

LE RÉSEAU
EN

4

QUESTIONS

UN REGARD CIBLÉ
SUR LA PERFORMANCE

|aqesss|

Édition

Rédaction : Anne Lemay, Isabelle Aumont et Céline Hel, Direction de la performance et de la qualité (AQESSS)

Édition : Guylaine Boucher, Direction des communications, des relations publiques et des affaires associatives

Révision linguistique : Frédéric Desjardins

Mise en page : GB Design Studio

Distribution

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

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 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèques et Archives Canada

ISBN : 978-2-89636-188-5 (Imprimé)

ISBN : 978-2-89636-189-2 (PDF)

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	4
LEXIQUE DES ACRONYMES	5
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	9
LES FONDEMENTS DE NOTRE ANALYSE	10
QUATRE QUESTIONS ET DES RÉSULTATS	15
1. L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS EST-IL ADÉQUAT ?	16
Mission hospitalière	16
Hors mission hospitalière	19
2. LES SOINS ET LES SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS SONT-ILS DE QUALITÉ ?	24
Mission hospitalière	24
Hors mission hospitalière	28
3. LES ÉTABLISSEMENTS SONT-ILS PRODUCTIFS ?	33
Mission hospitalière	33
Hors de la mission hospitalière	37
4. LES ÉTABLISSEMENTS CONTRIBUENT-ILS À AMÉLIORER LA SANTÉ DE LEURS PATIENTS ET DE LA POPULATION ?	40
Mission hospitalière / Santé des patients	40
Hors mission hospitalière / Santé de la population	45
CONCLUSION	49
ANNEXE 1 – BANQUES DE DONNÉES UTILISÉES	50
ANNEXE 2 – INDICATEURS UTILISÉS	51
BIBLIOGRAPHIE	52

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 – Résultats en matière d'accès / Mission hospitalière	17
TABLEAU 2 – Positionnement des établissements en matière d'accès / Mission hospitalière	18
TABLEAU 3 – Résultats en matière d'accès / Hors mission hospitalière	20
TABLEAU 4 – Positionnement des établissements en matière d'accès / Hors mission hospitalière	21
TABLEAU 5 – Résultats en matière de qualité / Mission hospitalière	25
TABLEAU 6 – Positionnement des établissements en matière de qualité / Mission hospitalière	27
TABLEAU 7 – Résultats en matière de qualité / Hors mission hospitalière	29
TABLEAU 8 – Positionnement des établissements en matière de qualité / Hors mission hospitalière	31
TABLEAU 9 – Résultats en matière de productivité / Mission hospitalière	34
TABLEAU 10 – Positionnement des établissements en matière de productivité / Mission hospitalière	35
TABLEAU 11 – Résultats en matière de productivité / Hors mission hospitalière	37
TABLEAU 12 – Positionnement des établissements en matière de productivité / Hors mission hospitalière	38
TABLEAU 13 – Résultats en matière de contribution à l'amélioration de la santé / Mission hospitalière	41
TABLEAU 14 – Positionnement des établissements en matière d'amélioration / Mission hospitalière	43
TABLEAU 15 – Résultats en matière de contribution à l'amélioration de la santé / Hors mission hospitalière	46
TABLEAU 16 – Positionnement des établissements en matière d'amélioration / Hors mission hospitalière	47

LEXIQUE DES ACRONYMES

AC	Agrément Canada
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de la santé et de services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
CA	Centre d'activités
CA	Conseil d'administration
CAU	Centre affilié universitaire
CD	Courte durée
CDJ	Chirurgie d'un jour
CHA	Centre hospitalier affilié
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CQA	Conseil québécois d'agrément
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DI	Déficiência intellectuelle
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficiência physique
DPQ	Direction de la performance et de la qualité de l'AQESSS
DSP	Direction de la santé publique
ÉGIPSS	Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé
GMF	Groupe de médecine familiale
IAM	Infarctus aigu du myocarde
I-CLSC	Intégration CLSC (système d'information clientèle en CLSC)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSPUM	Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LD	Longue durée
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N.D.	Non disponible
N/A	Données ponctuelles selon le cycle d'agrément ou absentes selon les critères d'exclusion identifiés
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées
OMS	Organisation mondiale de la santé
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
POR	Pratique organisationnelle requise lors de l'agrément (source : Agrément Canada)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressources intermédiaires
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressources non institutionnelles
SAMR	<i>Staphylococcus aureus</i> multi résistant
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TED	Troubles envahissants du développement

REMERCIEMENTS

PLUSIEURS PERSONNES SE SONT INVESTIES POUR MENER À BIEN CETTE DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE. NOUS TENONS À LES REMERCIER.

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

Anne Lemay,
directrice de la performance et de la qualité

Isabelle Aumont,
conseillère à la gestion de la performance et de l'information

Céline Hel,
spécialiste en gestion de la performance et de la qualité

Alain Leclerc,
directeur des communications, des relations publiques et des affaires associatives

Sylvie Perrault,
administratrice de bases de données

Javier Florès,
technicien, exploitation de données

Anne Pépin,
adjointe de direction

ÉQUIPE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, sous la coordination de

Johanne Fournier,
coordonnatrice au secteur appréciation de la performance :

Mike Benigeri,
expert-conseil

Simon Daneault,
agent de planification, de programmation et de recherche

Liliane Foisy,
technicienne en recherche psychosociale

Caroline Latour,
technicienne en recherche psychosociale

Nancy Lefebvre,
technicienne en recherche psychosociale

Autre collaborateur :
Louis Rocheleau

MEMBRES DU COMITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AQESSS SUR LA PERFORMANCE ET LA QUALITÉ

Michel Gervais,
président du conseil d'administration, AQESSS

Lise Denis,
directrice générale, AQESSS (jusqu'en décembre 2012)

Diane Lavallée,
directrice générale, AQESSS

Christine Lessard,
directrice générale, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Simon Racine,
directeur général, Institut universitaire de santé mentale de Québec

Ron Rayside,
président, CSSS Jeanne-Mance

Jean-Marc Savoie,
président, CSSS de la Haute-Yamaska

MEMBRES DU COMITÉ D'ORIENTATION MÉTHODOLOGIQUE CSSS

Guylaine Allard,
conseillère en ressources informationnelles, AQESSS

Isabelle Aumont,
conseillère à la performance et à la gestion de l'information, AQESSS

Luce Beauregard,
directrice qualité, performance, mission universitaire, CSSS Cavendish

Lorraine Boisjoly,
directrice générale adjointe, CSSS Nord-de-Lanaudière

Jocelyn Carle,
adjoint à la direction générale, CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau

Nathalie Charette,
conseillère en gestion de l'information clinique et à la performance, CSSS Pierre-De Saurel

Yves Desjardins,
directeur général adjoint, CSSS Sud-Ouest-Verdun

Marie Dufour,
coordonnatrice en gestion de l'information et soutien à la performance clinique, CSSS de Chicoutimi

Mona Lisa Dunn,
conseillère en exploitation de données, AQESSS

France Gendron,
directrice santé physique et soins spécialisés court terme, CSSS Jardins-Roussillon

Céline Hel,
spécialiste en gestion de la performance et de la qualité, AQESSS

Denise Henry,
directrice de la qualité, performance, évaluation et gestion des risques, CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Anne Lemay,
présidente du comité, directrice de la performance et de la qualité

Francine Rancourt-Morin,
directrice PALV, CSSS de la région de Thetford

Lucie Raymond,
conseillère aux affaires médicales et santé physique, AQESSS

Julie Tremblay,
directrice des services financiers et de la performance, CSSS de Memphrémagog

MEMBRES DU COMITÉ D'ORIENTATION MÉTHODOLOGIQUE CHU-CHA ET INSTITUTS

Isabelle Aumont,
conseillère à la performance et à la gestion de l'information, AQESSS

Sébastien Blais,
coordonnateur, optimisation des processus et de la performance, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Bruce Brown,
vice-président, services professionnels, Centre hospitalier de St. Mary

Francine David,
directrice intérimaire de la gestion de l'information et de la qualité-performance, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Isabelle Demers,
adjointe au directeur général à la planification et développement, Centre hospitalier universitaire de Sainte Justine

Christiane Gélinas,
directrice des ressources
financières et informationnelles,
Institut universitaire de gériatrie
de Montréal

Nicole Germain,
adjointe à la direction générale,
Institut universitaire en santé
mentale Douglas

Gilles Grondin,
directeur des ressources
informationnelles,
Institut universitaire en santé
mentale de Québec

Najia Hachimi-Idrissi,
adjointe à la directrice générale,
Institut universitaire en santé
mentale de Montréal

Céline Hel,
spécialiste en gestion de la
performance et de la qualité,
AQESSS

Linda Hubert,
directrice de la qualité,
de la planification, de l'évaluation
et de la performance,
Centre hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Daniel La Roche,
directeur de l'évaluation
de la qualité, de l'ingénierie et de
la performance, Centre hospitalier
universitaire de Québec

Lorraine Lebel,
conseillère aux affaires
universitaires, AQESSS

Patricia Lefebvre,
directrice du département de la
qualité, la sécurité des patients
et de la performance, Centre
universitaire de santé McGill

Anne Lemay,
présidente du comité, directrice
de la performance et de la qualité,
AQESSS

Jean Maher,
directeur général adjoint,
Hôpital du Sacré-Cœur
de Montréal

Lynne McVey,
directrice générale,
Institut universitaire en santé
mentale Douglas

MEMBRES DU COMITÉ INTERNE DE L'AQESSS

Guylaine Allard,
conseillère en ressources
informationnelles

Sonia Amziane,
avocate-conseil

Michèle Archambault,
conseillère en organisation
de services

Isabelle Aumont,
conseillère à la performance
et à la gestion de l'information

Geneviève Bertrand,
chef des systèmes d'information
et des services informatiques

Amélie Bujold,
infirmière-conseil

Anne-Marie Cloutier,
conseillère en organisation
de services

Monick Coupal,
conseillère en organisation
de services

Guillaume Ducharme,
conseiller à la qualité
et à la gestion des risques

Jean Déry,
conseiller en financement
et budgétisation

Josée Ferland,
conseillère en organisation
de services

Catherine Gervais,
conseillère en économie
de la santé

Céline Hel,
spécialiste en gestion de la
performance et de la qualité,
AQESSS

Jean-Louis Laplante,
conseiller en communication,
responsable des relations avec
les médias

Mona Landry,
conseillère en gestion
des ressources humaines

Alain Leclerc,
directeur des communications,
des relations publiques et des
affaires associatives

Anne Lemay,
présidente du comité,
directrice de la performance
et de la qualité

Michèle Pelletier,
directrice de l'organisation
des services, des affaires
médicales et universitaires

Lucie Raymond,
conseillère en organisation
de services

Marie-Andrée Ulysse,
conseillère en organisation
de services

PARTENAIRES

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

- Direction de la santé publique
- Direction générale du personnel
réseau et ministérielle (DGPRM)
- Direction de l'analyse et du
soutien informationnel (DASI)
- Direction générale de la
planification, de la performance
et de la qualité

Régie de l'assurance maladie du Québec

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Conseil québécois d'agrément (CQA)

Agrément Canada (AC)

INTRODUCTION

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. Le travail abattu depuis est colossal. Analyser et soulever chacun des aspects d'un système aussi complexe que le réseau de la santé et des services sociaux posent en effet des défis majeurs, tout comme l'identification de cibles crédibles de performance. À ces défis s'ajoutent des contraintes de taille, dont certains indicateurs mal adaptés aux services de première ligne, des programmes peu documentés ainsi que des données brutes nécessitant validation et correction.

En dépit de ces contraintes, l'exercice d'évaluation de la performance des CSSS, en 2011, a démontré que le jeu en valait la chandelle. L'Association a, par conséquent, poursuivi la démarche et produit un deuxième rapport, incluant cette fois-ci l'ensemble de ses établissements membres (CSSS, CHU, CHA et Instituts, hôpitaux et CHSLD).

Ce rapport vise à 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'améliorations au cours des prochaines années.

L'information a été regroupée de manière à répondre à quatre questions d'intérêt pour la population, à savoir :

- L'accès aux soins et aux services offerts par les établissements est-il adéquat ?
- Les soins et les services offerts par les établissements sont-ils de qualité ?
- Les établissements sont-ils productifs ?
- Les établissements contribuent-ils à améliorer la santé de leurs patients et de la population ?

Pour l'AQESSS, cette initiative s'inscrit dans une perspective de soutien à l'appréciation de la performance de ses établissements membres. Elle se veut une invitation à repousser les limites et à garder le cap sur une offre de services de qualité, répondant aux besoins de la population québécoise, et ce, malgré un contexte financier très difficile. Cette démarche se veut complémentaire aux travaux réalisés par d'autres organismes, dont le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), qui évalue depuis quelques années la performance de l'ensemble du système et celles des régions, ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui évalue, pour sa part, la performance des différents programmes clientèle. Il fournit également une composante complémentaire aux exercices d'amélioration continue de la qualité et d'agrément réalisés par les établissements. Il est, par ailleurs, appelé à évoluer dans le temps en fonction de la qualité des informations disponibles et de la réalité des établissements sur le terrain.

LES FONDEMENTS DE NOTRE ANALYSE

LA DÉMARCHE

La démarche menant à la concrétisation de ce rapport s'est déroulée en six étapes, échelonnées sur plusieurs mois.



LA DÉFINITION DE LA PERFORMANCE

La définition de la performance que l'AQESSS a choisie pour évaluer ses établissements membres provient du modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Ce modèle a été développé en 2010 par des chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pour l'appréciation globale de la performance du système de santé et de services

sociaux. Il rassemble les différentes dimensions de la performance et permet d'établir des interrelations entre elles. Ce modèle est aussi utilisé par certaines agences de santé et de services sociaux et par d'autres associations d'établissements. 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 établissement par sa capacité à :

- s'adapter à son environnement interne et externe et à répondre aux besoins de sa clientèle ;
- maintenir un consensus sur un système de valeurs ;
- produire des soins et des services de qualité en utilisant adéquatement les ressources ;
- atteindre ses buts en regard de l'amélioration de la santé et de l'efficience.

LES SOURCES DES DONNÉES

L'analyse effectuée s'appuie sur l'information contenue dans près d'une vingtaine de banques de données clinico-administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la RAMQ ainsi que celles d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément en ce qui a trait à la qualité et à la sécurité des patients. La liste des banques de données utilisées est présentée en annexe. L'évaluation effectuée repose sur les données de l'année **2010-2011**, soit les plus récentes disponibles pour l'ensemble des indicateurs. En 2010-2011, l'AQESSS comptait 133 établissements membres. Les données relatives à l'ensemble de ces établissements ont été prises en considération dans le cadre de cette analyse.

LES INDICATEURS DE PERFORMANCE ET LEUR INTERPRÉTATION

La méthodologie derrière l'exercice d'appréciation de la performance de l'AQESSS est différente de celle d'autres organismes, puisqu'elle s'appuie sur des cibles d'excellence plutôt que sur des valeurs moyennes ou médianes. Elle repose sur des indicateurs reconnus dans la littérature. Pour chacun de ces indicateurs, une cible de performance est identifiée. Il s'agit :

- soit d'une cible **recensée** ;
- soit d'une cible **empirique**.

La cible recensée s'appuie sur des données probantes indiquant des résultats souhaitables et atteignables. La cible empirique est élaborée, pour sa part, à partir de la distribution du groupe de comparaison. Généralement, la cible est basée sur le 85^e percentile (ou le 15^e percentile, selon l'asso-

ciation positive ou négative à la performance) de la distribution du groupe de similitudes ou du groupe AQESSS. La cible est toujours atteinte par un ou plusieurs établissements et constitue donc une cible de performance atteignable.

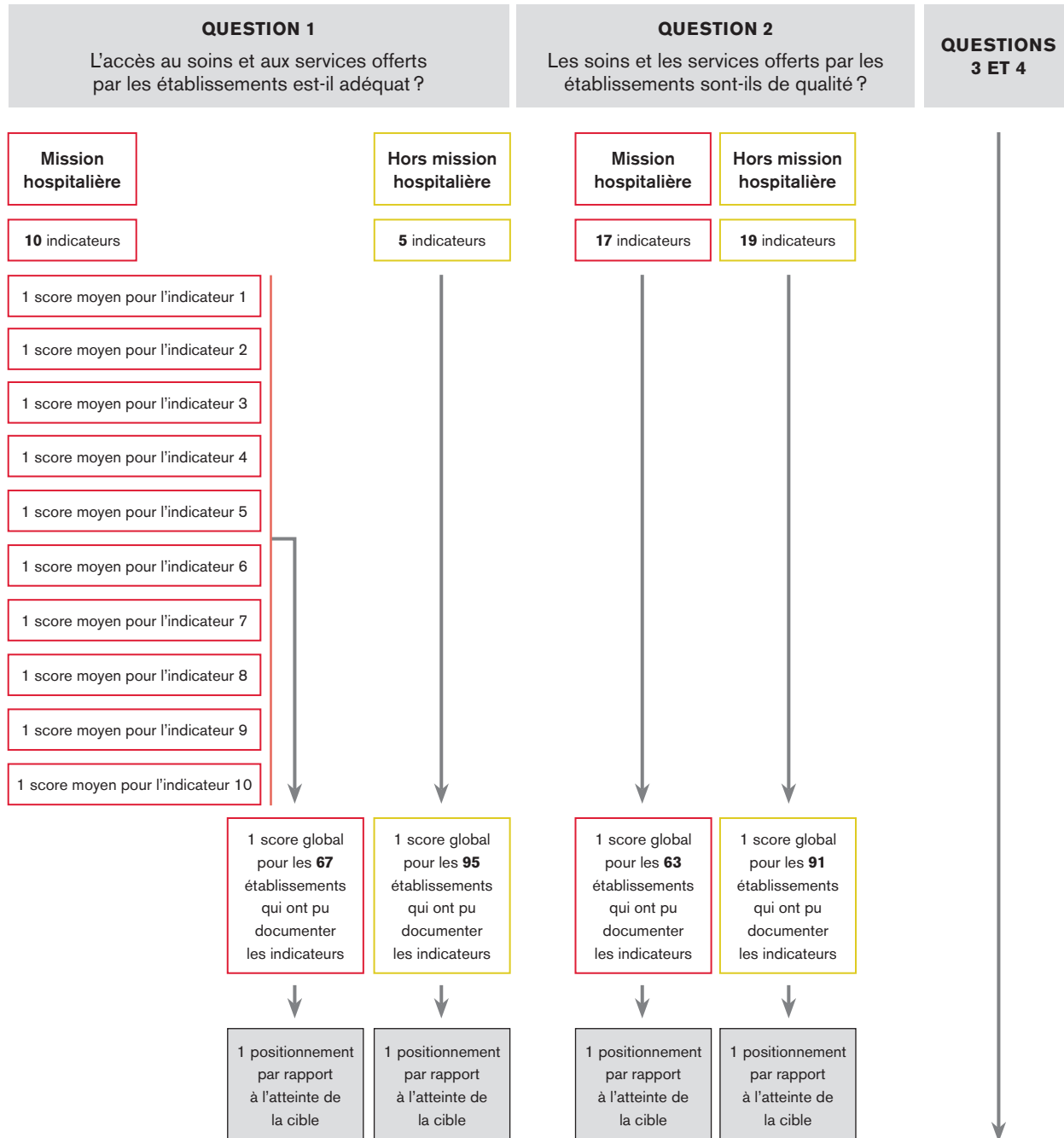
Au total, l'AQESSS a produit 396 indicateurs, soit de performance, soit contextuels, accessibles à ses membres par le biais de différents outils. La présente analyse ne fait cependant appel qu'à un sous-ensemble de ces indicateurs, soit ceux qui sont nécessaires pour répondre aux quatre questions préalablement présentées et pour lesquels des pistes d'amélioration sont connues. La compilation d'information étant inégale sur le terrain, certains indicateurs n'ont cependant pas été documentés par l'ensemble des établissements. Dans un souci de rigueur et d'exactitude, seuls les établissements en mesure de fournir les données relatives aux indicateurs jugés essentiels ont été inclus à l'analyse. Ces indicateurs varient d'une question à l'autre et sont précisés au début de chaque section.

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les établissements ayant des missions et des responsabilités fort différentes, pour chacune des questions avancées, deux séries de résultats sont présentées.

Le premier englobe les soins et les services offerts en fonction de la mission hospitalière tant générale que spécialisée et ultraspécialisée. Il comprend les services diagnostiques et thérapeutiques généraux et spécialisés et même ultraspécialisés en santé physique de courte et de longue durée. Sont exclus tous les établissements ayant une mission unique, soit les CHSLD, les centres de réadaptation et les établissements de santé mentale, car dans ce cas, trop peu d'indicateurs étaient disponibles pour répondre aux questions.

Le second concerne les soins et services offerts hors de la mission hospitalière. Il comprend notamment les soins et services offerts à la population du territoire de première ligne en CLSC, les services de santé et les services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. Il inclut également les soins à domicile, d'assistance, de soutien et de surveillance. Ces services comprennent aussi les activités liées à la mission populationnelle.



Par ailleurs, fait à noter, compte tenu des améliorations apportées sur le plan méthodologique, les résultats présentés dans l'analyse parue en 2011 ne sont pas tout à fait comparables à ceux du rapport actuel.

Afin d'être en mesure de suivre les progrès réalisés, la nouvelle méthodologie a toutefois été appliquée aux données de 2008-2009 figurant dans cette analyse lorsqu'elles étaient disponibles.

L'ÉCHELLE DES SCORES DE PERFORMANCE

Un score de performance est établi pour chaque indicateur retenu. Ce score traduit la distance entre les résultats d'un établissement et la cible à atteindre (valeur = 100 %). La valeur de ce score varie de 0 % à 100 %. Ainsi, avec un score de performance de 70 %, l'établissement a atteint 70 % de la **cible d'excellence**.

La valeur des scores s'interprète de la façon suivante :

• 90 % et plus	Excellente performance
• Entre 75 % et 89 %	Bonne performance
• Moins de 75 %	Performance nécessitant amélioration

LES LIMITES DE CETTE ÉVALUATION

Comme toute initiative du genre, l'évaluation présentée ici comporte certaines limites. La principale limite est inhérente à la qualité et à la disponibilité de l'information. De fait, malgré les efforts importants investis par l'AQESSS et ses membres pour valider les informations, nous ne pouvons exclure certaines inexactitudes dans certaines banques de données. De plus, malgré le recours à des sources de plus en plus étendues d'information, certains aspects sont peu documentés, ce qui réduit la capacité de comprendre tous les aspects de la performance.

En ce qui concerne l'interprétation des résultats, il est important de réaliser qu'il s'agit de la performance des établissements membres de l'AQESSS, ce qui est en partie lié à la performance des professionnels et des organisations en amont et en aval du continuum de soins. À cet égard, il est nécessaire de compléter cette appréciation par une évaluation du contexte local, régional et national des établissements membres de l'AQESSS et les impacts sur la performance des établissements. Sans avoir effectué cette mise en contexte, il était difficile d'expliquer les résultats plus faibles. Pour cette raison, les scores de performance inférieurs à 40 % ont été ramenés à 40 %. Les analyses effectuées par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), l'ICIS et le MSSS constituent des sources d'informations et des initiatives précieuses pour compléter cette analyse.

Par ailleurs, il a été constaté tardivement que certains établissements enregistraient encore des données pour des installations inactives ou utilisaient plusieurs codes pour s'identifier. L'AQESSS n'a pas tenu compte de ces installations inactives ou des différents codes utilisés dans la collecte initiale et dans la validation des données n'ayant pas accès à la table de correspondance du MSSS qui permet de n'omettre aucune installation pour un établissement.

Ainsi, pour les établissements énoncés ci-dessous, quelques données sont manquantes dans l'évaluation globale de leur performance, notamment en ce qui concerne l'accès, puisque le processus de production était trop avancé pour récupérer ces données : CSSS de Trois-Rivières, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Hôtel-Dieu de Lévis, CSSS du Grand Littoral, CSSS Champlain et CSSS du Lac-Témiscamingue. Les données relatives aux cinq centres hospitaliers universitaires sont incluses dans le rapport. Toutefois, à la demande de ces établissements, ils ne figurent pas au tableau de positionnement produit pour chaque question.

Finalement, rappelons que les résultats présentés ici portent sur l'exercice 2010-2011. Il est possible que, pour certains aspects de cette évaluation, la situation soit différente à l'heure actuelle, mais nous n'avons pas accès à l'ensemble de l'information nous permettant de l'établir.

Un rapport méthodologique présente les détails de la démarche d'évaluation de la performance et la méthodologie adoptée par les deux comités d'orientation méthodologique formés des membres de l'AQESSS. Ce rapport est accessible sur le site Internet de l'AQESSS (www.aqesss.qc.ca).



1

L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES ■ OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS EST-IL ADÉQUAT ?

MISSION HOSPITALIÈRE

Pour répondre à cette question, dix (10) indicateurs, dont six (6) portant sur des services généraux et quatre (4) sur des services spécialisés et ultraspecialisés, ont été sélectionnés. Il s'agit, dans tous les cas, d'indicateurs inscrits dans le plan stratégique du MSSS 2010-2015 et pour lesquels, les établissements ayant une mission hospitalière doivent faire une reddition de comptes. Plusieurs de ces indicateurs sont aussi suivis dans les autres provinces canadiennes. Ils portent sur l'accès à des services électifs, requérant une hospitalisation ou des soins ambulatoires. Pour les services non électifs, l'indicateur de la durée de séjour sur civière à l'urgence (toutes clientèles confondues) a été pris en considération.

Pour qu'un établissement soit inclus dans cette analyse, il devait être en mesure de fournir les données relatives à l'indicateur sur l'urgence et à au moins deux (2) indicateurs sur l'accès à la chirurgie élective. En 2010-2011, ces indicateurs étaient documentés pour 67 établissements. Par conséquent, seuls ces établissements ont été pris en considération dans l'analyse présentée ici.

CONSTATS

En matière d'accessibilité, les établissements ayant une mission hospitalière enregistrent un score global de performance de 87,5%. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement **87,5%** de la cible d'excellence. Bien que ce résultat soit un peu inférieur à celui enregistré en 2008-2009, alors que les établissements atteignaient globalement 89,6% de la cible d'excellence, il s'agit d'une **bonne performance**.

Pour la majorité des indicateurs ciblés, l'accès demeure stable. Pour certains types de services, la

performance s'est toutefois détériorée de façon significative depuis 2008-2009. C'est le cas, notamment, pour l'arthroplastie de la hanche et du genou ainsi que pour les services d'hémodynamie non urgents (type B). Les difficultés d'accès à des services de réadaptation postopératoires – considérés comme essentiels dans ce contexte – expliquent en partie cette situation.

L'absence d'un processus d'accueil clinique dans certains CSSS explique aussi, en partie, les résultats obtenus en matière de santé physique. 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 techniques et diagnostiques, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction de protocoles établis.

En ce qui concerne l'accès et l'attente aux urgences, des résultats fort différents ont été observés selon les régions. Les établissements de Montréal en particulier connaissent des difficultés importantes à cet égard. Les difficultés rencontrées dans cette région doivent être mises en relation avec la faible proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (40,5% contre 60,4% pour l'ensemble du Québec) et la continuité des soins dans le réseau. L'accès restreint aux services médicaux de première ligne, dont les groupes de médecine de famille et les cliniques médicales des différents territoires, force aussi bon nombre de personnes à recourir aux urgences hospitalières, ce qui affecte la performance des établissements dans ce domaine. Ces facteurs devront être analysés avec les agences des régions concernées.

TABEAU 1 – Résultats en matière d'accès / Mission hospitalière

RÉSULTAT GLOBAL	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
67 établissements	87,5 %	89,6 %

Excellente performance

INDICATEURS D'ACCÈS	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (six (6) mois) pour une chirurgie de la cataracte Cible : 100 % des demandes traitées à l'intérieur de six mois	96,3 %	95,2 %
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (six (6) mois) pour toute autre chirurgie d'un jour (CDJ) Cible : 100 % des demandes traitées à l'intérieur de six mois	93,0 %	91,7 %
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (six (6) mois) pour une chirurgie requérant une hospitalisation Cible : 100 % des demandes traitées à l'intérieur de six mois	96,1 %	95,3 %
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (moins de deux (2) semaines) en hémodynamie (type A soit urgentes) Cible : 100 % des demandes traitées en moins de deux semaines	94,9 %	96,6 %
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (moins de deux (2) semaines) pour une chirurgie cardiaque (type A soit urgentes) Cible : 100 % des demandes traitées en moins de deux semaines	91,7 %	92,4 %

Bonne performance

INDICATEURS D'ACCÈS	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (six (6) mois) pour une arthroplastie de la hanche Cible : 100 % des demandes traitées à l'intérieur de six mois	83,3 %	90,1 %
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (six (6) mois) pour une arthroplastie du genou Cible : 100 % des demandes traitées à l'intérieur de six mois	79,7 %	86,7 %
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (moins de deux (2) mois) en hémodynamie (type B) Cible : 100 % des demandes traitées en moins de deux mois	86,1 %	95,6 %
Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (moins de trois (3) mois) pour une chirurgie cardiaque (type B) Cible : 100 % des demandes traitées en moins de trois mois	78,2 %	76,8 %
Séjour moyen sur civière à l'urgence Cible : 8 heures	76,1 %	76,0 %

TABLEAU 2 – Positionnement des établissements en matière d'accès / Mission hospitalière (par ordre alphabétique)

67 établissements ayant documentés les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 87,5 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	CSSS de la Haute-Yamaska
CSSS d'Antoine-Labelle		CSSS de Rivière-du-Loup
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre hospitalier de St. Mary	CSSS de Matane
CSSS de Beauce	CSSS d'Argenteuil	CSSS de Laval
CSSS de Kamouraska	CSSS de Charlevoix	CSSS de Manicouagan
CSSS de Jonquière	CSSS de Chicoutimi	CSSS Domaine-du-Roy
CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS du Sud-Ouest-Verdun
CSSS de La Côte-de-Gaspé	CSSS La Pommeraie	CSSS Drummond
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	CSSS de Gatineau	CSSS Haut-Richelieu-Rouville
CSSS de La Matapédia	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSS Jardins-Roussillon
CSSS de la région de Thetford	CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
CSSS de Montmagny-L'Islet	CSSS de l'Énergie	CSSS Les Eskers de l'Abitibi
CSSS des Aurores-Boréales	CSSS de l'Ouest-de-l'Île	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CSSS du Granit	CSSS de Rimouski-Neigette	Hôpital Santa Cabrini
CSSS du Pontiac	CSSS de Rouyn-Noranda	Inst. univ. de cardiologie et de pneumologie de Québec
CSSS du Rocher-Percé	CSSS de Saint-Jérôme	
CSSS du Suroît	CSSS de Sept-Îles	
	CSSS des Îles	
	CSSS des Sommets	
	CSSS de Témiscouata	
	CSSS du Cœur-de-l'Île	
	CSSS du Haut-Saint-Laurent	
	CSSS du Nord de Lanaudière	
	CSSS du Sud de Lanaudière	
	CSSS Maria-Chapdelaine	
	CSSS Pierre-Boucher	
	CSSS Pierre-De Saurel	
	CSSS Richelieu-Yamaska	
	Hôpital Charles-Le Moyne	
	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	
	Hôpital Général Juif	
	Sir Mortimer B. Davis	

EXEMPLE DE BONNE PERFORMANCE

CSSS du Suroît / Une gestion centrée sur les patients

En dépit de sa localisation en périphérie de la région métropolitaine et de l'importante pression exercée sur ces services au plan démographique, le CSSS du Suroît est parvenu à obtenir un très haut niveau de performance en matière d'accessibilité aux soins et aux services. La clé de ce succès : une gestion serrée de l'accès au bloc opératoire et des corridors de services efficaces. Centrée sur le patient, l'organisation du travail et des soins se fait à partir des besoins documentés sur les listes d'attente. À tout moment, les secteurs pour lesquels la demande est plus élevée sont priorisés et bénéficient de plus de temps au bloc opératoire. Cette approche sous-entend qu'aucune spécialité ne se voit d'emblée offrir un horaire préétabli au bloc opératoire, voire un nombre d'heures garanti. Cette flexibilité est largement attribuable à l'excellente collaboration établie avec les médecins de l'établissement et au *leadership* du chef de service. C'est cette même collaboration qui explique également le bon fonctionnement des corridors de services pour l'exécution de certaines chirurgies.

HORS MISSION HOSPITALIÈRE

Pour répondre à cette question, cinq (5) indicateurs ont été sélectionnés. Il s'agit majoritairement d'indicateurs inscrits dans le plan stratégique du MSSS 2010-2015 et pour lesquels les établissements membres de l'AQESSS doivent faire une reddition de comptes. Ces indicateurs mesurent l'accès à des services pour :

- l'ensemble de la population du territoire du CSSS : proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille ;
- le taux de réponse global aux demandes de services en CSSS ;
- la clientèle de santé mentale :
 - nombre de personnes dont le délai d'accès aux services de 2^e ou 3^e ligne est supérieur à 60 jours ;
- la clientèle avec déficience :
 - taux de demandes traitées (priorité élevée) selon les délais prescrits pour les personnes ayant une déficience physique ;
 - taux de demandes traitées (priorité élevée) selon les délais prescrits pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED).

Pour être inclus dans cette analyse, les établissements devaient avoir documenté un minimum de deux indicateurs. Cette condition était remplie pour 95 établissements, soit l'ensemble des CSSS.

CONSTATS

En matière d'accessibilité, les établissements ayant une mission CLSC et responsabilité populationnelle enregistrent un score de performance de **72,3%**. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement 72,3% de la cible d'excellence. Il s'agit d'une **performance nécessitant amélioration**. Puisque certains indicateurs n'ont pu être documentés en 2008-2009, il est impossible d'établir l'évolution du score global.

L'implantation inégale du plan d'accès pour les personnes ayant une déficience dans les différents établissements explique les performances peu satisfaisantes obtenues en matière de déficience physique, de déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement. L'explication vaut également en matière de santé mentale. En dépit des demandes répétées de l'AQESSS, le transfert de la deuxième vers la première ligne d'une partie des budgets et des effectifs alloués à ces clientèles ne s'est jamais concrétisé. Le manque de ressources en première ligne, tant sur le plan humain que financier, et certaines résistances exprimées par la clientèle à l'égard de la capacité de la première ligne de répondre à leurs besoins sont, par conséquent, au cœur de la problématique.

TABEAU 3 – Résultats en matière d'accès / Hors mission hospitalière

RÉSULTAT GLOBAL	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
95 établissements	72,3 %	Non disponible

Bonne performance

INDICATEURS D'ACCÈS	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille Cible : 70 % de la population est inscrite auprès d'un médecin de famille	85,5 %	65,7 %
Taux de réponse global aux demandes de services retenues en CSSS Cible : Entre 9,5 % et 17,3 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe de similitudes)	75,0 %	74,8 %

Performance nécessitant amélioration

INDICATEURS D'ACCÈS	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Nombre de personnes dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours Cible : Aucune personne en attente de plus de 60 jours	66,1 %	64,9 %
Taux de réponses aux demandes de services traitées en CSSS pour les personnes ayant une déficience physique (niveau de priorité élevé - délai prescrit de moins de 33 jours) Cible : 100 % des demandes de services pour les personnes ayant une déficience physique sont traitées	68,0 %	Non disponible
Taux de réponses aux demandes de services traitées en CSSS pour les personnes ayant une DI-TED (niveau de priorité élevé - délai prescrit de moins de 33 jours) Cible : 100 % des demandes de services pour les personnes ayant une déficience physique sont traitées	66,9 %	Non disponible

TABEAU 4 – Positionnement des établissements en matière d'accès / Hors mission hospitalière (par ordre alphabétique)

95 établissements ayant documenté les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 72,3 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
Centre rég. de santé et de serv. soc. de La Baie-James	CSSS Cavendish	CSSS des Aurores-Boréales
CSSS Cléophas-Claveau	CSSS Champlain	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
CSSS de Beauce	CSSS d'Antoine-Labelle	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
CSSS de Gatineau	CSSS d'Argenteuil	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
CSSS de Kamouraska	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	CSSS de la Basse-Côte-Nord
CSSS de La Matapédia	CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	CSSS de la Haute-Côte-Nord
CSSS de La Mitis	CSSS de Charlevoix	CSSS de la Montagne
CSSS de la MRC-de-Coaticook	CSSS de Chicoutimi	CSSS de la Pointe-de-l'Île
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	CSSS de Jonquière	CSSS de la Vallée-de-l'Or
CSSS de Maskinongé	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS de l'Hémathite
CSSS de Matane	CSSS de La Côte-de-Gaspé	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
CSSS de Memphrémagog	CSSS de La Haute-Gaspésie	CSSS de Manicouagan
CSSS de Montmagny-L'Islet	CSSS de la Haute-Yamaska	CSSS de Saint-Jérôme
CSSS de Portneuf	CSSS de la Minganie	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
CSSS des Basques	CSSS de la région de Thetford	CSSS de Vaudreuil-Soulanges
CSSS des Etchemins	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSS des Collines
CSSS des Sources	CSSS de la Vieille-Capitale	CSSS Drummond
CSSS du Grand Littoral	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	CSSS du Cœur-de-l'Île
CSSS du Granit	CSSS de Laval	CSSS du Haut-Saint-Laurent
CSSS du Pontiac	CSSS de l'Énergie	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
CSSS du Rocher-Percé	CSSS de Papineau	CSSS du Sud de Lanaudière
CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	CSSS de Port-Cartier	CSSS Jardins-Roussillon
CSSS La Pommeraie	CSSS de Québec-Nord	CSSS Jeanne-Mance
CSSS Maria-Chapdelaine	CSSS de Rimouski-Neigette	CSSS Pierre-Boucher
	CSSS de Rivière-du-Loup	
	CSSS de Rouyn-Noranda	
	CSSS de Sept-Îles	
	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	
	CSSS de Témiscouata	
	CSSS de Thérèse-de Blainville	
	CSSS de Trois-Rivières	
	CSSS des Îles	
	CSSS des Pays-d'en-Haut	

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE
(Entre le 75^e et le 100^e percentile)

ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE
(Entre le 25^e et le 75^e percentile)

ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE
(Entre le 1^{er} et le 25^e percentile)

CSSS des Sommets

CSSS Domaine-du-Roy

CSSS du Haut-Saint-François

CSSS du Haut-Saint-Maurice

CSSS du Lac-Témiscamingue

CSSS du Nord de Lanaudière

CSSS du Sud-Ouest-Verdun

CSSS du Suroît

CSSS du Val-Saint-François

CSSS Haut-Richelieu-Rouville

CSSS Les Eskers de l'Abitibi

CSSS Lucille-Teasdale

CSSS Pierre-De Saurel

CSSS Richelieu-Yamaska

L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS EST-IL ADÉQUAT ?

Leviers d'amélioration toutes missions confondues

La consolidation de la première ligne dans tous les secteurs constitue un levier d'action très prometteur pour améliorer l'accès aux soins et aux services. Divers moyens sont envisageables pour atteindre cette cible :

- L'accroissement de l'accès aux groupes de médecine familiale (GMF) en temps opportun. À cet égard, l'AQESSS considère qu'un meilleur suivi des ententes de gestion liant les GMF aux agences régionales de santé et de services sociaux constituerait un pas dans la bonne direction.
- Un meilleur arrimage entre les activités médicales et administratives à l'intérieur des établissements et des réseaux locaux de services.
- L'implantation d'une unité de décision clinique (unité d'hospitalisation brève) dans chaque centre hospitalier de façon à réduire la durée moyenne de séjour des patients sur civière à l'urgence.
- L'accès à des protocoles pré et post hospitaliers en chirurgie pour les intervenants de première ligne de manière à prévenir les événements indésirables et à limiter le recours aux services d'urgence ou une réadmission en centre hospitalier.
- L'implantation du concept de psychiatre répondant dans chacun des CSSS du Québec, ce qui permettrait de traiter un nombre accru de personnes en première ligne.
- L'accès à des services de réadaptation à domicile ou en institution après une chirurgie de la hanche et du genou.
- Le soutien financier des stratégies d'amélioration identifiées par les établissements.
- Le transfert, de la deuxième vers la première ligne, d'une partie des budgets et des effectifs alloués aux clientèles présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.
- L'implication des médecins dans le processus décisionnel, l'implantation et le suivi des divers processus organisationnels et cliniques.

LES SOINS ET LES SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS SONT-ILS DE QUALITÉ ?

MISSION HOSPITALIÈRE

Pour établir si les soins et services de la mission hospitalière sont de qualité, nous avons considéré trois (3) sous-dimensions soit :

- la continuité des soins et des services avec quatre (4) indicateurs ;
- l'exécution compétente et la sécurité des soins et des services avec huit (8) indicateurs ;
- la justesse (pertinence) des interventions, des soins et des services avec cinq (5) indicateurs.

Il s'agit d'indicateurs inscrits dans le plan stratégique du MSSS 2010-2015 et pour lesquels les établissements ayant une mission hospitalière doivent faire une reddition de comptes. Certains de ces indicateurs sont aussi suivis dans les autres provinces canadiennes. La dimension exécution compétente et sécurité des indicateurs, considérée parmi les pratiques organisationnelles requises (POR) pour l'agrément des établissements, a aussi été prise en considération. En 2010-2011, ces indicateurs étaient documentés pour 63 établissements. Pour bien saisir le phénomène évalué, les établissements qui n'ont pas d'activités, donc pas de documentation en chirurgie et en obstétrique, ont été exclus.

CONSTATS

En matière de qualité des soins et des services, les établissements avec mission hospitalière enregistrent un score global de performance de **70,2 %**. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement 70,2 % de la cible d'excellence, ce qui constitue une **performance nécessitant amélioration**. Puisque certains indicateurs n'ont pu être documentés en 2008-2009, il est impossible d'établir l'évolution du score global pour cet exercice.

Les excellents résultats obtenus relativement à la conformité de la plupart des pratiques organisationnelles requises pour l'agrément s'expliquent par les nombreux efforts et processus mis de l'avant dans les établissements pour obtenir le statut d'organisation agréée exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cet élément constitue une base solide sur laquelle les établissements pourront miser pour améliorer les résultats obtenus à l'égard des autres indicateurs jugés préoccupants. Certains aspects interpellent les membres de l'équipe médicale tels que la justesse des hospitalisations et la pratique en obstétrique. D'autres interpellent l'ensemble de l'équipe soignante, par exemple, le bilan comparatif des médicaments et les réadmissions.

En ce qui concerne la pratique du bilan comparatif du médicament, Agrément Canada évalue qu'il s'agit de la pratique organisationnelle requise présentant le plus faible taux de conformité dans les établissements au Canada. Or, un meilleur taux d'application permettrait non seulement de réduire le nombre d'événements indésirables liés à la gestion du médicament, qui constitue d'ailleurs la deuxième source de déclaration du Registre national des incidents et accidents survenus pendant la prestation de soins et de services de santé (RNIASSSS, 2011 et 2012), mais aussi d'améliorer la continuité, de diminuer les réadmissions évitables et de réduire la durée des séjours et l'encombrement des urgences.

La performance liée aux taux de réadmission doit quant à elle être mise en relation avec l'observation dans certains cas de courtes durées de séjour, avec la faible application de la pratique du bilan comparatif du médicament et avec la capacité du réseau de première ligne à prendre le relais à la suite du congé des patients. À ce chapitre, l'accessibilité accrue aux médecins de famille constitue un très important levier d'amélioration.

Par ailleurs, fait à noter, l'actuel rapport constitue la première véritable mesure de ces indicateurs à l'échelle du Québec. Le fait que les cibles d'excellence retenues correspondent à des standards élevés place

la barre haute pour les établissements. L'AQESSS demeure cependant convaincue de la capacité des établissements à améliorer leur performance pour l'ensemble de ces indicateurs.

TABLEAU 5 – Résultats en matière de qualité / Mission hospitalière

RÉSULTAT GLOBAL	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
63 établissements	70,2 %	Non disponible

Excellente performance

INDICATEURS DE QUALITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Justesse des interventions en obstétrique		
Taux d'accouchements vaginaux après césarienne	92,7 %	89,3 %
Cible : 9,1 % d'accouchements vaginaux après césarienne		
Exécution compétente et sécurité		
Taux de conformité aux POR pour l'agrément :		
- Communication et transfert de l'information	98,7 %	N/A
- Prévention des plaies de pression en soins de longue durée	93,1 %	N/A
- Prévention des chutes	90,0 %	N/A
Cible : 100 % de conformité		
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	99,2 %	N/A
Cible : 100 % de conformité		

Bonne performance

INDICATEURS DE QUALITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Continuité, coordination et globalité		
Proportion des heures soins infirmiers en temps complet	85,2 %	86,2 %
Cible : Entre 59,0 % et 80,9 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe de similitudes)		

Performance nécessitant amélioration

INDICATEURS DE QUALITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Continuité, coordination et globalité		
Nombre moyen de jours dans un lit de courte durée pour les patients dont la destination est un CHSLD	52,3 %	52,3 %
Cible : 12,2 jours (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)		
Continuité, coordination et globalité		
Pourcentage de séjours de plus de 48 heures sur civière à l'urgence pour :		
- Des patients de 75 ans et plus	57,9 %	56,0 %
- Des patients ayant des problèmes de santé mentale	58,9 %	57,2 %
Cible : Aucun séjour de plus de 48 heures		
Justesse des hospitalisations		
Proportion d'hospitalisations liées à des conditions propices :		
- aux soins ambulatoires en médecine	46,1 %	43,3 %
Cible : 1,7 % (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)		
- à la chirurgie d'un jour en chirurgie	55,8 %	58,6 %
Cible : 12,4 % (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)		
Justesse des interventions en obstétrique		
Taux de césariennes (excluant les accouchements avant terme et les grossesses multiples)	60,2 %	58,7 %
Cible : Entre 10 % et 15 % de césariennes		
Taux de déclenchements d'accouchements	61,3 %	61,9 %
Cible : Entre 14 % et 17 % de déclenchements d'accouchements		
Exécution compétente et sécurité		
Taux de réadmissions :		
- Médecine	67,9 %	75,4 %
Cible : Entre 3,1 % et 6,8 % (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
- Chirurgie	61,4 %	61,5 %
Cible : 0 % (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
- Santé mentale	63,6 %	61,1 %
Cible : Entre 2,1 % et 10,0 % (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
Exécution compétente et sécurité		
Taux de conformité aux POR pour l'agrément :	48,9 %	N/A
- Bilan comparatif du médicament à l'admission et au transfert		
Cible : 100 % de conformité		

TABEAU 6 – Positionnement des établissements en matière de qualité / Mission hospitalière (par ordre alphabétique)

63 établissements ayant documenté les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 70,2 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
Centre Hospitalier de st. Mary	CSSS d'Antoine-Labelle	Centre de santé Inuulitsivik
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre rég. de santé et de serv. soc. de la Baie-James
CSSS de Beauce	CSSS de Chicoutimi	CSSS de Charlevoix
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS de Kamouraska
CSSS de La Matapédia	CSSS de Gatineau	CSSS de La Côte-de-Gaspé
CSSS de la région de Thetford	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS de Laval
CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS de la Haute-Yamaska	CSSS de l'Énergie
CSSS de Saint-Jérôme	CSSS de l'Ouest-de-l'Île	CSSS de Manicouagan
CSSS Domaine-du-Roy	CSSS de Montmagny-L'Islet	CSSS de Matane
CSSS du Granit	CSSS de Rivière-du-Loup	CSSS des Îles
CSSS du Pontiac	CSSS de Sept-Îles	CSSS Drummond
CSSS Jardins-Roussillon	CSSS des Aurores-Boréales	CSSS du Nord de Lanaudière
CSSS Richelieu-Yamaska	CSSS des Sommets	CSSS du Suroît
Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	CSSS de Témiscouata	CSSS Les Eskers de l'Abitibi
Hôtel-Dieu de Lévis	CSSS de Rimouski-Neigette	CSSS Pierre-De Saurel
	CSSS de Rouyn-Noranda	
	CSSS du Haut-Saint-Maurice	
	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	
	CSSS du Lac-Témiscamingue	
	CSSS du Rocher-Percé	
	CSSS du Sud de Lanaudière	
	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	
	CSSS La Pommeraie	
	CSSS Maria-Chapdelaine	
	CSSS Pierre-Boucher	
	Hôpital Charles-Le Moyne	
	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	

HORS MISSION HOSPITALIÈRE

Pour établir si les soins et services offerts par les établissements ayant une mission CLSC et une responsabilité populationnelle sont de bonne qualité, trois (3) sous-dimensions ont été considérées soit :

- la continuité des soins et des services avec sept (7) indicateurs ;
- l'exécution compétente et la sécurité des soins et des services avec sept (7) indicateurs ;
- l'humanisme avec cinq (5) indicateurs.

Nous n'avons pu avoir accès à aucun indicateur de justesse.

Il s'agit d'indicateurs inscrits dans le plan stratégique du MSSS 2010-2015 et pour lesquels les CSSS doivent faire une reddition de comptes ou d'indicateurs de satisfaction mesurée dans le cadre de la démarche d'agrément avec le Conseil québécois d'agrément (CQA) ou encore d'indicateurs de qualité et de sécurité qui constituent des pratiques organisationnelles requises (POR) pour l'agrément des établissements avec Agrément Canada (AC). Pour répondre à cette question, les établissements doivent documenter minimalement le degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) et la proportion des enfants recevant leurs premières doses de vaccins dans les délais prévus. En 2010-2011, ces indicateurs étaient documentés pour 91 établissements. Par conséquent, seuls ces établissements ont été pris en considération dans l'analyse présentée ici.

CONSTATS

En matière de qualité des soins et des services, les établissements ayant une mission CLSC et responsabilité populationnelle enregistrent un score de performance de **83,6%**. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement 83,6% de la cible d'excellence, ce qui constitue une **bonne performance**. Puisqu'aucun indicateur n'a pu être documenté en 2008-2009, il est impossible d'établir l'évolution du score global.

Les excellents résultats obtenus relativement à la conformité de la plupart des pratiques organisationnelles requises pour l'agrément s'expliquent par les nombreux efforts et processus mis de l'avant dans les établissements pour obtenir le statut d'organisation agréée exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Par ailleurs, le développement inégal ou partiel des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) d'une région, voire d'un établissement à l'autre, explique les résultats préoccupants obtenus en matière de périnatalité.

TABLEAU 7 – Résultats en matière de qualité / Hors mission hospitalière

RÉSULTAT GLOBAL 91 établissements	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
	83,6 %	Non disponible

Excellente performance

INDICATEURS DE QUALITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Continuité, coordination et globalité		
Taux de satisfaction des usagers sur la continuité des services Cible : 84,7 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	96,3 %	N/A
Continuité, coordination et globalité		
Degré d'implantation des Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) Cible : Les RSIPA sont implantés à 55 %	90,4 %	Non disponible
Proportion des visites médicales réalisées auprès du même médecin par les personnes ayant eu au moins trois (3) visites pendant l'année Cible : Entre 86,6 % et 99,5 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe de similitudes)	95,3 %	N/A
Humanisme		
Taux de satisfaction des usagers en regard de :		
- Relation avec la clientèle Cible : 89,6 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	97,6 %	N/A
- Respect de la confidentialité Cible : 91,4 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	97,5 %	N/A
- Empathie Cible : 90,6 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	97,1 %	N/A
- Organisation des services Cible : 87,8 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	96,4 %	N/A
- Prestation professionnelle Cible : 90,4 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	97,1 %	N/A
Exécution compétente et sécurité		
Taux de conformité aux POR pour l'agrément :		
- Communication et transfert de l'information	99,2 %	N/A
- Prévention des plaies de pression en soins de longue durée	93,6 %	N/A
- Prévention des chutes	90,7 %	N/A
- Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains	96,9 %	N/A
Cible : 100 % de conformité		

INDICATEURS DE QUALITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Exécution compétente et sécurité		
Taux d'allaitement exclusif (sept (7) à onze (11) semaines)	95,4 %	Non disponible
Cible : 43,0 %		

Performance nécessitant amélioration

INDICATEURS DE QUALITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)		
- Période prénatale Cible : Une (1) visite par deux (2) semaines	54,2 %	Non disponible
- Période postnatale 1 Cible : Une (1) visite par semaine	68,7 %	Non disponible
- Période postnatale 2 Cible : Une (1) visite par deux (2) semaines	46,2 %	Non disponible
- Période postnatale 3 Cible : Une (1) visite par mois	53,5 %	Non disponible
Exécution compétente et sécurité		
Taux de conformité aux POR pour l'agrément :	50,1 %	N/A
- Bilan comparatif du médicament à l'admission et au transfert Cible : 100 % de conformité		
Exécution compétente et sécurité		
Proportion des enfants recevant leurs 1 ^{res} doses de vaccins dans les délais prescrits Cible : 85,0 %	71,8 %	N/A

TABEAU 8 – Positionnement des établissements en matière de qualité / Hors mission hospitalière (par ordre alphabétique)

91 établissements ayant documenté les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 83,6 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
CSSS Cléophas-Claveau	CSSS Cavendish	Centre rég. de santé et de serv. soc. de la Baie-James
CSSS de Chicoutimi	CSSS d'Argenteuil	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
CSSS de Jonquière	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	CSSS d'Antoine-Labelle
CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de Bécancour - Nicolet-Yamaska	CSSS de Beauce
CSSS de la Haute-Yamaska	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	CSSS de Kamouraska
CSSS de la MRC-de-Coaticook	CSSS de Charlevoix	CSSS de la Haute-Côte-Nord
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS de La Haute-Gaspésie
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	CSSS de Gatineau	CSSS de la Vieille-Capitale
CSSS de l'Énergie	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS de Laval
CSSS de Memphrémagog	CSSS de La Côte-de-Gaspé	CSSS de l'Ouest-de-L'Île
CSSS de Portneuf	CSSS de La Matapédia	CSSS de Manicouagan
CSSS de Sept-Îles	CSSS de La Mitis	CSSS de Matane
CSSS des Basques	CSSS de la Montagne	CSSS de Port-Cartier
CSSS des Sources	CSSS de la Pointe-de-l'Île	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
CSSS Domaine-du-Roy	CSSS de la région de Thetford	CSSS des Pays-d'en-Haut
CSSS du Granit	CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	CSSS Drummond
CSSS du Haut-Saint-François	CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS du Lac-des-deux-Montagnes
CSSS du Rocher-Percé	CSSS de Maskinongé	CSSS du Sud-Ouest-Verdun
CSSS du Sud de Lanaudière	CSSS de Montmagny-L'Islet	CSSS Jardins-Roussillon
CSSS du Val-Saint-François	CSSS de Papineau	CSSS Les Eskers de L'Abitibi
CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	CSSS de Québec-Nord	CSSS Lucille-Teasdale
CSSS La Pommeraie	CSSS de Rimouski-Neigette	CSSS Pierre-De-Saurel
CSSS Maria-Chapdelaine	CSSS de Rivière-du-Loup	
	CSSS de Rouyn-Noranda	
	CSSS de Saint-Jérôme	
	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	
	CSSS de Témiscouata	
	CSSS de Thérèse-de Blainville	
	CSSS de Trois-Rivières	
	CSSS de Vaudreuil-Soulanges	
	CSSS des Aurores-Boréales	
	CSSS des Collines	
	CSSS des Etchemins	
	CSSS des Îles	

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
	CSSS des Sommets	
	CSSS du Cœur-de-l'Île	
	CSSS du Haut-Saint-Laurent	
	CSSS du Haut-Saint-Maurice	
	CSSS du Lac-Témiscamingue	
	CSSS du Nord de Lanaudière	
	CSSS du Pontiac	
	CSSS du Suroît	
	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	
	CSSS Jeanne-Mance	
	CSSS Pierre-Boucher	
	CSSS Richelieu-Yamaska	

LES SOINS ET LES SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS SONT-ILS DE QUALITÉ ?

Leviers d'amélioration toutes missions confondues

Quelques leviers d'actions sont possibles pour accroître la performance des établissements au chapitre de la qualité des soins et des services :

- Une accessibilité accrue aux médecins de famille (GMF et cliniques médicales) en temps opportun de manière à éviter l'hospitalisation et le recours aux soins d'urgence.
- Une meilleure application du bilan comparatif du médicament à l'admission et au transfert de façon à réduire le nombre d'événements indésirables liés à la médication, à diminuer les réadmissions évitables et à réduire la durée des séjours et l'encombrement des urgences.
- Le renforcement des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.
- L'implantation d'un processus d'accueil clinique dans chaque CSSS du Québec de manière à faciliter la continuité des soins et à favoriser l'accès aux plateaux techniques ou diagnostiques pour les clientèles qui sont aux prises avec un problème de santé nécessitant une investigation et un suivi rapides.
- L'amélioration de l'arrimage entre la première ligne médicale (GMF et cliniques) et les équipes cliniques des établissements.
- Le développement accru de l'offre de services en soins à domicile de manière à favoriser le maintien à domicile et à réduire la durée moyenne des séjours en centre hospitalier pour la clientèle en attente d'hébergement.
- L'implantation d'équipes de suivi interdisciplinaires pour les malades chroniques en collaboration avec les GMF et les cliniques médicales.
- L'implication des médecins dans le processus décisionnel, l'implantation et le suivi des divers processus organisationnels et cliniques.
- L'exploration de nouveaux modes d'allocation des ressources, dont le financement axé sur le patient.
- L'accroissement du partage des informations cliniques entre intervenants, notamment grâce à l'implantation de systèmes d'information performants partout au Québec.

LES ÉTABLISSEMENTS SONT-ILS PRODUCTIFS ?

MISSION HOSPITALIÈRE

Pour répondre à cette question, neuf (9) indicateurs ont été sélectionnés. L'un des indicateurs mesure la productivité globale de l'établissement. Les autres, la productivité des hospitalisations, en particulier en médecine, en chirurgie et en santé mentale, et celle de l'urgence. Il s'agit, pour la plupart, d'indicateurs suivis par le MSSS et dans d'autres provinces canadiennes. Pour être inclus, les établissements devaient documenter minimalement le coût pondéré par cas des hospitalisations et le coût pondéré des visites à l'urgence. En 2010-2011, ces indicateurs étaient documentés pour 75 établissements. Par conséquent, seuls ces établissements ont été pris en considération dans l'analyse présentée ici.

CONSTATS

En matière de productivité, les établissements ayant une mission hospitalière enregistrent un score global de performance de **86,1 %**, comparativement à 85,5 % pour 2008-2009, ce qui constitue une **bonne performance**. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement 86,1 % de la cible d'excellence. Puisque certains indicateurs n'ont pu être documentés en 2008-2009, nous ne pouvons pas faire état de l'évolution globale de la productivité pour ce volet.

Les excellents résultats obtenus en ce qui a trait à la productivité globale et à la productivité pour les hospitalisations s'expliquent en grande partie par l'importance accordée à l'optimisation dans le système de santé québécois au cours des dernières années. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les efforts accomplis dans ce domaine font d'ailleurs du Québec la province canadienne où l'on dépense le moins par personne pour le système de santé.

La performance préoccupante enregistrée en matière de santé mentale s'explique, pour sa part, par l'implantation inégale dans une région, voire d'un établissement à l'autre, des services d'intervention dans le milieu (SIM) et des programmes de soutien à intensité variable (SIV). L'accès limité aux services de deuxième ou de troisième ligne affecte aussi la performance des établissements dans ce domaine.

TABEAU 9 – Résultats en matière de productivité / Mission hospitalière

RÉSULTAT GLOBAL 75 établissements	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
	86,1 %	85,5 %

Excellente performance

INDICATEURS DE PRODUCTIVITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Productivité globale		
Coût de fonctionnement par équivalent soins services	92,8 %	93,1 %
Cible : Entre 379 \$ et 445 \$ (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
Productivité pour les hospitalisations		
Coût moyen par cas pondéré	90,7 %	89,9 %
Cible : Entre 2 858 \$ et 4 140 \$ (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
Taux d'occupation des lits en :		
- Santé physique de courte durée Cible : 85,0 % ou plus des lits sont occupés	95,6 %	94,9 %
- Soins psychiatriques de courte durée Cible : 85,0 % des lits sont occupés	93,3 %	90,9 %
- Soins de longue durée Cible : 100,0 % des lits sont occupés	96,2 %	95,7 %

Bonne performance

INDICATEURS DE PRODUCTIVITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Durée moyenne de séjour ajustée par la gravité clinique pour certains traceurs :		
- Médecine Cible : Entre 6,2 jours et 9,4 jours (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)	75,6 %	73,2 %
- Chirurgie Cible : Entre 7,5 jours et 10,6 jours (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)	82,8 %	82,5 %
Productivité à l'urgence		
Coût par visite à l'urgence ajusté par la complexité des cas	79,2 %	79,3 %
Cible : Entre 75 \$ et 168 \$ par visite (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		

Performance nécessitant amélioration

INDICATEURS DE PRODUCTIVITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Durée moyenne de séjour ajustée par la gravité clinique en santé mentale		
Cible : Entre 7,2 jours et 31,0 jours (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)	68,7 %	69,8 %

TABLEAU 10 – Positionnement des établissements en matière de productivité / Mission hospitalière (par ordre alphabétique)

75 établissements ayant documenté les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 86,1 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	Centre hospitalier de St. Mary	CSSS d'Argenteuil
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	CSSS de Gatineau
CSSS de Beauce	CSSS d'Antoine-Labelle	CSSS de Jonquière
CSSS de Chicoutimi	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS Cléophas-Claveau	CSSS de La Côte-de-Gaspé
CSSS de la Haute-Yamaska	CSSS de Charlevoix	CSSS de La Haute-Gaspésie
CSSS de la région de Thetford	CSSS de La Matapédia	CSSS de Manicouagan
CSSS de Memphrémagog	CSSS de Laval	CSSS de Rivière-du-Loup
CSSS de Montmagny-L'Islet	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS de Saint-Jérôme
CSSS de Rimouski-Neigette	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSS des Aurores-Boréales
CSSS de Témiscouata	CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS de Sept-Îles
CSSS Drummond	CSSS de l'Énergie	CSSS du Cœur-de-l'Île
CSSS du Granit	CSSS de l'Ouest-de-l'Île	CSSS du Haut-Saint-Laurent
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	CSSS de Matane	CSSS du Haut-Saint-Maurice
CSSS Pierre-De Saurel	CSSS de Papineau	CSSS du Pontiac
Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	CSSS de Rouyn-Noranda	Hôpital Santa Cabrini
Hôtel-Dieu de Lévis	CSSS des Sommets	
Institut de cardiologie de Montréal	CSSS des Sources	
Inst. univ. de cardiologie et de pneumologie de Québec	CSSS Domaine-du-Roy	
	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	
	CSSS du Lac-Témiscamingue	
	CSSS du Nord de Lanaudière	
	CSSS du Rocher-Percé	
	CSSS du Sud de Lanaudière	
	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE
(Entre le 75^e et le 100^e percentile)

ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE
(Entre le 25^e et le 75^e percentile)

ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE
(Entre le 1^{er} et le 25^e percentile)

CSSS du Suroît

CSSS La Pommeraie

CSSS Les Eskers de l'Abitibi

CSSS Jardins-Roussillon

CSSS Maria-Chapdelaine

CSSS Pierre-Boucher

CSSS Richelieu-Yamaska

Hôpital Charles-Le Moyne

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

HORS DE LA MISSION HOSPITALIÈRE

La productivité dans la gestion des soins et des services offerts par les établissements ayant une mission CLSC et une responsabilité populationnelle a été appréciée par trois (3) indicateurs, dont le coût de fonctionnement par équivalent soins et services mesurant la productivité globale, ainsi que par deux (2) indicateurs de soins et services offerts par le programme de soins à domicile. Pour répondre à cette question, les établissements devaient documenter minimalement deux (2) indicateurs, dont l'indicateur global de coût pour les services produits. Ces indicateurs ont été documentés pour 94 établissements. Par conséquent, seuls ces établissements ont été pris en considération dans l'analyse présentée ici.

CONSTATS

Globalement, les établissements ont enregistré un score de **88,9%**, ce qui représente une **bonne performance, voire presque excellente**. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement 88,9 % de la cible d'excellence. Puisque certains indicateurs n'ont pu être documentés en 2008-2009, nous ne pouvons pas faire état de l'évolution globale de la productivité pour ce volet.

Pour ce volet également, le résultat obtenu s'explique en grande partie par l'attention et le soutien financier accordés à l'optimisation des soins et des services dans le réseau au cours des dernières années.

TABEAU 11 – Résultats en matière de productivité / Hors mission hospitalière

RÉSULTAT GLOBAL	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
94 établissements	88,9 %	Non disponible

Excellente performance

INDICATEURS DE PRODUCTIVITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Productivité des soins à domicile		
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile en soins de longue durée	97,8 %	Non disponible
Cible: Augmentation de 10,0 % sur deux ans		

Bonne performance

INDICATEURS DE PRODUCTIVITÉ	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Productivité globale		
Coût de fonctionnement par équivalent soins services	88,2 %	87,6 %
Cible: Entre 379 \$ et 409 \$ (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
Productivité des soins à domicile		
Taux d'utilisation des services de l'ensemble des programmes par la population du territoire	80,6 %	80,4 %
Cible: Entre 26,4 % et 58,3 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe de similitudes)		

TABLEAU 12 – Positionnement des établissements en matière de productivité / Hors mission hospitalière (par ordre alphabétique)

94 établissements ayant documenté les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 88,9 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
CSSS Cavendish	CSSS Champlain	CSSS de Beauce
CSSS Cléophas-Claveau	CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	CSSS d'Antoine-Labelle	CSSS de Charlevoix
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	CSSS d'Argenteuil	CSSS de Jonquière
CSSS de Chicoutimi	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS de la Basse-Côte-Nord
CSSS de la Pointe-de-l'Île	CSSS de Gatineau	CSSS de la Haute-Côte-Nord
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	CSSS de Kamouraska	CSSS de La Minganie
CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS de La Mitis
CSSS de Matane	CSSS de La Côte-de-Gaspé	CSSS de la Montagne
CSSS de Portneuf	CSSS de La Haute-Gaspésie	CSSS de la MRC-de-Coaticook
CSSS de Rimouski-Neigette	CSSS de la Haute-Yamaska	CSSS de l'Hématite
CSSS de Rivière-du-Loup	CSSS de La Matapédia	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
CSSS de Rouyn-Noranda	CSSS de la région de Thetford	CSSS de Port-Cartier
CSSS de Trois-Rivières	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSS de Québec-Nord
CSSS des Aurores-Boréales	CSSS de la Vieille-Capitale	CSSS de Sept-Îles
CSSS du Grand Littoral	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa
CSSS du Nord de Lanaudière	CSSS de Laval	CSSS des Collines
CSSS du Rocher-Percé	CSSS de l'Énergie	CSSS des Pays-d'en-Haut
CSSS du Sud de Lanaudière	CSSS de Manicouagan	CSSS des Sources
CSSS du Suroît	CSSS de Maskinongé	CSSS du Haut-Saint-François
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	CSSS de Memphrémagog	CSSS du Haut-Saint-Maurice
CSSS Maria-Chapdelaine	CSSS de Montmagny-L'Islet	CSSS Jardins-Roussillon
CSSS Pierre-De Saurel	CSSS de Papineau	CSSS Lucille-Teasdale
CSSS Richelieu-Yamaska	CSSS de Saint-Jérôme	
	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	
	CSSS de Témiscouata	
	CSSS de Thérèse-de Blainville	
	CSSS de Vaudreuil-Soulanges	
	CSSS des Basques	
	CSSS des Etchemins	
	CSSS des Îles	
	CSSS des Sommets	
	CSSS Domaine-du-Roy	
	CSSS Drummond	
	CSSS du Cœur-de-l'Île	

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
	CSSS du Granit	
	CSSS du Haut-Saint-Laurent	
	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	
	CSSS du Lac-Témiscamingue	
	CSSS du Pontiac	
	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	
	CSSS du Val-Saint-François	
	CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	
	CSSS Jeanne-Mance	
	CSSS La Pommeraie	
	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	
	CSSS Pierre-Boucher	

LES ÉTABLISSEMENTS SONT-ILS PRODUCTIFS ?

Leviers d'amélioration toutes missions confondues

La productivité est associée aux coûts unitaires de production, mais aussi à d'autres dimensions de la performance. Ainsi, les actions concrètes suivantes pourraient permettre d'améliorer la performance des établissements sur le plan de la productivité :

- le déploiement des services d'intervention dans le milieu et des programmes de soutien à intensité variable, partout au Québec, de manière à réduire la durée moyenne de séjour en centre hospitalier pour la clientèle qui est aux prises avec un problème de santé mentale;
- un soutien financier lors de la mise en place de mesures d'optimisation de façon à faciliter l'implantation et à permettre l'émergence de résultats concrets.

LES ÉTABLISSEMENTS CONTRIBUENT-ILS À AMÉLIORER LA SANTÉ DE LEURS PATIENTS ET DE LA POPULATION ?

MISSION HOSPITALIÈRE / SANTÉ DES PATIENTS

Pour établir si les soins et services de la mission hospitalière améliorent la santé des patients, nous avons considéré 17 indicateurs pour apprécier quatre (4) sous-dimensions soit :

- la globalité des soins et des services avec un (1) indicateur ;
- l'exécution compétente et la sécurité des soins et des services en lien avec le taux de réadmissions en obstétrique, avec des événements indésirables avec huit (8) indicateurs ou des infections nosocomiales avec deux (2) indicateurs ;
- l'efficacité de l'utilisation des services avec cinq (5) indicateurs.

Il s'agit, pour la plupart, d'indicateurs d'efficacité reconnus dans la littérature, pour lesquels des moyens d'action sont connus et sont suivis dans les autres provinces canadiennes. Pour répondre à cette question, nous avons considéré les établissements qui ont minimalement deux (2) indicateurs, dont les taux d'infections nosocomiales. En 2010-2011, ces indicateurs étaient documentés pour 75 établissements. Par conséquent, seuls ces établissements ont été pris en considération dans l'analyse présentée ici.

CONSTATS

En matière d'amélioration de la santé des patients, les établissements ayant une mission hospitalière enregistrent une **performance nécessitant amélioration** avec un score global de performance de **63,4%**. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement 63,4 % de la cible d'excellence. Puisque certains indicateurs n'ont pu être documentés en 2008-2009, nous ne sommes pas en mesure de faire état de l'évolution globale pour ce volet.

L'actuel rapport constitue la première véritable mesure de ces indicateurs à l'échelle du Québec. Le fait que les cibles d'excellence retenues correspondent aux meilleurs standards au monde place la barre haute pour les établissements et explique en partie les résultats obtenus. L'AQESSS demeure cependant convaincue de la capacité des établissements à améliorer leur performance pour l'ensemble de ces indicateurs. L'amélioration des résultats enregistrés à l'égard du taux de mortalité précoce par 1 000 naissances à sept (7) jours (de 77, 1 % à 81,3 %) en est un exemple.

TABEAU 13 – Résultats en matière de contribution à l'amélioration de la santé / Mission hospitalière

RÉSULTAT GLOBAL	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
75 établissements	63,4 %	Non disponible

Excellente performance

INDICATEURS D'AMÉLIORATION	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Efficacité d'utilisation Taux de satisfaction des usagers sur l'amélioration de la santé Cible : 88,8 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	97,6 %	N/A

Bonne performance

INDICATEURS D'AMÉLIORATION	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Efficacité d'utilisation Taux de mortalité néonatale précoce par 1 000 naissances en milieu hospitalier Cible : 1,3 décès par 1 000 naissances	81,3 %	77,1 %

Performance nécessitant amélioration

INDICATEURS D'AMÉLIORATION	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Continuité, coordination et globalité Proportion des patients hospitalisés avec diagnostic de cancer, décédés à l'hôpital, qui ont reçu des soins palliatifs Cible : 86,0 % (valeur du 85 ^e percentile du groupe AQESSS)	71,6 %	67,4 %
Exécution compétente et sécurité Taux d'événements indésirables sur 2 ans : - Taux de plaies de pression en médecine Cible : Aucune plaie de pression - Taux de plaies de pression en chirurgie Cible : Aucune plaie de pression - Taux d'événements indésirables graves causés par une chute en médecine Cible : Aucun événement indésirable	56,2 % 57,7 % 56,9 %	Non disponible Non disponible Non disponible

INDICATEURS D'AMÉLIORATION	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
- Taux d'événements indésirables graves causés par une chute en chirurgie Cible : Aucun événement indésirable	58,8 %	Non disponible
- Taux de pneumonies contractées après l'admission en médecine Cible : Aucun cas de pneumonie	57,1 %	Non disponible
- Taux de pneumonies contractées après l'admission en chirurgie Cible : Aucun cas de pneumonie	57,7 %	Non disponible
- Taux d'embolies pulmonaires ou de thromboses veineuses profondes en chirurgie orthopédique Cible : Aucun cas d'embolie pulmonaire ou de thromboses veineuses profondes	57,0 %	Non disponible
- Taux d'événements indésirables liés à l'accouchement Cible : Entre 3,9 % et 13,5 % d'événements indésirables (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)	63,0 %	Non disponible
Taux d'infections nosocomiales :		
- SAMR	72,0 %	73,0 %
- DACD Cible : Aucune infection par 10 000 jours-présence	56,7 %	57,1 %
Taux de réadmissions en obstétrique Cible : Aucune réadmission (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)	59,6 %	58,1 %
Efficacité d'utilisation		
Taux de mortalité hospitalière, en deçà de 30 jours, ajusté pour l'âge et la gravité clinique (calculé sur deux ans 2009-2010 et 2010-2011) à la suite de :		
- Une chirurgie découlant d'une fracture de la hanche Cible : 2,0 % de décès (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)	56,7 %	Non disponible
- Un infarctus du myocarde Cible : 4,3 % de décès (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)	57,3 %	Non disponible
- Un accident vasculaire cérébral (AVC) Cible : 11,4 % de décès (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)	60,9 %	Non disponible

TABLEAU 14 – Positionnement des établissements en matière d'amélioration / Mission hospitalière (par ordre alphabétique)

75 établissements ayant documenté les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 63,4 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
Centre rég. de santé et de serv. soc. de la Baie-James	CSSS d'Antoine-Labelle	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CSSS de Kamouraska	CSSS d'Argenteuil	Centre hospitalier de St. Mary
CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CSSS de La Côte-de-Gaspé	CSSS de Beauce	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
CSSS de la région de Thetford	CSSS de Charlevoix	CSSS de Gatineau
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSS de Chicoutimi	CSSS de Laval
CSSS de Matane	CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
CSSS de Memphrémagog	CSSS de Jonquière	CSSS du Cœur-de-l'Île
CSSS de Montmagny-L'Islet	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	CSSS du Haut-Saint-Laurent
CSSS de Rivière-du-Loup	CSSS de La Haute-Gaspésie	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
CSSS des Aurores-Boréales	CSSS de la Haute-Yamaska	CSSS du Lac-Témiscamingue
CSSS de Sept-Îles	CSSS de La Matapédia	CSSS Haut-Richelieu-Rouville
CSSS de Témiscouata	CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS Pierre-De Saurel
CSSS du Granit	CSSS de Papineau	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CSSS du Haut-Saint-Maurice	CSSS de l'Énergie	Hôpital Santa Cabrini
CSSS du Pontiac	CSSS de Manicouagan	
CSSS du Rocher-Percé	CSSS de Rimouski-Neigette	
Institut de cardiologie de Montréal	CSSS de Rouyn-Noranda	
	CSSS de Saint-Jérôme	
	CSSS des Sommets	
	CSSS Domaine-du-Roy	
	CSSS Drummond	
	CSSS du Nord de Lanaudière	
	CSSS du Sud de Lanaudière	
	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	
	CSSS du Suroît	
	CSSS Jardins-Roussillon	
	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	
	CSSS La Pommeraie	
	CSSS Maria-Chapdelaine	
	CSSS Pierre-Boucher	
	CSSS Richelieu-Yamaska	
	Hôpital Charles-Le Moyne	
	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE
(Entre le 75^e et le 100^e percentile)

ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE
(Entre le 25^e et le 75^e percentile)

ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE
(Entre le 1^{er} et le 25^e percentile)

Hôpital Général Juif
Sir Mortimer B. Davis

Hôtel-Dieu de Lévis

Inst. univ. de cardiologie
et de pneumologie de Québec

EXEMPLE DE BONNE PERFORMANCE

CSSS de la Baie-des-Chaleurs / Une histoire d'organisation apprenante

Depuis cinq ans, le CSSS de la Baie-des-Chaleurs a fait du développement des connaissances et des compétences une priorité. Son objectif: améliorer la qualité des soins et des services offerts aux patients en réduisant, notamment, le nombre d'événements indésirables. Plusieurs outils ont été mis en place pour soutenir cette philosophie, entre autres, avec l'aide des technologies multimédias. À titre d'exemple, un compagnon virtuel sur iPod a été mis à la disposition des recrues. Cet outil permet d'obtenir des conseils en temps réel, à domicile – par exemple lors des visites d'évaluation des nouveaux-nés – ou dans les unités de soins. Autre innovation, l'exécution de procédures complexes dans diverses disciplines a été filmée et des référentiels de compétences ont été élaborés. Transposés en images, ces référentiels sont mis à la disposition des professionnels qui peuvent s'y référer pour développer des techniques plus efficaces. Le projet a aussi permis de mettre en place un modèle de partage collectif des savoirs dans les différentes équipes. Ces efforts combinés en font aujourd'hui l'établissement obtenant la meilleure performance en matière d'amélioration de la santé des personnes qu'il dessert.

HORS MISSION HOSPITALIÈRE / SANTÉ DE LA POPULATION

Pour répondre à cette question, sept (7) indicateurs de santé de la population des territoires des CSSS ont été sélectionnés conformément à leur mission populationnelle, soit trois (3) taux de mortalité, l'espérance de vie à 65 ans, deux (2) indicateurs d'évènements indésirables et la proportion de nouveau-nés de faible poids. Dans tous les cas, l'unité d'analyse est la population du territoire du CSSS.

Il s'agit, pour la plupart, d'indicateurs d'efficacité reconnus dans la littérature et suivis par les autorités en santé publique. Pour répondre à cette question, les établissements devaient documenter minimalement le taux de mortalité par suicide et le taux de mortalité néonatale précoce. En 2010-2011, ces indicateurs étaient documentés pour 67 établissements. Il est à noter que, pour le taux de mortalité néonatale précoce, les territoires locaux sans hôpitaux n'ont pas été retenus en raison de la banque de données utilisée.

CONSTATS

En matière d'amélioration de la santé de la population, les établissements enregistrent une **performance nécessitant amélioration** avec un score de **66,1 %**. Ce résultat signifie que les établissements ont atteint globalement 66,1 % de la cible d'excellence. Puisque certains indicateurs n'ont pu être documentés en 2008-2009, il est impossible d'établir l'évolution du score global.

Le développement inégal des programmes de prévention et de suivi pour les maladies chroniques d'une région, voire d'un établissement à l'autre, explique en partie les résultats obtenus, notamment en ce qui a trait au taux d'amputation chez les personnes diabétiques.

**TABEAU 15 – Résultats en matière de contribution à l'amélioration de la santé /
Hors mission hospitalière**

RÉSULTAT GLOBAL	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE GLOBAL DE LA CIBLE EN 2008-2009
67 établissements	66,1 %	Non disponible

Excellente performance

INDICATEURS D'AMÉLIORATION	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Efficacité populationnelle		
Espérance de vie à 65 ans (données 2005-2007)	95,3 %	Non disponible
Cible: 20,4 ans (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)		

Performance nécessitant amélioration

INDICATEURS D'AMÉLIORATION	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2010-2011	POURCENTAGE D'ATTEINTE DE LA CIBLE EN 2008-2009
Efficacité populationnelle		
Indicateurs d'événements indésirables		
- Taux de fractures de la hanche chez les personnes de 65 ans et plus pour 1 000 habitants	64,1 %	69,1 %
Cible: Entre 1,1 et 2,7 fractures par 1 000 habitants (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
- Taux d'amputations chez les personnes diabétiques (40 ans et plus)	63,3 %	61,8 %
Cible: Aucune amputation par 1 000 diabétiques (valeur du 15 ^e percentile du groupe de similitudes)		
Efficacité populationnelle		
Taux de mortalité		
- Par suicide par 100 000 habitants ajusté par âge et sexe (données 2005-2007)	43,5 %	Non disponible
Cible: 7,7 décès par 100 000 habitants		
- Néonatale précoce par 1 000 naissances	65,2 %	61,3 %
Cible: 1,3 décès par 1 000 naissances		
Efficacité populationnelle		
Taux de mortalité pour les personnes âgées de 18 à 65 ans par 100 000 habitants (données 2005-2007)	70,8 %	Non disponible
Cible: 223,2 décès par 100 000 habitants (valeur du 15 ^e percentile du groupe AQESSS)		
Efficacité populationnelle		
Proportion de nouveau-nés de faible poids	60,2 %	60,9 %
Cible: 3,8 % des nouveau-nés		

TABEAU 16 – Positionnement des établissements en matière d’amélioration / Hors mission hospitalière (par ordre alphabétique)

67 établissements ayant documenté les indicateurs requis

Cible de 100 % / Score global de performance de 66,1 %

ÉTABLISSEMENTS LES PLUS PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 75 ^e et le 100 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS MOYENNEMENT PRÈS DE LA CIBLE (Entre le 25 ^e et le 75 ^e percentile)	ÉTABLISSEMENTS PLUS ÉLOIGNÉS DE LA CIBLE (Entre le 1 ^{er} et le 25 ^e percentile)
CSSS d'Argenteuil	CSSS Cavendish	CSSS D'Achunsi et Montréal-Nord
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	CSSS Cléophas-Claveau	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
CSSS de Gatineau	CSSS d'Antoine-Labelle	CSSS de Jonquière
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	CSSS de La Haute-Gaspésie
CSSS de Papineau	CSSS de Beauce	CSSS de la Haute-Yamaska
CSSS de Québec-Nord	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	CSSS de La Matapédia
CSSS de Rimouski-Neigette	CSSS de Charlevoix	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
CSSS de Rivière-du-Loup	CSSS de Chicoutimi	CSSS de l'Énergie
CSSS de Sept-Îles	CSSS de Kamouraska	CSSS de Manicouagan
CSSS de Trois-Rivières	CSSS de la Baie-Des-Chaleurs	CSSS de Matane
CSSS des Sommets	CSSS de La Côte-de-Gaspé	CSSS de Montmagny-L'Islet
CSSS Domaine-du-Roy	CSSS de la région de Thetford	CSSS de Rouyn-Noranda
CSSS Drummond	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	CSSS du Haut-Saint-Laurent
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	CSSS de la Vallée-de-l'Or	CSSS du Rocher-Percé
CSSS Jardins-Roussillon	CSSS de Laval	CSSS du Sud-Ouest-Verdun
CSSS Maria-Chapdelaine	CSSS de Maskinongé	CSSS Lucille-Teasdale
CSSS Richelieu-Yamaska	CSSS de Memphrémagog	
	CSSS de Portneuf	
	CSSS de Saint-Jérôme	
	CSSS de Témiscouata	
	CSSS des Aurores-Boréales	
	CSSS du Cœur-de-l'Île	
	CSSS du Granit	
	CSSS du Haut-Saint-Maurice	
	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	
	CSSS du Nord de Lanaudière	
	CSSS du Sud de Lanaudière	
	CSSS du Suroît	
	CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	
	CSSS Jeanne-Mance	
	CSSS La Pommeraie	
	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	
	CSSS Pierre-Boucher	
	CSSS Pierre-De Saurel	

LES ÉTABLISSEMENTS CONTRIBUENT-ILS À AMÉLIORER LA SANTÉ DE LEURS PATIENTS ET DE LA POPULATION ?

Leviers d'amélioration toutes missions confondues

Pour chacun des indicateurs pris en compte, des pistes d'action susceptibles d'améliorer les résultats obtenus existent. Ce sont :

- l'accès priorisé au bloc opératoire pour les interventions chirurgicales en lien avec la fracture de la hanche ;
- l'application généralisée des pratiques développées par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) en matière de prévention des chutes, de l'infarctus du myocarde, de certaines pneumonies contractées après l'admission, des embolies pulmonaires et des thromboses veineuses profondes ainsi que certaines infections nosocomiales résistantes aux antibiotiques dont le SAMR ;
- le développement d'une offre de services en soins palliatifs dans toutes les régions du Québec ;
- l'implantation d'un processus d'accueil clinique dans chaque CSSS du Québec de manière à faciliter la continuité des soins et à favoriser l'accès aux plateaux techniques ou diagnostiques pour les clientèles qui sont aux prises avec un problème de santé nécessitant une investigation et un suivi rapides ;
- le développement de programmes de prévention et de repérage précoce de la perte d'autonomie chez les aînés ;
- l'implantation d'équipes de suivi interdisciplinaires pour les malades chroniques, en collaboration avec les GMF et les cliniques médicales ;
- le soutien aux initiatives et aux programmes de prévention en périnatalité et petite enfance de type OLO ;
- le développement d'un continuum de services spécifique aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral de manière à accélérer le traitement et le suivi en réadaptation ;
- le maintien du financement accordé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des mères et des enfants AMPRO ;
- le suivi étroit des délais d'intervention dans le cas d'un infarctus du myocarde ;
- le déploiement de programmes de prévention des chutes à domicile partout au Québec ;
- l'implication des médecins dans le processus décisionnel, l'implantation et le suivi des divers processus organisationnels et cliniques.

CONCLUSION

Les établissements de santé et de services sociaux sont des organisations dynamiques qui évoluent constamment pour améliorer leur performance et pour répondre aux besoins des clientèles et de la population.

Cependant, les résultats présentés dans ce rapport démontrent qu'il est primordial d'améliorer la qualité des services et la sécurité afin de favoriser l'atteinte de meilleurs résultats au regard de l'amélioration de la santé des patients et des populations des différents territoires.

À cet effet, l'AQESSS diffusera sous peu une proposition de vision d'excellence en qualité pour le système québécois de santé et de services sociaux. Développée en collaboration avec d'autres partenaires, cette vision présentera les conditions de succès menant au développement d'une véritable culture de la qualité dans le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec les citoyens, les patients, les équipes de soins, les organisations, les agences régionales, le MSSS et le gouvernement dans son ensemble. L'Association entend aussi publier, au début de 2014, un guide visant à soutenir la prestation sécuritaire des soins et des services et le développement d'une culture de sécurité dans les établissements.

Cela dit, les résultats présentés dans ce rapport démontrent hors de tout doute que les établissements peuvent compter sur des processus rigoureux et documentés à l'égard de la plupart des indicateurs analysés. Le prochain défi consistera donc à tirer le meilleur parti possible de ces processus pour atteindre les plus hautes cibles d'excellence.

ANNEXE 1 – BANQUES DE DONNÉES UTILISÉES

BANQUE DE DONNÉES UTILISÉES	ANNÉES DE COLLECTE DE DONNÉES	EXTRACTION PRODUITE PAR
AS-471, AS-478, contour financier	2008-2009 et 2010-2011	AQESSS
I-CLSC	2008-2009 et 2010-2011	AQESSS
CONSOM	2008-2009 et 2010-2011	AQESSS
TBIG/GESTRED	2008-2009 et 2010-2011	AQESSS
Conseil québécois d'agrément	Date de la dernière visite d'agrément	Conseil québécois d'agrément
Agrément Canada	Date de la dernière mise à jour enregistrée en décembre 2011	Agrément Canada
R25	2008-2009 et 2010-2011	MSSS
MED-ÉCHO/APR-DRG	2008-2009 et 2010-2011	Agence Montérégie
RAMQ	2008-2009 et 2010-2011	RAMQ
Santé publique	2004-2006 et 2005-2007	MSSS
TBOG/SIMASS	2008-2009 et 2010-2011	AQESSS
TBIG/J56	2008-2009 et 2010-2011	MSSS
TBIG/RQSUCH	2010-2011	MSSS
FRQS	2008-2009 et 2010-2011	FRQS
Données de l'enseignement	2008-2009 et 2010-2011	AQESSS
Projection de population	Recensement de 2006 (mise à jour de janvier 2010 et mise à jour d'avril 2011)	ISQ
INSPQ – SARM et DACD	2008-2009 et 2010-2011	INSPQ
INSPQ – Population diabétique	2008-2009	INSPQ
Info-Bassins	2008-2009 et 2010-2011	MSSS
Allocation des ressources – performance des établissements de santé physique – Modèle résultats finaux	2008-2009 et 2010-2011	MSSS

ANNEXE 2 – INDICATEURS UTILISÉS

Les fiches méthodologiques de chacun des indicateurs utilisés sont disponibles sur le site Web de l'AQESSS, dans la page des dossiers du rapport performance.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA.
Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition 2008.
Ottawa, 2008.

Agrément Canada (2011). Rapport sur les pratiques organisationnelles requises en 2011. 11 pages.

Agrément Canada et coll. (2012). Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre. Progrès à ce jour. 25 pages.

AHRQ QUALITY INDICATORS. *Inpatient Quality Indicator Comparative Data: Based on the 2008 Nationwide Inpatient Sample (NIS)*. Version 4.3.
Contract No. 290-04-0020, August 2011.
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Software/SAS/V43/Comparative%20Data%20IQI%204.3.pdf>
(Consulté le 2 mars 2012)

AHRQ QUALITY INDICATORS. *Patient Safety Indicator Comparative Data: Based on the 2008 Nationwide Inpatient Sample (NIS)*. Version 4.3.
Contract No. 290-04-0020, August 2011.
www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/software/SAS/V43/comparative%20data%20PSI%204.3.pdf
(Consulté le 2 mars 2012)

AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION. VBAC:
Vaginal Birth after Cesarean, Modifié en décembre 2006.
<http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/vbac.html>
(Consulté le 2 mars 2012)

ASSOCIATION CANADIENNE DU SOIN DES PLAIES.
Outil de défense des droits des patients au Québec.
<http://cawc.net/fr/index.php/public/facts-stats-and-tools/quebec-advocacy-tool/> (Consulté le 2 mars 2012)

BAGUST, A., PLACE, M., POSNETT, J.W. *Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model*, BMJ, 1999, 319:155–158.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/108848/E85032.pdf (Consulté le 16 mars 2012)

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION
(Prince Edouard Island Division). *Mental Health Services in Canada – CIHI report*.
<http://www.cmha.ca/mental-health/your-mental-health/>

CENTER FOR DISEASE CONTROL.
Faststats: Mental Health, Mis à jour en novembre 2011.
<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/mental.htm>
(Consulté le 2 mars 2012)

CHAMPAGNE, F., 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, no 6, December 2005, p. 487-496.

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

CIHI. *Health Indicators 2011*.
http://www.cihiconferences.ca/indicators/2011/ind2011_e.html (Consulté novembre 2012)

CIHI. Hip and Knee Replacements in Canada 2008–2009 Annual Report : Canadian Joint Replacement Registry (CJRR), 2009.
http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/icis-cihi/H115-7-2009E.pdf (Consulté le 2 mars 2012)

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, 2010.

COMMISSAIRE À SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE.
Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011 : l'appréciation globale et intégrée de la performance - analyse des indicateurs de monitoring.
http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_PPE/CSBE_T1AnalyseIndicateursMonitoring_PPE_2011.pdf
(Consulté le 3 mars 2012)

Conseil canadien de la santé. *Le guide du citoyen sur les indicateurs de la santé*. Janvier 2011, 40 p.

DEPARTMENT OF HEALTH (UK). *Hospital Activity Statistics – Data requests: Bed availability and occupancy (2006–7 data)*, England.
<http://transparency.dh.gov.uk/2012/07/05/bed-availability-and-occupancy-overnight/> (Consulté le 2 mars 2012)

DIABÈTE QUÉBEC. *Éviter des amputations chez les diabétiques : c'est possible.*

http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/eviter_amputations.html (Consulté le 2 mars 2012)

ESTBROOKS C. A., et autres. «*The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality*», *Nursing Research*, vol. 54, no 2, March/April 2005, p. 74-84.

Forster A.J., Murff, H.J., Peterson, J.F. et coll. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 4, vol. 138, no3, pages 161-167.

FISCH, J.M. et autres. «Labor induction process improvement: a patient quality-of-care initiative. U of Pittsburgh School of Medicine», *Obstetrics & Gynecology*, vol. 113, no4, April 2009, p. 797-803. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305322> (Consulté le 2 mars 2012)

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

HALEY, R.W. *Pushing Forward to Reach Zero Tolerance*, Slide 9. Southwestern Medical Center-Epidemiology Division, Parkland Memorial Hospital-Infection Control, Dallas, Texas http://www.learningace.com/doc/5642901/5f1911a3bbc56aabc2e3ecb59677f305/haley_11-16-07 (Consulté le 10 mars 2012)

Hospital Mental Health Database En ligne, Ottawa, Ontario, CIHI, 2005-2006. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/Document/types+of+care/specialized+services/mental+health+and+addictions/STATIC_2005_06_TAB9 (Consulté le 16 mars 2012)

INFACIT QUÉBEC. *L'allaitement exclusif pour l'amélioration de l'alimentation des bébés et des jeunes enfants. Résolution 54.2 de l'Assemblée mondiale de la Santé*, mai 2001. <http://www.infactcanada.ca/LallaitementexclusifPourlameliorationdelalimentation.pdf> (Consulté le 2 mars 2012)

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens. Notes techniques des indicateurs cliniques*, avril 2012.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens. Notes techniques des indicateurs cliniques*, novembre 2012.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens. Notes techniques des indicateurs financiers*, avril 2012.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens. Notes techniques des indicateurs financiers*, novembre 2012.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. RÉSUMÉ : Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque, En ligne, 2012. http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/INESSS_resume_interventionsobst%C3%A9triques_FR.pdf (Consulté le 5 mars 2013)

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). *Zero VAP Rate in the ICU by Reducing Time on Sedation*, Mercy Hospital, Buffalo, New York, USA, 2012. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/ImprovementStories/ZeroVAPRateinICUByReducingTimeonSedation.aspx> (Consulté le 2 mars 2012)

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). *Optimizing Patient Flow: Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings*, IHI Innovation Series white paper, Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2003. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/OptimizingPatientFlowMovingPatientsSmoothlyThroughAcuteCareSettings.aspx> (Consulté le 5 mars 2012)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Taux ajusté de mortalité par suicide*. Santéscope 2008. http://www.inspq.qc.ca/santescope/documents/TB_151_Taux_mort_suicide.pdf (Consulté le 5 mars 2012)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, 2007. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/772-AccServiSanteRapMetho.pdf> (Consulté le 5 mars 2012)

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 tool kit for healthcare board members and senior leaders*, 2010.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

JENCKS, S.F. et autres. «Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program», *The New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 14, 2009, p. 1418-28.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0803563>
 (Consulté le 10 mars 2012)

JOHNSON, L.D., MADDOX, P., ROCKHOLD, T.
Aspiration pneumonia: aspiration pneumonia bundle, 2010.
http://www.sageproducts.com/documents/pdf/education/symposia/vap/2168496_Aspiration-Pneumonia.pdf
 (Consulté le 16 mars 2012)

KAPLAN, R., et NORTON, D. P. «The Balanced Score Card-Measures that Drive Performance», *Harvard Business Review*, January-February 1992, p. 71-79.

KAPLAN, R., et NORTON, D. P. «Using the Balanced Score Card as a strategic Management System», *Harvard Business Review*, January-February 1996. p. 71-79.

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

LEMAY, A. «Une bonne stratégie de gestion et d'utilisation de l'information : Condition essentielle à l'amélioration de la qualité et de la performance», dans *Le système socio-sanitaire au Québec - Gouvernance, régulation et participation*. Gaëtan Morin Éditeur, Novembre 2006.

LEPOUTRE, R. & DE KERVASDOUÉ, J. *La Santé mentale des Français*. Éditions Odile Jacob, mars 2002, p. 114.
http://books.google.ca/books?id=1nz7qtO0uClC&pg=PA140&lpg=PA140&dq=Taux+d'occupation+lits+santé+mentale&source=bl&ots=Oy-R7GbgT_&sig=Otjlzn48r7w-b5C3ke6TTbW038&hl=en&sa=X&ei=5pVGT5KRfILu0gG-oCHDg&ved=0CEcQ6AEwBA#v=onepage&q=occupation&f=false (Consulté le 2 mars 2012)

LESLIE, W.D. et autres. «Trends in Hip Fracture Rates in Canada», *JAMA*. vol. 302, n° 8, p. 883-889.
<http://jama.ama-assn.org/content/302/8/883.full>
 (Consulté le 2 mars 2012)

MAYO CLINIC. VBAC - vaginal birth after C-section, avril 2010. <http://www.mayoclinic.com/health/vbac/MY01143> (Consulté le 2 mars 2012)

MICHIGAN 2010 HEALTH INDICATORS.
Health Systems 19: Preventable Hospitalizations.
http://www.michigan.gov/documents/mdch/CHI2010_WebFinal-19_340409_7.pdf (Consulté le 2 mars 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, p. 46. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
 (Consulté le 2 mars 2012)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.
Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la santé et des services sociaux, Québec, MSSS, 2010, 52 p.

NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL OF SINGAPORE.
Hospital Wide Indicators, Last modified in August 2010.
<http://www.nuh.com.sg/about-us/clinical-outcomes/hospital-wide-indicators.html> (Consulté le 2 mars 2012)

NOLTE, E. & MCKEE, M. *Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations*, Health Policy, 2011.
<http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2011/Sep/Variations-in-Amenable-Mortality.aspx>
 (Consulté le 12 mars 2012)

O'CALLAGHAN, T. «Too Many C-Sections: Docs Rethink Induced Labor», *Time Health*, August 2010.
<http://www.time.com/time/health/article/0,8599,2007754,00.html> (Consulté le 2 mars 2012)

OCDE. *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE – Résultats principaux*, Éditions OCDE, 2011.
<http://www.oecd.org/dataoecd/12/17/49084343.pdf>
 (Consulté le 2 mars 2012)

OMS. Recommandations de l'OMS : *Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement*, Fortaleza Brésil, avril 1985.
<http://accoucherautrement.free.fr/Recommandations-OMS.htm>
 (Consulté le 28 février 2012)

PAYEUR, Frédéric F. *La mortalité et l'espérance de vie au Québec*, Institut de la statistique du Québec, 2010.
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2011/coupdœil_sociodemo_no11.pdf
 (Consulté le 2 mars 2012)

Pietrzyk, A. et autres. *Hospital acquired pneumonia--analysis of frequency and etiology in Polish hospitals in 1998*, *Przegl Epidemiol*, vol. 54, n° 3-4, 2000, p. 259-269.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11349588>
 (Consulté le 2 mars 2012)

PULCINS, I. & WAN, E. «CIHI Survey: In-Hospital Hip Fractures in Canada: Using Information to Improve Patient Safety», *Healthcare Quarterly*, vol. 7, n° 4, 2004, p. 25-27.
<http://www.longwoods.com/content/16808>
 (Consulté le 2 mars 2012)

SAN FRANCISCO CHRONICLE. *Hip replacement is not viewed as high-risk surgery: Death is rare, but underlying medical condition a factor*, July 2007.
<http://www.sfgate.com/cgi-bin/article.cgi?f=/c/a/2007/07/22/MNGPCR4V651.DTL#ixzz1mUtSVoKw>
 (Consulté le 10 mars 2012)

SANMARTIN, C. et autres. *Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The factors that matter*.
 Statistiques Canada, 82-622-X No. 007, 2011.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011007-eng.pdf> (Consulté le 2 mars 2012)

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia*, 2010.
<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/119/index.html>
 (Consulté le 16 mars 2012)

SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F., et CONTANDRIOPOULOS, A.-P. «La performance organisationnelle des organismes publics de santé», *Ruptures*, Revue transdisciplinaire en santé, 1999, vol 6, no.1, p. 34-46.

ST. MARY MEDICAL CANTER. *Orthopedic Quality Measures*, Data collected in 2010.
<http://www.stmaryhealthcare.org/body.cfm?id=556684>
 (Consulté le 16 mars 2012)

STREIT, K. & KELLY, W. «Hospital Readmissions: Twenty-seven hospitals and health systems use data to pinpoint problem areas and opportunities for improvement (Maryland quality project)», *Patient Safety & Quality Healthcare*, April 2010.
<https://www.treoservices.net/sites/blogs/RichKeller/Treo%20Blog%20Library/Streit-Kelly%20readmissions%20psqh.pdf> (Consulté le 16 mars 2012)

TOURANGEAU, Ann E., et autres. «Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 57, no 1, January 2007, p. 32-44.

UNICEF. *Un bilan de la nutrition : Indicateurs nutritionnels*, n° 4, mai 2006.
http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2006n4/index_breastfeeding.html (Consulté le 2 mars 2012)

UNICEF UK. *UK Breastfeeding rates*. 2011.
<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/About-Baby-Friendly/Breastfeeding-in-the-UK/UK-Breastfeeding-rates/>
 (Consulté le 2 mars 2012)

WALTER, F.L. et autres. «Success of clinical pathways for total joint arthroplasty in a community hospital», *Clinical Orthopaedics and Related Research*, April 2007, p. 133-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17065839>
 (Consulté le 2 mars 2012)

WOODBURY, M. & HOUGHTON, P.E. «Prevalence of pressure ulcers in Canadian Healthcare settings», *Ostomy Wound Management*, vol. 50, n° 10, 2004, p. 22-38.
<http://cawc.net/images/uploads/resources/Woodbury.pdf>
 (Consulté le 28 février 2012)

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Nutrition: Infant and young child feeding data by country*.
<http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html#D> (Consulté le 16 mars 2012)



|aqesss|

**ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

505, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 400
Montréal, Québec H3A 3C2