU VAL-SAINT-FRANÇOIS	CSSS DES SOURCES	
CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE	CSSS DRUMMOND	
CSSS JARDINS-ROUSSILLON	CSSS DU COEUR-DE-L'ÎLE	
CSSS PIERRE-BOUCHER	CSSS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS	
	CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT	
	CSSS DU HAUT-SAINT-MAURICE	
	CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	
	CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	
	CSSS DU PONTIAC	
	CSSS DU ROCHER-PERCÉ	
	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	
	CSSS JEANNE-MANCE	
	CSSS LUCILLE-TEASDALE	
	CSSS-INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE	

L'absence de certains établissements dans ce tableau peut s'expliquer de deux façons : les données n'étaient pas disponibles ou la mesure ne correspondait pas à la mission de l'établissement.

ZOOM

EFFICACITÉ D'UTILISATION

- + En matière d'efficacité d'utilisation, les CSSS ont un score moyen de **75 %**. En général, peu d'écart subsiste entre les CSSS en ce qui a trait à l'efficacité d'utilisation.
- + L'efficacité d'utilisation est mesurée par le taux de mortalité pour trois traceurs, dont l'infarctus aigu du myocarde (78 %), l'accident vasculaire cérébral (80 %) et la chirurgie de la hanche (76 %).

EFFICACITÉ POPULATIONNELLE

- + En matière d'efficacité populationnelle, les CSSS ont un score moyen de **78 %**.
- + En ce qui concerne la prévention d'événements évitables, les CSSS obtiennent un score satisfaisant de **77 %**. Ces résultats tiennent compte du taux de mortalité évitable par les soins et, dans une moindre mesure, du taux de fracture de la hanche, du taux d'amputation due au diabète ainsi que du taux de décès par suicide.
- + À l'échelle québécoise, les CSSS affichent un score très satisfaisant de **78 %** en matière de morbidité et de mortalité infantile. Ce chiffre prend en considération les bébés qui naissent avec un faible poids ou un poids excédant les normes de santé ainsi que des taux de mortalité néonatale précoce et infantile. **La très grande majorité des CSSS (90 %) ont une très bonne performance en ce qui a trait à la mortalité néonatale et infantile.**
- + La mortalité générale est mesurée par le taux de mortalité de la population adulte et l'espérance de vie à 65 ans. Au regard de ces indicateurs, les CSSS présentent une performance de **78 %**.
- + En ce qui concerne l'incidence du cancer, la performance moyenne des CSSS est de 73 %. Ce résultat a été obtenu en tenant compte de l'incidence du cancer de la prostate, du cancer du sein, du cancer du poumon et du cancer colorectal, lesquels ont un potentiel de dépistage et/ou de prévention⁸.

RÉTROSPECTIVE

ÉLÉMENT POSITIF	ÉLÉMENTS À AMÉLIORER
Le taux de mortalité hospitalière	L'incidence des cancers avec des potentiels de dépistage et de prévention
La prévention des événements évitables	
Le taux de morbidité et de mortalité infantile	
Le taux de morbidité générale	

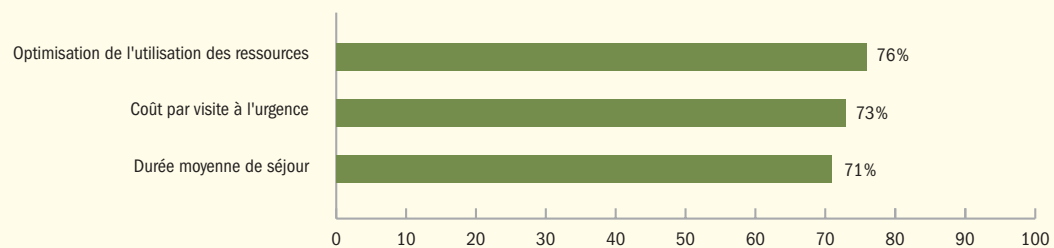
⁸ Ces cancers ont été retenus compte tenu des programmes de dépistage et de prévention.

LES CSSS SONT-ILS GÉRÉS AVEC PRODUCTIVITÉ ET EFFICIENCE ?

LA PRODUCTIVITÉ

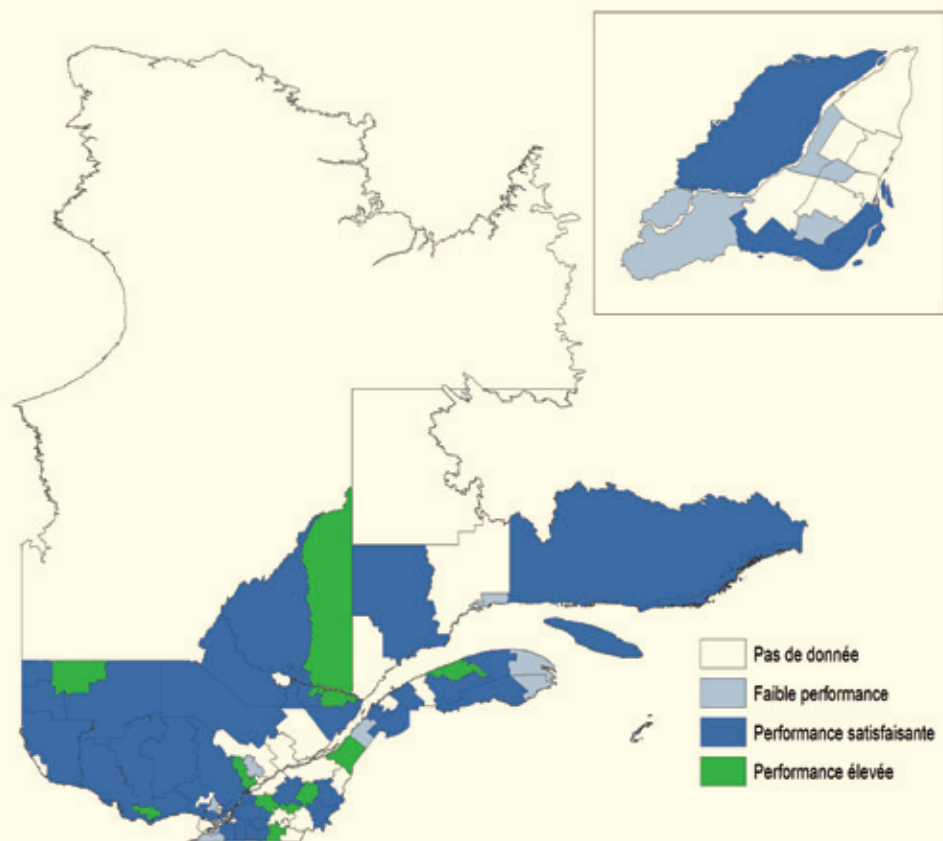
La productivité est définie comme la capacité d'un établissement à maximiser les volumes de production de soins et services en fonction de ses ressources. Elle a été mesurée en tenant compte de l'optimisation (meilleure utilisation possible) des ressources disponibles, des coûts de chaque service et de la durée des séjours hospitaliers. Ces indicateurs ont été choisis en raison de leur caractère mesurable et statistiquement fiable. L'absence de certaines données nous limite à mesurer uniquement la productivité des CSSS ayant un centre hospitalier.

FIGURE 11. MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ DES CSSS AVEC CH



GLOBALEMENT, EN MATIÈRE DE PRODUCTIVITÉ LES CSSS AVEC CH DU QUÉBEC ONT UNE PERFORMANCE SATISFAISANTE DE 74 %.

FIGURE 12. DISTRIBUTION DE LA PERFORMANCE EN PRODUCTIVITÉ POUR LES CSSS AVEC CH



Le CRSSS de la Baie James n'apparaît pas sur cette carte.

TABEAU 9 – CSSS AVEC CH PAR NIVEAU DE PERFORMANCE EN PRODUCTIVITÉ

PERFORMANCE ÉLEVÉE	PERFORMANCE SATISFAISANTE	PERFORMANCE FAIBLE
CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU	CSSS D'ANTOINE-LABELLE	CENTRE RÉG. DE SANTÉ ET DE SERV. SOC. DE LA BAIE-JAMES
CSSS DE CHICOUTIMI	CSSS D'ARGENTEUIL	CSSS CAVENDISH
CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD	CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD
CSSS DE MASKINONGÉ	CSSS DE BEAUCE	CSSS DE KAMOURASKA
CSSS DE MATANE	CSSS DE CHARLEVOIX	CSSS DE L'ÉNERGIE
CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE	CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE
CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET	CSSS DE GATINEAU	CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ
CSSS DES COLLINES	CSSS DE JONQUIÈRE	CSSS DE SAINT-JÉRÔME
CSSS DES SOURCES	CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS	CSSS DE SEPT-ÎLES
CSSS DRUMMOND	CSSS DE LA BASSE-CÔTE-NORD	CSSS DES ÎLES
CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI	CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE	CSSS DU CŒUR-DE-L'ÎLE
	CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT
	CSSS DE LA MATAPÉDIA	CSSS DU ROCHER-PERCÉ
	CSSS DE LA MINGANIE	CSSS DU SUROÛT
	CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	
	CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU	
	CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST	
	CSSS DE LAVAL	
	CSSS DE MANICOUAGAN	
	CSSS DE PAPINEAU	
	CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE	
	CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP	
	CSSS DE ROUYN-NORANDA	
	CSSS DE TÉMISCOUATA	
	CSSS DES AURORES-BORÉALES	
	CSSS DES SOMMETS	
	CSSS DOMAINE-DU-ROY	
	CSSS DU GRANIT	
	CSSS DU HAUT-SAINT-MAURICE	
	CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	
	CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	
	CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	
	CSSS DU PONTIAC	
	CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	
	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	
	CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE	
	CSSS JARDINS-ROUSSILLON	
	CSSS LA POMMERAIE	
	CSSS MARIA-CHAPDELAINE	
	CSSS PIERRE-BOUCHER	
	CSSS PIERRE-DE SAUREL	
	CSSS RICHELIEU-YAMASKA	

L'absence de certains établissements dans ce tableau peut s'expliquer de deux façons : les données n'étaient pas disponibles ou la mesure ne correspondait pas à la mission de l'établissement.

ZOOM

OPTIMISATION DES RESSOURCES

- + L'exploitation des ressources est mesurée par les heures infirmières affectées directement aux usagers, ainsi que par les taux d'occupation et de roulement des usagers. Pour l'ensemble de ces indicateurs, les CSSS ont un score moyen de 76 %.
- + Les heures infirmières consacrées directement aux soins sont inférieures à 75 % dans tous les CSSS.
- + Les taux d'occupation sont en moyenne de 84 % pour les lits de santé physique; la situation est considérée optimale, c'est-à-dire au-dessus de la moyenne dans 10 % des CSSS.

COÛT DES SERVICES

- + Le coût des services est mesuré par le coût par visite à l'urgence. Les CSSS ont un score moyen de 73 %. La norme établie se situe à 79 \$ par visite. Or, les coûts moyens par visite à l'urgence sont très variables dans les CSSS du Québec (entre 53 \$ et 175 \$). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, dont les choix de l'organisation en matière de main-d'œuvre (main-d'œuvre indépendante, plus expérimentée, etc.), la durée de séjour des patients sur civière et l'importance du nombre de patients sur civière par rapport à celui des patients en traitement ambulatoire nécessitant des soins moins complexes.

DURÉE DE SÉJOUR À L'HÔPITAL

- + La durée moyenne de séjour est une mesure classique de productivité. Pour chaque traceur choisi, une durée moyenne idéale est admise. Si la durée du séjour excède cette limite, nous pouvons considérer que la productivité n'est pas optimisée. Globalement, les CSSS ont une performance satisfaisante de 71 %.

RÉTROSPECTIVE

ÉLÉMENT POSITIF	ÉLÉMENTS À AMÉLIORER
Le taux moyen d'occupation des lits en santé physique très près de la norme établie	La grande variabilité dans le coût par visite à l'urgence La durée de séjour à l'hôpital considérée comme satisfaisante La proportion des heures en soins infirmiers consacrées à d'autres tâches que les soins devrait être diminuée

LEVIERS D'ACTION

- + Introduction des infirmières auxiliaires dans les services opératoires, comme permis par la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (mieux connue sous le nom de loi 90).
- + Resserrement des mécanismes de coordination à l'intérieur du réseau local de services.
- + Limitation du recours à la main-d'œuvre indépendante.
- + Gestion des visites évitables et gestion de la durée de séjour à l'urgence.

EFFICIENCE

L'efficacité des CSSS a été mesurée en tenant compte de leur capacité de s'adapter aux besoins de leur population, de générer un milieu de travail sain, de produire des soins et services de qualité et d'améliorer la santé des patients et de la population dont ils sont responsables. Le tout en prenant en considération le niveau de ressources utilisées (humaines, financières et matérielles). Les éléments relatifs à la qualité technique ont toutefois été exclus pour les CSSS n'ayant pas de centre hospitalier.

L'analyse effectuée diffère de celle réalisée pour répondre aux quatre autres questions soulevées dans le rapport. Plutôt que d'être additionnées pour forger une moyenne, les sous-dimensions évaluées sont ici comparées entre elles. Un établissement est en effet jugé efficace si la performance mesurée en matière d'adaptabilité aux besoins de la population, de climat de travail, de qualité, de productivité et d'efficacité à améliorer la santé est proportionnellement supérieure au niveau des ressources disponibles.

Les CSSS sont classés en trois catégories selon leur niveau d'efficacité : très efficace, efficace, moins efficace.

Si l'établissement obtient des résultats supérieurs à 70 % pour six ou sept des sept dimensions, il est jugé très efficace; pour quatre ou cinq dimensions, il est considéré comme ayant une efficacité satisfaisante et pour trois dimensions ou moins, l'établissement est considéré peu efficace.

FIGURE 13. DISTRIBUTION DE L'EFFICIENCE POUR LES CSSS

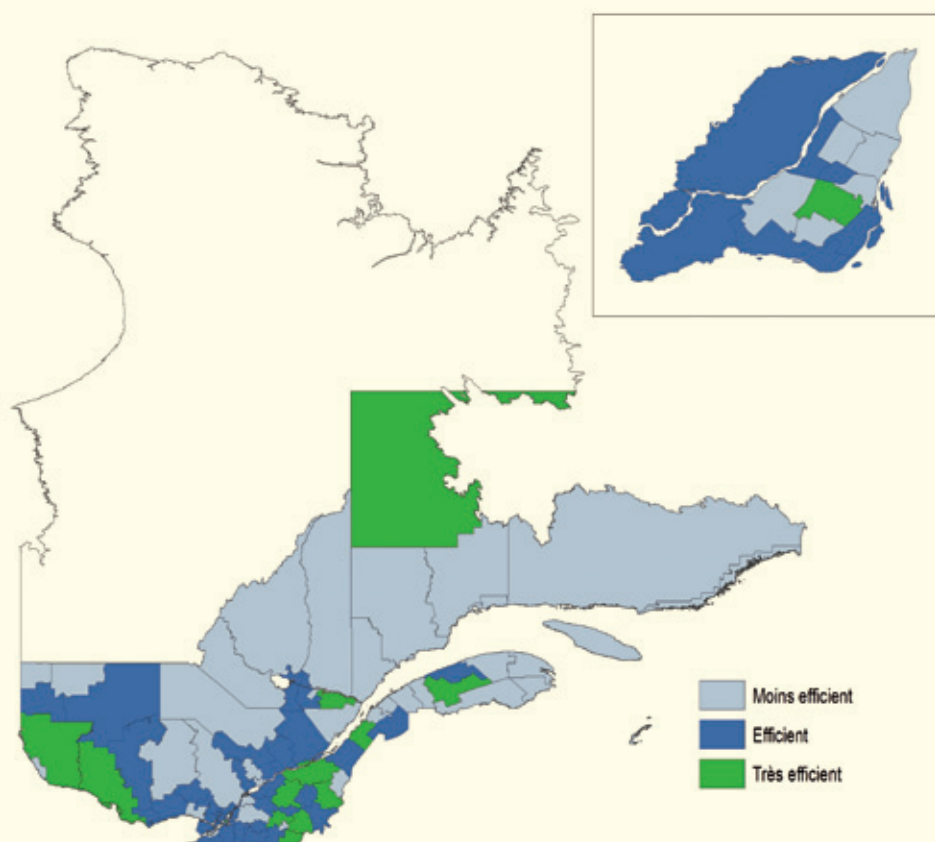


TABLEAU 10 – CSSS PAR NIVEAU D'EFFICIENCE

TRÈS EFFICIENT	EFFICIENT	PEU EFFICIENT
CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU	CSSS CHAMPLAIN	CSSS CAVENDISH
CSSS D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD	CSSS D'ANTOINE-LABELLE
CSSS DE BEAUCE	CSSS DE BÉCANCOUR -	CSSS D'ARGENTEUIL
CSSS DE KAMOURASKA	NICOLET-YAMASKA	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-
CSSS DE L'HÉMATITE	CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE	SAINT-LAURENT
CSSS DE LA MATAPÉDIA	CSSS DE GATINEAU	CSSS DE CHARLEVOIX
CSSS DE LA MONTAGNE	CSSS DE JONQUIÈRE	CSSS DE CHICOUTIMI
CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	CSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE	CSSS DE L'ÉNERGIE
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	CSSS DE LA BAIE-DES-CHALEURS
CSSS DU GRAND LITTORAL	CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD	CSSS DE LA BASSE-CÔTE-NORD
CSSS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS	CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	CSSS DE LA CÔTE-DE-GASPÉ
CSSS DU LAC-TÉMISCAMINGUE	CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-BATISCAN	CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD
CSSS DU PONTIAC	CSSS DE LA VALLÉE-DE-LA-GATINEAU	CSSS DE LA HAUTE-GASPÉSIE
CSSS DU VAL-SAINT-FRANÇOIS	CSSS DE LAC-SAINT-JEAN-EST	CSSS DE LA MINGANIE
	CSSS DE LAVAL	CSSS DE LA MITIS
	CSSS DE MASKINONGÉ	CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE
	CSSS DE MATANE	CSSS DE MANICOUAGAN
	CSSS DE MEMPHRÉMAGOG	CSSS DE PORT-CARTIER
	CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET	CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE
	CSSS DE PAPINEAU	CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP
	CSSS DE PORTNEUF	CSSS DE SAINT-LÉONARD
	CSSS DE QUÉBEC-NORD	ET SAINT-MICHEL
	CSSS DE ROUYN-NORANDA	CSSS DE SEPT-ÎLES
	CSSS DE SAINT-JÉRÔME	CSSS DE TÉMISCAMING-ET-DE-KIPAWA
	CSSS DE TÉMISCOUATA	CSSS DE TROIS-RIVIÈRES
	CSSS DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	CSSS DES AURES-BORÉALES
	CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES	CSSS DES BASQUES
	CSSS DES COLLINES	CSSS DES ETCHÉMINES
	CSSS DES PAYS-D'EN-HAUT	CSSS DES ÎLES
	CSSS DES SOMMETS	CSSS DOMAINE-DU-ROY
	CSSS DES SOURCES	CSSS DU HAUT-SAINT-AURICE
	CSSS DRUMMOND	CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE
	CSSS DU CŒUR-DE-L'ÎLE	CSSS DU ROCHER-PERCÉ
	CSSS DU GRANIT	CSSS DU SUROÛT
	CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT	CSSS JEANNE-MANCE
	CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	CSSS LES ESKERS DE L'ABITIBI
	CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	CSSS LUCILLE-TEASDALE
	CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN	CSSS MARIA-CHAPDELAINE
	CSSS HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE	CSSS PIERRE-DE SAUREL
	CSSS JARDINS-ROUSSILLON	CSSS RICHELIEU-YAMASKA
	CSSS LA POMMERAIE	CSSS- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE
	CSSS PIERRE-BOUCHER	GÉRIATRIE DE SHERBROOKE

L'absence de certains établissements dans ce tableau peut s'expliquer de deux façons : les données n'étaient pas disponibles ou la mesure ne correspondait pas à la mission de l'établissement.

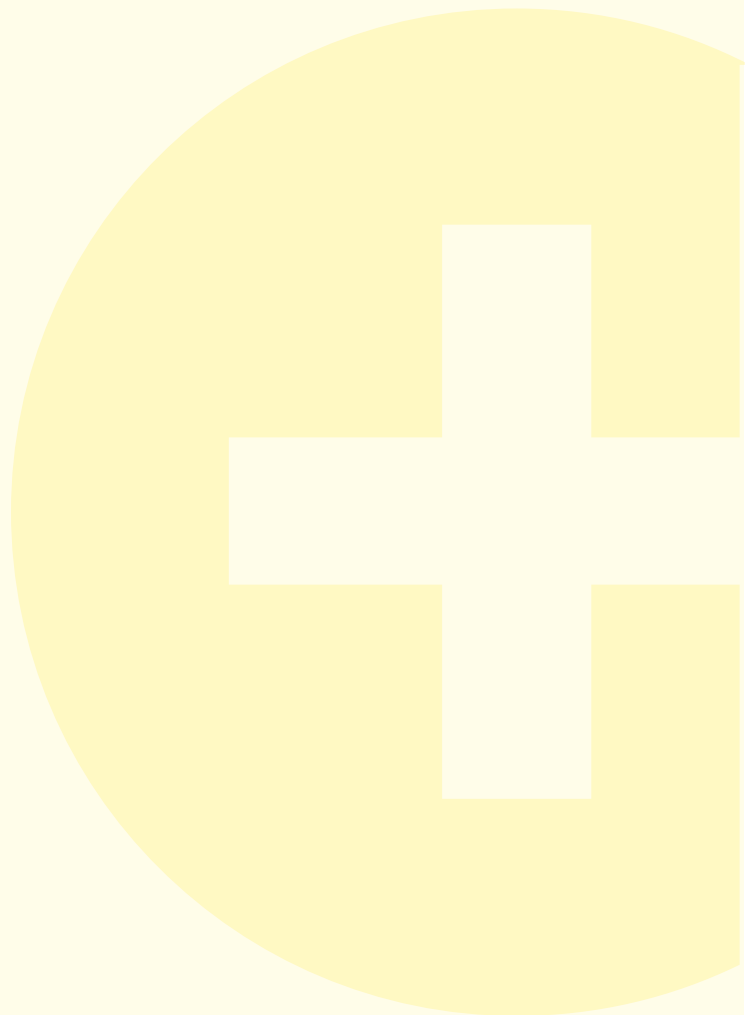
Le principal défi en efficacité est celui de la continuité, la coordination et la globalité des soins pour lesquelles 68 % des CSSS ont des améliorations à apporter. L'atteinte de l'efficacité dans ce domaine repose sur un meilleur fonctionnement des réseaux locaux de services et d'équipes multidisciplinaires dans les territoires du Québec, sur une première ligne forte dans tous les secteurs et enfin sur l'informatisation du réseau.

CONCLUSION

Le système d'évaluation de la performance présenté dans ce document est robuste et sophistiqué. Il s'appuie sur une conception de la performance qui est globale et intégrée. En général, l'exercice d'appréciation de la performance réalisé dresse un portrait somme toute positif du travail effectué par les CSSS du Québec.

Cela dit, à l'instar de n'importe quel système, les organisations évaluées peuvent encore améliorer leur performance sur plusieurs aspects. L'analyse des relations entre les différentes composantes de la performance a d'ailleurs permis de dégager, de façon préliminaire, certains enjeux spécifiques. Une contribution importante de ce travail est de permettre aux acteurs concernés d'avoir une compréhension commune de la performance et d'utiliser un même cadre pour l'apprécier. Il revient maintenant aux conseils d'administration et aux gestionnaires de s'approprier les résultats et de les interpréter en fonction de leurs réalités respectives.

L'AQESSS a l'intention de poursuivre sa démarche d'évaluation de la performance afin de soutenir ses membres dans leurs initiatives d'amélioration continue. À cet effet, nous souhaitons interpeler nos différents partenaires dans l'identification de leviers d'amélioration et notamment pour l'accès à des informations de qualité en temps opportun.



BIBLIOGRAPHIE

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/unicef/index_fr.html] (consulté le 15 juin 2011)

AIKEN, Linda H., et autres. « Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality », *Journal of American Medical Association*, vol. 290, n° 12, 2003, p. 1617-1623.

BROUSSELLE, Astrid, et autres. *L'évaluation : Concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2009, 304 p.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services*, Montréal, Direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance, CHUM, 2004, 222 p.

CHAMPAGNE, François, et autres. « Defining a model of hospital performance assessment for European hospitals, Barcelone, WHO regional office for Europe », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, n° 6, December 2005, p. 487-496.

CHAMPAGNE, François. *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*, Montréal, GRIS Université de Montréal, 2005, 40 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC. *Rapport d'appréciation globale et intégrée de la performance : Analyse des indicateurs de monitoring : Résumé*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 252 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Le guide du citoyen sur les indicateurs de la santé*. Toronto, CCS, 2011, 40 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, SOUTEYRAND, Yves. *L'Hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotexte, 1996, 317 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, et autres. *L'hôpital en restructuration, regards croisés sur la France et le Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, 302 p.

ESTBROOKS, Carole A., et autres. « The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality », *Nursing Research*, vol. 54, n° 2, March/April 2005, p. 74-84.

«Gestion de reddition de comptes», dans QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux : LRQ, Chapitre S-5 ; à jour au 1er mai 2011, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2011, chapitre II, art. 182.1-182.6.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET FONDATION CANADIENNE SUR LA RECHERCHE EN SERVICE DE SANTÉ. *Effective Governance for Quality and Patient Safety: A Toolkit for Healthcare Board Members and Senior Leaders*. 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 55 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, *Panorama de la santé 2007*, Paris, OCDE, 2007, 195 p.

PARSONS, Talcott. *The Structure of Social Action: A Study in Social Theory with Special Reference to a Group of Recent European Writers*, New York, Free Press of Glencoe, 1966, 817 p.

SICOTTE, Claude, et autres. « A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance », *Health services management research*, vol. 11, n° 1, February 1998, p. 24-41

SICOTTE, Claude. « Comment donner du sens à un système de santé complexe ? Reddition de comptes et systèmes d'information ». Dans FLEURY, M-J., et autres. *Le système sociosanitaire au Québec : Gouverne, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 2006, p. 301-316.

TOURANGEAU, Ann E., et autres. « Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 57, n° 1, January 2007, p. 32-44.

