

BILAN

2005 · 2010

Direction générale associée
à la coordination et aux
ressources humaines

Suivi des ententes de gestion et d'imputabilité

Portrait régional **Volume 1**

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec 

Édition

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination, rédaction et graphisme

Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Diffusion

Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante :

www.santeestrie.qc.ca

Dépôt légal

ISBN 978-2-923743-60-8 (version PDF)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives du Canada

© Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2011



Table des matières

INTRODUCTION	5
LES RÉSULTATS	11
1.1 Programme : Santé publique	13
1.2 Programme : Services généraux	31
1.3 Programme : Perte d'autonomie liée au vieillissement	39
1.4 Programme : Déficience physique	51
1.5 Programme : Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	59
1.6 Programme : Jeunes en difficulté	69
1.7 Programme : Dépendances	81
1.8 Programme : Santé mentale	85
1.9 Programme : Santé physique	93
2. Programmes soutien	123
3. Ressources humaines	125
CONCLUSION ET DÉFIS POUR LES 5 PROCHAINES ANNÉES	131
LISTE DES SIGLES	133

Introduction

En 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait à l'Assemblée nationale son Plan stratégique couvrant la période de 2005 à 2010. Ce document formulait les orientations et les engagements que le Ministère et son réseau entendaient réaliser au cours de ces années. Cette nouvelle approche dans la gestion des services de santé et des services sociaux était axée sur la production de résultats et sur l'imputabilité de l'administration publique face à l'atteinte de ceux-ci. Des ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) ont été prises entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Agences et entre les Agences et les établissements, ententes établissant des cibles à atteindre pour une série d'indicateurs nationaux et régionaux, ces derniers répondant à des priorités régionales.

Le cycle administratif 2005-2010 étant maintenant conclu, le but visé par ce bilan est de présenter un historique des résultats obtenus au cours de cette période quant aux indicateurs du suivi de l'EGI et d'apprécier, par la même occasion, si les cibles établies en 2005 pour 2010 ont été atteintes ou non.

Bilan des décisions concernant les ententes de gestion et d'imputabilité

Au cours des années 2005 à 2010, plusieurs décisions ont été prises par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie concernant les EGI ayant pour objectif, entre autres, d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et de lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins.

Cette section présente d'abord un survol des décisions concernant l'adoption des orientations régionales par programme-services. Par la suite, une mise en contexte sur l'historique de l'adoption des ententes entre le MSSS et l'Agence ainsi que des dossiers stratégiques de l'Agence est relatée. Finalement, le contexte budgétaire entourant le développement des EGI est dressé.

Orientations régionales des programmes-services

De 2005 à 2007, après une période de consultation auprès des établissements, organismes et instances concernés, le conseil d'administration de l'Agence a adopté les orientations régionales de tous les programmes-services : Perte d'autonomie liée au vieillissement et Services généraux (nov. 2005), Santé physique/volets lutte au cancer et soins palliatifs (oct. 2006), Santé mentale (déc. 2006), Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement et Déficience physique (fév. 2007), Dépendances (mai 2007), Jeunes en difficulté ainsi que Santé physique/prévention et gestion des maladies chroniques (oct. 2007). De plus, le conseil d'administration a adopté en juin 2010 le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Estrie, mis à jour en 2010.

Adoption des ententes de gestion et d'imputabilité et des dossiers prioritaires

La Loi sur l'administration publique prévoit que chaque ministère doit établir un plan stratégique qui oriente son action sur plusieurs années; il est imputable des résultats et doit en rendre compte à l'Assemblée nationale. La mise en place de ces pratiques de gouverne implique pour le Ministère, les agences et les établissements une reddition de comptes rigoureuse, une cohérence accrue entre les secteurs d'activités et une adaptation des façons de faire. L'impact de ces ententes doit viser l'amélioration de l'accès, de la continuité et de la qualité des services dispensés à la population.

L'engagement public pris par l'Agence et les établissements en regard d'objectifs ministériels mesurables par des indicateurs vise l'imputabilité des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Cette imputabilité modifie la dynamique de gestion et conduit les partenaires du réseau à œuvrer ensemble à l'atteinte d'objectifs dont ils sont solidairement responsables. Ces

objectifs ont amené le MSSS à opter pour une démarche de gestion fondée sur une relation d'échange et d'entente partenariale avec les agences, démarche que l'Agence reproduit avec les établissements. L'EGI est donc prévue pour encadrer l'exercice des responsabilités et obligations des organisations et des gestionnaires reliées aux changements dans l'évolution des services offerts à la population. Elle doit porter sur des objets sur lesquels les gestionnaires des agences et des établissements ont une réelle capacité d'action et permettre ainsi au Ministère, agences et établissements et aux gestionnaires d'assumer adéquatement leur responsabilité d'imputabilité et de reddition de comptes sur la gestion qui est faite des fonds publics dévolus au domaine sociosanitaire.

Depuis 2005, le conseil d'administration de l'Agence a adopté à chaque année des EGI ainsi que des dossiers prioritaires.

C'est le 19 mai 2005 que la première EGI MSSS - Agence est adoptée par le CA en tenant compte des budgets de développement accordés à la région. Au cours de la même année, soit le 17 octobre 2005, les dossiers prioritaires furent adoptés. Les dossiers prioritaires identifiés étaient en lien avec les priorités ministérielles et ont été sélectionnés en raison de problématiques particulières ou des enjeux qui les entourent.

Le 17 mai 2006, l'EGI 2006-2007 est adoptée (et tient compte des opportunités et de contraintes propres à chacun des établissements). Le 25 octobre 2006, les dossiers prioritaires sont adoptés, dont le plan régional de la planification de la main d'œuvre, les saines habitudes de vie et la prise en charge de la clientèle orpheline vulnérable.

Le 16 mai 2007, l'EGI 2007-2008 est adoptée par le CA. L'adoption d'un addenda à l'EGI est nécessaire à la fin de l'été, suite à la confirmation d'importants budgets de développement pour la région. Le 27 février 2008, les priorités régionales 2008-2009 sont adoptées et reposent plus particulièrement sur la prise en charge des clientèles vulnérables, l'accès à la 1^{re} ligne en santé physique, aux services d'imagerie et en consultation spécialisée. De plus, on vise le renforcement de la santé mentale en 1^{re} ligne et auprès de la clientèle PALV. Enfin, le développement des ressources alternatives est attendu ainsi que le renforcement des services de 1^{re} ligne.

En 2008, c'est sur la base de la nouvelle démarche de décentralisation, annoncée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, que l'Agence a convenu des EGI 2008-2009 avec chacun des établissements de la région. L'implantation graduelle de cette nouvelle culture de gestion se voulait un moyen incontournable pour améliorer la performance du réseau. En tant qu'instance responsable de l'allocation des ressources aux établissements et de la coordination de l'ensemble des services, de leur qualité et de leur pertinence, l'Agence s'est assurée que les offres de service incluaient des mesures d'amélioration de l'accessibilité aux services et de la productivité, de l'annualisation des engagements 2008-2009 et des efforts afin d'atteindre les cibles 2010. En mai 2008, le CA de l'Agence a adopté les offres de service 2008-2009 des 13 établissements publics de l'Estrie. Ces offres de service tenaient lieu de contrat tout comme l'EGI. Le 8 mai 2008, les priorités régionales 2008-2009 sont adoptées, en indiquant au MSSS que la priorité numéro 1 est la prise en charge des clientèles vulnérables.

À l'instar de la démarche initiée l'année précédente, l'Agence a convenu des EGI 2009-2010 avec les établissements. Le 22 juin 2009, le CA adoptait ces offres de service ainsi que les priorités régionales 2009-2010, partant des objectifs visés dans le plan pluriannuel 2008-2011. À l'automne 2009, avec l'adoption des budgets de développement pour les programmes-services DI-TED et DP de la région, les établissements concernés ont soumis une offre de service à l'Agence afin de poursuivre l'implantation du « Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience - Afin de faire mieux ensemble ».

Enfin, des changements au cycle administratif 2010-2015 ont été introduits par le MSSS au cours de l'année 2010-2011 et celle-ci a été une année de transition. Le CA de l'Agence a tout de même adopté en juin 2010 les offres de service 2010-2011 des établissements sous la base des mêmes attentes signifiées, précédemment, pour une 3^e année.

Adoption des dossiers stratégiques

Les dossiers stratégiques sont en lien avec les orientations ministérielles dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus pour le territoire de sa région. Les nombreux défis à relever ont amené l'Agence, en collaboration avec le réseau des établissements et les partenaires, à faire des choix judicieux, à intensifier ses efforts et à innover dans ses façons de faire.

En décembre 2007, le CA adoptait un plan stratégique de planification de la main d'œuvre. Le Plan stratégique 2007-2012 élabore des stratégies novatrices pour recruter et vise la diversification du bassin de main d'œuvre potentielle, le soutien à la préparation à l'emploi, l'amélioration des processus de recrutement, l'accroissement du taux de rétention du personnel, ainsi que la bonification de l'offre de service de formation.

Le 27 février 2008, la démarche d'amélioration du Plan stratégique 2008-2011 est amorcée. Pour les acteurs du réseau, l'implication a permis de réfléchir sur l'environnement interne et externe de notre région, d'identifier les enjeux, les forces et les secteurs à améliorer, et de développer un consensus sur les priorités, les résultats à atteindre et les stratégies d'action. L'affirmation de nos valeurs et la vision du devenir de notre réseau ont été au cœur de la discussion. Trois grands enjeux se sont dégagés du contexte. La première, une consolidation de l'organisation des services de santé et des services sociaux, en partenariat avec les établissements et les organismes communautaires, adaptés aux besoins de la population pour assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services, avec une optimisation de l'utilisation des ressources. La deuxième, la maximisation de notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation à l'évolution de la pénurie actuelle et appréhendée en ressources humaines, dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. La troisième, le développement et la mise en œuvre d'actions efficaces en promotion de la santé et de bien-être, en prévention des maladies et en protection de la santé humaine.

Le tableau ci-après présente les principaux défis qui étaient à relever pour la période 2008-2011.

C'est en décembre 2008 que le CA adoptait le Plan pluriannuel 2008-2011. Cette planification nous a guidés jusqu'en 2010 pour l'élaboration de nos priorités annuelles.

La récente planification stratégique 2010-2015* du MSSS nous a amenés à élaborer un plan stratégique régional 2010-2015† en continuité avec le plan 2008-2011. Nous y retrouvons un enjeu supplémentaire portant sur la performance ainsi que des modifications sur les trois autres enjeux.

* Plan stratégique 2010-2015 du MSSS

† Plan stratégique régional 2010-2015 (Estrie)

Défis 2008-2011[‡]**L'offre de services de santé et de services sociaux et l'accessibilité**

- L'intensification de la prévention et de la promotion dans tous les programmes-services.
- L'organisation de la 1^{re} ligne en santé mentale et l'accès aux services spécialisés.
- Le développement d'alternatives à l'hébergement.
- L'accès à un médecin de famille pour l'ensemble de la population, en particulier pour les clientèles vulnérables.
- L'accès aux services médicaux spécialisés.

Le partenariat et la mise en réseau des services

- Le travail en réseau et le continuum des soins.
- Le partenariat entre les différents acteurs du réseau de services : établissements, inter-établissements, organismes communautaires, partenaires intersectoriels.
- La participation des médecins aux équipes multidisciplinaires.
- L'arrimage de la 1^{re} ligne et de la 2^e ligne pour les services médicaux et pour l'ensemble des programmes-services.
- L'arrimage des priorités de chaque établissement et la prise de décision en réseau de partenaires.

La performance

- La disponibilité d'outils de comparaison et d'information de gestion.
- La réduction des listes et des délais d'attente pour l'accès aux services de diagnostic, de chirurgie, de santé mentale, de déficience physique et de déficience intellectuelle.

La qualité

- La promotion du régime de traitement des plaintes par des actions d'information et l'implication de tous les acteurs concernés par le traitement des plaintes.
- La qualité des données cliniques et leur accessibilité.
- L'amélioration de la qualité des services et la gestion des risques.
- La réduction des infections nosocomiales dans les établissements.

La gestion des ressources

- L'attraction, la rétention, le développement de la main-d'œuvre et la réorganisation du travail.
- La capacité d'utiliser de façon optimale les compétences de notre main-d'œuvre.
- Le financement des budgets d'opération récurrents des projets de construction en cours.
- L'optimisation des ressources informationnelles pour les établissements et l'Agence, le dossier régional informatisé accessible à tous les établissements.

[‡] Plan pluriannuel 2008-2011

Contexte budgétaire entourant les EGI

Dans les dernières années, le MSSS a consenti des enveloppes additionnelles à la budgétisation historique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces allocations allouées à chaque région étaient réparties par programme sur une base populationnelle prenant en compte les besoins de la population, les caractéristiques régionales et tous autres critères. Ces allocations budgétaires incluent une enveloppe pour l'indexation spécifique des médicaments et fournitures médicales ainsi que des budgets en développement et en transition.

En fonction des priorités nationales et régionales et en utilisant les méthodes d'équité adoptées par les différentes instances de l'Agence de l'Estrie, la répartition de ces sommes consentie par le MSSS à notre région était effectuée par programme et par établissement. Le versement de ces allocations était lié en grande majorité à des obligations de résultats, inscrites dans les ententes de gestion et d'imputabilité.

Le tableau ci-après montre que depuis 2005-2006, l'Agence a attribué 58,5 M\$ en allocations supplémentaires aux établissements et organismes communautaires de notre région. On constate qu'une proportion importante de ces allocations a été allouée en 2007-2008 et 2008-2009 alors que pour l'exercice 2009-2010 le MSSS n'a ciblé que deux programmes pour l'attribution de ces allocations supplémentaires. Ces deux programmes-services sont : la déficience physique et la déficience intellectuelle et le trouble envahissant du développement. Pour les organismes communautaires en 2009-2010 des montants se retrouvent toutefois dans chacun des autres programmes, car la portion des allocations allouées à ces derniers a été répartie, à leur demande, entre tous les programmes, et ce, conformément à la méthode de répartition utilisée pour les organismes communautaires.

Depuis plusieurs années, c'est le programme santé physique qui reçoit la majorité des allocations, principalement à cause des sommes attribuées annuellement pour les coûts de système spécifique. Outre ce programme, celui en perte d'autonomie a été au cœur des préoccupations du MSSS compte tenu du vieillissement de la population. Depuis 5 ans, c'est 9,5 M\$ qui lui ont été consacrés afin de répondre aux besoins de cette clientèle, notamment en augmentant les services à domicile ou l'accessibilité aux services spécialisés. De plus, des investissements majeurs ont aussi été faits dans le programme santé mentale pour soutenir entre autres, l'urgence psychiatrique, les services de première ligne et le soutien dans la communauté. Quant au programme soutien, les montants ont principalement été utilisés pour supporter des priorités régionales.

Investissements – Base annualisée
2005-2006 à 2009-2010
GLOBAL
(Établissements + Organismes communautaires)

Programmes	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Total 5 ans
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1.1 Santé publique	131 000	238 270	444 423	296 080	13 546	1 123 319
1.2 Services généraux		125 709	705 559	228 880	17 827	1 077 975
1.3 Perte d'autonomie	2 929 973	1 546 483	2 169 593	2 588 071	322 639	9 556 759
1.4 Déficience physique	163 790	156 353	910 753	645 497	509 204	2 385 597
1.5 Déficience intellectuelle et TED	81 345	401 112	886 938	558 309	736 870	2 664 574
1.6 Jeunes en difficulté	608 284	148 699	822 903	354 302	10 923	1 945 111
1.7 Dépendances	160 000	60 325	247 347	220 596	7 246	695 514
1.8 Santé mentale	1 066 485	880 192	2 140 052	1 763 448	174 301	6 024 478
1.9 Santé physique	5 490 713	4 628 969	6 785 895	6 070 083	4 269 143	27 244 803
2.1 Soutien aux services	1 311 438	275 815	1 519 079	1 552 962	241 506	4 900 800
2.2 Gestion bâtiments équipements		6 277	627 111	267 407		900 795
Total régional	11 943 028	8 468 204	17 259 653	14 545 635	6 303 205	58 519 725

Les résultats

Voici donc le bilan des résultats des indicateurs liés au suivi de gestion des années 2005-2010 pour tous les programmes-services de la région de l'Estrie.

Pour chacun des programmes, une brève description est énoncée. Les réalisations intéressantes en regard de ce programme sont soulignées suivies des défis à relever. Par la suite, la présentation des résultats des indicateurs est structurée en fonction des axes et des objectifs visés dans la planification stratégique 2005-2010 du MSSS.

Le choix des indicateurs présentés est établi de la façon suivante :

- tous les indicateurs nationaux;
- les indicateurs régionaux inclus à l'EGI faisant l'objet d'un suivi en 2009-2010;
- les indicateurs régionaux en suivi de programme, faisant l'objet d'un engagement, qui présentent des informations importantes dans la gestion du programme-service.

Pour certains indicateurs nationaux, le rang de la région de l'Estrie est souligné par rapport aux autres régions du Québec en fonction de l'atteinte de la cible ministérielle établie pour 2010.

Avant la présentation des résultats, il est important de mentionner que des travaux ont été réalisés dans la banque commune au fil des années et ont eu un impact sur les résultats présentés de même que les changements des programmes clientèle vers les programmes-services.

Jusqu'en 2003 l'appellation des programmes était définie en programme-clientèle. Cette appellation pouvait être une source de confusion car elle référerait davantage à un groupe de personnes qui partagent une problématique commune ou encore à un groupe d'âge ou à une catégorie de personnes. Pour le contour financier, il était important de s'assurer que des critères tels que l'âge, le sexe, la catégorie ne puissent être appliqués et que ce n'était pas des personnes que l'on voulait classer dans les programmes, mais un ensemble de services pour répondre à un besoin. Ainsi, en 2004, l'appellation programme-clientèle fut remplacée par programme-services.

L'élément utilisé au cadre normatif pour la gestion des programmes-clientèle était l'élément profil d'intervention. La nomenclature de cet élément fut révisée en 2004 pour utiliser le découpage programme-services. La majorité des indicateurs de gestion de la mission CLSC utilisent l'élément profil d'intervention pour les critères de calculs.

En Estrie, l'année 2004-2005 fut une année d'appropriation et de formation de ces nouvelles définitions des profils d'intervention. Au cours de l'année 2005-2006, les CSSS ont travaillé sur la qualité de la saisie des données surtout au soutien à domicile. Les constats de ces travaux : le nombre d'interventions par programme-service a grandement augmenté par contre, le nombre d'usagers a diminué. Malgré la baisse du nombre d'usagers par programme-services au soutien à domicile, le nombre d'usagers total était tout de même en hausse.

Dans chacun des CSSS, l'intérêt et l'engagement vis-à-vis la fiabilité des données a augmenté et il existe maintenant des routines de validation des données.

1.1 Programme : Santé publique

Le programme Santé publique vise à améliorer la santé et le bien-être général de toute la population en agissant en amont des problèmes. Il vise également à diminuer les inégalités de santé et de bien-être, notamment par des activités de promotion et de prévention auprès des clientèles les plus vulnérables.

Réalisations intéressantes

Direction de santé publique :

- Actualisation du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et sa mise à jour 2010.
- En 2009, préparation et déploiement des six stratégies de santé publique du Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza : la surveillance, la gestion des cas et des contacts, les antiviraux en prophylaxie, la prévention des infections, les mesures populationnelles et la vaccination.
- Signature d'une ordonnance collective régionale pour les thérapies de remplacement de la nicotine pour les personnes consultant un centre d'abandon du tabac (CAT).

Promotion - prévention de la santé :

- Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) rejoignent un grand nombre de familles réparties dans l'ensemble de la région. Les parents et les enfants bénéficient d'une intervention fréquente et soutenue.
- Les centres d'abandon du tabagisme (CAT) fonctionnent et dépassent maintenant les engagements régionaux.
- L'introduction d'outils de détection de la toxicomanie DÉBA-A/D et DEP-ADO et le programme Alcochoix+ ont été mis de l'avant.
- Les deux volets du programme de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus ont été implantés dans l'ensemble de la région soit : l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) et l'intervention multifactorielle non personnalisée (PIED).
- Le volet préventif du Programme intégré de prévention des maladies chroniques s'est concrétisé par l'adoption en 2007 du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- La mise en place du Comité régional estrien sur les saines habitudes de vie réunissant les partenaires intersectoriels impliqués dans le Plan d'action

gouvernemental sur les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 a été réalisée en 2008.

Protection en maladies infectieuses et santé environnementale

- Les infections nosocomiales ont fait l'objet d'un suivi rigoureux.
- La Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) a adapté et proposé un tableau de bord permettant aux établissements de suivre les différentes composantes de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales.

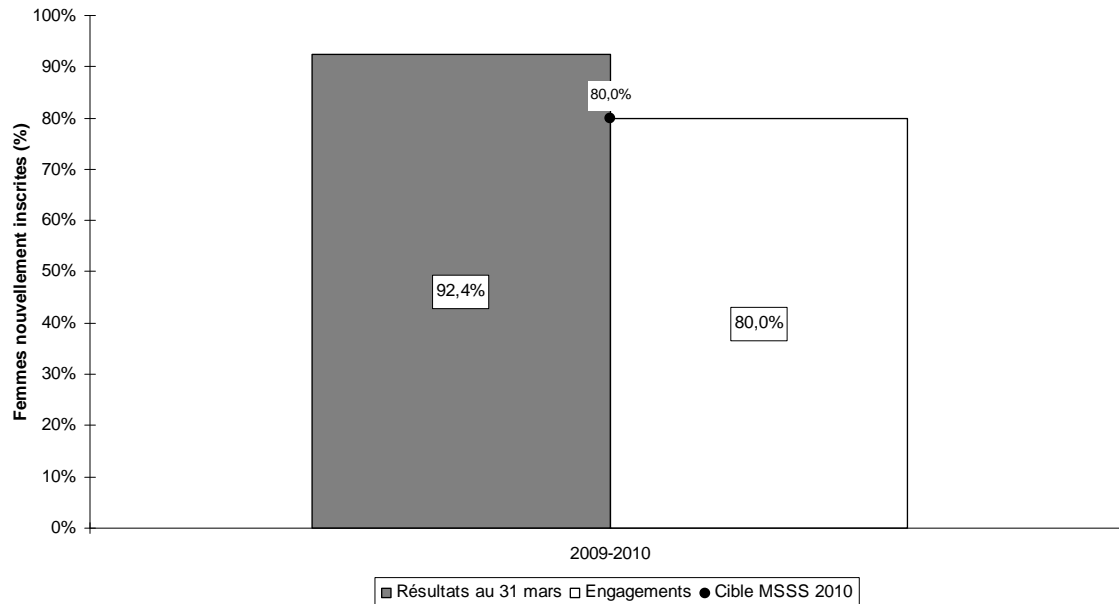
Défis à relever

- La coexistence et l'harmonisation des deux programmes « Réseau Parent'Aise et SIPPE », représentent un enjeu de taille pour les prochaines années.
- Augmenter le nombre de jeunes bénéficiant du suivi intensif du programme FLUPPY.
- Amorcer le déploiement de l'application des agents de scellement dentaire auprès des élèves de 12 à 15 ans (secondaire) et accentuer les efforts afin d'allouer des ressources humaines et matérielles nécessaires au déploiement complet de cette activité.
- Maintenir accessible les services de cessation tabagique et assurer un remplacement des intervenants des centres d'abandon du tabac (CAT) quand ils sont absents (Ex. : période estivale).
- Des efforts sont à poursuivre quant à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales dans les établissements de l'Estrie, et ce, tant au niveau du nombre d'infirmières affectées à ce programme, de la présence d'un comité de prévention et de contrôle que de l'instauration d'un programme structuré.
- Compléter le développement d'un plan d'action régional afin d'augmenter les couvertures vaccinales des enfants.

Axe : Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale

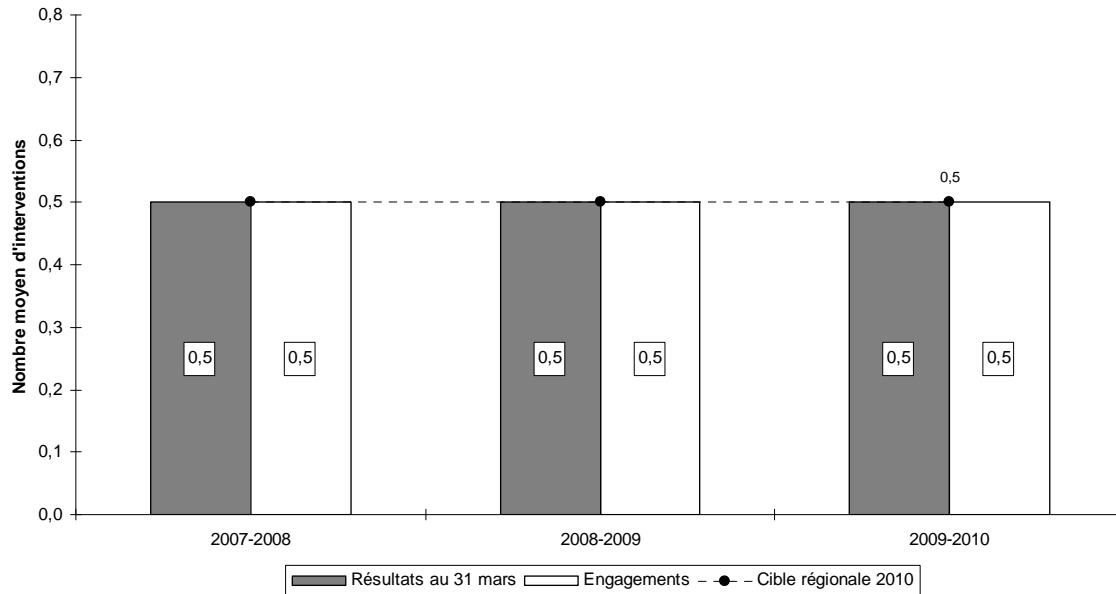
Objectif visé : Augmenter l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

1.1.12 Proportion de femmes ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010 et suivies dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)



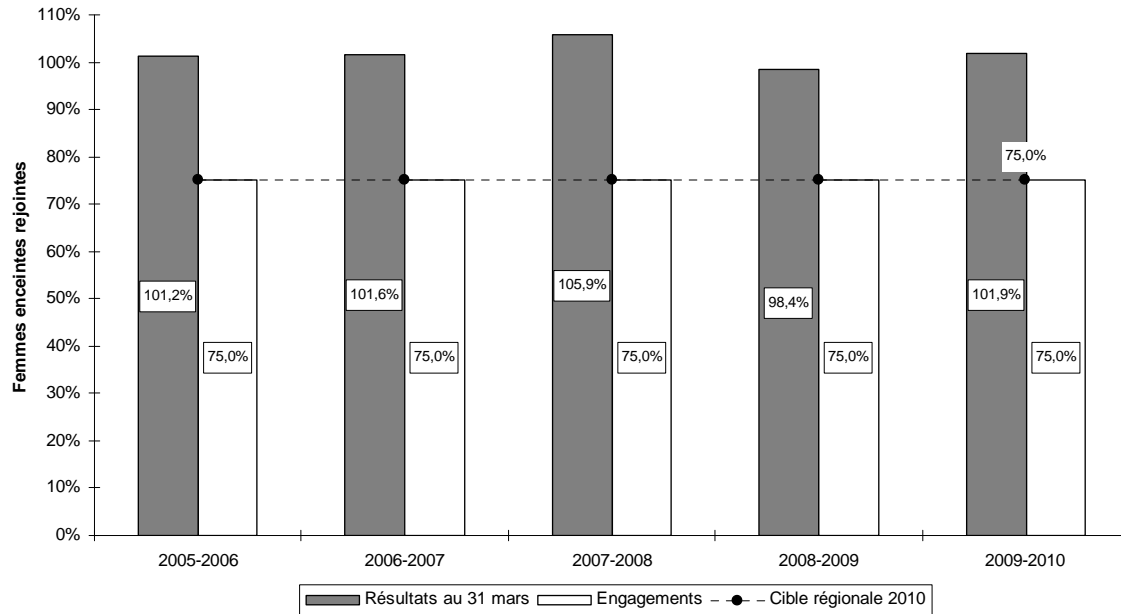
L'appréciation de ce programme étant toute récente, seule l'année 2009-2010 figure au bilan. L'objectif ministériel a largement été atteint puisque 92,4 % de la clientèle cible de l'Estrie a été rejointe.

La région fait aussi bonne figure sur le plan provincial, si on la compare aux autres régions, puisqu'elle se classe au 3^e rang de 16 régions, la moyenne du Québec n'étant que de 69 % au 31 mars 2010.

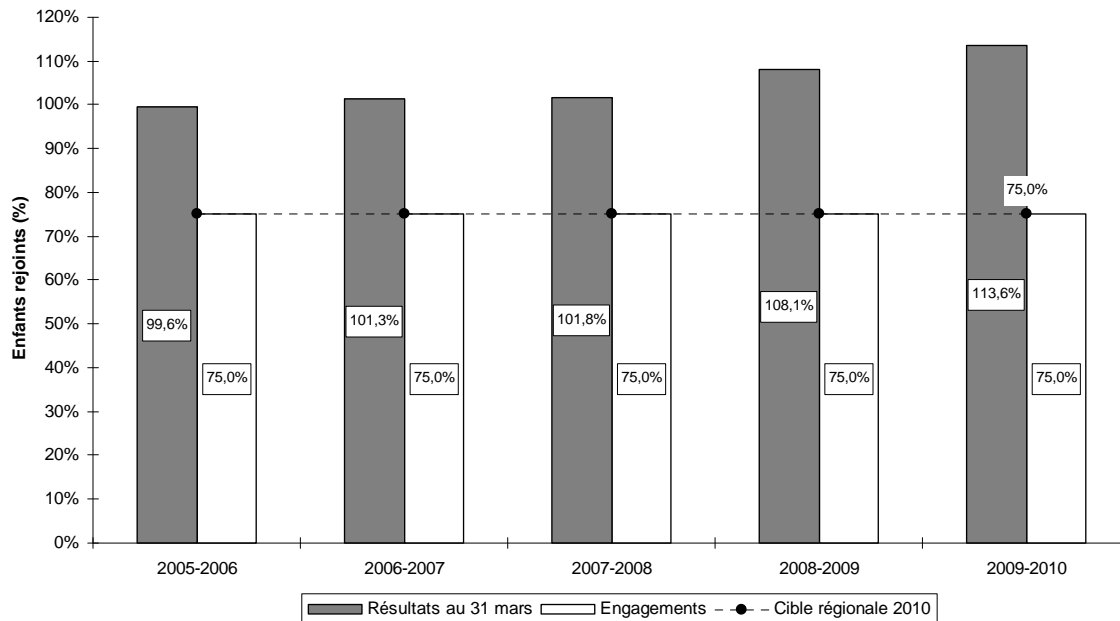
R1.1.3E Nombre moyen d'interventions hebdomadaires réalisées, au total et à domicile, dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Les engagements annuels, établis à 0,5 intervention par semaine, ont été respectés à la lettre au cours des 3 années, et ce, peu importe la période d'intervention (prénatal ou postnatal).

R1.1.2E Proportion de femmes enceintes rejointes par le Programme intégré 0-5 ans⁴



R1.1.6E Proportion d'enfants rejoints par le programme intégré 0-5 ans^{*}



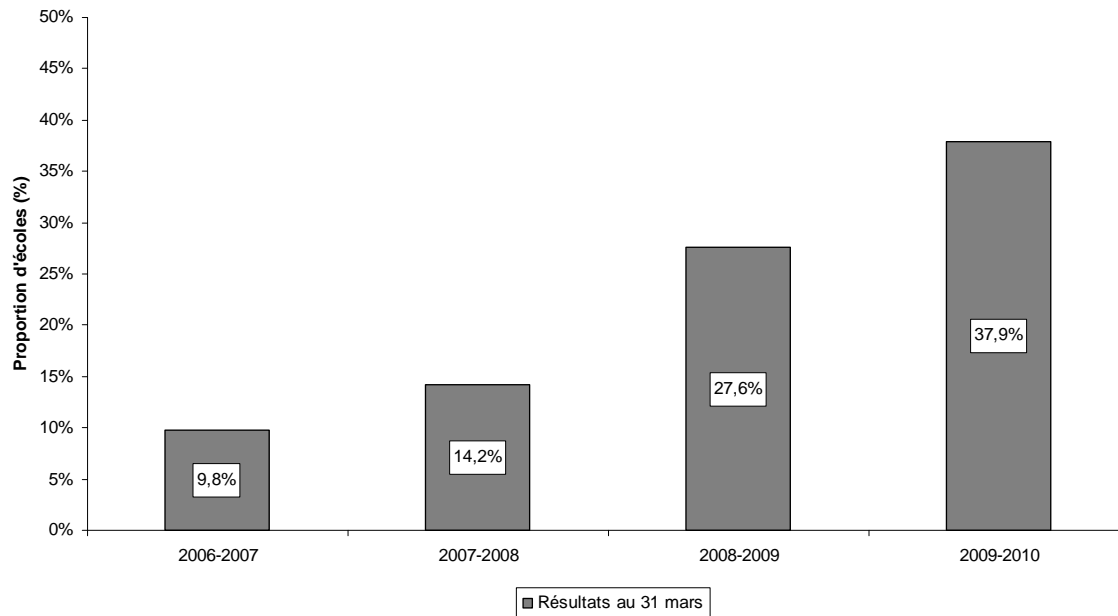
⁴ Le Programme intégré 0-5 ans correspond aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

^{*} Le Programme intégré 0-5 ans correspond aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Le nombre de femmes enceintes et d'enfants rejoins représente près de 100% de la clientèle et il dépasse les engagements pris année après année.

Objectif visé : Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé* (AÉS)



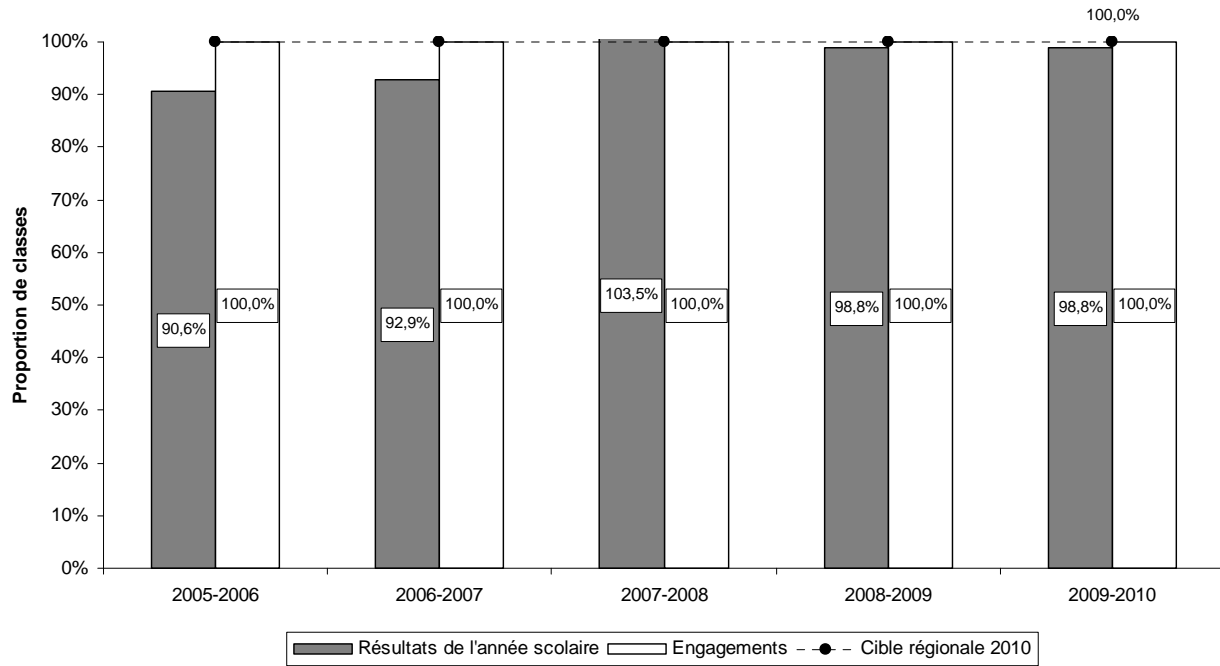
Cet indicateur a connu une croissance régulière, passant de 9,8 % en 2006-2007 à 37,9 % en 2009-2010. Or, il semble que les données de cet indicateur soient sous-estimées, entre autres, dû à des contraintes découlant de l'utilisation du système d'information GESTRED pour la compilation des données. Si durant une année, une école poursuit son implantation de l'approche « École en santé » mais sans faire appel à un des intervenants du CSSS, aucune activité ne sera enregistrée pour celle-ci et elle sera exclue du décompte des écoles participantes pour l'année en question. Cette problématique est connue du MSSS et concerne tous les CSSS de la province.

La DSPE, les commissions scolaires et les CSSS produisent un état de situation annuel permettant de suivre précisément l'implantation de l'AÉS dans la région.

De plus, l'implantation de l'approche « École en santé » est une démarche volontaire puisque les écoles ne sont pas sous l'obligation d'y adhérer. Cette situation explique, entre autres, pourquoi cet indicateur n'a pas de cible ministérielle.

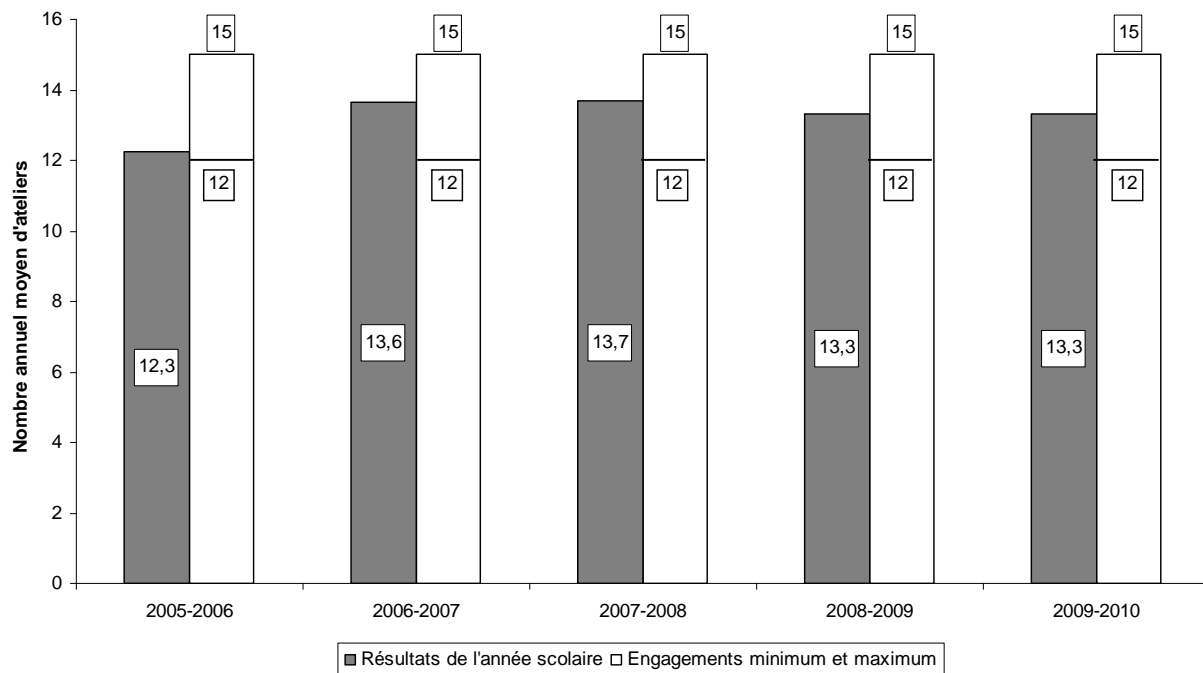
Objectif visé : Augmenter l'accès au programme Fluppy.

R1.1.13S Proportion de classes de maternelle ciblées qui appliquent le programme de développement des habiletés sociales FLUPPY



La proportion de classes de maternelle ciblées qui appliquent le programme de développement des habiletés sociales FLUPPY a augmenté au cours des 3 premières années pour atteindre la cible de 100 % en 2007-2008 et s'est, par la suite, stabilisée à ce niveau.

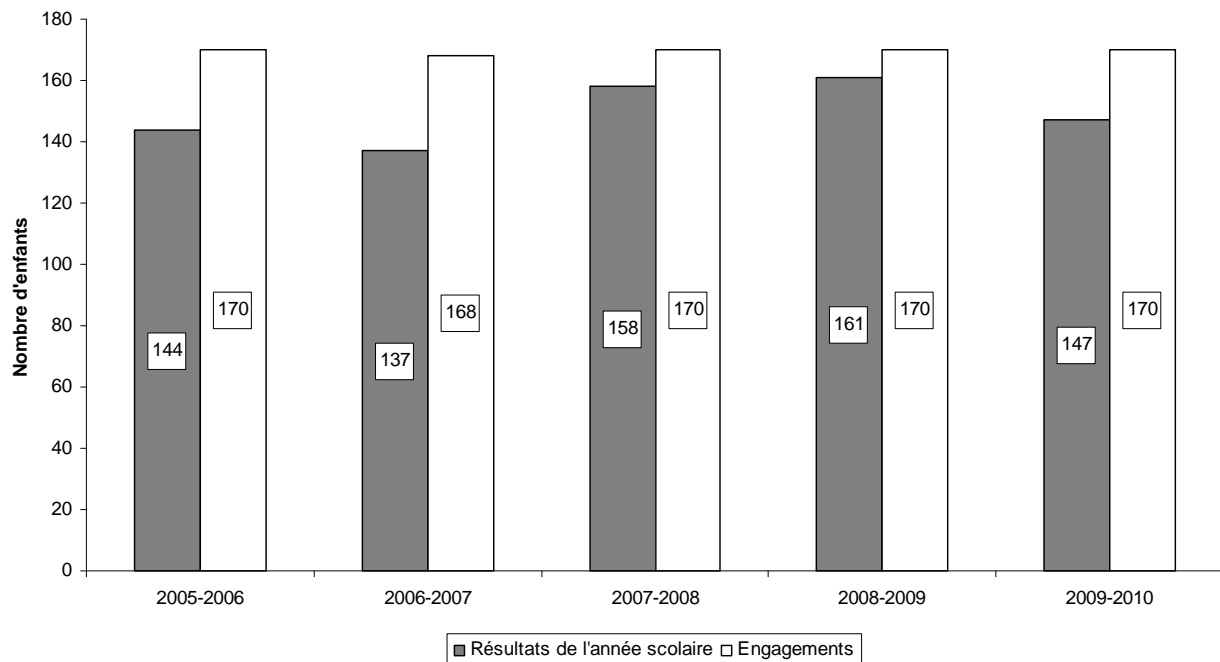
Cet indicateur mesure le niveau d'implantation du programme FLUPPY.

R1.1.15S Nombre annuel moyen d'ateliers FLUPPY réalisés par classes de maternelle

Le nombre annuel moyen d'ateliers FLUPPY réalisés par classes de maternelle en Estrie s'est systématiquement situé à l'intérieur de l'intervalle visé de 12 et 15, d'année en année, ce qui rencontre les engagements régionaux.

Cet indicateur est en lien avec l'efficacité de la composante « Enfant » du programme.

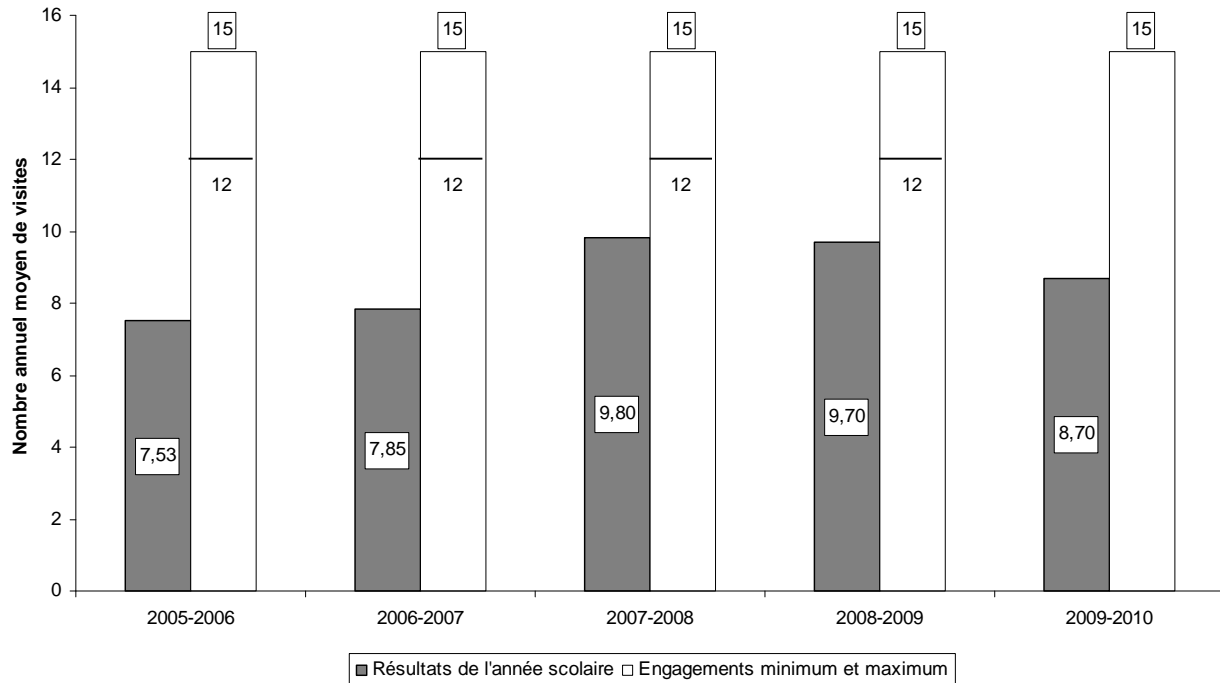
R1.1.16S Nombre d'enfants participant au programme FLUPPY en classe et bénéficiant du suivi intensif



Le nombre d'enfants participant au programme FLUPPY en classe et bénéficiant du suivi intensif a régulièrement augmenté au cours des 4 premières années, passant de 144 enfants en 2005-2006, à 162 en 2008-2009 pour finalement chuter à 147 en 2009-2010, soit un taux d'atteinte de la cible régionale de 86,4 %.

Cet indicateur sert à démontrer la pénétration de la composante « Famille » du programme FLUPPY.

R1.1.17E Nombre annuel moyen de visites par enfant bénéficiant d'un suivi intensif dans le cadre du programme FLUPPY

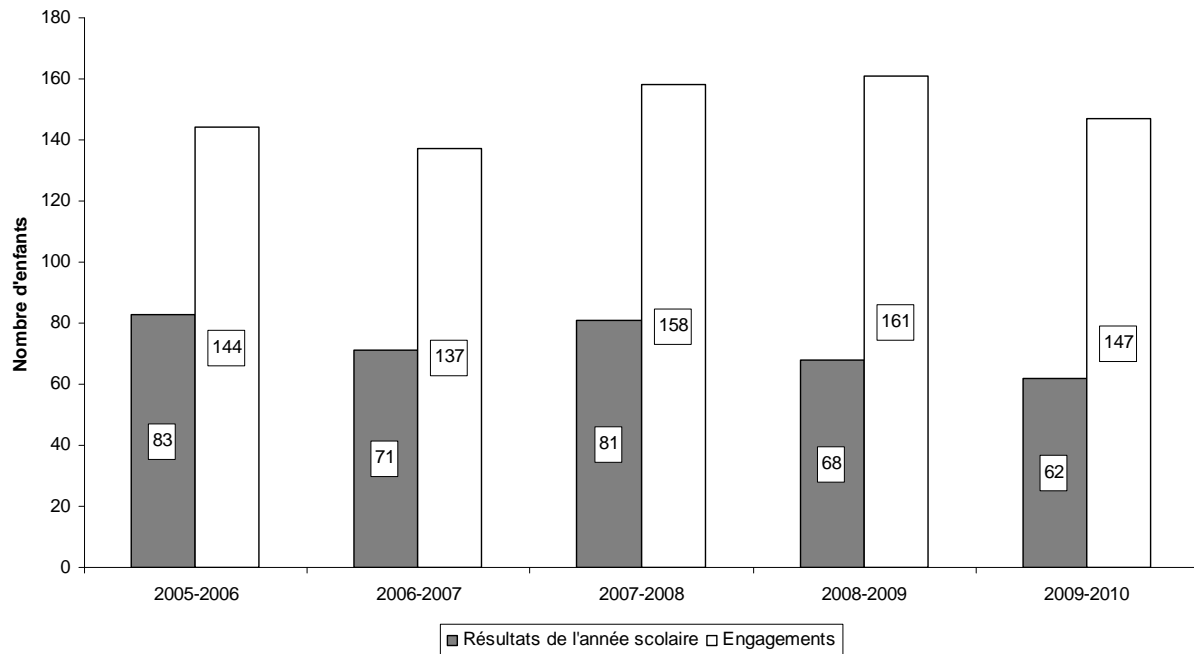


Bien que les résultats se soient régulièrement améliorés au cours des 4 premières années, ils ont régressé en 2009-2010 pour se situer à 8,7 visites en moyenne par année par enfant bénéficiant d'un suivi intensif dans le cadre du programme FLUPPY. Sur l'ensemble des 5 années, les résultats sont toujours demeurés sous les engagements régionaux. Or, l'atteinte de ces engagements permettrait une meilleure efficacité du programme (intensité du suivi).

Les visites à domicile constituent une cible relativement difficile à atteindre. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les moyennes plus faibles :

- le refus de certaines familles d'adhérer au suivi à domicile;
- l'abandon par les familles du suivi après quelques visites à domicile;
- les difficultés d'établir une alliance thérapeutique avec certaines familles issues de communautés culturelles spécifiques (essentiellement à Sherbrooke);
- le début tardif de l'intervention familiale et scolaire dans certaines MRC;
- la difficulté de recruter 2 familles par classe de maternelle dans les écoles situées en milieu rural où on ne compte que de 10 à 12 enfants par classe.

R1.1.18S Nombre d'enfants bénéficiant du suivi intensif dans le cadre du programme FLUPPY pour lesquels un plan d'intervention a été codé



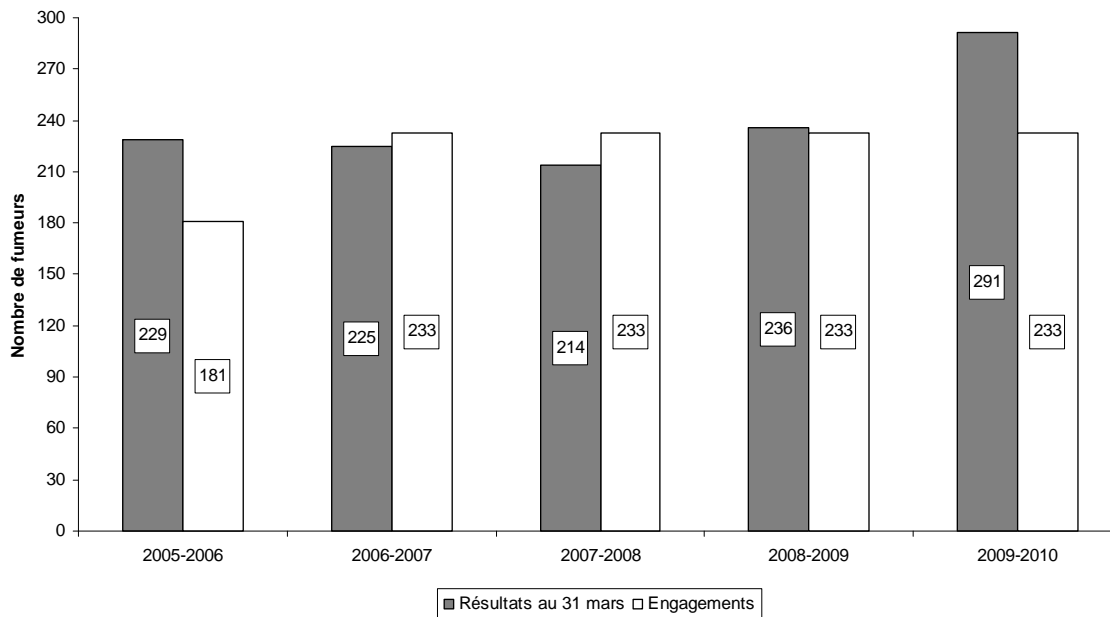
Le nombre d'enfants bénéficiant du suivi intensif dans le cadre du programme FLUPPY pour lesquels un plan d'intervention a été codé est en baisse depuis le début de la période de 5 ans, passant de 83, en 2005-2006, à 62, en 2009-2010.

L'atteinte de la cible liée au suivi intensif familial est tributaire de l'acceptation de l'intervention par les parents. Dans certains territoires, on observe un taux de refus de près de 50 % des parents. De plus, en milieu rural, le nombre limité d'enfants fréquentant les classes de maternelle ne permet pas de cibler nécessairement 2 enfants par classe, ce qui limite le nombre potentiel de familles à soutenir.

Axe : Habitudes de vie et maladies chroniques

Objectif visé : Augmenter le nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT).

R1.1.20S Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)

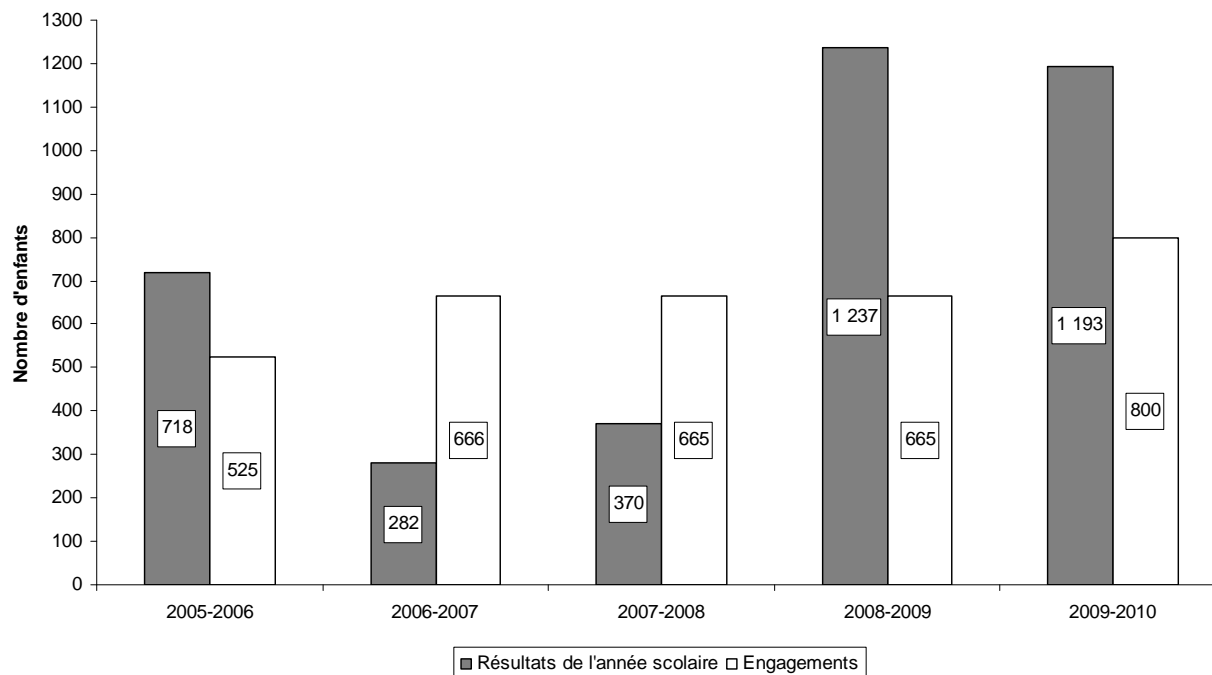


Après avoir connu un bon départ, le nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme en Estrie a subi un recul, en 2006-2007 et 2007-2008, puis a atteint à nouveau les engagements en 2008-2009 pour finalement les dépasser, en 2009-2010.

Depuis 2006, il est à noter que des rencontres de groupes en cessation tabagique sont offertes dans certains CAT et que le nombre de fumeurs participant ne sont pas inclus à l'indicateur ci-dessus. L'Indicateur ne tient compte que du nombre de fumeurs vus en consultation individuelle.

Objectif visé : Augmenter le nombre d'enfants de maternelle à secondaire IV (5 à 15 ans) ayant bénéficié d'une application d'agents de scellement dentaire, au cours de l'année scolaire.

R1.1.30E Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agents de scellement dentaire

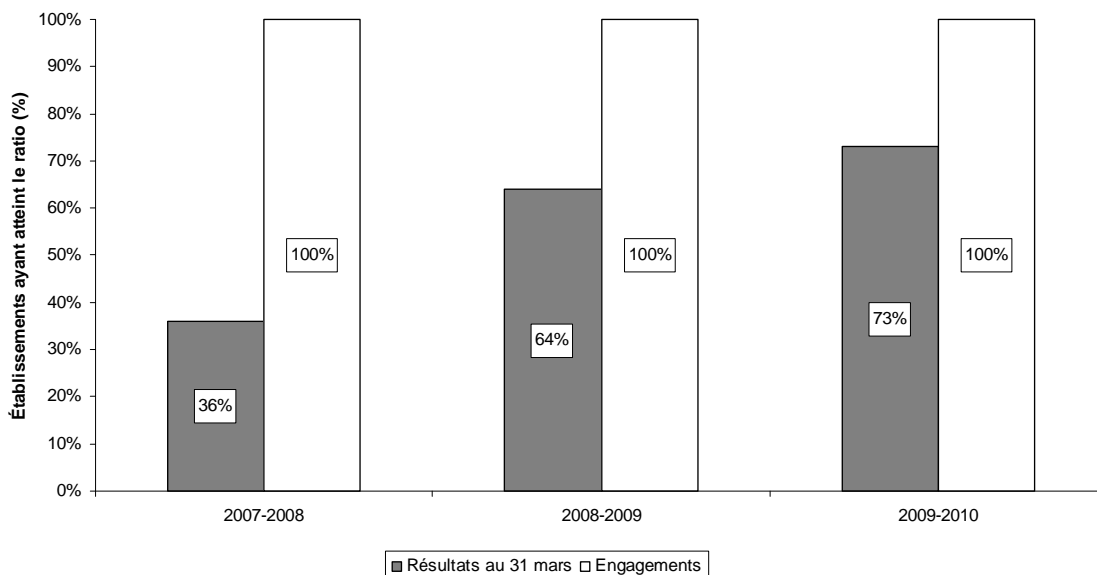


En 2005-2006, le résultat atteint (718 jeunes) a dépassé de 37 % l'engagement régional, tandis que les résultats pour les 2 années suivantes (282 et 370 jeunes) ont été inférieurs (respectivement de 42 % et 56 %) aux engagements (666 et 665). Cette baisse est due à la cessation de l'utilisation d'appareils non homologués pour appliquer le scellant. Grâce à de nouveaux équipements homologués, un rattrapage s'est effectué au cours des années 2008-2009 et 2009-2010 avec un total de 1 237 et 1 193 jeunes, respectivement. Les engagements régionaux de 665 et de 800 jeunes ont donc été dépassés au cours de ces 2 dernières années.

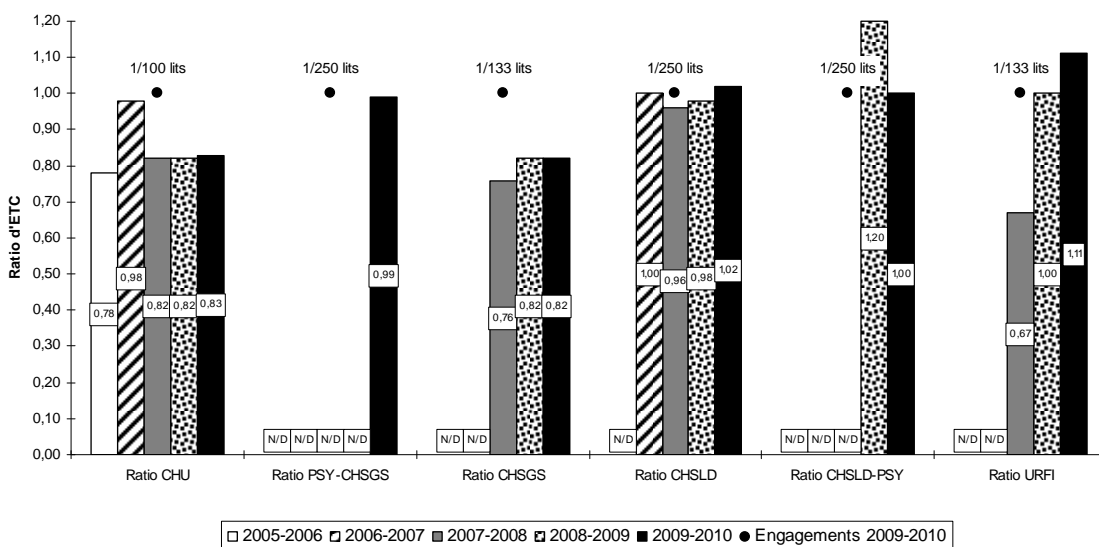
Axe : Maladies infectieuses

Objectif visé : Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales.



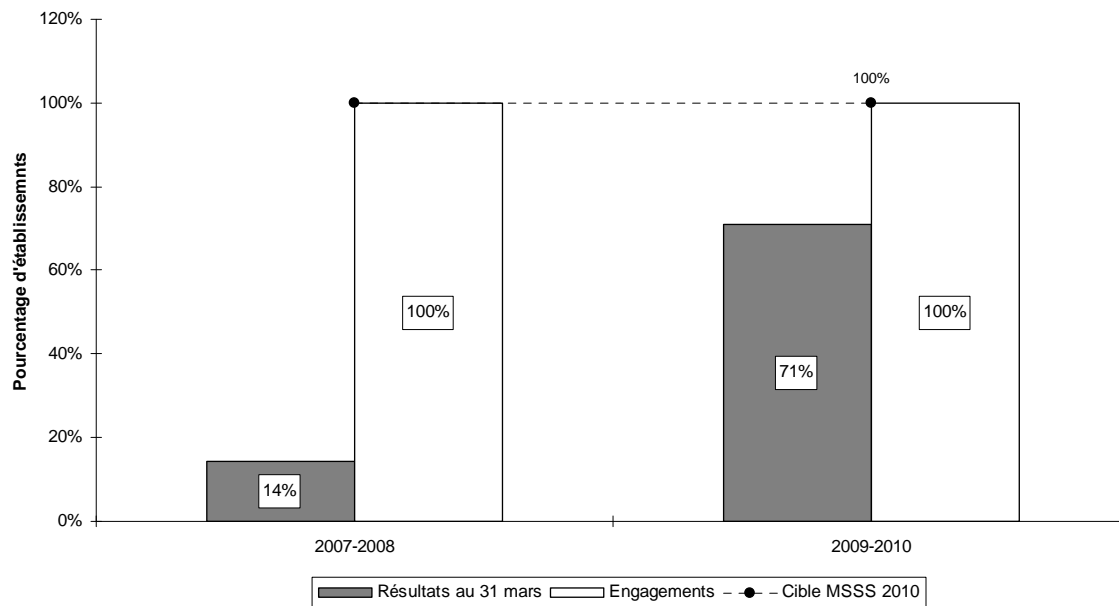
De façon globale, le nombre d'établissements de l'Estrée ayant atteint le ratio recommandé de personnel infirmier (ETC) affecté au programme de prévention des infections nosocomiales a doublé au cours des 3 dernières années, passant de 36 %, en 2007-2008 à 73 % en 2009-2010. La cible ministérielle visée au 31 mars 2010 était de 100 %.



L'observation des résultats au 31 mars 2010, par type de mission, indique que l'atteinte des engagements varie de 0,82, pour le ratio d'infirmières en CHSGS à 1,11 pour ce qui est du ratio en URFI.

Objectif visé : Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel

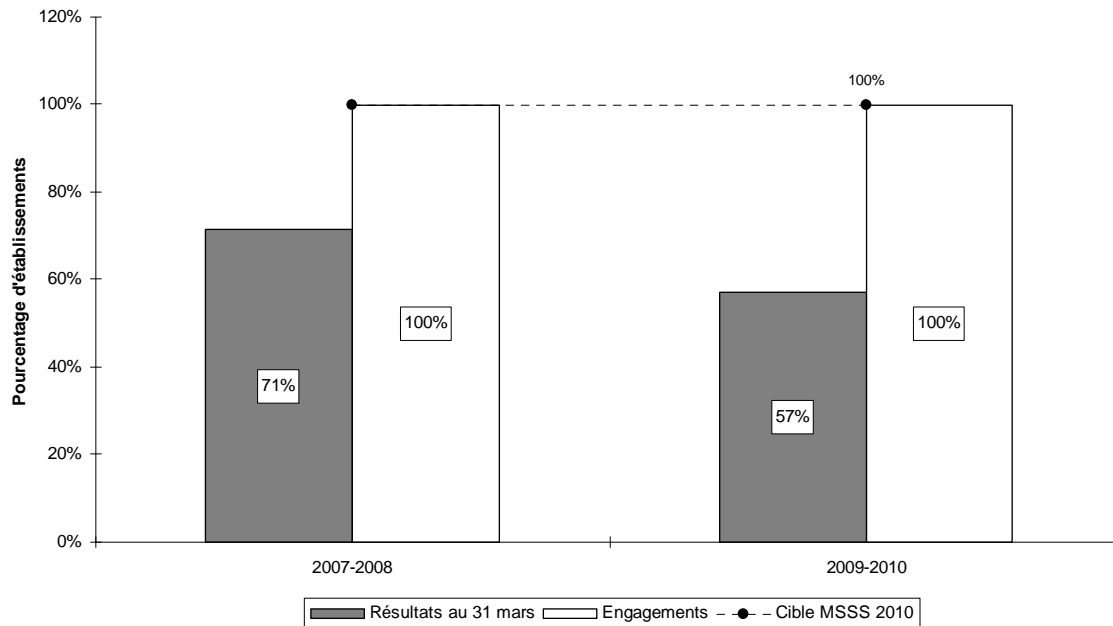


L'Estrie est passée de 14 % des établissements ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel en 2007-2008 à 71 %, en 2009-2010, soit 5 établissements sur un total de 7.

Ce dernier résultat se situe au 12^e rang sur 16 régions.

Il est à noter que cet indicateur n'a pas fait l'objet d'un suivi en 2008-2009.

1.1.18 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales



Entre 2007-2008 et 2009-2010, les résultats indiquent une diminution du pourcentage d'établissements à vocation de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, passant de 71 % (5 établissements sur 7) à 57 % (4 établissements sur 7). **Cette diminution est attribuable à une mauvaise interprétation de la définition de l'indicateur par un établissement.**

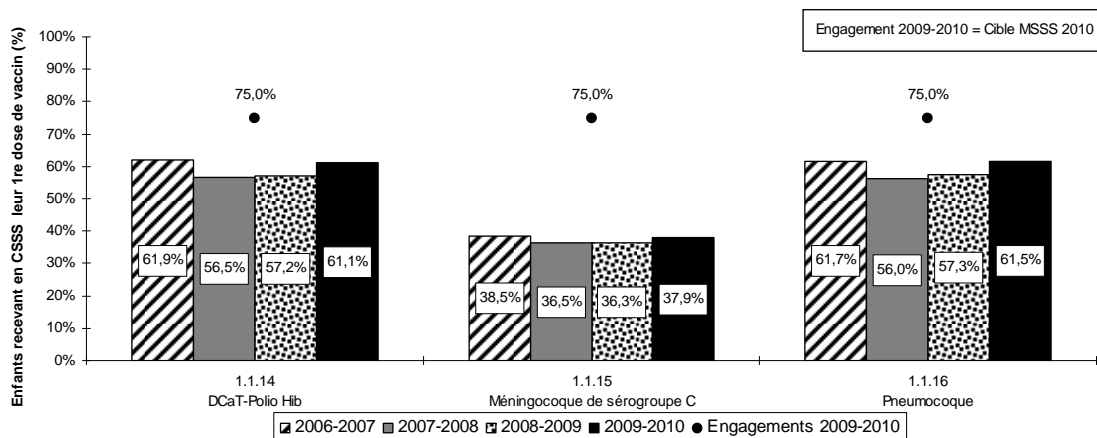
Avec ce résultat, la région se positionnait donc, au 31 mars 2010, au 13^e rang sur 16 régions.

Pour certains établissements de l'Estrie, leur programme devrait être adopté par le conseil d'administration de l'établissement au cours de l'année 2010-2011 ce qui augmentera le résultat pour la région.

Il est à noter que cet indicateur n'a pas fait l'objet d'un suivi en 2008-2009.

Objectif visé : Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

1.1.14, 1.1.5 et 1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1^{re} dose de vaccin dans les délais



Après avoir connu une diminution entre 2006-2007 et 2007-2008, les résultats de l'Estrie ont connu une légère hausse au cours des 2 années suivantes pour les 3 indicateurs portant sur la proportion des enfants recevant en CSSS 1^{re} dose de vaccin dans les délais (indicateurs 1.1.14, 1.1.15 et 1.1.16). Par contre, aucun des engagements respectifs n'a été atteint.

L'explication de ces résultats est multifactorielle. Le sous-comité régional 0-2 ans travaille des stratégies pour améliorer la couverture vaccinale en Estrie, incluant l'offre de service. Ces résultats seront amenés à l'attention du comité directeur de santé publique dans le cadre du bilan annuel des travaux de ce sous-comité.

Au niveau provincial, un ajustement de ces indicateurs de performance quant aux délais optimaux à mesurer sera discuté aux tables des coordonnateurs en maladies infectieuses et des directeurs de santé publique.

1.2 Programme : Services généraux

Ce programme comprend des services qui s'adressent à toute la population, sans distinction et sans exclusion de clientèle. Ils sont dispensés dans le milieu et accessibles localement. Ce sont généralement des services individuels destinés à répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes ponctuels et aigus. Il peut s'agir de services psychosociaux, infirmiers ou médicaux.

Volet - Services généraux (clinique et d'aide)

Réalisations intéressantes

- la consolidation et la virtualisation du service Info-Santé avec les autres centrales Info-Santé du Québec afin de répondre plus rapidement à la clientèle (malgré une augmentation du nombre d'appels).
- la signature d'une entente de collaboration entre le Centre de maternité et le CHUS afin de permettre aux femmes enceintes suivies par une sage-femme d'accoucher au CHUS.

Défis à relever

- Améliorer l'accessibilité aux services généraux de 1^{re} ligne, notamment les services médicaux de 1^{re} ligne.
- Favoriser l'accès aux services généraux de santé courants par l'intégration de nouvelles pratiques au niveau des services infirmiers généraux.
- Accroître la disponibilité des services généraux sur l'ensemble du territoire de l'Estrie.
- Poursuivre les travaux sur le transfert d'activités cliniques et d'aide du CHUS vers les CSSS lorsque pertinent.

Volet - Services médicaux de 1^{re} ligne

Réalisations intéressantes

- Mise en place de 13 groupes de médecine de famille (GMF) depuis 2002 dont 6 depuis 2005. Chaque réseau local possède au moins un GMF (2 sur le territoire du CSSS de Memphrémagog et 6 sur celui du CSSS-IUGS).
- Mise en place **d'un guichet d'accès pour la clientèle vulnérable sans médecin de famille** dans chacun des réseaux locaux de services (RLS) de l'Estrie et nomination, d'un coordonnateur médical au sein de chacun des 7 territoires de la région, et ce, depuis janvier 2009.

- La prise en charge de la clientèle orpheline vulnérable s'est améliorée, passant de 54,4% en 2008-2009 à 69,1% en 2009-2010.
- Mise en place en 2008-2009 **de projets locaux** de *mécanisme de prise en charge de la clientèle vulnérable* dans l'ensemble des 7 territoires, sous l'égide des CSSS en partenariat avec les GMF/cliniques médicales de leur réseau local.
- Mise en place du « Plan de communication pour le recrutement, la rétention et la fidélisation des médecins de famille en Estrie » afin de répondre à la demande de ressources médicales en Estrie, depuis avril 2009.
- Gestion des menaces éminentes de rupture de services en regard des services d'urgence et consolidation de mesures locales, intra régionales et intra provinciales, notamment par la consolidation de mesures qui ont fait l'objet d'un consensus auprès des partenaires impliqués.

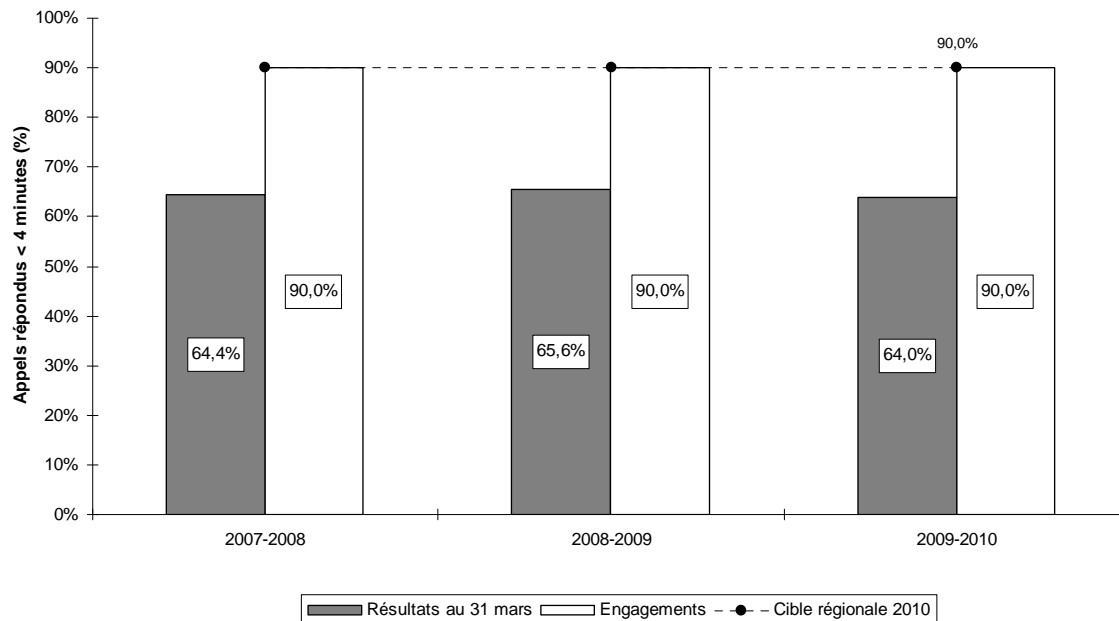
Défis à relever

- Favoriser la pratique médicale de groupe tels les GMF, la clinique-réseau ou tout autre projet novateur.
- Augmenter et maintenir la prise en charge de la clientèle vulnérable et orpheline.
- S'assurer de l'accès aux services de santé de 1^{re} ligne, notamment l'accès à un médecin omnipraticien pour l'ensemble de la population incluant des services de sans rendez-vous.
- Favoriser le fonctionnement en complémentarité des services entre les professionnels et entre les organisations en encourageant, par exemple, la mise en place de continuum de services et de trajectoires cliniques.
- Soutenir les changements de pratique.
- Définir des stratégies régionales permettant d'actualiser la hiérarchisation des soins, une meilleure définition des activités cliniques à réaliser par les partenaires et une articulation efficace des services de 1^{re} ligne et des services spécialisés.
- Favoriser, en regard de l'organisation de l'offre de services médicaux de 1^{re} ligne, le partage des responsabilités entre les CSSS et les professionnels du RLS, principalement les médecins de leur territoire.

Axe : Services infirmiers généraux

Objectif visé : Améliorer la proportion des appels répondus par les intervenants du service Info-Santé/Info-Social à l'intérieur d'un délai d'attente de 4 minutes.

R1.2.4E Pourcentage du niveau de service offert à la population de l'Estrie en moins de 4 minutes - Service Info-Santé/Info-Social (volet santé)



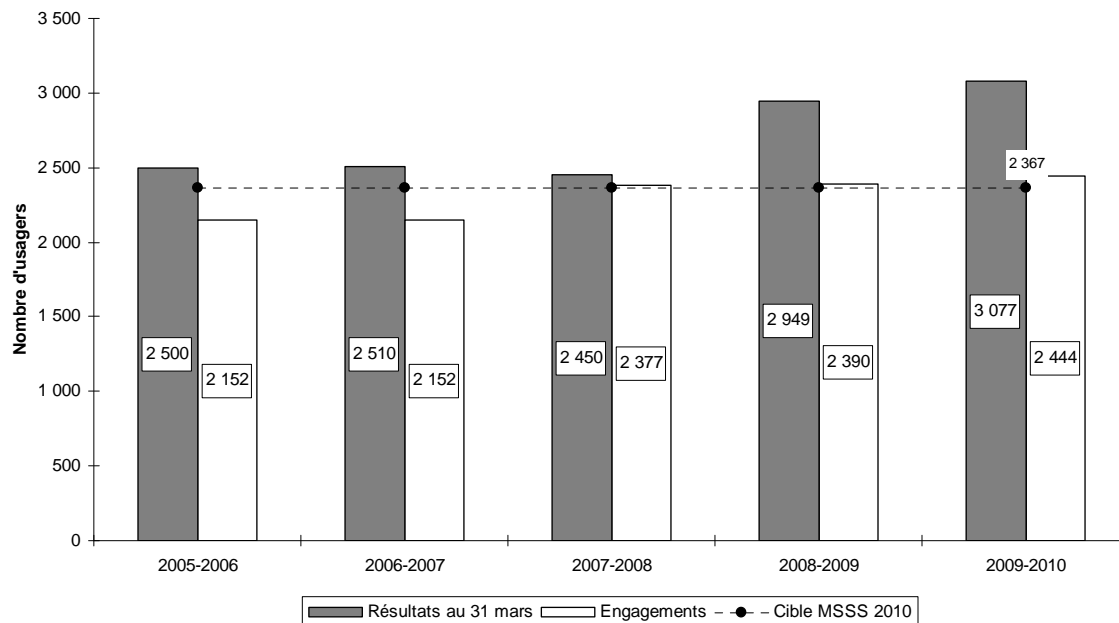
Le service Info-Santé/Info-Social a subi des changements radicaux au cours des années. En janvier 2007, la virtualisation des appels Info-Santé avec le reste de la province a permis de faire basculer les appels en attente depuis 4 minutes vers une infirmière disponible dans une autre région. Lors de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009, en réponse à une demande fortement rehaussée, le ministère a choisi de réduire le délai de bascule à 30 secondes. Constatant l'amélioration de l'efficacité de ce fonctionnement, ce délai fut éliminé. Les appels provenant de la région sont maintenant répondus par la 1^{re} infirmière disponible, peu importe la région à laquelle celle-ci est rattachée.

Malgré toutes ces modifications la proportion des appels en provenance de l'Estrie, répondus par les infirmières de l'ensemble des centrales Info-Santé/Info-Social de la province à l'intérieur d'un délai d'attente de 4 minutes, s'est maintenue aux environs de 65 % alors que la cible régionale se situe à 90 %.

Axe : Services psychosociaux généraux

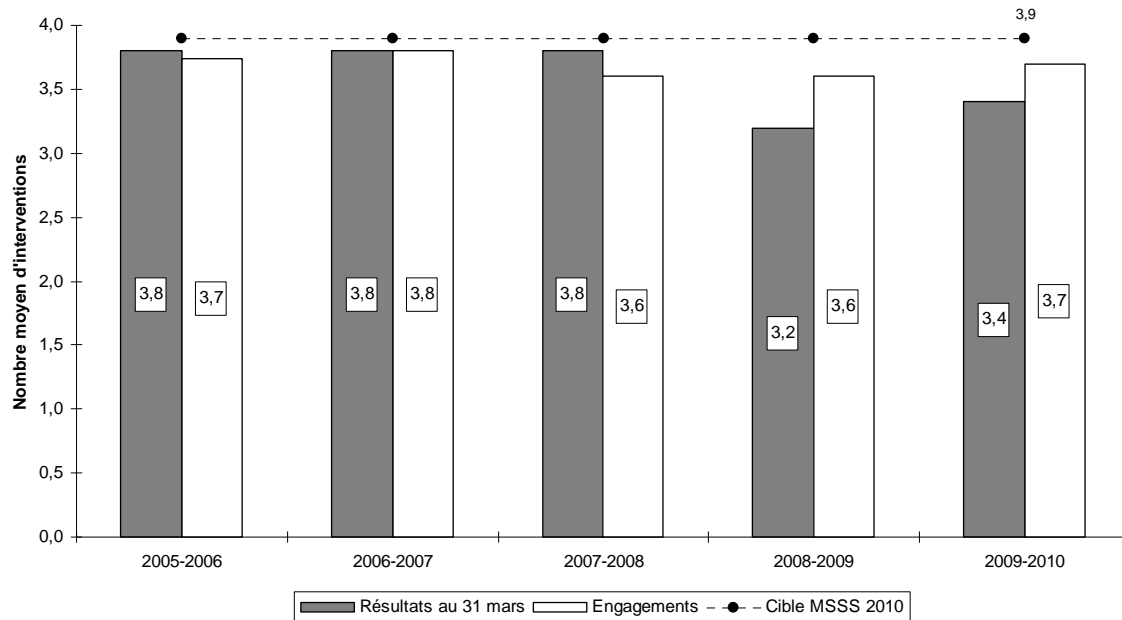
Objectif visé : Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)



Le nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS a toujours dépassé les engagements pris par la région. En 2009-2010, les résultats se situaient à 30 % au-dessus de la cible établie par le ministère, soit 3 077 usagers desservis en regard d'une cible de 2 367 usagers.

1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en centre de santé et de services sociaux (CSSS), mission CLSC



Les engagements pris pour les années 2005-2006 à 2007-2008 ont été atteints, avec un nombre moyen d'interventions stable de 3,8 par usager par rapport à des engagements de 3,7, 3,8 et 3,6 respectivement.

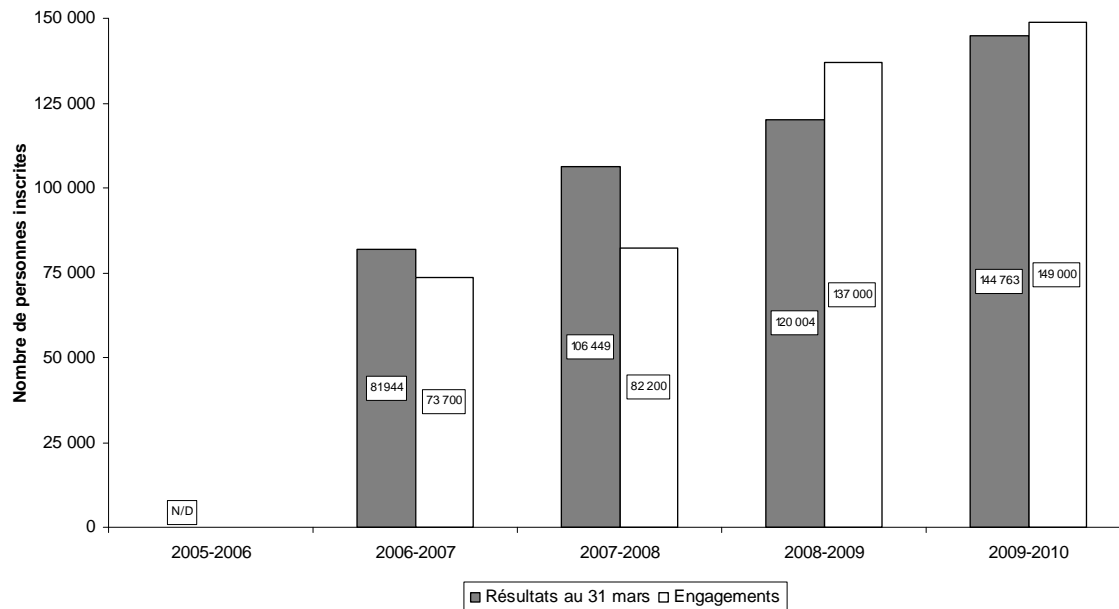
L'augmentation importante du nombre d'utilisateurs desservis (indicateur 1.2.2) en 2008-2009 ainsi qu'en 2009-2010, a contribué à faire chuter le nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS. De plus, la réorganisation des services psychosociaux généraux (fonctions à l'accueil mieux définies, mise en place de la thérapie brève) ainsi que le transfert d'utilisateurs dans des programmes spécifiques, en 2008-2009, ont aussi contribué à diminuer l'intensité des services offerts dans la région.

Il faut noter les efforts des établissements qui ont augmenté le nombre d'interventions de 9 579 à 10 309 entre 2008-2009 et 2009-2010, soit une augmentation de 7,6 % en un an.

Axe : Services médicaux généraux

Objectif visé : Améliorer le nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF.

R1.2.5S Nombre de personnes inscrites auprès d'un groupe de médecine de famille (GMF)

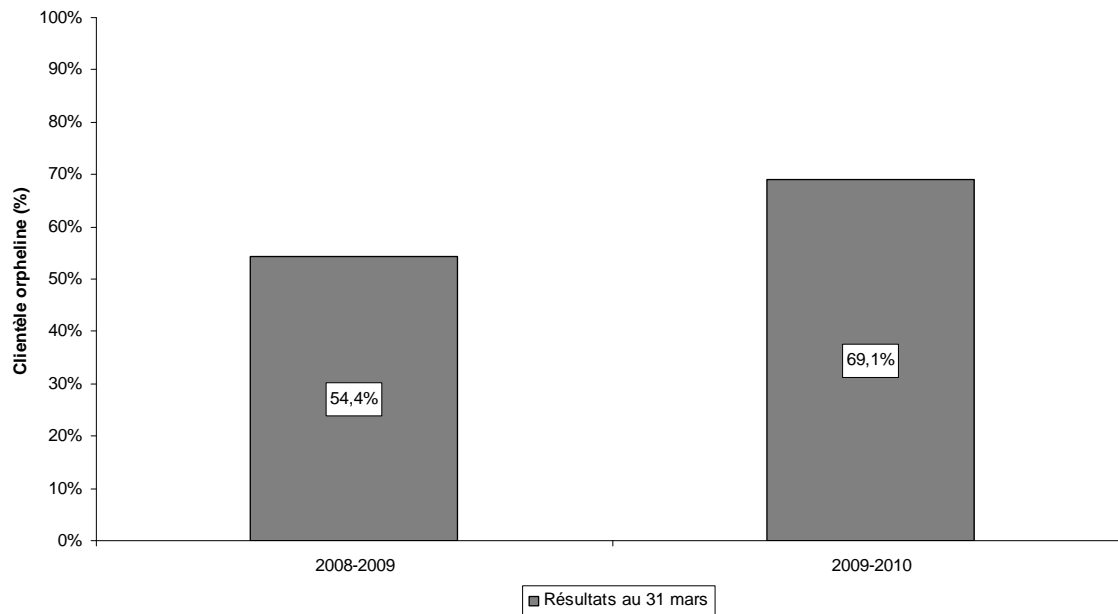


Le nombre de personnes inscrites auprès d'un groupe de médecine de famille a augmenté régulièrement au cours des 4 années pour lesquelles des données sont disponibles. Également 4 GMF ont vu le jour pendant cette période, pour un total de 11 GMF pour lesquels des données ont été comptabilisées.

L'appréciation de l'atteinte de l'engagement régional doit être interprétée avec prudence pour les raisons qui suivent. Au départ, un GMF est accrédité selon un potentiel d'inscriptions, ce qui définit sa cible. Or, un GMF a 3 ans pour atteindre cette cible, ce qui peut engendrer des écarts sans lien avec la performance entre le nombre de personnes inscrites et sa cible.

De plus, pendant sa période d'accréditation ou au renouvellement de celle-ci, la cible d'un GMF (nombre de personnes inscrites) peut augmenter ou diminuer en fonction du nombre réel de ses inscriptions.

En général, et malgré les mises en garde précédentes, l'engagement régional 2009-2010 des GMF a été respecté. Seulement 2 GMF n'atteignent pas leur cible et des ajustements sont actuellement en cours afin qu'ils puissent respecter leur engagement.

R1.2.8S Proportion de la clientèle orpheline vulnérable obtenant un rendez-vous avec un médecin de famille à l'intérieur du délai prescrit

La prise en charge de la clientèle orpheline vulnérable s'est améliorée entre les 2 années sous observation, passant de 54,4 %, en 2008-2009, à 69,1 % en 2009-2010.

1.3 Programme : Perte d'autonomie liée au vieillissement

Ce programme regroupe les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et à leur entourage. Bien que l'âge ne soit pas un critère absolu, ce programme s'adresse, principalement mais non exclusivement, aux personnes âgées de 65 ans ou plus. La finalité de ce programme n'est pas nécessairement de guérir, mais davantage de compenser la détérioration des conditions de santé, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer la sécurité des personnes dans leur milieu de vie.

Réalisations intéressantes

Des travaux ont été réalisés sur l'ensemble du territoire de l'Estrie et ont permis :

- l'harmonisation des services de soutien à domicile;
- l'augmentation du nombre de gestionnaires de cas dans chacun des CSSS;
- la création d'une unité gériatrique au CHUS (10 lits);
- le développement de ressources alternatives à l'hébergement;
- le développement de ressources intermédiaires pour les déficits cognitifs (CSSS-IUGS) et les problèmes de mobilité;
- le remplacement du SIGG par l'application RSIPA et la mise en œuvre de travaux pour s'assurer d'être en mode interétablissements;
- le déploiement des services aux aidants naturels;
- la consolidation des activités locales contre les mauvais traitements envers les personnes aînées.

Défis à relever

L'augmentation de la population âgée de 65 ans et plus, durant les dernières années et au cours des prochaines années, amènera le réseau de la santé à adapter les services auprès de cette clientèle, notamment en :

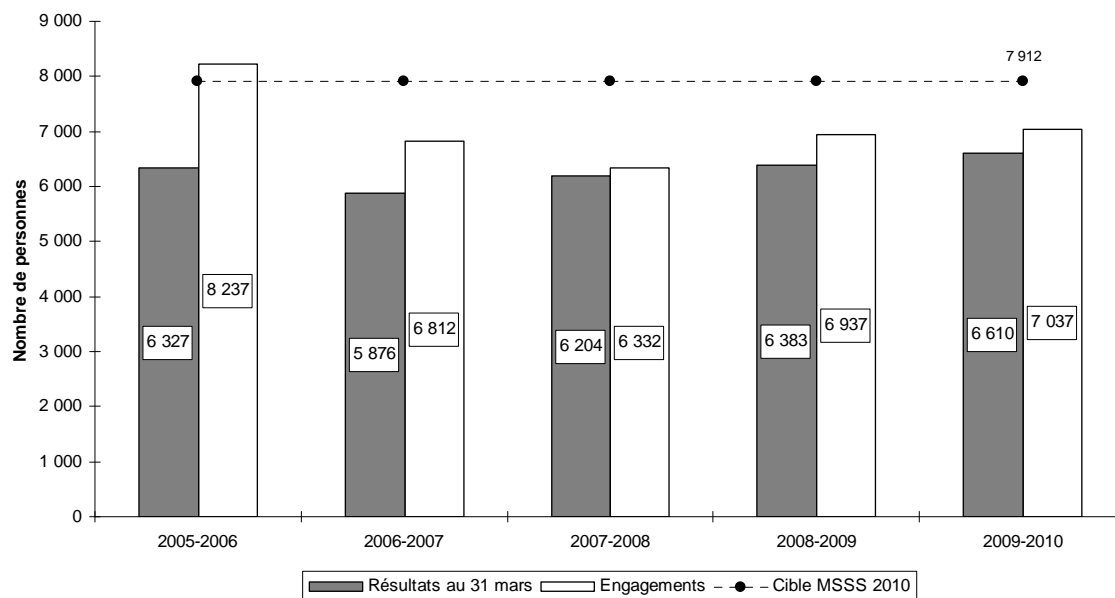
- intensifiant les efforts pour offrir des services de soutien à domicile à un plus grand nombre de personnes;
- augmentant l'accès aux services de soutien à domicile, aux alternatives à l'hébergement et aux services médicaux;
- implantant l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- s'assurant de bien adapter les soins et services d'assistance auprès des centres d'hébergement et de soins de longue durée;

- consolidant, sur chaque territoire de CSSS, l'offre de service d'hébergement temporaire multivocationnel, notamment par des places de récupération fonctionnelle, de répit-dépannage.
- s'assurant d'un accès équitable aux services gériatriques pour l'ensemble de la clientèle qui en a besoin;
- complétant l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA);
- augmentant l'aide et le soutien aux proches aidants;
- poursuivant la concertation locale et régionale pour prévenir les mauvais traitements envers les personnes âgées.

Axe : Services dans le milieu de vie

Objectif visé : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)

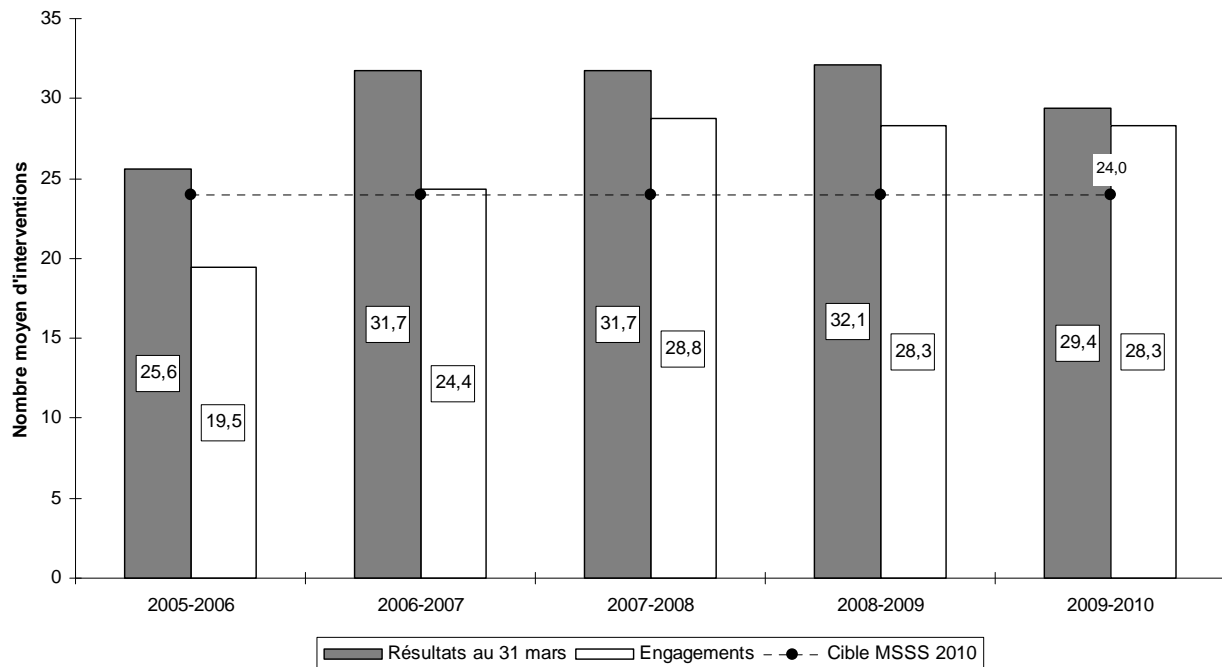


Après des débuts difficiles, dus à l'influence de travaux d'amélioration de la qualité des données au cours des 2 premières années de la période du bilan, combiné à un problème de dotation et de remplacement du personnel, le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de

soutien à domicile dispensés par les CSSS a connu une lente augmentation qui n'a jamais permis de rejoindre les engagements pris au cours des 5 années, ni la cible du ministère pour 2009-2010.

La performance de l'Estrie au 31 mars 2010 ne lui a pas permis de dépasser le 15^e rang sur 16 régions.

1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie

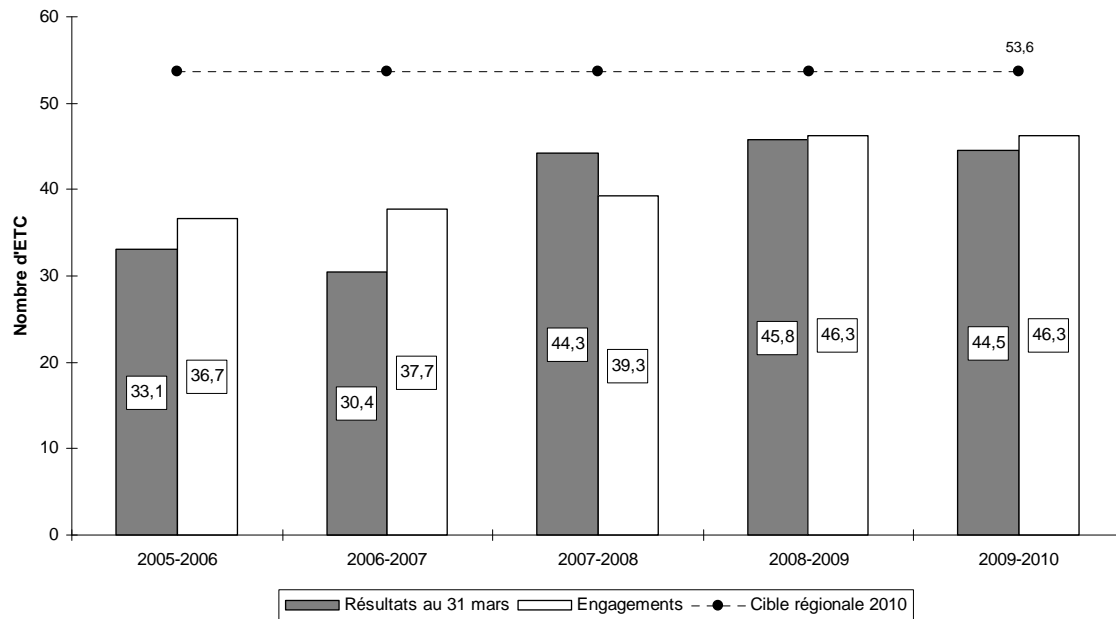


Le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie s'est systématiquement maintenu au dessus des engagements pris au cours des 5 années sous surveillance et a dépassé, en fin d'exercice, la cible ministérielle établie pour 2009-2010.

Il est à noter que la région se situe au 5^e rang de 16 régions (intensité de services).

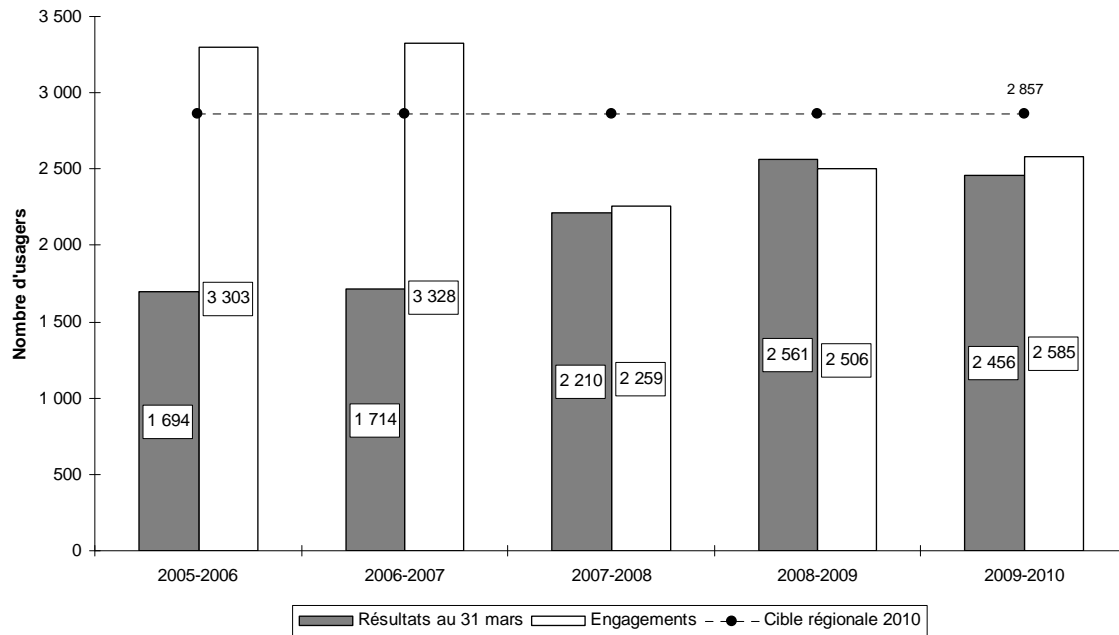
Objectif visé : Accroître le nombre d'utilisateurs recevant les services d'un gestionnaire de cas.

R1.3.1S - Nombre d'ETC gestionnaires de cas



Le nombre d'équivalents à temps complet (ETC) est passé de 33,1, en 2005-2006, à 44,5 en 2009-2010. Si ce dernier résultat a presque permis l'atteinte de l'engagement régional 2009-2010, il demeure inférieur à la cible régionale établie pour 2010. Rappelons que la détermination de la cible était associée à des budgets de développement régionaux qui n'étaient pas disponibles en 2009-2010.

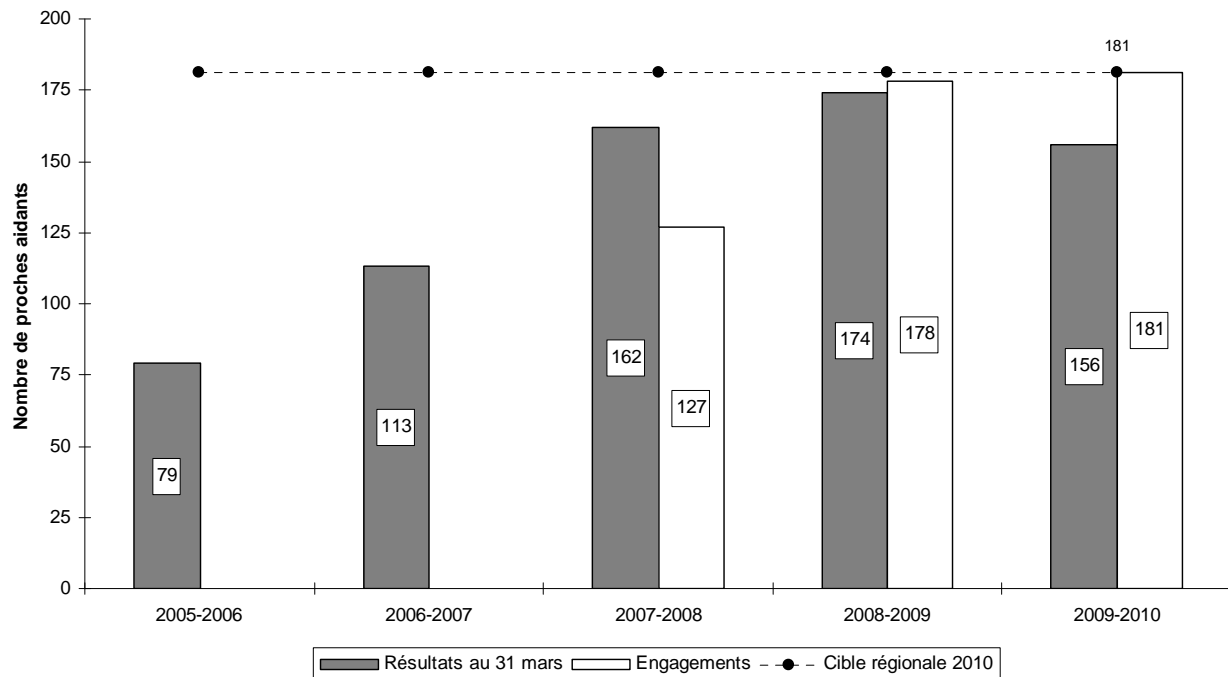
R1.3.2E Nombre d'usagers recevant les services d'un gestionnaire de cas par les CSSS



Le nombre d'usagers recevant les services d'un gestionnaire de cas par les CSSS est passé de 1 694 personnes, en 2005-2006 à 2 456, en 2009-2010. L'engagement régional 2009-2010 de 2 585 a été atteint à 95 %, ce qui s'avère très adéquat, mais la cible régionale 2010 établie à 2 857 usagers ne fut pas atteinte. Cette cible était aussi associée à des ajouts budgétaires.

Objectif visé : Accroître le répit accordé aux proches aidants.

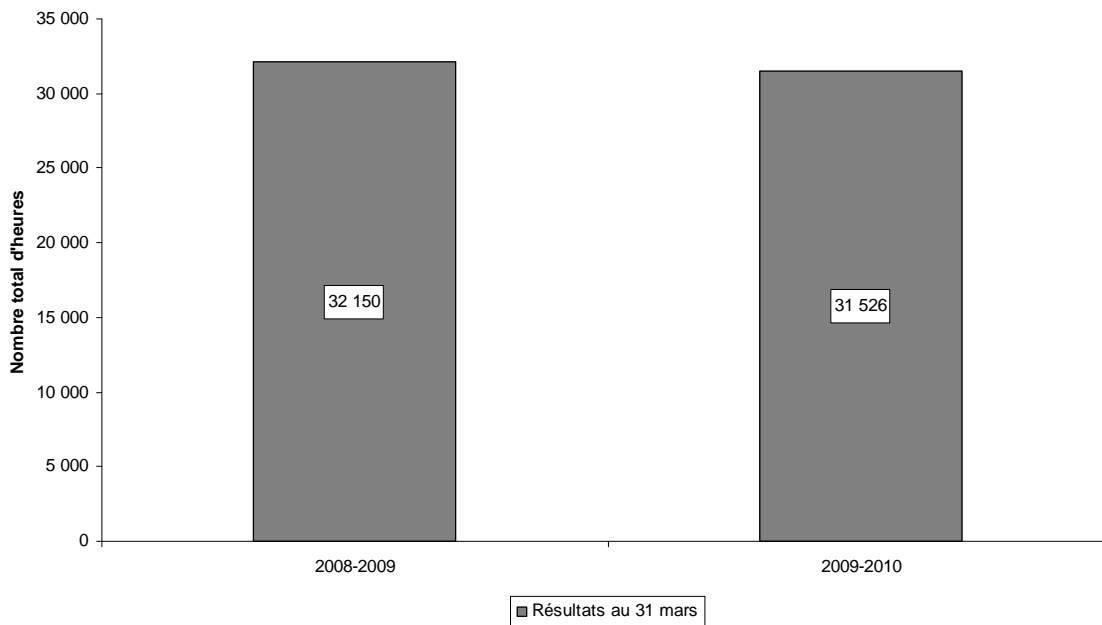
R1.3.7E Nombre de proches aidants différents ayant reçu de l'aide



Le nombre de proches aidants différents ayant reçu de l'aide a été en constante progression entre 2005-2006 et 2008-2009, soit une augmentation de près de 200 %, pour connaître une légère baisse en 2009-2010. Ceci s'explique par le fait que les services de soutien à domicile des établissements ont été en grande partie mobilisés au niveau de l'exercice de vaccination pandémique, ce qui a eu un impact sur le soutien aux proches aidants.

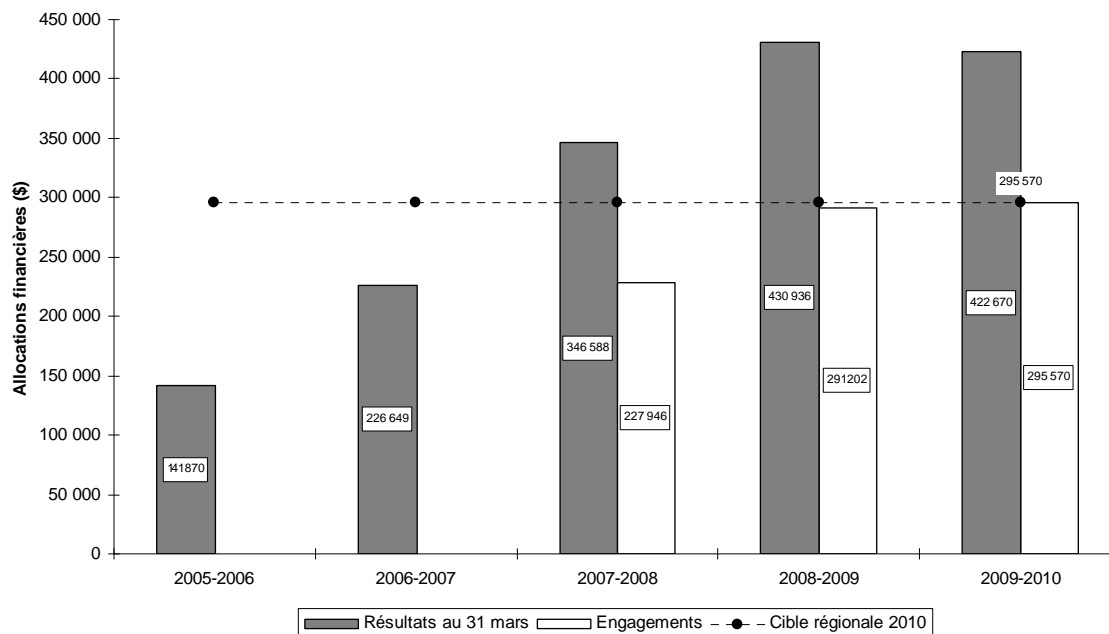
Bien que les résultats obtenus au cours des 2 dernières années n'aient pas atteints les engagements régionaux, il est important de souligner que le manque à gagner pour chacune de ces années représente un nombre restreint de proches aidants.

R1.3.8E Nombre total d'heures de répit offertes aux proches aidants



Bien qu'il n'y ait aucune cible provinciale ni aucun engagement régional concernant cet indicateur, on peut constater que le nombre total d'heures de répit offertes aux proches aidants a été relativement stable au cours des 2 dernières années.

R1.3.11E Montant total dépensé en allocations financières dans le cadre de l'offre de services aux proches



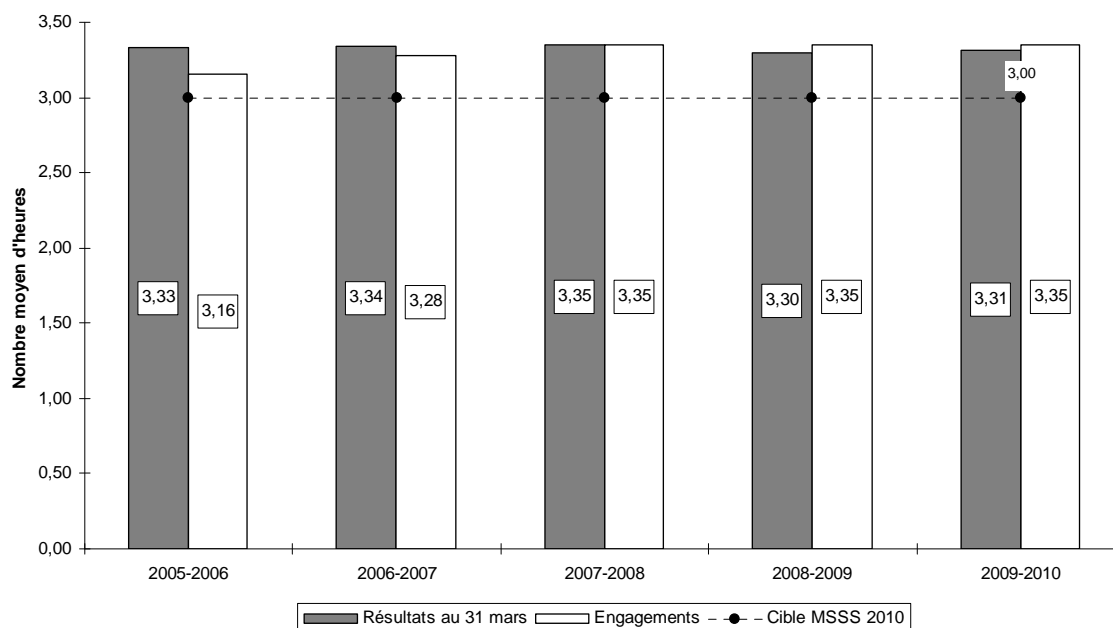
Le montant total dépensé en allocations financières dans le cadre de l'offre de services aux proches a été en nette progression entre 2005-2006 et 2008-2009, soit une augmentation d'environ 300 %, pour connaître une légère baisse 2009-2010.

Bien que certains CSSS n'ont pas dépensé, à chaque année, la totalité de l'allocation financière reçue, d'autres ont injecté des montants, parfois substantiels, de leur propre budget.

Axe : Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut

Objectif visé : Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

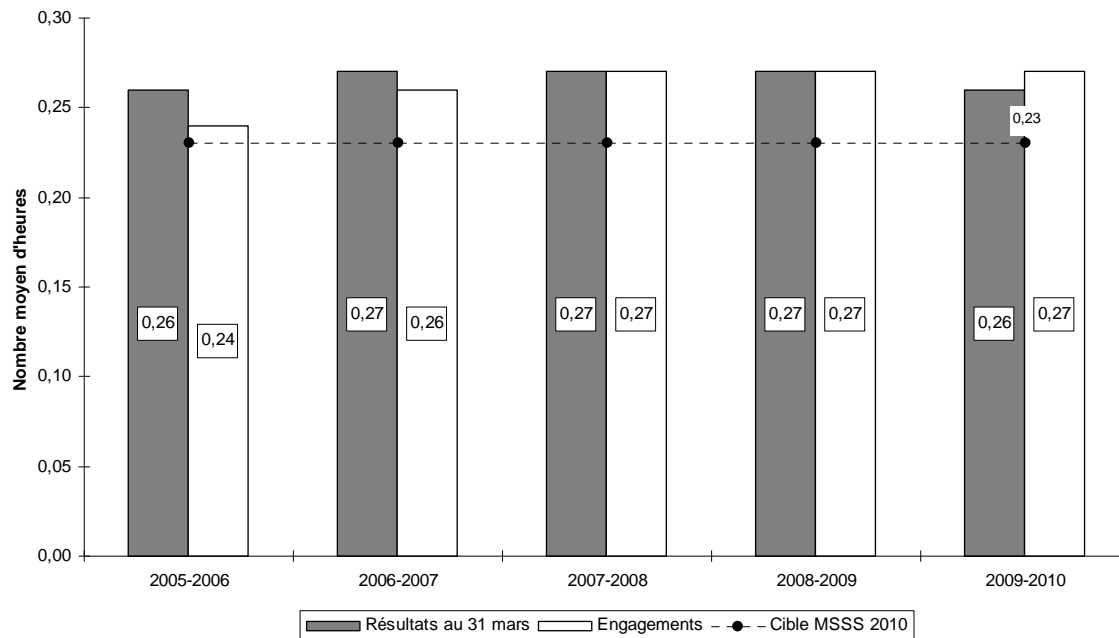
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD



Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance est demeuré relativement stable, variant entre 3,30 et 3,35 heures. Les engagements régionaux ont été dépassés au cours des 2 premières années puis ont fléchi au cours des 2 dernières années pour se situer légèrement au-dessous des engagements. Par contre, le nombre moyen d'heures travaillées en Estrie a toujours dépassé la cible ministérielle fixée à 3 heures.

Enfin, la région fait bonne figure, si on compare les résultats obtenus au 31 mars 2010 à ceux des autres régions puisque l'Estrie se positionne au 5^e rang de 16 régions.

1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD

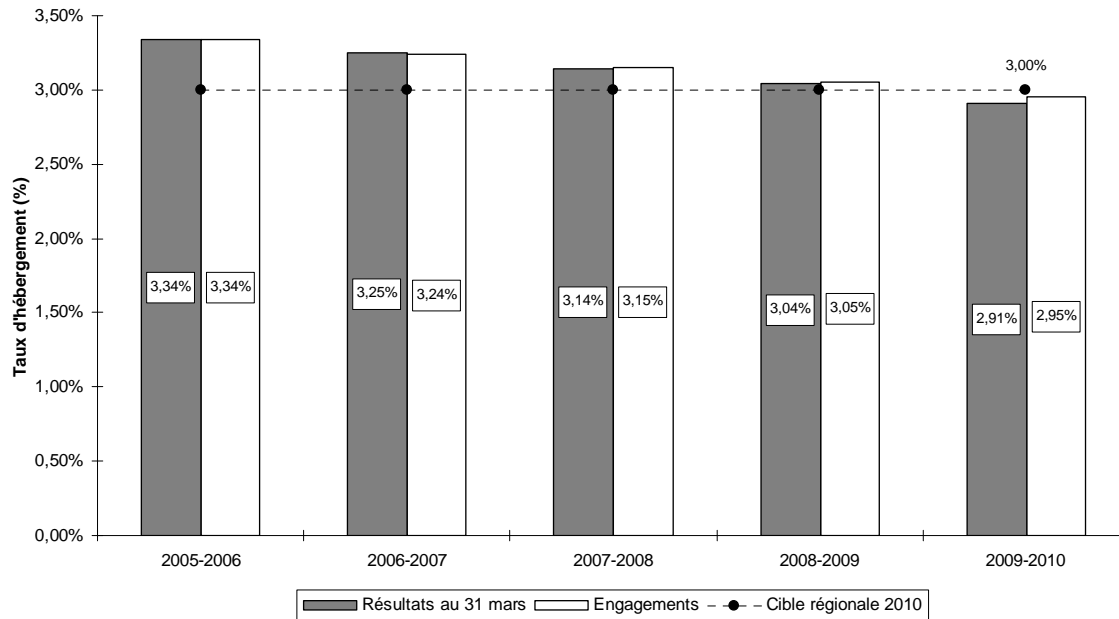


Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels a cru au cours des 3 premières années, s'est stabilisé à 0,27 heures en 2008-2009 pour régresser à 0,26 heures travaillées, l'année suivante. Cette régression s'explique, en partie, par la réorganisation du travail dans le cadre de la déprofessionnalisation des soins infirmiers qui a actuellement cours dans le réseau estrien ainsi que par certains postes qui sont demeurés vacants au cours de l'année.

Il est à noter que la région se situe au 3^e rang parmi 16 régions.

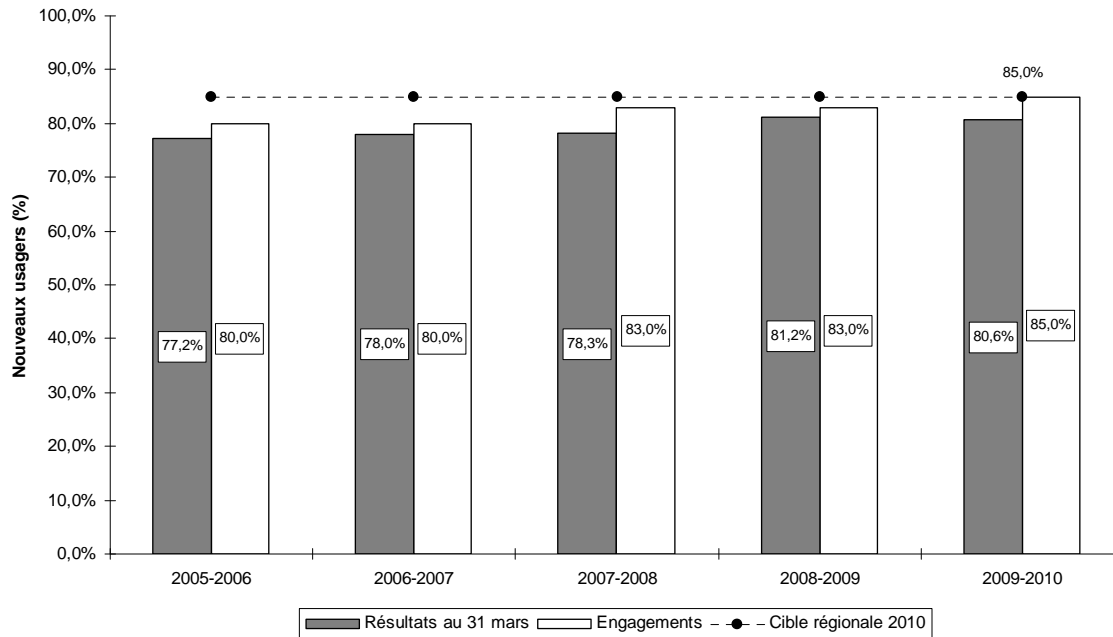
Objectif visé : S'assurer que le taux d'hébergement institutionnel ne dépasse pas 3 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus en 2010 et 2,5 lits par 100 personnes âgées en 2015.

R1.3.14S Taux d'hébergement institutionnel (CHSLD)



Le taux d'hébergement institutionnel en Estrie a diminué de façon constante au cours des 5 dernières années, passant de 3,34 % en 2005-2006 à 2,91 %, en 2009-2010. Ces résultats correspondent, à peu de choses près, aux engagements pris pour les mêmes années. Enfin, les résultats de 2009-2010 se situent sous la cible régionale de 3 % établie pour la même date.

R1.3.16S Proportion des nouveaux usagers admis en CHSLD ayant un profil iso-SMAF égal ou supérieur à 10

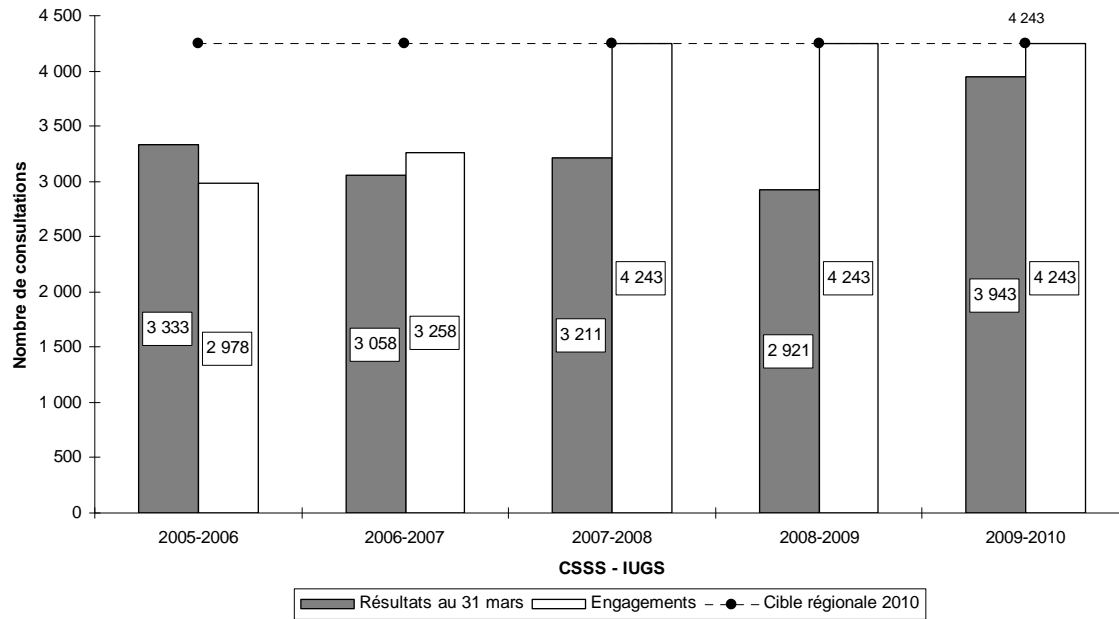


La proportion des nouveaux usagers admis en CHSLD ayant un profil iso-SMAF égal ou supérieur à 10 a quelque peu augmenté de 77,2 % à 81,2 %, au cours des 4 premières années pour ensuite fléchir à 80,6 %, au cours de la dernière année. Les résultats obtenus n'ont jamais atteint les engagements régionaux et se situaient sous la cible régionale de 85 %, au 31 mars 2010. Ceci s'explique par le fait que l'on dénombre de plus en plus des profils iso-SMAF 9 (clientèle émergente) ayant un requis de service très lourd pour lesquels des alternatives autres que l'hébergement en CHSLD ne sont pas disponibles dans toutes les MRC.

Axe : Services spécialisés

Objectif visé : Améliorer l'accès aux consultations aux services gériatriques externes réalisées au CSSS-IUGS.

R1.3.22E Nombre de consultations aux services gériatriques externes



Le nombre de consultations aux services gériatriques externes a quelque peu fluctué au cours des 5 années. Ces résultats n'ont pas suivi l'augmentation des engagements régionaux, se traduisant par un écart de 300 consultations en 2009-2010 avec un résultat de 3 943 usagers pour un engagement de 4 243.

1.4 Programme : Déficience physique

Ce programme regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante, ainsi qu'aux besoins de leur entourage. Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative (ex. : sclérose en plaques) et dont le profil de besoins correspond à celui de la déficience physique font aussi partie de ce programme. En déficience physique, il existe 4 types de déficience, soit la déficience motrice, la déficience visuelle, la déficience auditive ainsi que la déficience reliée au langage et à la parole. Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à développer et à maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale. Ces personnes auront recours à un moment ou à un autre de leur vie à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale. Les services de ce programme ne sont pas destinés aux personnes qui ont une limitation temporaire entraînant un besoin de services de réadaptation.

Réalisations intéressantes

- Les engagements quant au nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation ont toujours été dépassés. Les résultats de 2009-2010 surpassent aussi la cible ministérielle.
- Le développement d'alternatives à l'hébergement.
- La résorption des listes d'attente à plus de 90 % tant en 1^{re} ligne qu'en 2^e ligne.
- La mise en place au CRE d'un projet novateur « Apollo » visant à améliorer l'accès aux services spécialisés pour les enfants et leur famille.

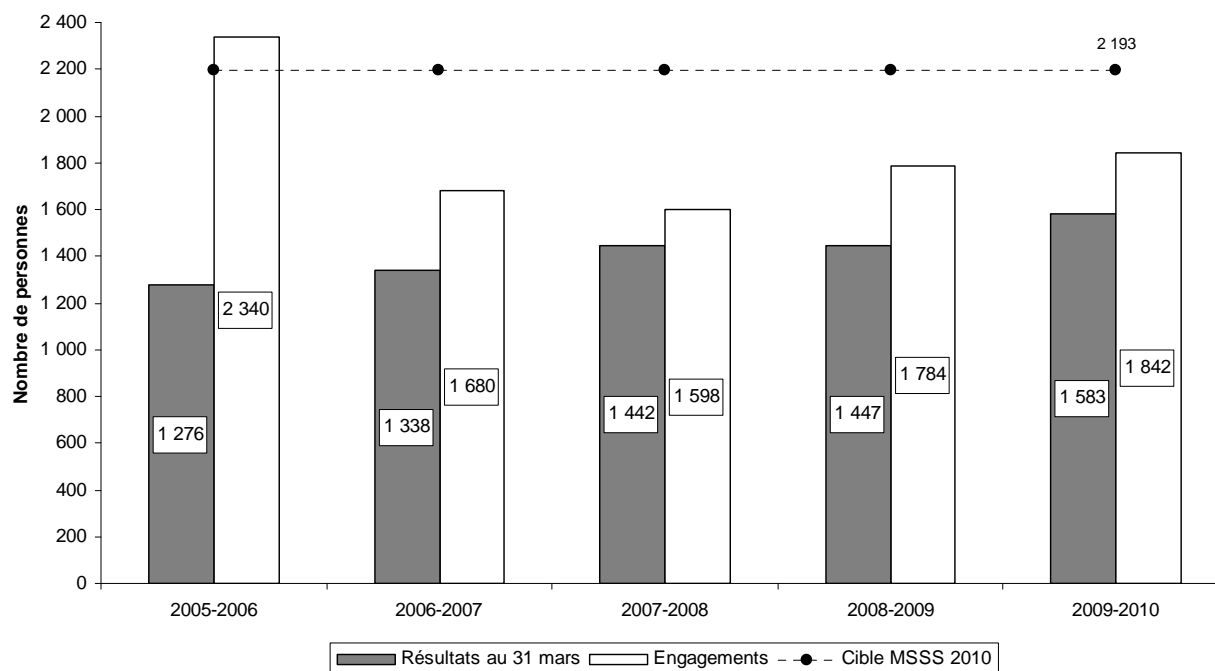
Défis à relever

- Poursuivre la réorganisation de l'offre de services exigée par la mise en œuvre du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique.
- L'application des standards d'accès aux services comme prévu dans les orientations nationales.
- L'amélioration de l'offre de service en 1^{re} ligne, notamment sur le plan du soutien à la famille.

Axe : Services de 1^{re} ligne : soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille

Objectif visé : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

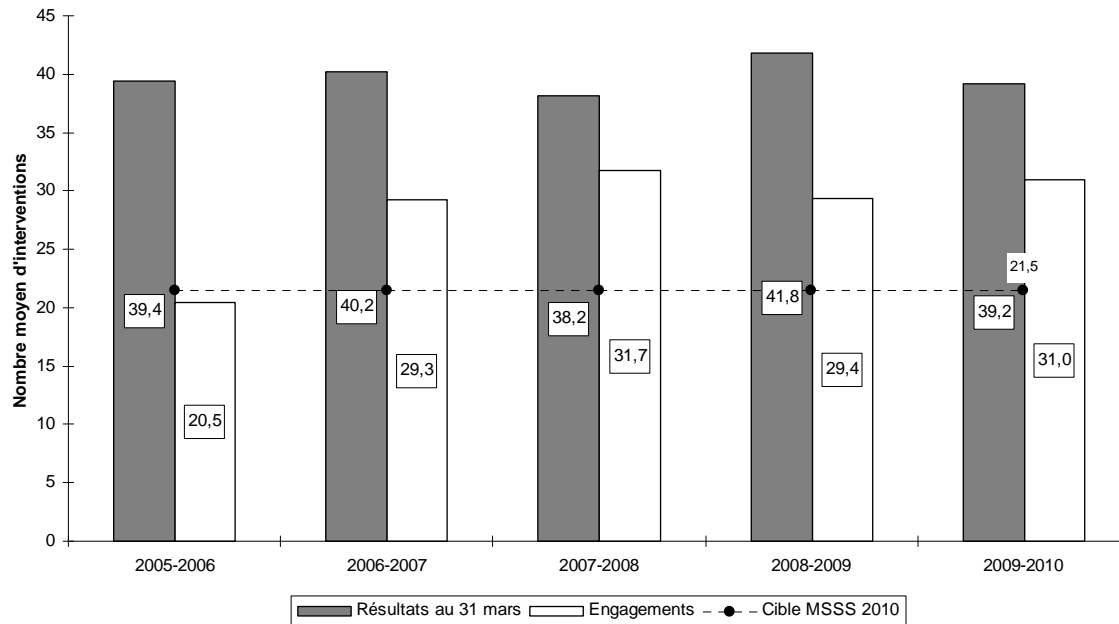
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)



Le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS a augmenté régulièrement au cours des 5 années. Par contre, cette hausse n'aura pas permis de rejoindre les engagements régionaux malgré des ajustements faits à ces derniers. La cible ministérielle 2010 n'a, elle non plus, pas été atteinte en fin de période. Il est à noter que cette cible ministérielle et les engagements qui en découlent pourraient être révisés puisque les établissements ont toujours répondu à l'ensemble des demandes de services qui leur ont été faites et n'ont pas de liste d'attente. Leurs efforts ont aussi porté sur les stratégies de recrutement de cette clientèle.

Au 31 mars 2010, les résultats de l'Estrie se situaient au 9^e rang sur 16 régions.

1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)

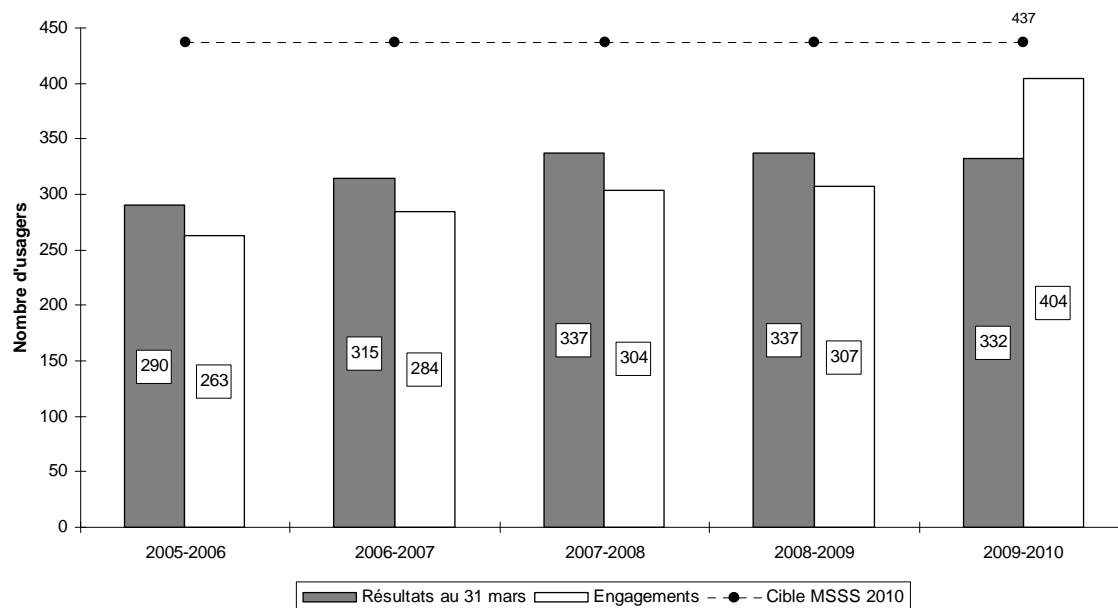


Le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS a toujours été supérieur aux engagements puisque les ressources disposaient de plus de temps à consacrer à chaque usager (augmentation de l'intensité). La cible ministérielle 2010 a, elle aussi, été dépassée, les résultats de fin de période se situant à près du double de la cible.

Compte tenu de cette performance, la région se classait, au 31 mars 2010, au 3^e rang sur 16 régions.

Objectif visé : Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

1.4.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe



Le nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe a augmenté au cours des 3 premières années, passant de 290 usagers, en 2005-2006, à 337, en 2007-2008. Ce nombre s'est par la suite stabilisé au cours des 2 dernières années. Les engagements régionaux ont toujours été atteints sauf pour l'année 2009-2010, année où l'engagement a été augmenté de 32 % par rapport à l'année précédente, passant de 307 à 404 usagers.

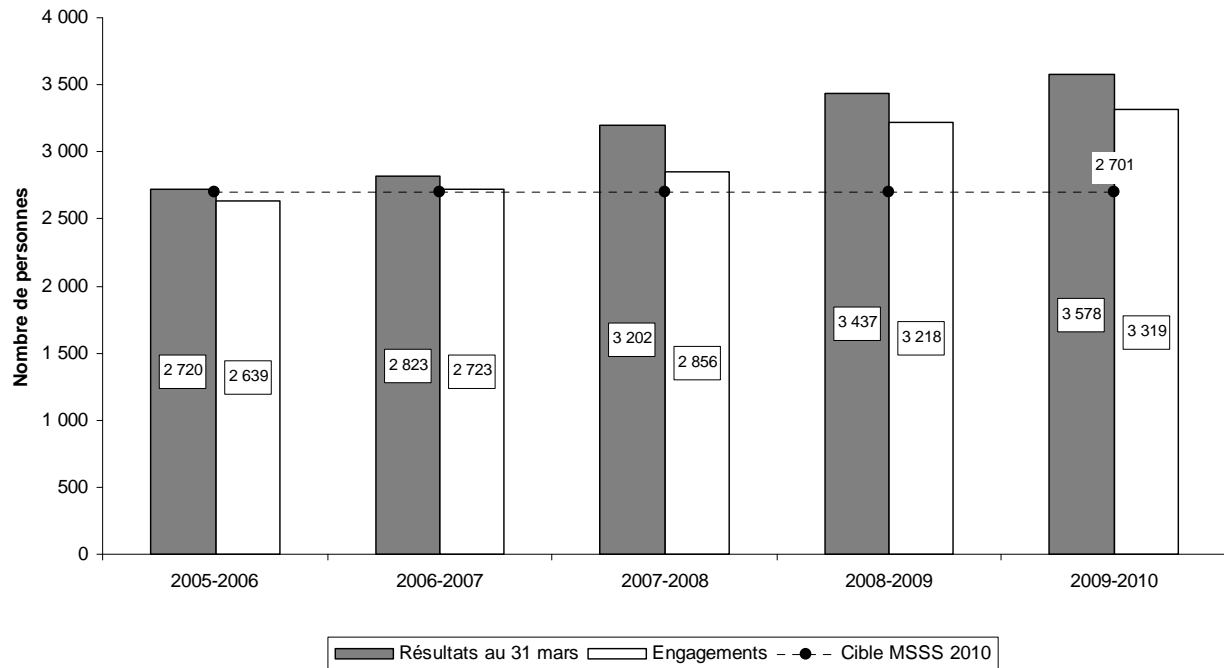
Tout comme l'indicateur 1.4.1, des efforts continuent à être déployés par les établissements pour rejoindre plus d'utilisateurs puisqu'ils ont répondu, durant les 5 ans, à toutes les demandes qui leur ont été faites.

Au 31 mars 2010, la performance de la région se situait au 8^e rang sur 16 régions.

Axe : Services spécialisés offerts par les centres de réadaptation

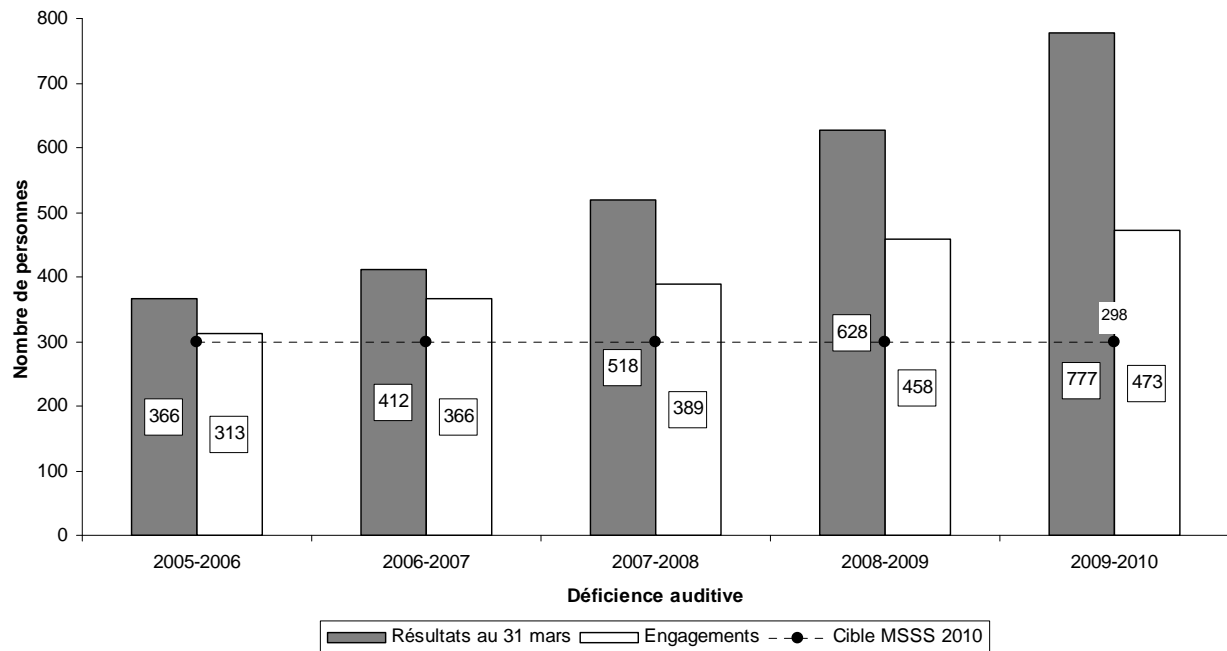
Objectif visé : Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation

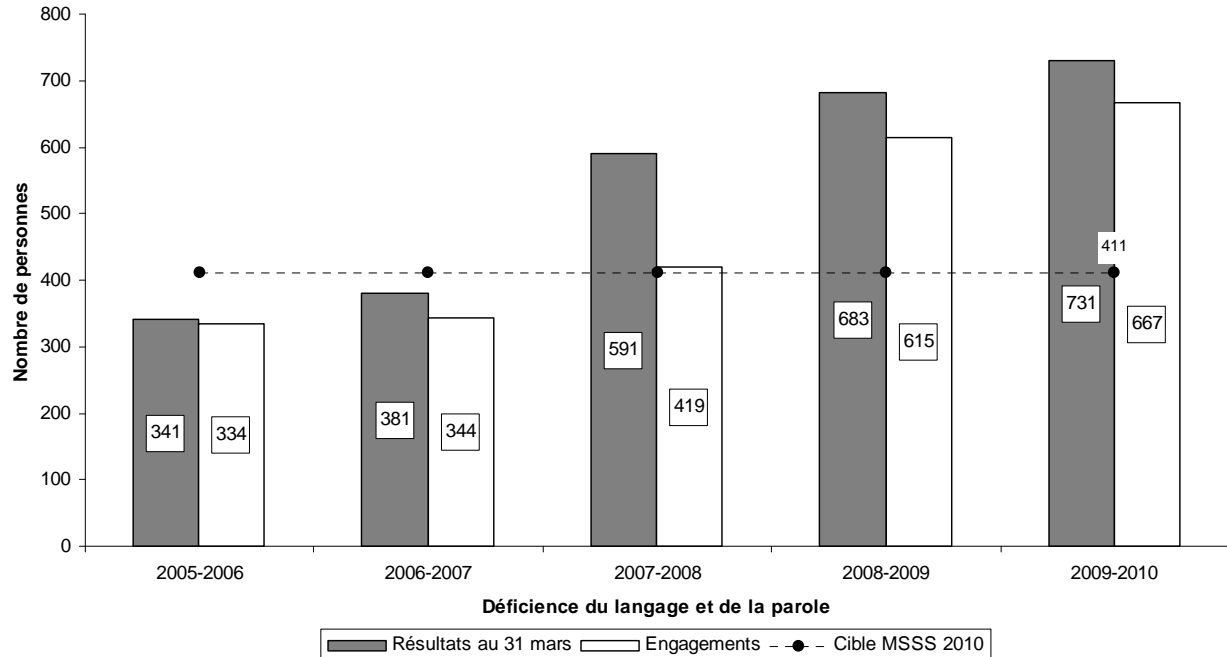


Au cours des 5 années, le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation a toujours dépassé les engagements. Les résultats atteints en 2009-2010 surpassent de 33% la cible ministérielle établie pour 2010.

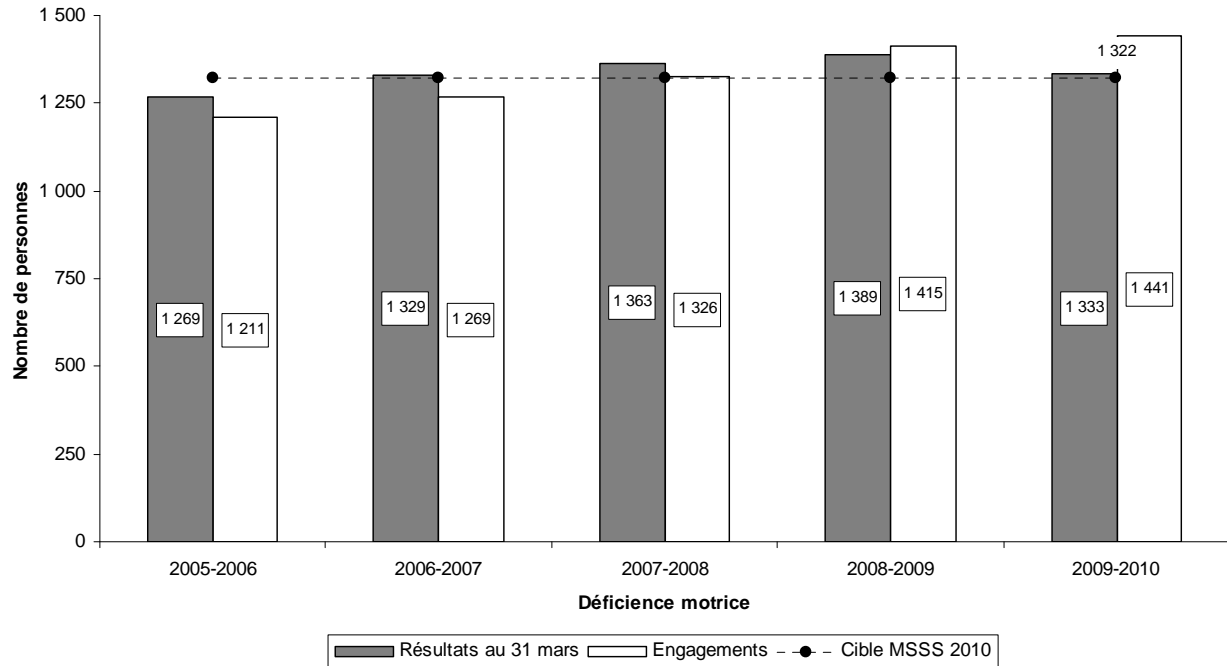
Cette performance a permis à la région de se situer au 3^e rang parmi 15 régions.



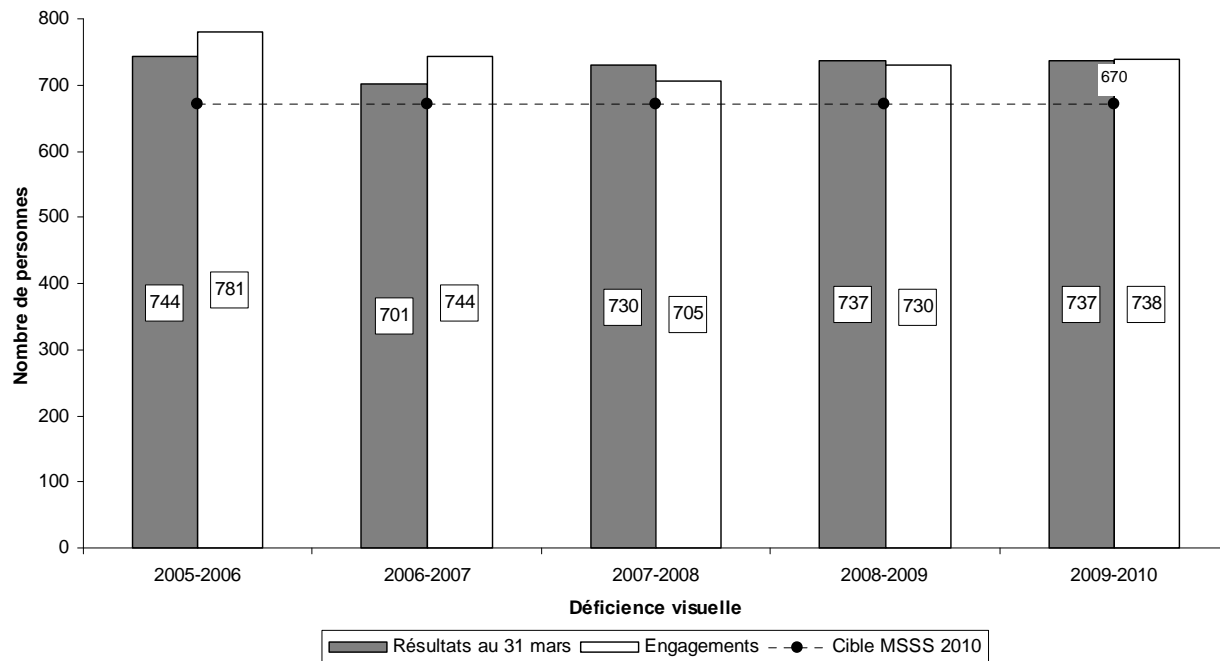
Lorsqu'on étudie les résultats selon les types de déficience, le nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation a toujours lui aussi dépassé les engagements régionaux et se situait, en 2009-2010, à 2,6 fois la cible ministérielle établie pour 2010.



Il en est de même pour ce qui est de l'atteinte des engagements régionaux pris en regard du nombre de personnes ayant une déficience du langage et de la parole recevant des services spécialisés de réadaptation. Les résultats de 731 personnes, en 2009-2010 se situaient à 1,8 fois la cible ministérielle de 411 personnes.



Les engagements régionaux en ce qui concerne le nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation ont été atteints pour les 3 premières années. Le rehaussement constant des engagements n'ont pas permis d'atteindre ces engagements en 2008-2009, puis en 2009-2010. Il est à noter que la cible ministérielle 2010 établie à 1 322 usagers a, quant à elle, été atteinte, en 2009-2010, avec des résultats de 1 333 clients desservis.



Le nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation a dépassé les engagements régionaux au cours des 3 dernières années. Les résultats ont aussi dépassé la cible ministérielle établie à 670 clients avec un résultat de 737 usagers au 31 mars 2010.

1.5 Programme : Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Le programme pour la déficience intellectuelle regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant à l'enfance. Les services de ce programme visent à réduire l'impact de la déficience, à compenser les incapacités, à favoriser l'intégration sociale et à soutenir la famille et les proches.

Les services aux personnes présentant des troubles envahissants du développement sont quant à eux définis en regard des difficultés d'interaction ou de communication particulières à chaque personne.

Réalisations intéressantes

- Le développement d'une offre de services de 1^{re} ligne pour la clientèle DI-TED avec plusieurs résultats au-dessus des cibles nationales.
- Le nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED) a toujours été plus élevé que les engagements régionaux. La cible ministérielle établie à 110 personnes a aussi été atteinte avec un résultat de 156 usagers.
- L'accès à de nouveaux services spécialisés d'intervention comportementale intensive pour les enfants de moins de 6 ans TED dans la communauté.

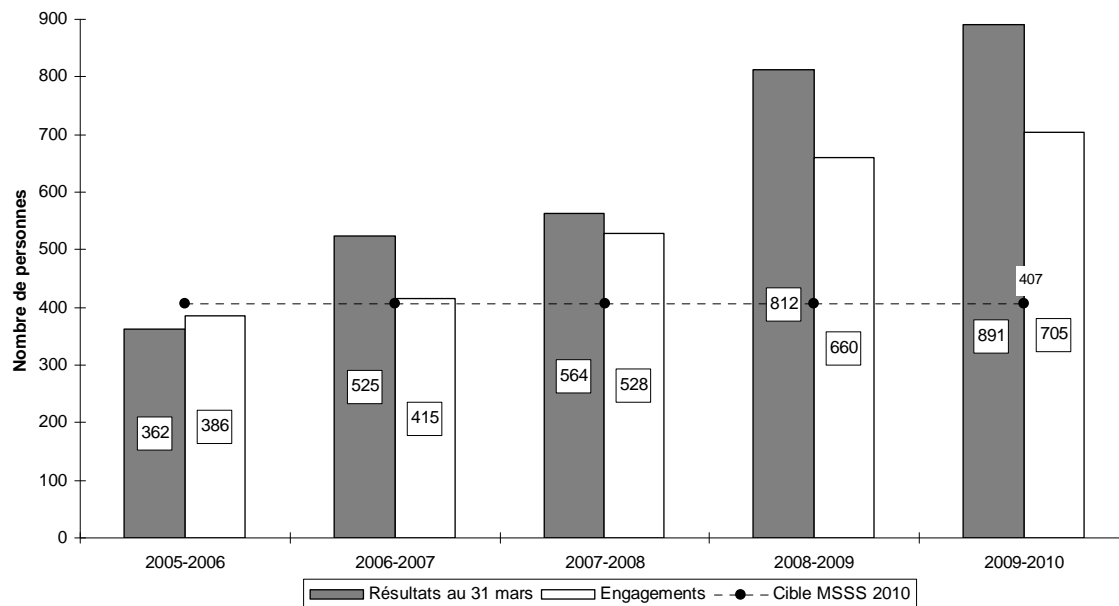
Défis à relever

- L'ajustement du modèle d'organisation des services régional pour la clientèle TED spécifiquement pour les enfants de moins de 6 ans afin de diminuer les délais d'accès aux services spécialisés de réadaptation.
- L'application des standards d'accès aux services comme prévu dans les orientations nationales.
- Le départage de la clientèle entre la 1^{re} ligne et les services spécialisés et l'ajustement de l'offre de service de chacun.
- La réduction de l'attente dans plusieurs services spécialisés.
- La révision de l'offre de service résidentiel.
- La révision du mode d'évaluation de la clientèle DI et TED.
- Le développement d'une offre de service diversifiée en 1^{re} ligne.
- Le rehaussement des services d'intervention comportementale intensive offerts aux enfants de moins de 6 ans.

Axe : Services de 1^{re} ligne : soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille

Objectif visé : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

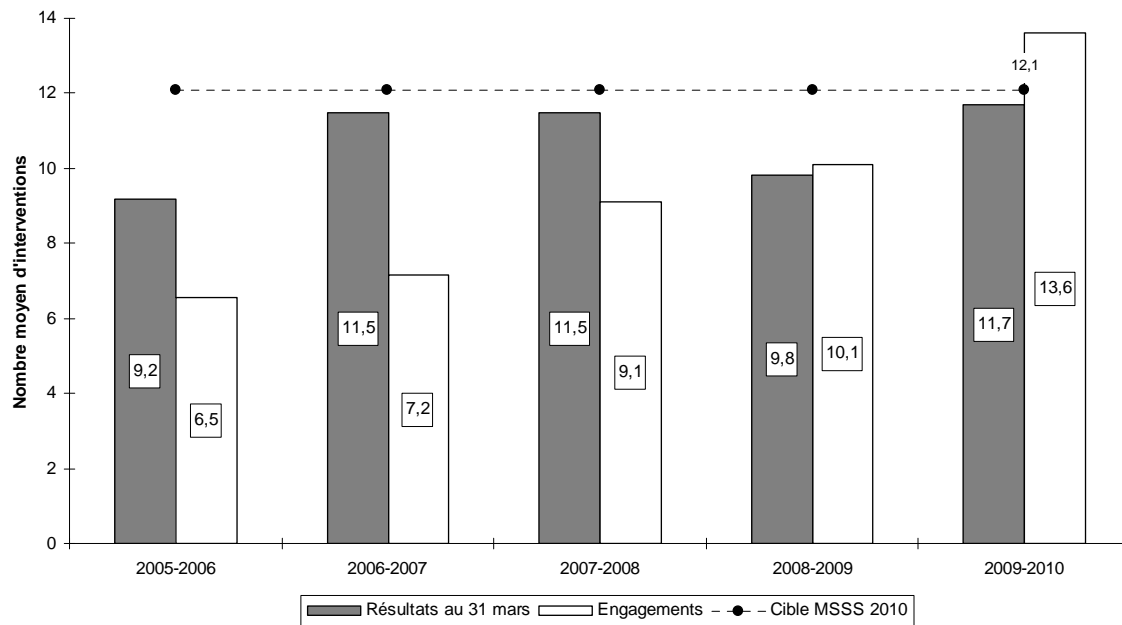
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)



Le nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS a augmenté de façon constante, passant de 362 usagers, en 2005-2006, à 891, en 2009-2010. Les engagements régionaux ont été atteints les 4 dernières années et le résultat de 891 personnes, atteint en 2009-2010 correspondait à 2,2 fois la cible ministérielle en 2010, établie à 407 personnes.

Cette performance a des répercussions positives si on compare l'Estrée aux autres régions du Québec puisque celle-ci se positionne au 3^e rang sur 16 régions, au 31 mars 2010.

1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI) ou (TED)

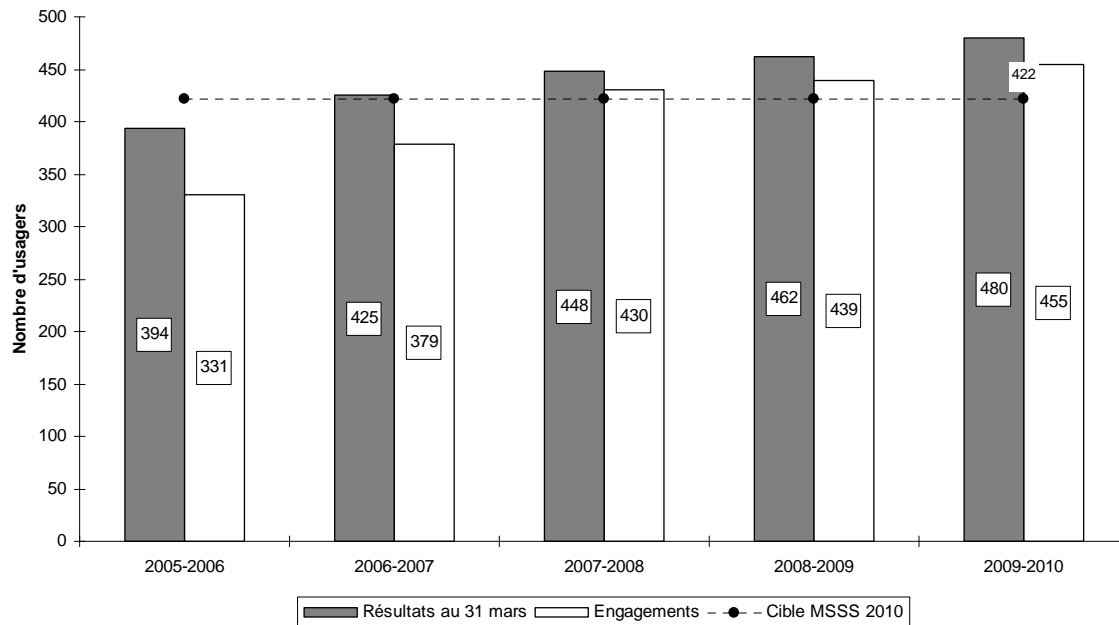


Le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS par usager (DI) ou (TED) a fluctué au cours des 5 années. Les engagements régionaux ont été atteints au cours des 3 premières années alors qu'un écart s'est établi au cours des 2 suivantes. La cible ministérielle 2010 a été pour ainsi dire atteinte en fin de bilan avec des résultats de 11,7 interventions en moyenne en 2009-2010 pour une cible de 12,1 interventions.

En fin d'exercice, soit au 31 mars 2010, l'Estrie se positionnait au 6^e rang sur 16 régions.

Objectif visé : Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

1.5.13 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe



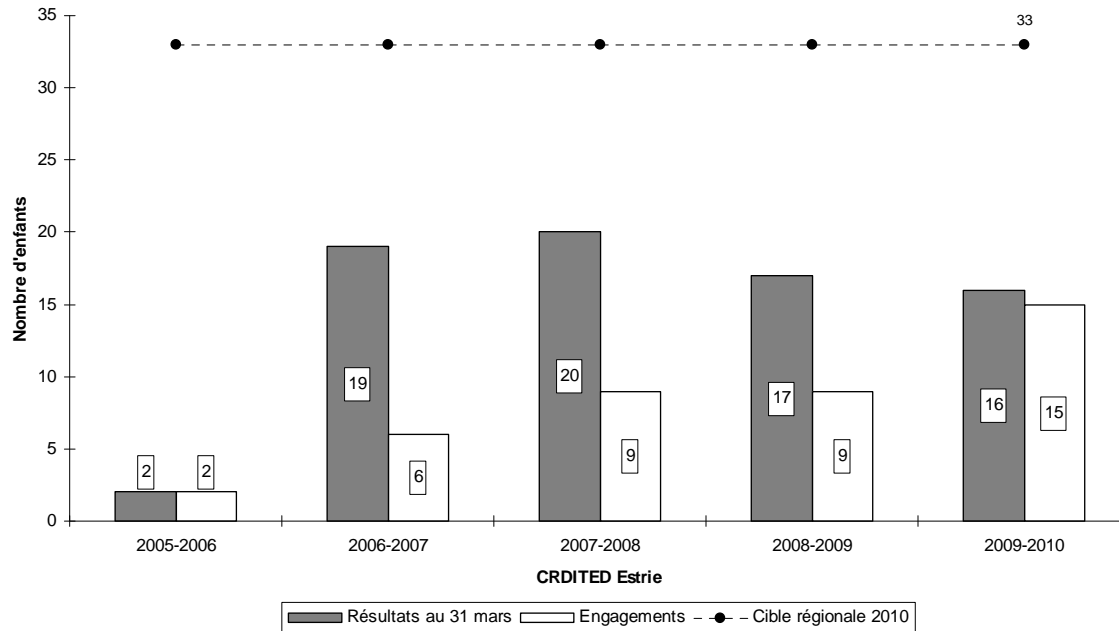
La région de l'Estrie a toujours été bien desservie, au cours des 5 années, puisque le nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe a toujours dépassé les engagements régionaux. Les résultats de 2009-2010 ont aussi dépassé de 14 % la cible ministérielle 2010 établie à 422 usagers pour la région.

Au 31 mars 2010, l'Estrie se situait au 9^e rang parmi 16 régions.

Axe : Services spécialisés

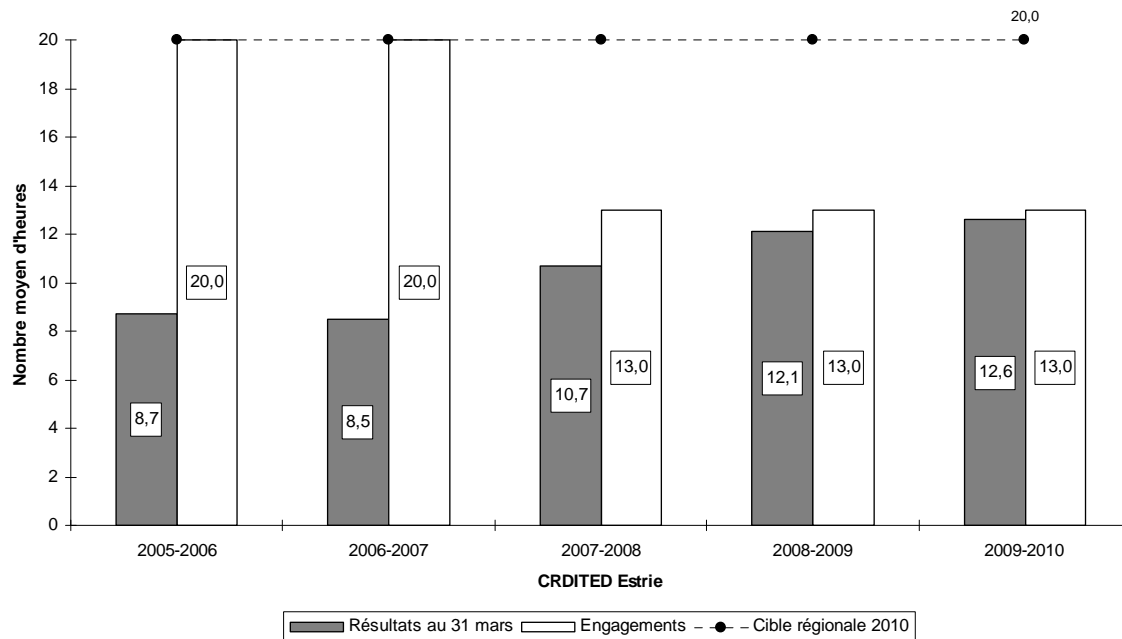
Objectif visé : Améliorer l'accès au service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA (Approche Behaviorale Appliquée) pour les enfants de moins de 6 ans.

R1.5.7E Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA



Malgré un départ qui peut sembler timide avec un résultat de 2 enfants, en 2005-2006, et une diminution de 20 à 16 usagers entre 2007-2008 et 2009-2010, le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'ICI de type ABA a toujours respecté les engagements régionaux. Par contre, la cible ministérielle de 33 enfants établie pour 2010 n'a pas été atteinte en fin de bilan puisque le résultat de 2009-2010 n'était que de 16 jeunes.

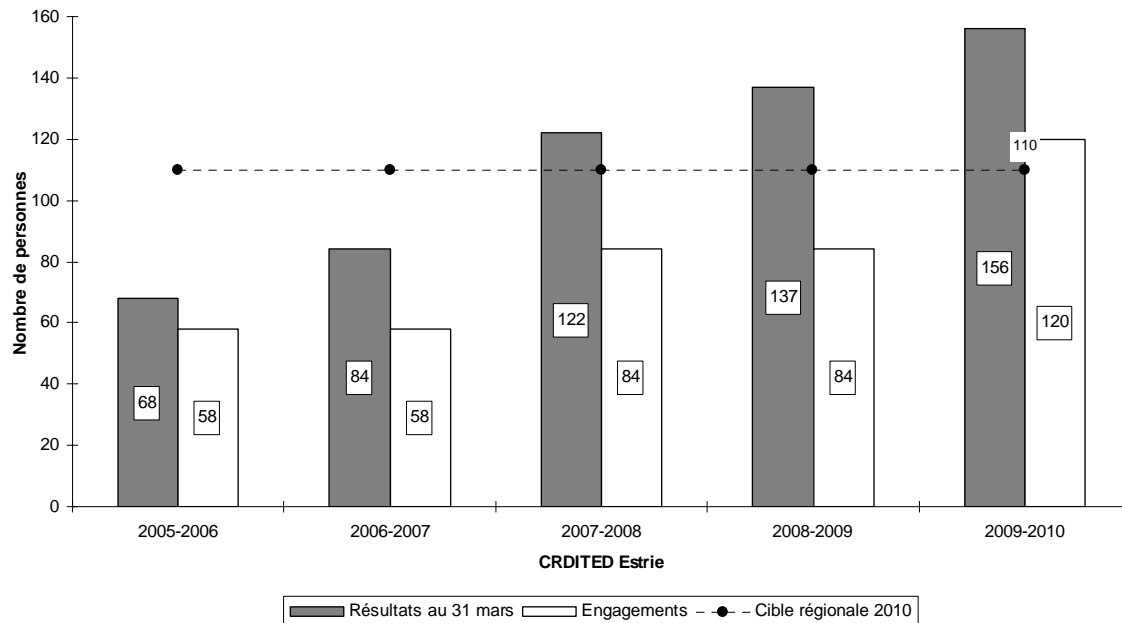
R1.5.8E Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans



Le nombre moyen d'heures hebdomadaires d'ICI par enfant de moins de 6 ans a connu une progression, entre 2006-2007 et 2009-2010. Les engagements régionaux n'ont été atteints qu'en 2009-2010 avec des résultats de 12,6 heures hebdomadaires d'intervention pour un objectif de 13, dû à un ajustement à la baisse de ces engagements. Par contre, la cible ministérielle de 20 interventions n'a pas été atteinte en 2009-2010. Il est à noter que cette cible ministérielle de 20 heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive est difficile à atteindre puisque les intervenants sont confrontés à diverses réalités en lien avec les familles telles que le manque de disponibilité, la maladie, le travail des parents, les congés.

Objectif visé : Améliorer l'accès aux services spécialisés d'adaptation et de réadaptation pour les usagers âgés de 6 ans ou plus et présentant un trouble envahissant du développement (TED avec ou sans diagnostic associé).

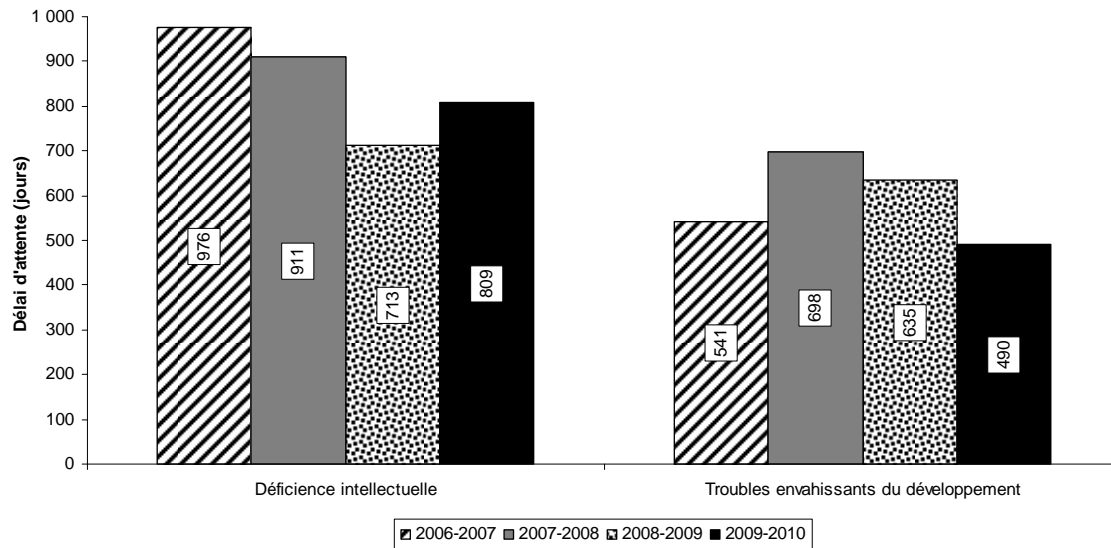
R1.5.14E Nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)



Le nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED) a toujours dépassé les engagements régionaux pris au cours des 5 années et la cible ministérielle de 110 personnes, établie pour 2010, a été dépassée en 2009-2010 avec un résultat de 156 usagers.

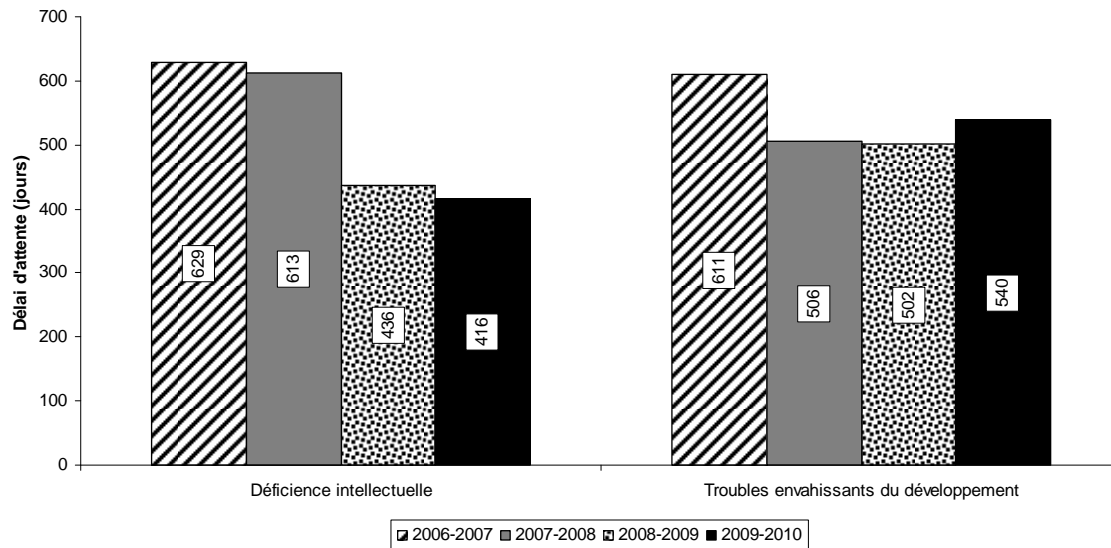
Objectif visé : Diminuer les délais d'attente pour un service dans le programme adaptation et réadaptation.

R1.5.19E Délai d'attente pour un 1^{er} service (en jours) - Programme résidentiel



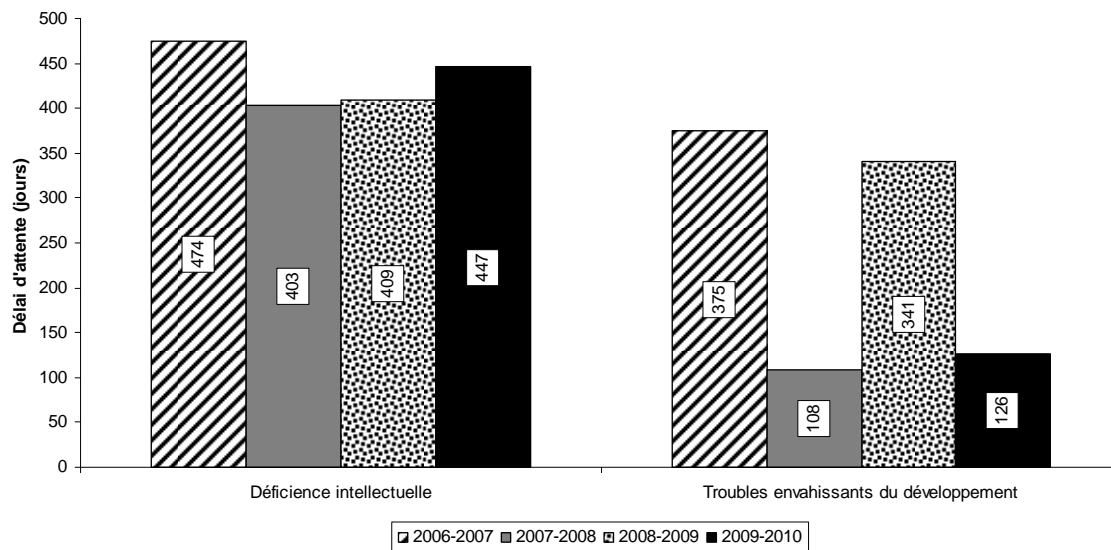
Après une diminution, au cours des années 2006-2007 à 2008-2009, les délais d'attente pour un premier service dans le cadre du programme résidentiel pour la clientèle DI ont augmenté au cours de l'année 2009-2010 pour atteindre 809 jours, soit plus de 2 ans. Les délais d'attente pour la clientèle TED, qui ont diminué entre 2007-2008 et 2009-2010, sont moins longs, se situant à 490 jours en fin de période.

R1.5.20E Délai d'attente pour un 1^{er} service (en jours) - programme soutien à la personne, à la famille et à l'entourage



Les délais d'attente pour un 1^{er} service dans le cadre du programme soutien à la personne, à la famille et à l'entourage de la clientèle DI ont diminué, passant de 629 jours, en 2006-2007, à 416 jours, en 2009-2010. Les délais d'attente pour la clientèle TED, dans le cadre du même programme, ont diminué en 2009-2010 pour se situer à 540 jours comparativement à 611 jours en 2006-2007.

R1.5.21E Délai d'attente pour un 1^{er} service (en jours) - programme socioprofessionnel



Les délais d'attente pour un premier service dans le cadre du programme socioprofessionnel ont toujours été assez élevés pour ce qui est de la clientèle DI, se situant à 447 jours, en 2009-2010. Les délais d'attente pour un 1^{er} service, pour ce qui est de la clientèle TED, ont beaucoup fluctué pour terminer à la baisse, en 2009-2010, avec un résultat de 126 jours d'attente, en moyenne.

1.6 Programme : Jeunes en difficulté

Le programme-services Jeunes en difficulté regroupe les services destinés aux jeunes qui présentent des problèmes de développement ou de comportement ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, ...). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, ...) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes concernés.

Réalisations intéressantes

- Le développement d'une offre de service spécifique pour les jeunes hébergés qui présentent des troubles mentaux au CJE et à la Villa Marie-Claire.
- L'adoption d'un modèle d'intervention de crise et de suivi intensif adapté à la clientèle des jeunes et leur famille.
- La consolidation de l'entente de complémentarité MSSS-MELS.
- Les délais moyens entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSJPA maintenus sous la cible nationale.

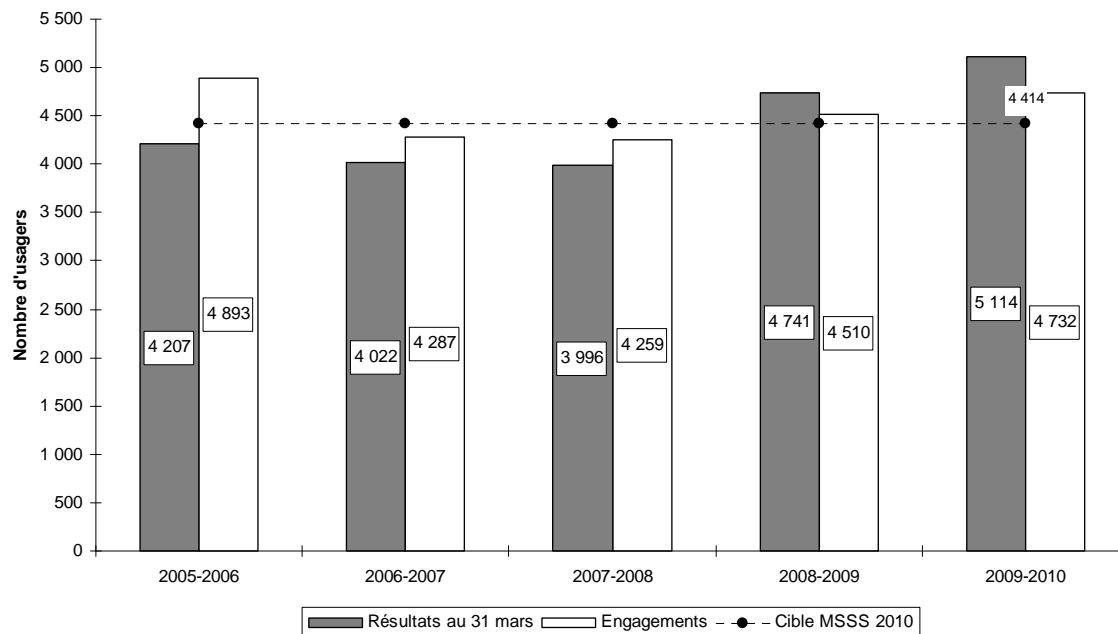
Défis à relever

- Le déploiement du service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.
- La consolidation d'une programmation intégrée en négligence entre la 1^{re} ligne et les services spécialisés.
- La diminution de la durée et le nombre de déplacements vécus par les enfants pris en charge par la DPJ.
- La diminution du délai d'attente à l'évaluation.

Axe : Services de 1^{re} ligne offerts aux jeunes en difficulté et leur famille

Objectif visé : Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions par année, par usager.

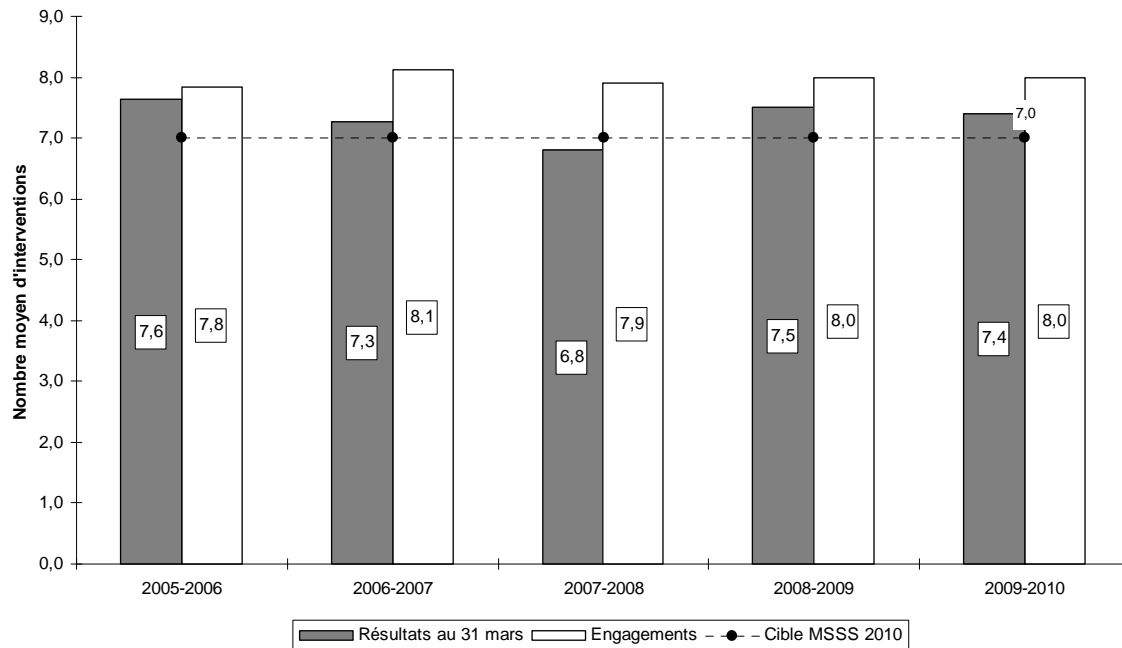
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)



Les résultats des premières années sont inférieurs aux engagements, ceci étant dû à des problèmes de recrutement d'effectifs ainsi que de productivité. Toutefois, des efforts collectifs pour relever le défi ont permis d'atteindre et même de dépasser les engagements régionaux au cours des deux dernières années. Au 31 mars 2010, 5 114 usagers avaient été rejoints, soit 8,1 % de plus que les 4 732 usagers ciblés. De plus, ce résultat dépasse de 15,9 % la cible de 4 414 établie par le MSSS.

Enfin, malgré ce dépassement, la performance de la région se classait au 10^e rang sur 16 régions.

1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

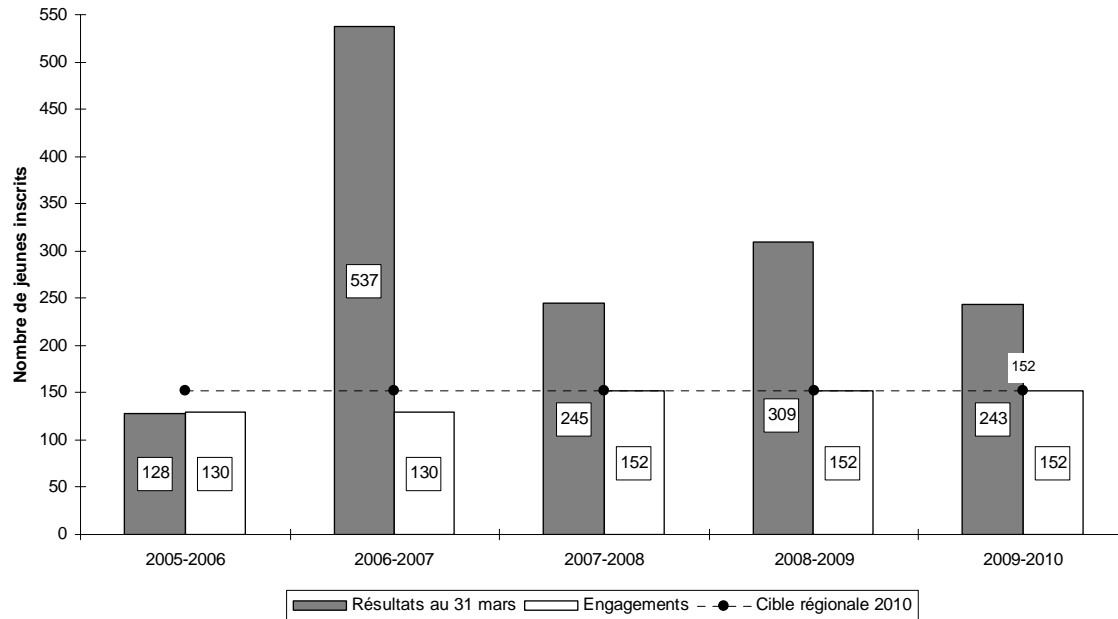


Au cours des 5 années, les résultats n'ont jamais rejoint les engagements de l'Estrie, le taux d'atteinte variant entre 86,1 % et 97,4 %. Ces résultats sont particulièrement reliés au fait que le volume de clientèle rejoint (indicateur 1.6.1) a dépassé les attentes, ce qui se reflète sur l'intensité des services rendus. Il est toutefois à noter que la cible ministérielle de 7 interventions en moyenne a été dépassée au cours de 4 années sur les 5 observées, seul le résultat de l'année 2007-2008 étant inférieur à cette cible.

Cette performance permet à la région de se tailler, au 31 mars 2010, une 3^e place parmi 16 régions.

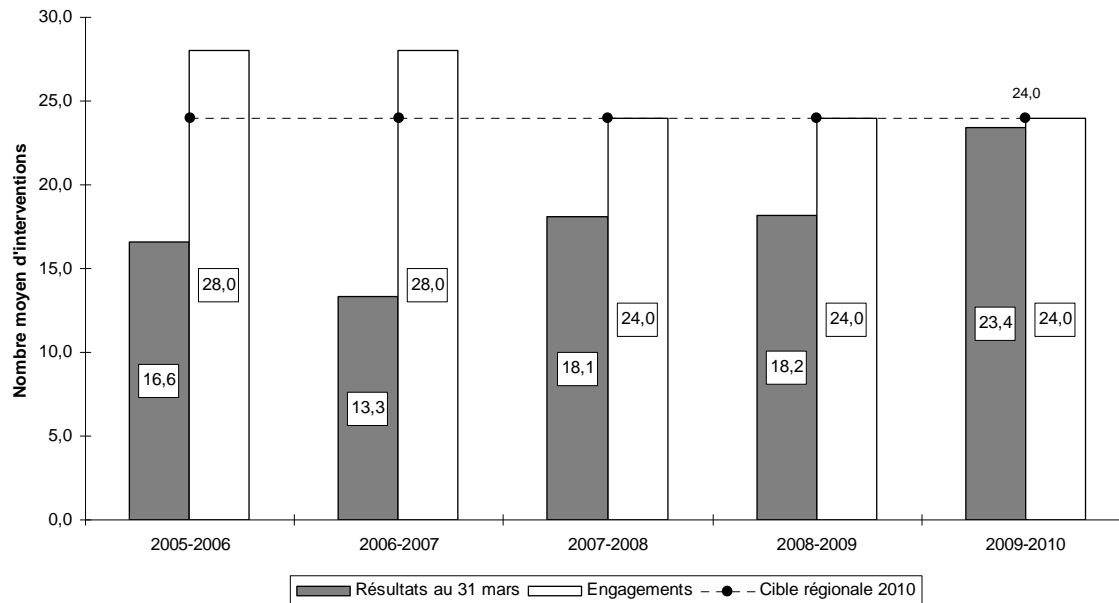
Objectif visé : Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services de réadaptation offerts par les CSSS aux jeunes âgés de 2 à 17 ans en difficulté et leur famille.

R1.6.1E Nombre de jeunes inscrits au service de réadaptation



À l'exception de la 1^{re} année où l'engagement visé avait tout juste été atteint, les résultats quant au nombre de jeunes inscrits au service de réadaptation ont toujours largement dépassé les engagements de l'établissement ainsi que les attentes en Estrie au cours des 4 années subséquentes.

R1.6.2E Nombre moyen d'interventions pour les jeunes inscrits au service de réadaptation

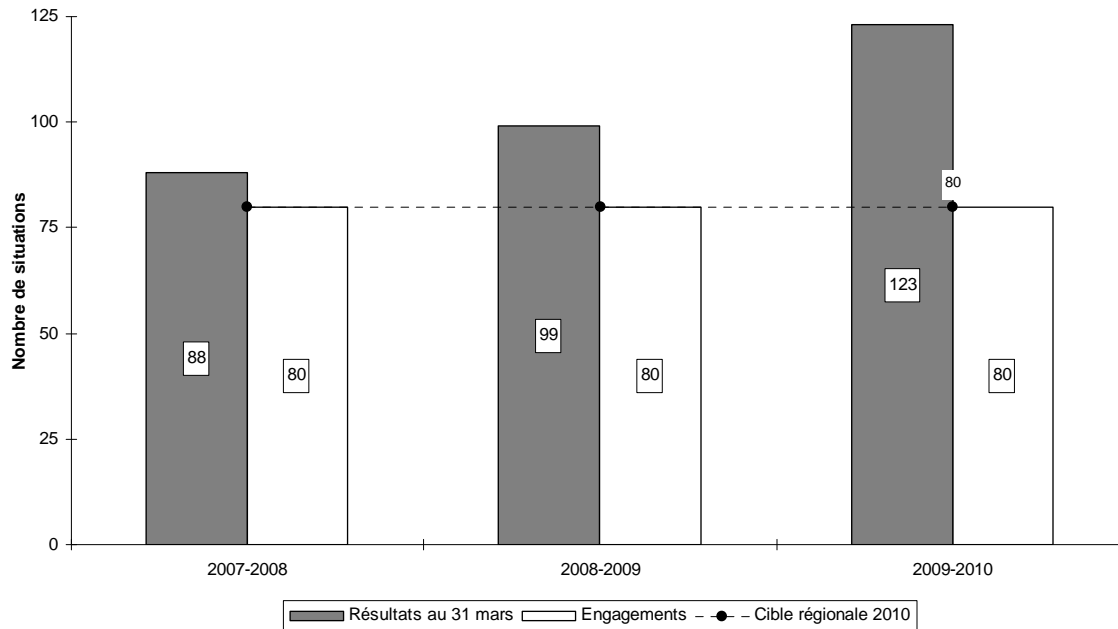


L'écart entre les résultats et les engagements régionaux s'est amoindri d'année en année pour presque disparaître en fin de période d'observation. L'engagement ayant pratiquement été atteint à ce moment (23,4 interventions pour une cible de 24). Ce bilan est particulièrement attribuable à la performance de 3 CSSS, le volume élevé de clientèle rejointe venant affecter la moyenne des autres établissements.

Notons toutefois que les engagements régionaux ont été ajustés à la baisse au cours de la période d'observation. En effet, en 2005-2006 et 2006-2007, les engagements étaient de 28 interventions en moyenne, alors que pour les 3 années subséquentes, les engagements furent réajustés à 24 interventions. Ces changements visaient une offre de service réaliste du point de vue des ressources disponibles, tout en maintenant les meilleures pratiques dans le domaine.

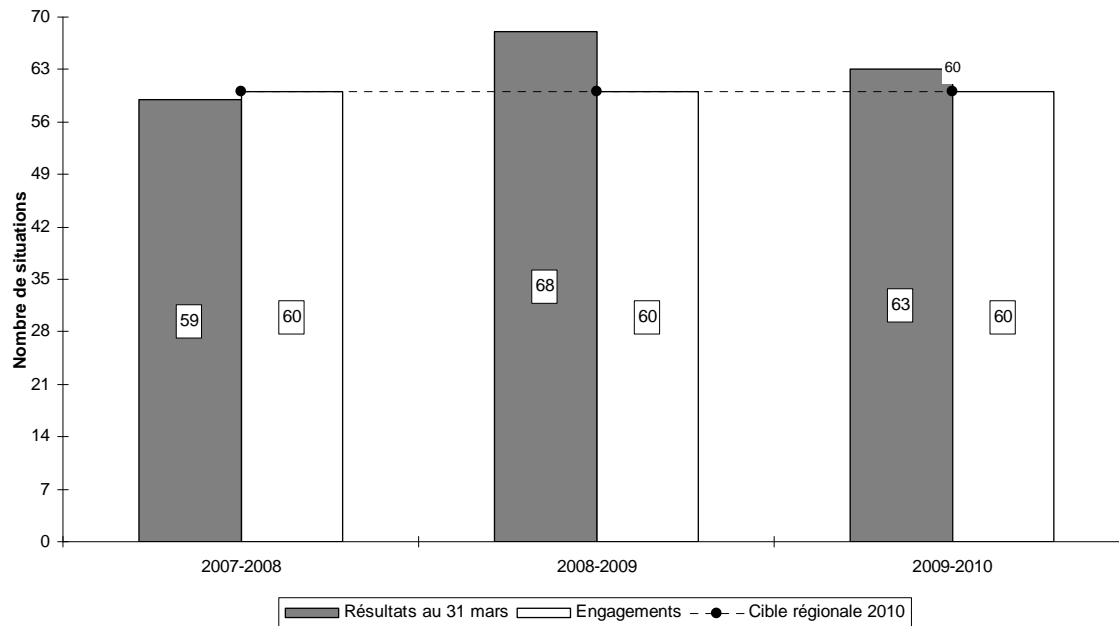
Objectif visé : Améliorer l'accessibilité au coordonnateur de l'Équipe d'intervention Jeunesse (EIJ) pour fins de consultation, de médiation ou de coordination pour les jeunes âgés de moins de 18 ans en difficulté et leur famille.

R1.6.7E-S Nombre de situations suivies par le coordonnateur de l'Équipe d'intervention Jeunesse (EIJ)



Les résultats ont toujours dépassé les engagements régionaux, ce dépassement s'accroissant d'année en année pour atteindre, en 2009-2010, 43 jeunes de plus que la cible de 80. Ce succès est surtout attribuable à l'un des deux CSSS où l'on retrouve une EIJ, l'autre ayant été confronté à certaines difficultés d'implantation en 2007-2008 et 2008-2009. L'année 2009-2010 permet tout de même de faire le constat que cet établissement est en mesure de relever le défi.

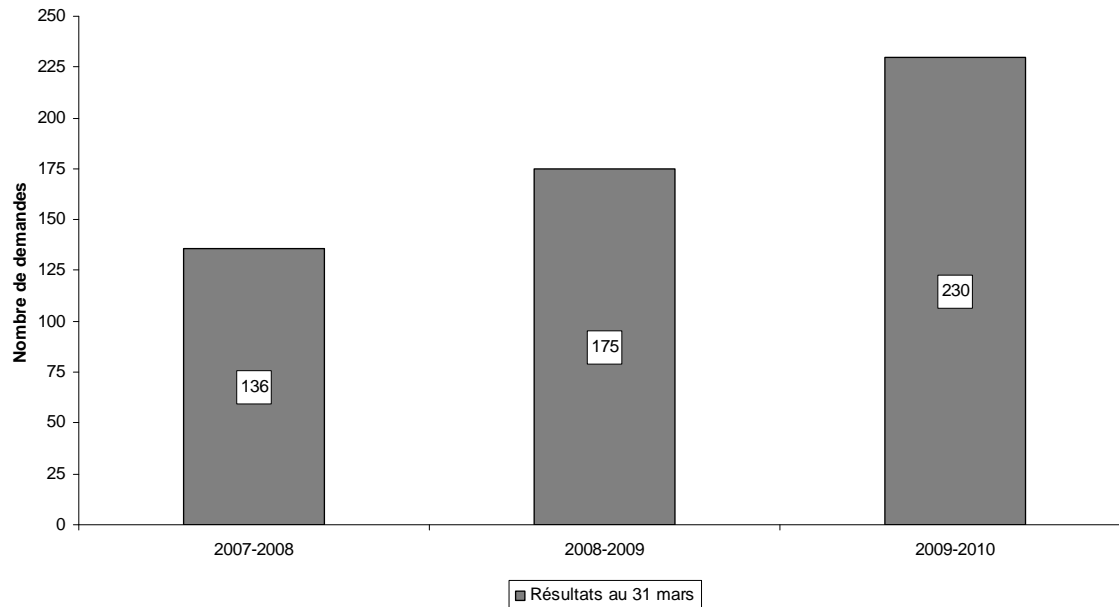
R1.6.8E-S Nombre de situations suivies par le coordonnateur de l'EIJ pour lesquelles un PSI est disponible au dossier



Les résultats ont presque toujours atteint ou légèrement dépassé les engagements au cours de 3 années, ce nombre s'établissant à 59, 68 puis 63 situations en 2009-2010.

Objectif visé : Augmenter le nombre de demandes de services reçues par les CSSS en provenance du Centre jeunesse de l'Estrie.

R1.6.10E Nombre de demandes de services reçues par les CSSS en provenance du Centre jeunesse de l'Estrie

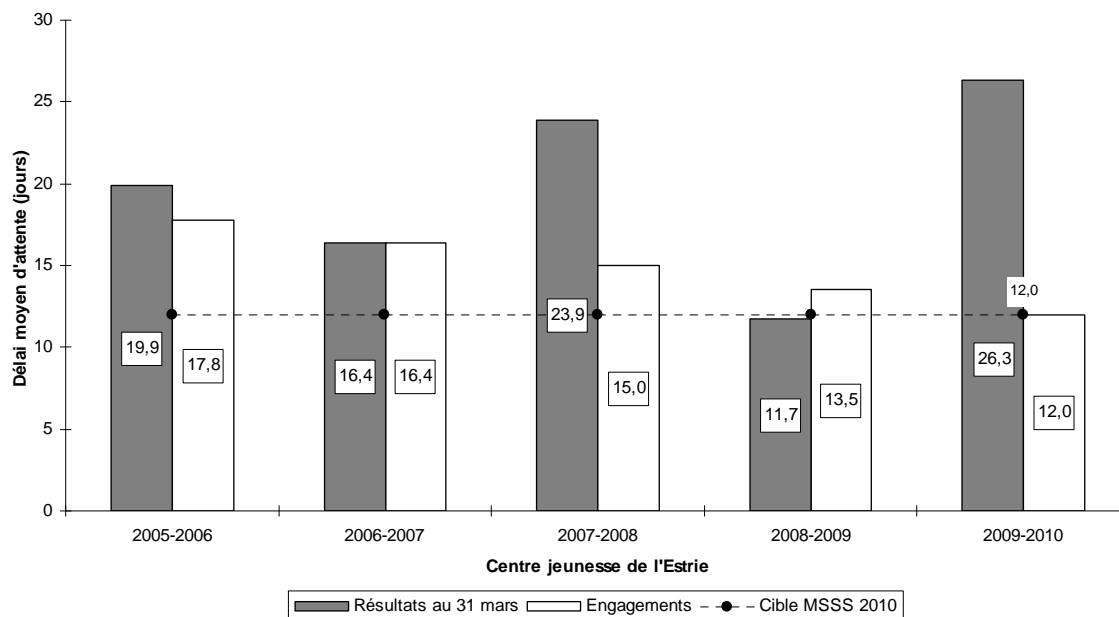


L'engagement a été respecté puisqu'il y a eu augmentation du nombre de demandes au cours des 3 années, atteignant respectivement 136, 175 puis 230 demandes, en 2009-2010. Le résultat de la dernière année correspond à une augmentation de 69 % comparativement au résultat atteint en 2007-2008.

Axe : Services spécialisés offerts par les centres de réadaptation

Objectif visé : Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

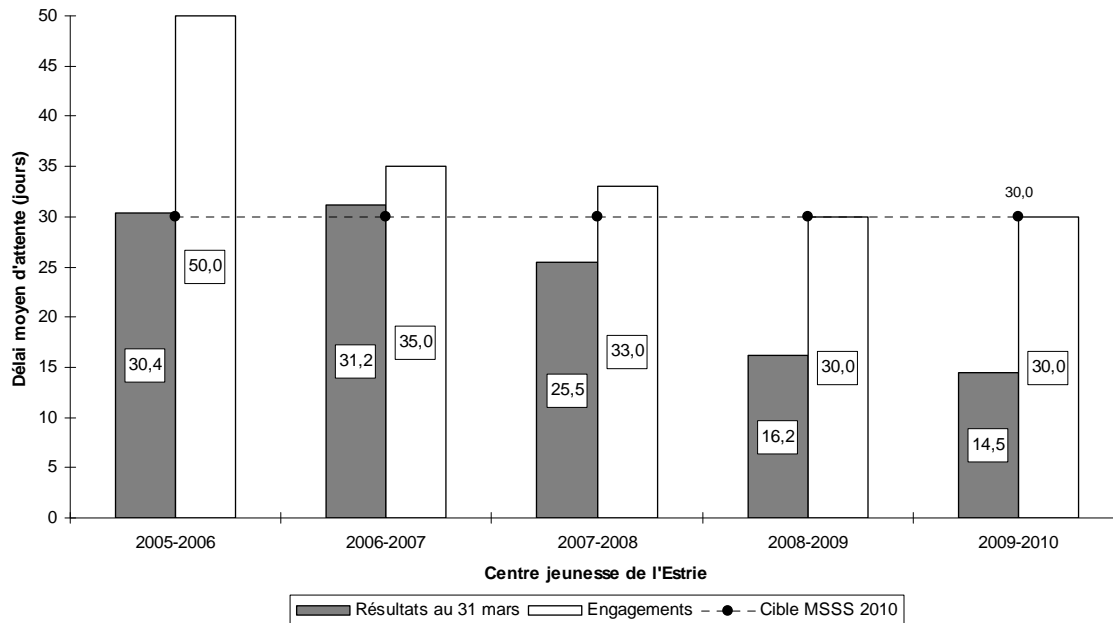
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse



Le Centre jeunesse de l'Estrie a dû relever de nombreux défis au cours de la période. Parmi ceux-ci, on note des problèmes de rétention et de recrutement des effectifs ainsi que l'implantation de nouveaux outils à maîtriser par les intervenants et intervenantes. Donc, les délais moyens ont connu de grandes fluctuations au cours des 5 années, variant du résultat le plus bas de 11,7 jours en 2008-2009 au résultat le plus élevé de 26,3 jours pour l'année 2009-2010. La période de 5 ans se termine avec un délai moyen à plus du double de la cible visée de 12 jours et nettement au dessus de la moyenne provinciale de 15,4 jours. Aux problèmes déjà mentionnés s'ajoute une hausse inégalée de signalements pour la dernière année (1 073 signalements pour 2009-2010), soit environ 200 signalements de plus que l'année précédente.

Ces difficultés rencontrées font en sorte que l'Estrie se positionnait, au 31 mars 2010, au dernier rang de 15 régions.

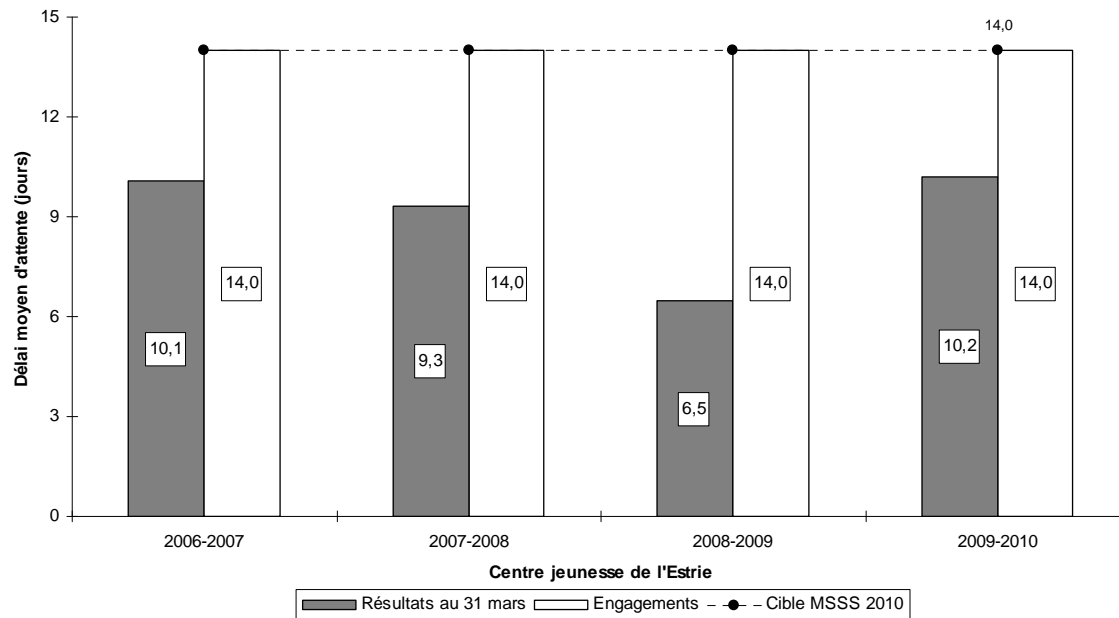
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse



Les délais moyens d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse ont diminué au cours de la période de 5 ans, passant de 30,4 jours calendrier, en 2005-2006 à 14,5 jours en 2009-2010. Ce dernier résultat se situait à moins de la moitié de la cible maximale visée par le ministère mais au-dessus des 12 jours de délai moyen observés pour l'ensemble du Québec.

Au 31 mars 2010, la région se classait au 9^e rang sur 15 régions.

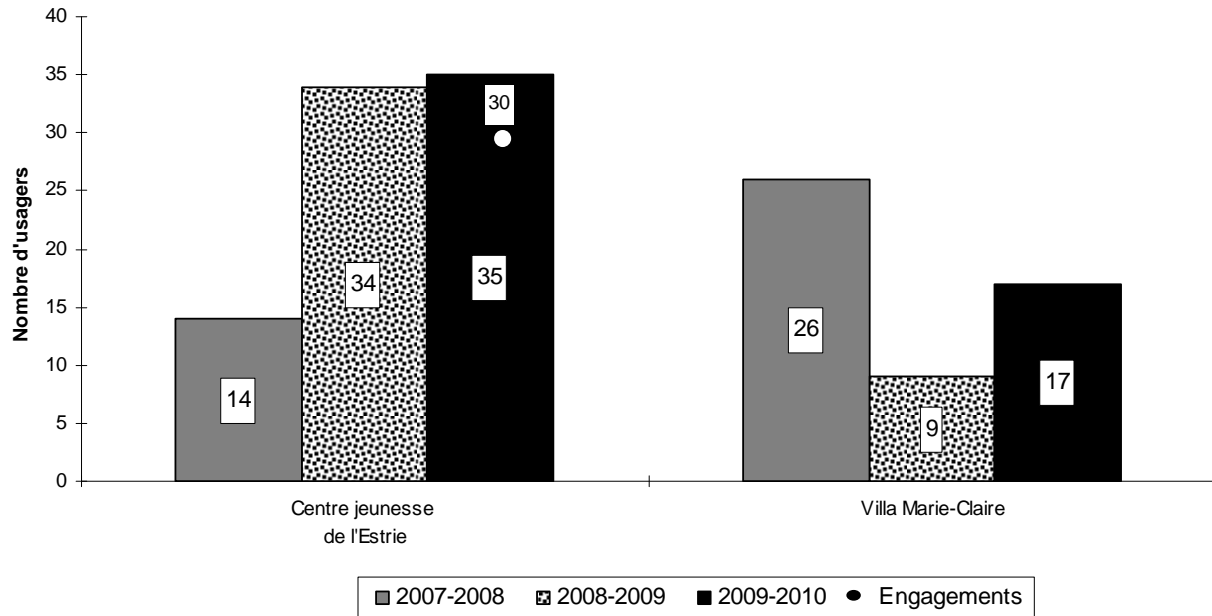
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSJPA



Les résultats de la région se sont constamment maintenus sous les engagements régionaux, variant du résultat le plus bas de 6,5 jours, en 2008-2009 au résultat le plus élevé de 10,2 jours, pour l'année 2009-2010. L'exercice se termine donc avec un délai moyen sous la cible ministérielle maximale visée de 14 jours et sous la moyenne provinciale de 12,1 au 31 mars 2010. Malgré cette dernière observation, la région ne se situe qu'au 11^e rang parmi 15 régions.

Objectif visé : Augmenter le nombre d'usagers différents de moins de 18 ans qui présentent un ou des diagnostics de troubles mentaux et qui sont suivis dans le cadre de la programmation « Santé mentale ».

R1.6.9E Nombre d'usagers hébergés suivis dans le cadre de la programmation « Santé mentale »



Les résultats ont toujours dépassé les engagements régionaux, établis à 30 usagers, au cours des 2 années où de tels engagements ont été déterminés, ces résultats s'établissant à 34 jeunes âgés de 17 ans ou moins suivis, en 2008-2009 puis à 35, en 2009-2010.

Les résultats de la Villa Marie-Claire ont varié d'une année à l'autre. Il est à noter que les besoins dans le cadre de la programmation « Santé mentale » des usagers hébergés à la Villa Marie-Claire sont comblés.

1.7 Programme : Dépendances

Ce programme comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale (psychotropes, jeu pathologique), des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits, tels que des traitements à la méthadone. Les services aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance font aussi partie de ce programme.

Réalisations intéressantes

- La consolidation des services de liaison entre le CHUS et le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges pour la clientèle ayant besoin de services de désintoxication.
- Le nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation correspond aux engagements régionaux.
- Le développement d'une offre de service de 1^{re} ligne en dépendances.
- La consolidation de l'offre de service spécialisé en jeux pathologiques.

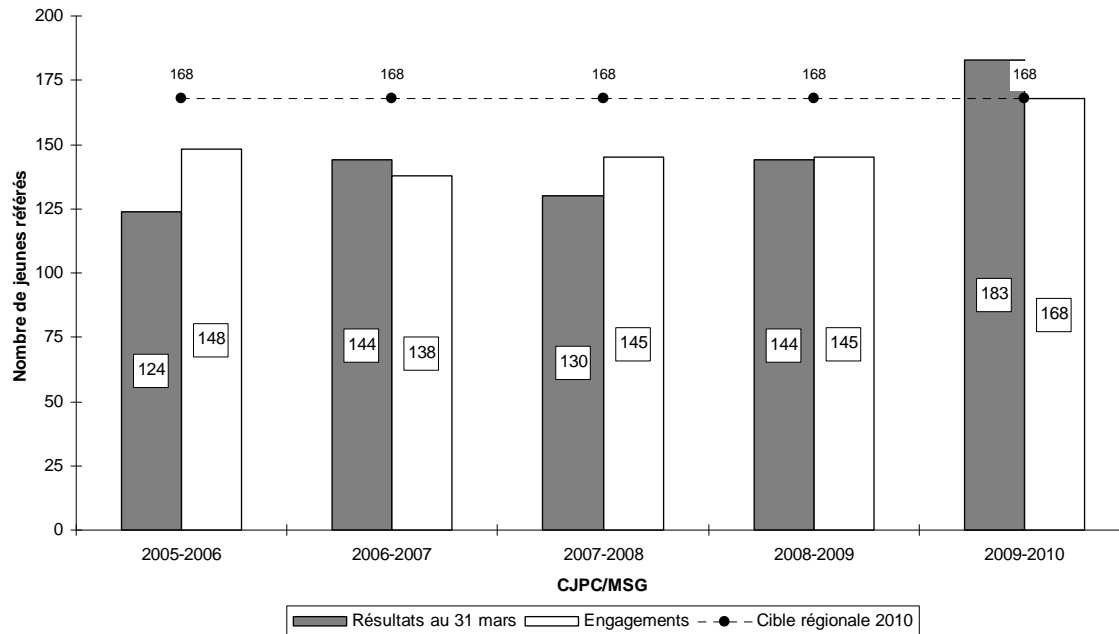
Défis à relever

- Le développement des services de dégrisement pour la région.
- Le soutien à la certification des ressources en toxicomanie et en jeu pathologique offrant des services d'hébergement.
- Le soutien au partenariat entre l'établissement régional et les organismes certifiés.
- L'accessibilité à des services de 1^{re} ligne et spécialisés adéquats malgré l'écart de financement dans ce programme-services.
- Le maintien d'une offre de services médicaux pour la clientèle bénéficiant des services de désintoxication au CJPC/MSG.

Axe : Toxicomanie

Objectif visé : Accroître l'accessibilité des services spécialisés en toxicomanie dans l'ensemble des régions du Québec (15 % des jeunes ayant une consommation problématique de psychotropes requièrent des services spécialisés).

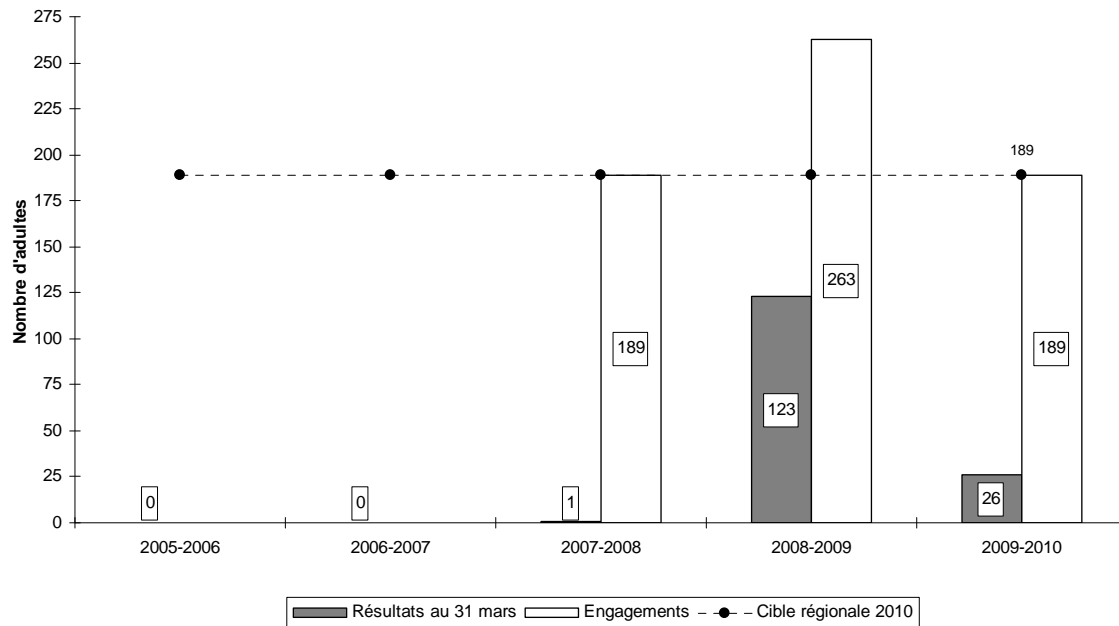
R1.7.1E Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation



Les résultats ont quelque peu fluctué au cours des 5 années, les engagements ayant été atteints au cours des années 2006-2007, 2008-2009 et 2009-2010. Les résultats de cette dernière année dépassent de 8,9 % la cible régionale, s'établissant à 183 usagers suivis, en regard d'un engagement de 168.

Objectif visé : Augmenter le nombre d'adultes ayant bénéficié d'une intervention brève, éducative et préventive concernant l'alcool.

R1.7.5S Nombre d'adultes de 18 ans et plus ayant bénéficié d'une intervention brève, éducative et préventive concernant l'alcool



Cet indicateur a été sujet à plusieurs difficultés de parcours, durant les 5 années, la plus importante étant un problème d'interprétation de l'indicateur. En effet, compte tenu que les interventions de 1^{re} ligne ou brèves visant un problème de consommation d'alcool peuvent se faire à travers une intervention s'adressant à une problématique associée (dépression, problèmes de couple, etc.), ces interventions ne sont pas toujours identifiées « intervention brève » dans I-CLSC et par conséquent, ne sont pas comptabilisées pour cet indicateur.

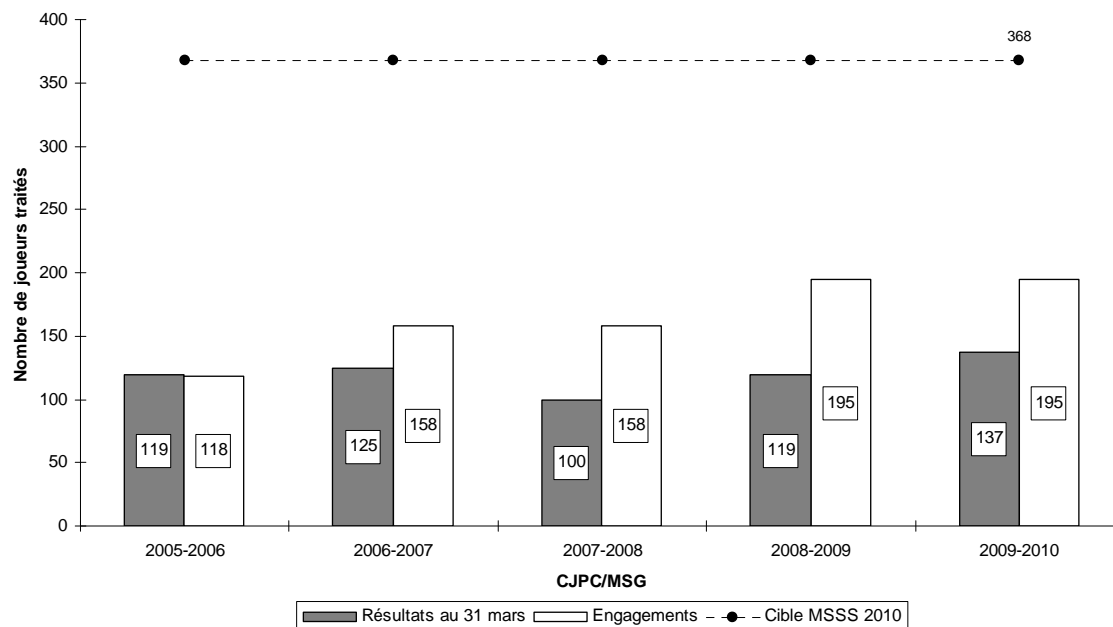
En 2009-2010, le départ de l'intervenant-pivot en dépendances pourrait expliquer la chute du nombre d'interventions pour cette année.

Des travaux régionaux sont en cours et visent à mieux structurer les services de 1^{re} ligne en dépendances, en CSSS.

Axe : Jeu pathologique

Objectif visé : Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique



Ce n'est qu'en 2005-2006 que les résultats ont atteint les engagements. Depuis, un écart est observé entre les résultats et les engagements visés. Bien que le bilan se termine avec 137 usagers ayant reçu des services de traitement en jeu pathologique, soit 70,3 % des 195 visés, toutes les demandes de services ont été répondues, sans liste d'attente et l'établissement a rejoint 18 proches de joueurs pathologiques au cours de la dernière année. Des démarches ont été entreprises avec le MSSS pour réviser la cible du nombre de joueurs à traiter puisque la situation était la même dans une majorité de région. D'autre part, au cours de ces années, plusieurs efforts ont été déployés tant du côté de l'établissement que de l'Agence afin de promouvoir ces services.

L'Estrie se positionnait au 10^e rang parmi 16 régions du Québec quant à l'atteinte de la cible 2010 du MSSS.

1.8 Programme : Santé mentale

Le programme Santé mentale vise le traitement et le soutien des enfants, des jeunes et des adultes de tous âges ayant un trouble mental, incluant les personnes qui présentent un risque suicidaire.

Plus particulièrement, les services sont destinés :

- aux personnes qui présentent des troubles mentaux graves, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un degré d'incapacité qui interfère, de façon significative, dans leurs relations interpersonnelles et dans leurs compétences sociales et professionnelles de base;
- aux personnes qui vivent des troubles mentaux modérés, d'intensité variable, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

Réalisations intéressantes

- La consolidation des services ambulatoires en santé mentale en 1^{re} ligne.
- L'implantation du suivi d'intensité variable pour la clientèle en santé mentale dans les réseaux locaux de services.
- Le développement d'un outil commun d'évaluation des besoins de la clientèle avec troubles mentaux graves (notamment pour l'accès aux ressources résidentielles).
- La consolidation d'un mécanisme régional d'accès à l'hébergement en santé mentale.
- L'adoption et la mise en œuvre de la réorganisation des services résidentiels pour la clientèle en santé mentale.
- La mise en place, dans chacun des réseaux locaux de services, d'un guichet d'accès aux services de santé mentale.
- La nomination sur chaque territoire d'un psychiatre répondant.
- Le transfert au CHUS de la clientèle SIV et hébergée vers les CSSS (hiérarchisation des services entre la 1^{re} ligne et le CHUS).
- Le développement d'équipes de base en santé mentale jeunesse dans les réseaux locaux de services.

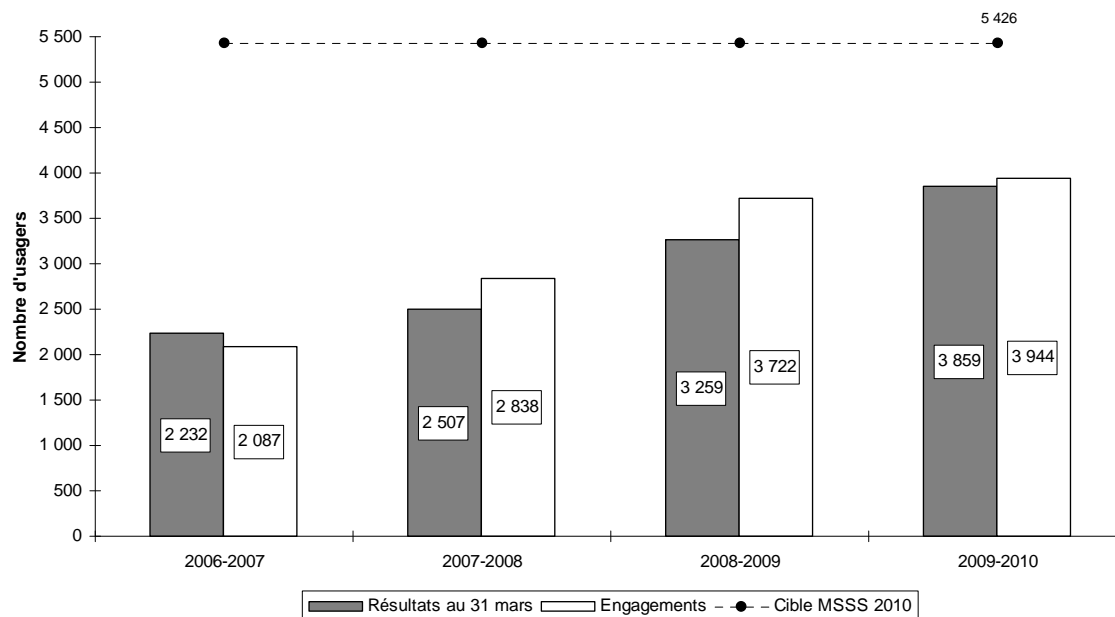
Défis à relever

- Diminuer de façon significative la durée moyenne de séjour sur civière en santé mentale.
- Développer une offre diversifiée de ressources résidentielles en santé mentale sur chaque territoire de CSSS.
- Développer des services de suivis intensifs, notamment en milieu urbain.
- Consolider l'offre de service local en santé mentale, notamment avec les médecins du territoire.
- Améliorer l'offre de service de réadaptation pour la clientèle des jeunes adultes en santé mentale, notamment pour la double problématique santé mentale et toxicomanie.
- Développer, sur tous les territoires, une offre de service socioprofessionnel et communautaire en collaboration, avec les partenaires de chaque réseau local de services.
- Réduire les délais d'attente pour l'accès aux services de consultation en psychiatrie au CHUS.
- Consolider les services de santé mentale pour la clientèle jeunesse dans les RLS.
- Améliorer l'organisation des soins et du traitement au niveau des services psychiatriques au CHUS.
- Poursuivre la mise en réseau des services pour la clientèle en santé mentale en améliorant notamment les collaborations entre la 1^{re} et la 2^e ligne.

Axe : Services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale

Objectif visé : Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de 1^{re} ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de 1^{re} ligne existantes sur le territoire.

1.8.9 Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)



Le nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS a cru régulièrement au cours des années 2006-2007 à 2009-2010, passant de 2 232 personnes à 3 859. Les engagements régionaux ont été rencontrés de façon satisfaisante en fin de bilan.

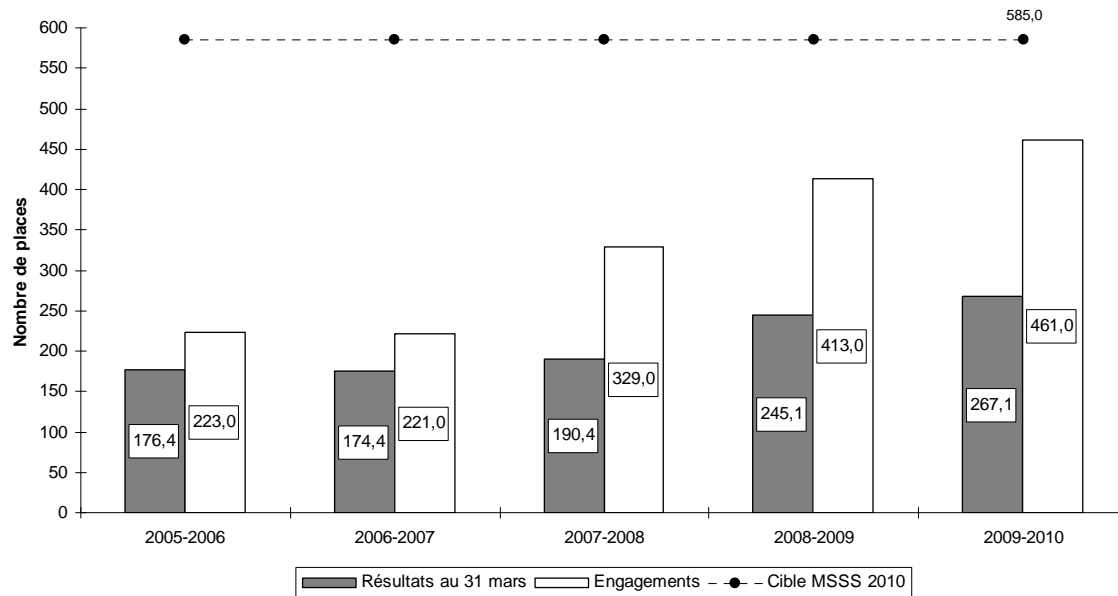
Il est à noter que des ajustements sont en cours dans certains CSSS, entre les services psychosociaux généraux et les services ambulatoires en santé mentale, afin de mieux hiérarchiser les services de santé mentale aux jeunes et aux adultes.

Au 31 mars 2010, l'Estrie figurait au 7^e rang des régions du Québec, quant à l'atteinte de la cible 2009-2010 du ministère, établie à 5 426 usagers pour la région.

Objectif visé : Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :

- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants);
- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants).

1.8.5 Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services



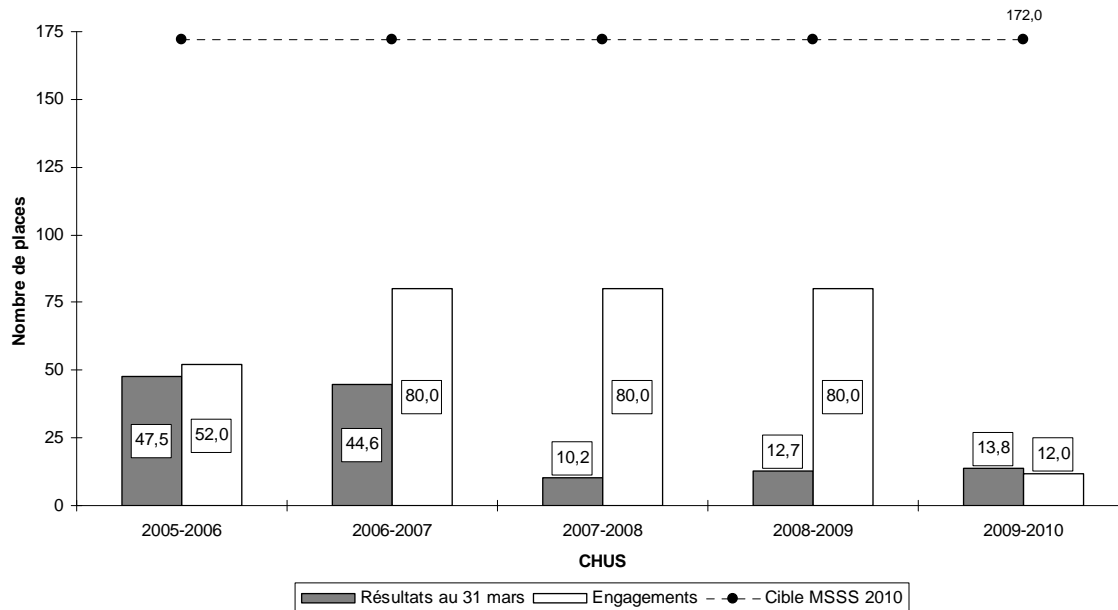
Le nombre de places en services de soutien variable dans la communauté pour des adultes a crû régulièrement, passant de 176,4 places, en 2005-2006, à 267,1 places, en 2009-2010. Toutefois, les résultats sont toujours demeurés en-deçà des engagements.

La pratique qui soutient cet indicateur a dû faire face à des enjeux de transformation majeurs. Les services offerts à la clientèle nécessitant des services de soutien d'intensité variable étaient préalablement dispensés par le CHUS. Un transfert clinique de la clientèle devait se faire vers les CSSS, ce qui s'est fait progressivement.

Aussi, notons aussi que l'indicateur tel que défini ne reflète pas adéquatement la pratique clinique en soutien d'intensité variable en 1^{re} ligne. La région de l'Estrie en a fait part à plusieurs reprises au MSSS, notamment dans le cadre de sa tournée pour l'évaluation de l'implantation du plan d'action ministériel en santé mentale.

Tout de même, la région de l'Estrie se situe au 7^e rang de 16 régions.

1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services



Les résultats du nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes a chuté en 2007-2008, après avoir connu un niveau plus élevé auparavant. Ces résultats sont demeurés inférieurs aux engagements au cours des années 2007-2008 et 2008-2009. En 2009-2010, les engagements ont été révisés ce qui a permis l'atteinte de ceux-ci, malgré que les résultats soient demeurés à un niveau comparable à l'année précédente.

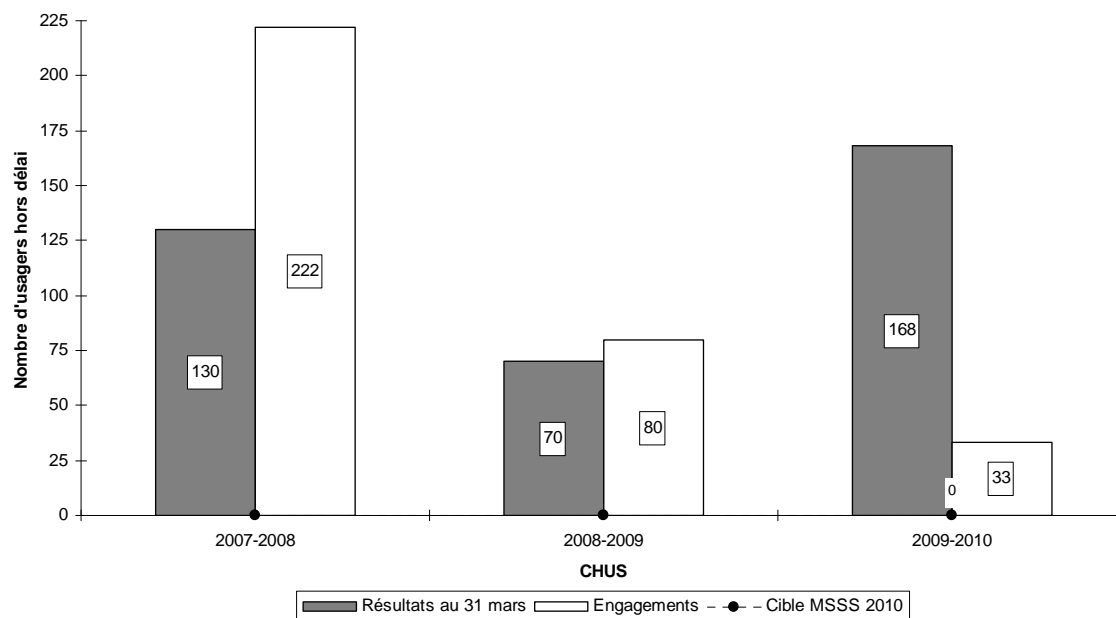
Tout comme les services de suivi d'intensité variable (SIV) en santé mentale, le suivi intensif fait aussi face à un défi de transformation. Auparavant, si le CHUS desservait une partie de la clientèle en SIV, il s'est vu confier le mandat d'offrir plutôt les services de suivi intensif dans la communauté et de transférer la clientèle SIV vers les CSSS. Le transfert de la clientèle SIV vers les CSSS étant terminé, le CHUS, avec les ressources humaines dégagées du SIV, pourra offrir des services intensifs à la clientèle en santé mentale qui le requiert.

La performance de la région se situait, au 31 mars 2010, au 11^e rang parmi 16 régions.

Axe : Services de 2^e ligne – santé mentale

Objectif visé : Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

1.8.10 Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2^e ou 3^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours



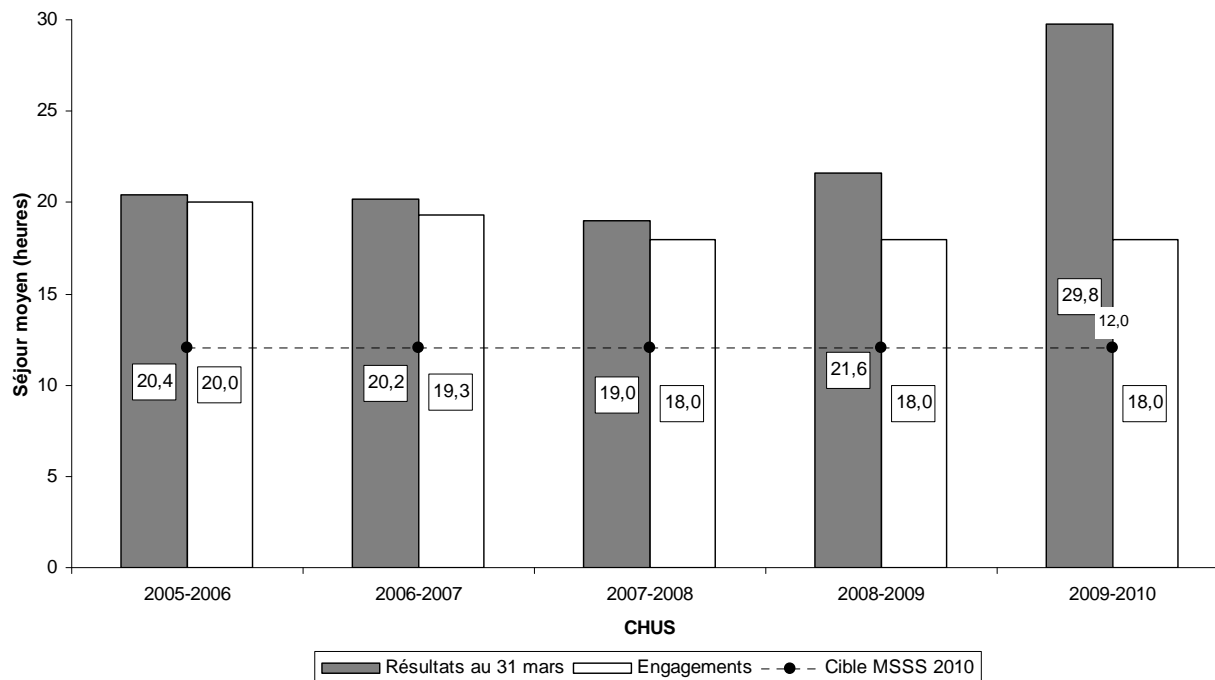
Si les engagements régionaux ont été respectés au cours des 2 premières années, il en est tout autrement en 2009-2010, puisque le nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2^e ligne ou 3^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours a plus que doublé par rapport à l'année précédente. Ce phénomène serait en partie attribuable à l'absence de titulaire du poste d'infirmière clinicienne de ce service (au CHUS) durant quelques mois au cours de la dernière année.

Axe : Services d'urgence psychiatrique

Objectif visé : Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale, soit :

- séjour moyen sur civière à l'urgence de 18 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale

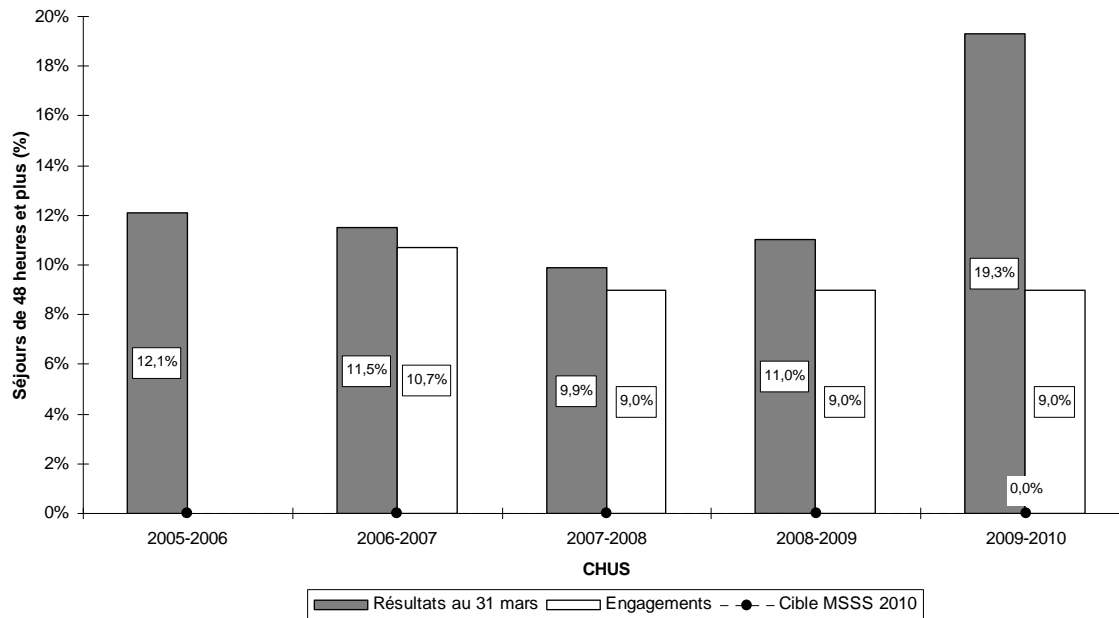


Au cours des 3 premières années, soit 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008, les résultats de l'Estrée se sont maintenus légèrement au-dessus des engagements régionaux. Par contre, à partir de 2008-2009, le séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale a augmenté, pour atteindre 29,8 heures en 2009-2010. On note une augmentation du séjour moyen sur civière s'établissant à 37,3 heures, en fin de période, et ce, malgré les mesures mises en place par l'établissement, les partenaires du réseau ainsi que par l'Agence.

Au 31 mars 2010, l'Estrée figurait au 14^e rang sur 15 régions.

Actuellement, plusieurs démarches sont entreprises pour atteindre de meilleurs résultats dont un plan d'action à très brève échéance ciblant des actions précises permettant d'atteindre la cible identifiée pour diminuer les séjours sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.

1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale



Après être demeuré relativement stable au cours des 4 premières années, fluctuant entre 9,9 % et 12,1 %, le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale a bondi, passant à 19,3 % au cours de la dernière année.

Les résultats de cet indicateur sont fortement corrélés avec les résultats de l'indicateur 1.8.7 et les mêmes conclusions s'appliquent. Plusieurs analyses ont été faites afin de documenter la situation au cours de l'année 2009. Aucun phénomène particulier en est ressorti (ex : augmentation de l'achalandage, situations psychosociales exceptionnelles...). La révision du fonctionnement de l'urgence générale et psychiatrique à l'égard des personnes ayant un problème de santé mentale est en cours afin de réduire au minimum certains délais entre l'arrivée du patient, la consultation psychiatrique et la décision clinique. La gestion des lits d'hospitalisation en psychiatrie est aussi en révision.

La région fait piètre figure lorsque comparée aux autres régions puisque le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale en région se situe au dernier rang de 15 régions.

1.9 Programme : Santé physique

Le programme Santé physique s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu. Le programme comprend plusieurs volets dont celui du service d'urgence, de la lutte contre le cancer, de la gestion des maladies chroniques, de la cardiologie tertiaire et des activités chirurgicales.

Réalisations intéressantes

- L'accès à des services d'infirmières-pivots sur chaque territoire de CSSS pour la clientèle en oncologie ainsi que la consolidation des équipes régionales et d'une équipe suprarégionales.
- Le transfert de la gestion des lits de convalescence du CHUS aux 4 CSSS sans courte durée; les autres CSSS assurant la convalescence dans leurs lits de courte durée.
- Le déploiement d'un programme de réadaptation cardiaque et de cliniques satellites en insuffisance cardiaque sur chaque territoire de CSSS en collaboration avec les cliniques-mères du CHUS.
- L'implantation d'un système informatique pour mieux suivre l'accès aux services spécialisés de chirurgie, notamment pour les prothèses totales de la hanche, du genou et les chirurgies de la cataracte.
- La bonne performance liée à la durée moyenne de séjour sur civière pour la population en générale et les personnes âgées de 75 ans et plus.
- Le transfert du suivi de la clientèle diabétique de 1^{re} ligne du CHUS vers les CSSS, soutenu cliniquement par le CHUS.

Défis à relever

- Consolider l'offre de service en 1^{re} ligne pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches et améliorer la coordination et l'échange d'information entre les différents dispensateurs de soins (1^{re} ligne et services spécialisés).
- Assurer l'accès aux personnes inscrites au mécanisme central pour toutes les chirurgies électives dans un délai de six mois.
- Augmenter l'accès à des services à domicile en soins palliatifs en ce qui a trait aux clientèles rejointes et aux interventions.
- Diminuer de façon significative l'accès aux services d'imagerie médicale et aux services spécialisés.

Volet : Services médicaux spécialisés et surspécialisés

Réalisations intéressantes

- En regard des spécialités de base : élaboration d'un plan du niveau de services attendu dans chacun des RLS en 2008-2009.
- En médecine interne : rehaussement de l'accessibilité par la mise en place d'une clinique d'investigation rapide.
 - En radiologie : amélioration de l'accessibilité aux services et de la prescription des examens par les médecins de famille.
 - En santé mentale : organisation de l'offre de services de psychiatres répondants.
- En orthopédie : Mise en place d'un projet pilote entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog pour la chirurgie de la prothèse totale du genou.
- En cardiologie : Mise en place d'un groupe de travail en 2008 afin de favoriser l'accès à un traitement rapide des infarctus du myocarde avec une élévation du segment ST (IAMEST).
- En médecine spécialisée : d'importants travaux ont été réalisés sur le plan régional des effectifs médicaux afin de procéder à l'analyse des postes vacants de chacune des spécialités de chaque établissement concerné.

Défis à relever

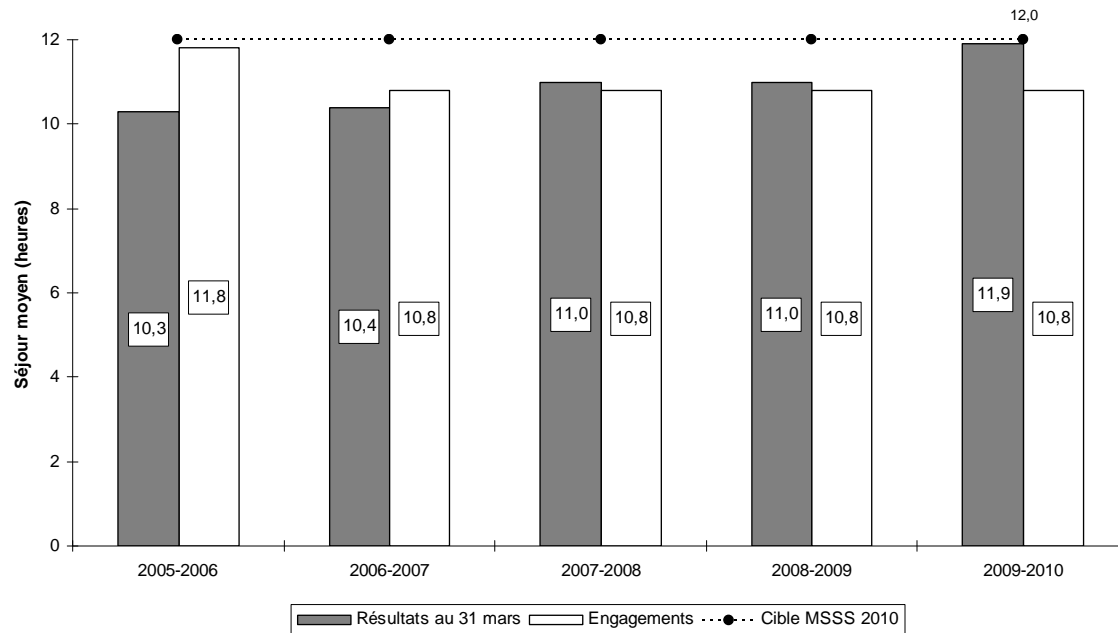
- Globalement, l'accessibilité aux services de consultation spécialisée demeure problématique.
- Au niveau de l'accès et de la continuité des services : mettre en place un modèle *d'accueil clinique* permettant de mieux définir les services requis et une meilleure articulation entre ceux de la 1^{re} et 2^e ligne.
- En santé mentale : des modalités de travail entre les médecins sont à consolider et une hiérarchisation adéquate des services est à faire.
- En regard de l'imagerie médicale : les priorités sont notamment en matière de tomodensitométrie, de résonance magnétique, d'échographie (notamment obstétricale, vasculaire et mammaire) ainsi qu'en regard de la lecture des examens radiologiques.
- Concernant la procréation médicalement assistée, mettre sur pied, dans un premier temps, une gamme des services de 2^e ligne incluant ceux de pré et de post FIV et d'établir un corridor de services avec un ou des centres autorisés de Montréal.
- Une planification du plan régional des effectifs médicaux (PREM) est à réaliser pour 2012–2016 selon de nouvelles règles de gestion incluant le respect des plans organisationnels des établissements.

Axe : Services d'urgence

Objectif visé : Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence, soit :

- séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

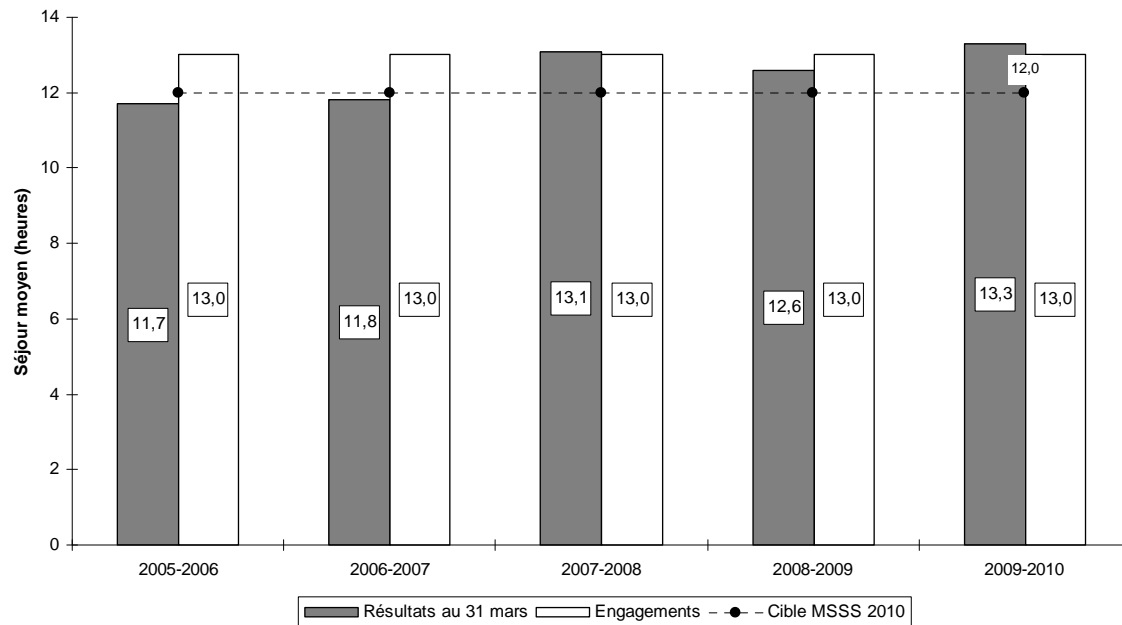
1.9.1 Séjour moyen sur civière



La durée moyenne de séjour sur civière a connu une augmentation constante, passant de 10,3 heures, en 2005-2006, à 11,9 heures, en 2009-2010. Les engagements régionaux ont été respectés dans l'ensemble jusqu'en 2009-2010, année où un dépassement s'est produit. Il est à noter que ces derniers résultats se situaient toujours sous la cible maximale du ministère de 12 heures et sont nettement inférieurs à la moyenne provinciale de 17,6 heures, à la même date.

D' ailleurs, au 31 mars 2010, la performance de l'Estrie figurait au 3^e rang des résultats de 15 régions.

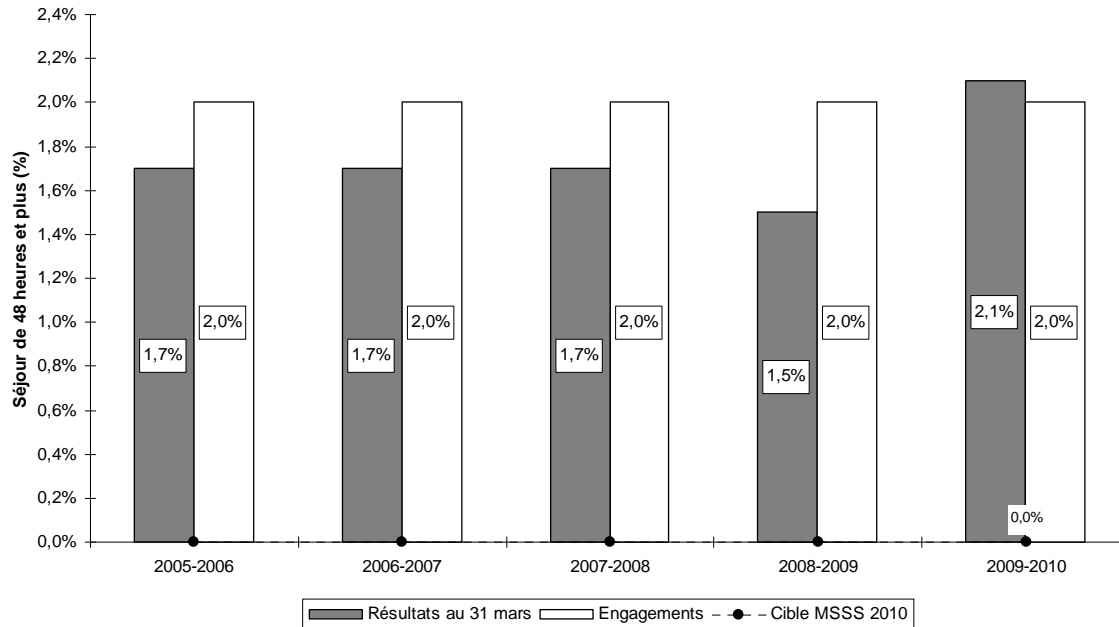
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus



Tout comme l'indicateur 1.9.1, la durée moyenne de séjour sur civière des personnes de 75 ans et plus a connu une augmentation, passant de 11,7 heures, en 2005-2006, à 13,3 heures, en 2009-2010. Toutefois, les engagements régionaux ont toujours été sensiblement respectés. Enfin, les résultats de l'année 2009-2010 ont dépassé la cible maximale du ministère qui avait été fixée à 12 heures, pour la même période.

Il est à noter que, malgré les dépassements des engagements et de cible au 31 mars 2010, l'Estrie figurait au 2^e rang parmi 15 régions.

1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière

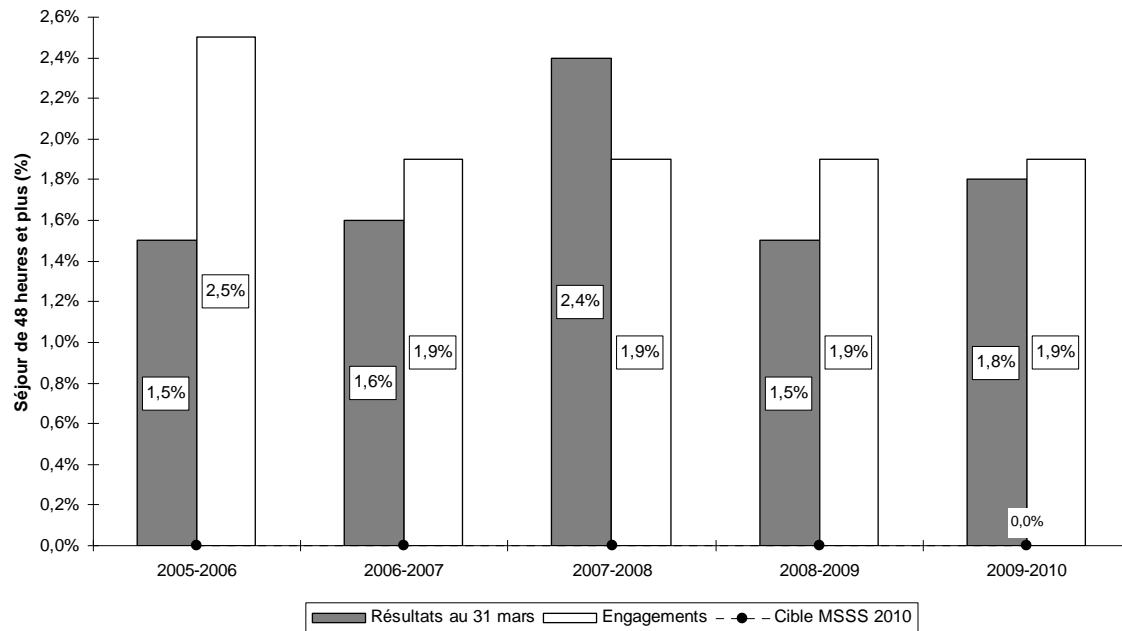


Après une période de 4 ans relativement stable, avec un pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière se situant entre 1,5 % et 1,7 %, donc sous le niveau de l'engagement régional de 2,0 % à ne pas dépasser, le résultat de l'Estrie a augmenté pour atteindre 2,1 % en 2009-2010, résultat aussi au-dessus de la cible ministérielle de 0 % pour 2009-2010.

Des difficultés à libérer des lits de courte durée expliquent en partie cette hausse. Des efforts sont faits, entre autres, par la mise en place par les établissements du comité « gestion des admissions et des départs » selon la recommandation C-2 du guide des urgences et un suivi serré du retour des usagers dans les établissements de leur région d'appartenance.

Malgré tout, l'Estrie se situait au 3^e rang sur 15 régions du Québec, au 31 mars 2010, pour sa performance au niveau de cet indicateur.

1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus



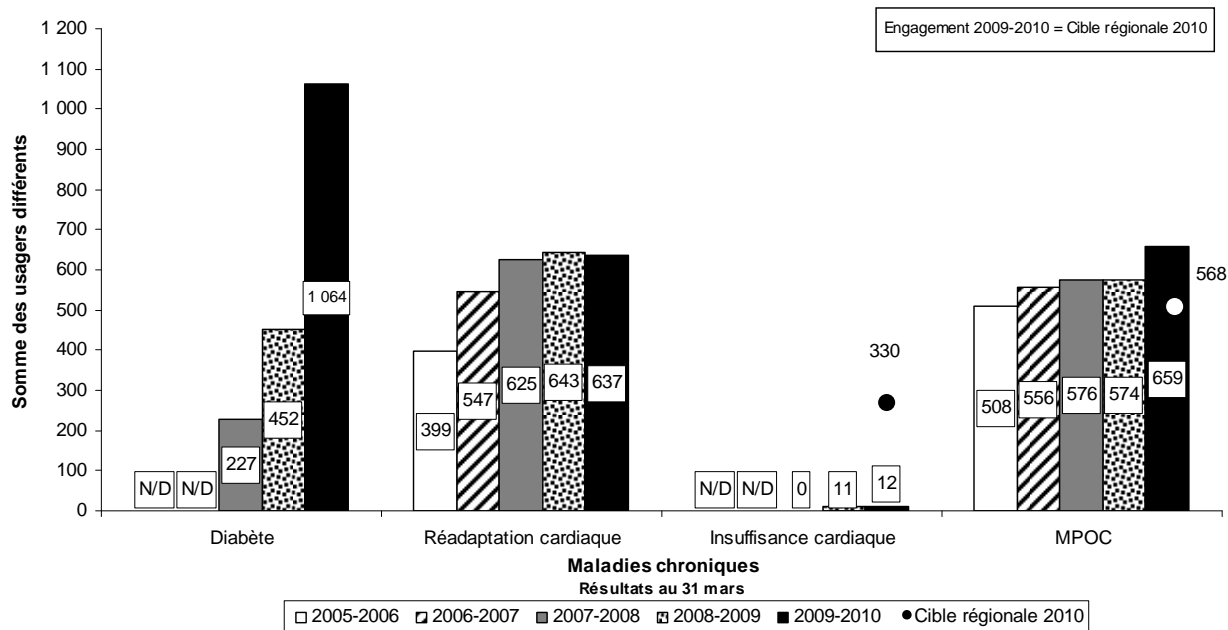
Les résultats ont quelque peu fluctué au cours de la période de 5 ans, pour se situer entre 1,5 % pour 2005-2006 ainsi que 2008-2009 et 2,4 % en 2007-2008, seule année où les résultats ont dépassé les engagements régionaux qui s'établissaient à 1,9 %, à ce moment. La cible ministérielle de 0 % pour 2009-2010, quant à elle, ne fut pas atteinte puisque le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus s'établissait 1,8 % pour cette dernière année. Il faut noter que ce résultat est nettement inférieur à la moyenne de 17,2 % pour l'ensemble du Québec.

La région de l'Estrie se situait à nouveau, au 31 mars 2010, au 3^e rang de 15 régions.

Axe : Maladies chroniques

Objectif visé : Accroître l'accès au programme de gestion des maladies chroniques.

R1.9.2E Nombre d'usagers suivis au programme de gestion des maladies chroniques - CSSS



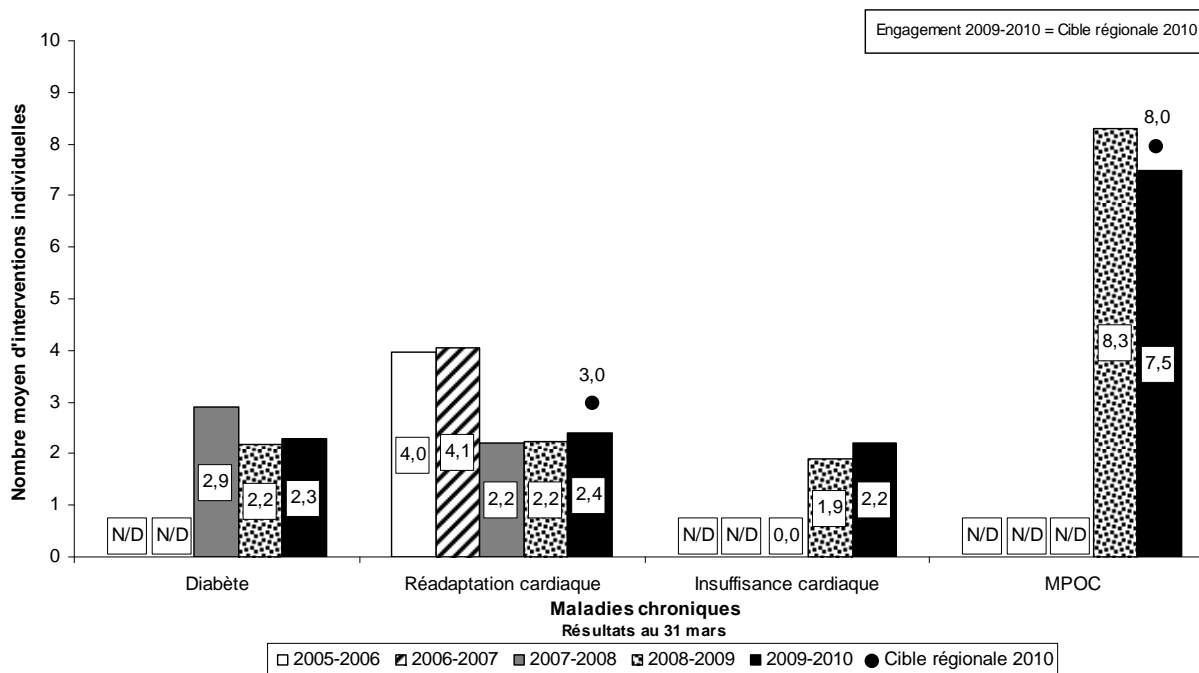
Si on observe le nombre d'usagers suivis par les CSSS au programme de gestion des maladies chroniques, on constate que le volet s'adressant à la clientèle diabétique a connu une hausse constante entre 2007-2008 et 2009-2010, passant de 227 à 1 064 usagers.

La clientèle de la réadaptation cardiaque a, quant à elle, connu une hausse de 2005-2006 à 2008-2009, passant de 399 usagers à 643, pour se stabiliser à 637, en 2009-2010.

Les résultats en insuffisance cardiaque ne sont pas significatifs compte tenu que les établissements sont en attente des orientations régionales afin de déployer leur programme.

Enfin, le nombre de clients aux prises avec une MPOC a constamment augmenté entre 2005-2006 et 2009-2010, passant de 508 usagers à 659, ce qui respecte l'engagement régional en 2010 qui était de 568 usagers.

R1.9.3E Nombre moyen d'interventions individuelles par usager suivi au programme de gestion des maladies chroniques - CSSS



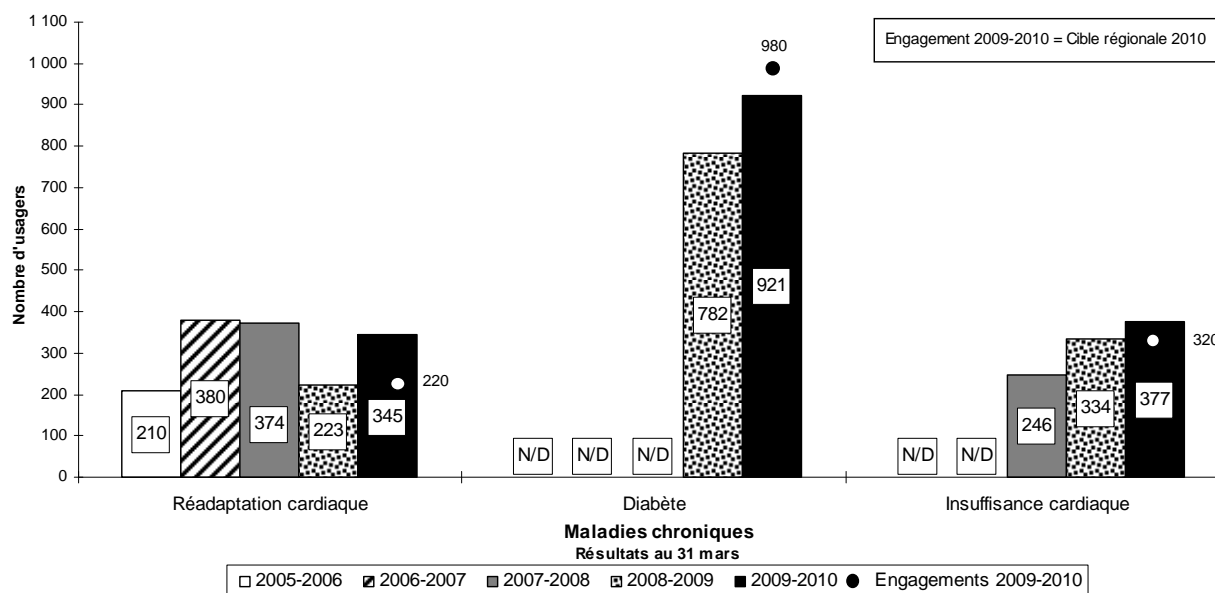
Le nombre moyen d'interventions individuelles par usager suivi au programme de gestion du diabète a varié au cours des 3 années pour lesquelles des données sont disponibles passant de 2,9 interventions, en 2007-2008 à 2,3, en 2009-2010.

La clientèle inscrite au programme de réadaptation cardiaque a été rencontrée 4 fois en moyenne, en 2005-2006. Cette fréquence a diminué à 2,4 interventions, en 2009-2010, ce qui ne rencontre pas les engagements régionaux établis à 3.

Le nombre d'interventions individuelles pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque a augmenté entre les années 2007-2008 et 2009-2010, passant de 0 intervention à 2,2, au cours de cette période.

Enfin, les personnes aux prises avec une MPOC ont eu recours à 7,5 interventions en moyenne, en 2009-2010, en diminution comparée aux 8,3 interventions recensées, l'année précédente. Ce résultat ne rencontre pas l'engagement régional pour 2010, qui se situait à 8 interventions.

R1.9.6E Nombre d'usagers suivis au programme de gestion des maladies chroniques - CHUS

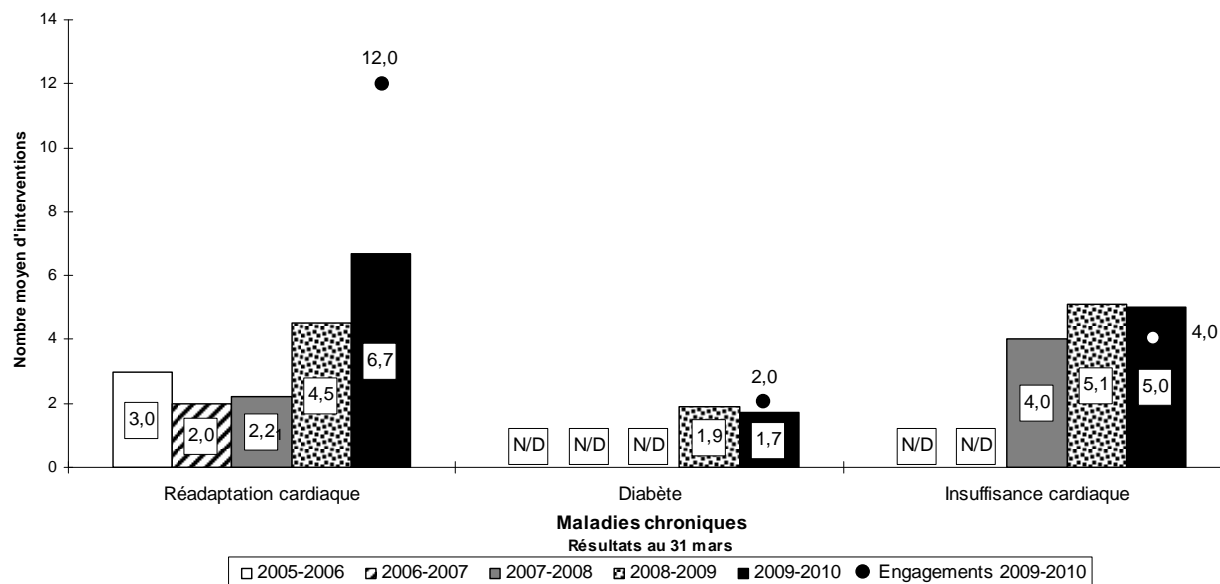


Le nombre d'usagers suivis au CHUS au programme de gestion de réadaptation cardiaque a presque toujours atteint les engagements régionaux pris au cours des 5 années du bilan, période qui s'est conclue en 2009-2010 avec un résultat de 345 usagers alors que l'attendu, pour 2010, n'était que de 220.

La clientèle du programme de gestion du diabète s'est accrue de 782 usagers, en 2008-2009, à 921 en 2009-2010, atteignant presque l'engagement régional établi à 980 usagers pour 2010.

Enfin, le nombre de personnes rencontrées dans le cadre du programme de gestion de l'insuffisance cardiaque a cru régulièrement entre 2007-2008 et 2009-2010, passant de 246 usagers à 377, ce qui respecte l'engagement régional de 2010 établi à 320 personnes.

R1.9.7E Nombre moyen de jours-soins individuels ou de groupe au programme de gestion des maladies chroniques - CHUS



Le nombre moyen de jours-soins individuels ou de groupe au programme de gestion de la réadaptation cardiaque au CHUS a connu une baisse entre les 2 premières années du bilan, passant de 3 à 2 interventions pour ensuite connaître une croissance régulière au cours des 3 années suivantes pour atteindre 6,7 jours-soins, en moyenne, en 2009-2010. L'engagement 2009-2010, établi à 12 jours-soins, n'a pas été atteint.

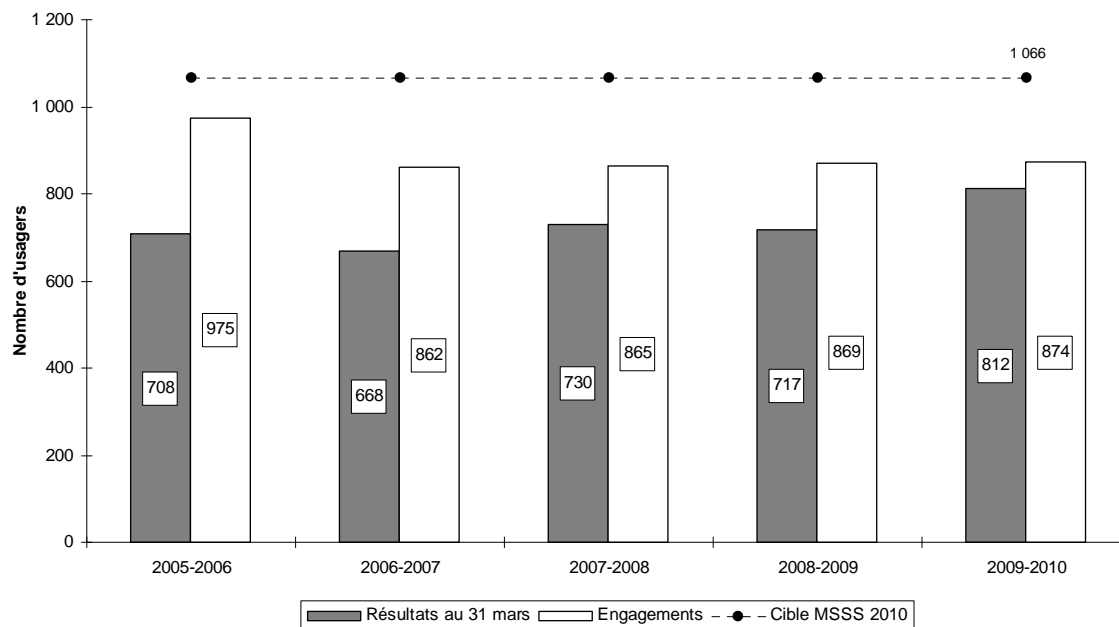
La clientèle du programme de gestion du diabète a, quant à elle, reçu des services légèrement sous les attentes prévues à 2 jours-soins individuels ou de groupe en moyenne, avec des résultats de 1,9 et 1,7 jours-soins en 2008-2009 et 2009-2010.

Enfin, les personnes aux prises avec un problème d'insuffisance cardiaque ont eu droit à des services répondant aux attentes de 4 jours-soins au cours des années 2007-2008 à 2009-2010 avec des résultats de 4, 5,1 et 5 jours-soins pour ces années.

Axe : Soins palliatifs

Objectif visé : Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

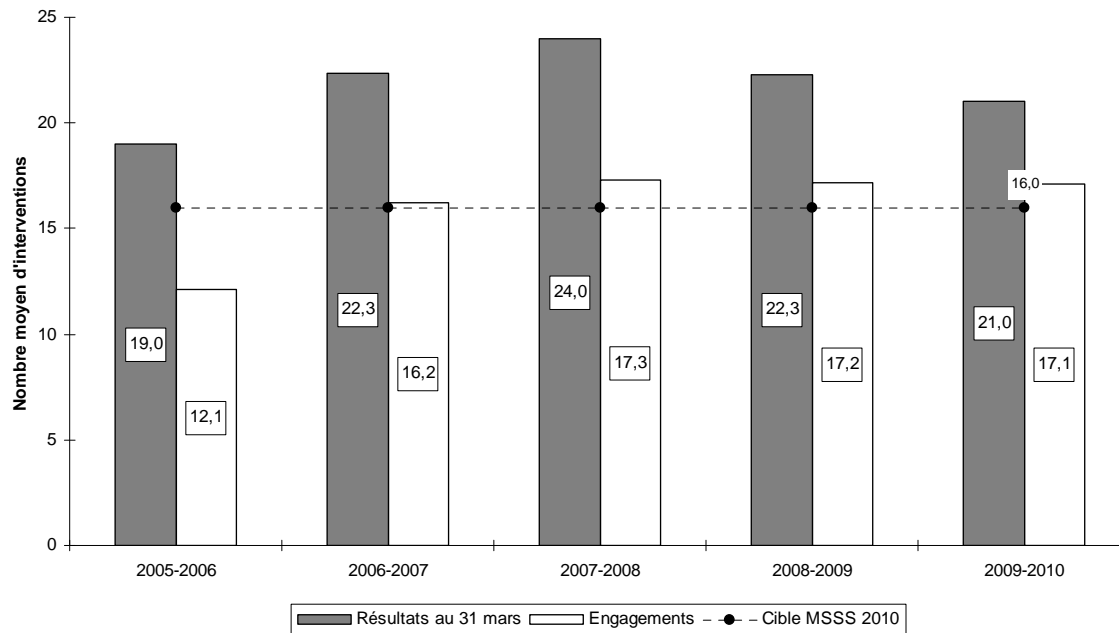
1.9.5 Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs à domicile



Le nombre d'utilisateurs en soins palliatifs à domicile a fluctué quelque peu, au cours des 4 premières années, pour ensuite croître à 812 personnes en 2009-2010. Quoique les engagements régionaux ne fussent jamais atteints, toutes les demandes de services ont été répondues. Il est à noter qu'il existe d'autres services de support en phase palliative en région (Maison Aube-Lumière, La Rose des vents), ce qui contribue à faire diminuer la demande.

Malgré que la région ne se situait qu'au 11^e rang parmi 16 régions du Québec, au 31 mars 2010, l'atteinte à 76,1 % de la cible ministérielle (812 usagers / 1 066 ciblés) était supérieure aux résultats de la moyenne nationale de 72,9 %.

1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile



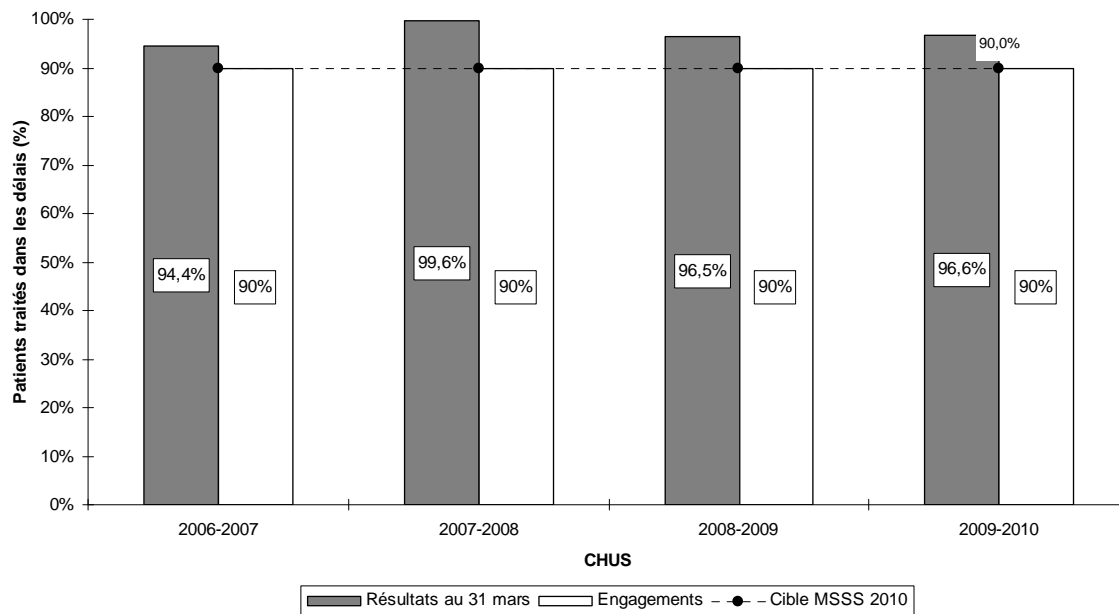
Le nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile a augmenté de façon régulière au cours des 3 premières années de suivi pour décroître à 21 interventions, en 2009-2010. Quoi qu'il en soit, les résultats de l'Estrie ont toujours été supérieurs aux attentes, tant au niveau des engagements régionaux qu'au niveau de la cible ministérielle 2009-2010.

Cette performance explique pourquoi la région s'est positionnée, pour cet indicateur, au 4^e rang de 16 régions du Québec au 31 mars 2010.

Axe : Lutte contre le cancer

Objectif visé : Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

1.9.7 Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie



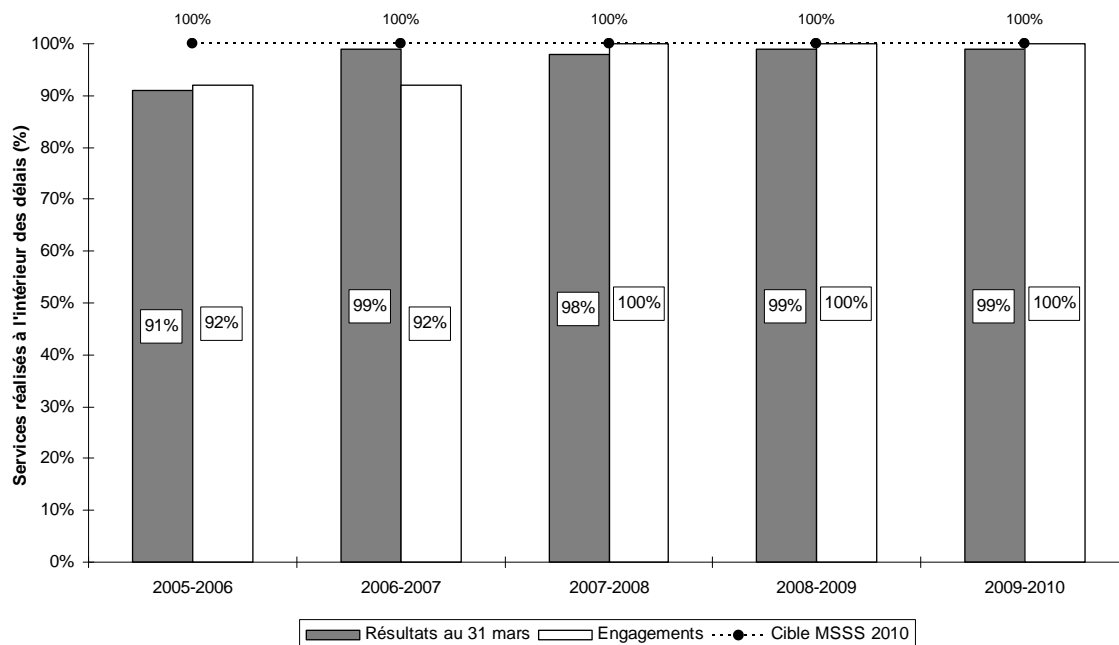
Les résultats de l'Estrie ont toujours été supérieurs aux engagements pris par la région. Au 31 mars 2010, le résultat de 96,6 % des patients traités à l'intérieur des délais prescrits en radio-oncologie dépassait la cible ministérielle 2009-2010 établie à 90 % pour la même date.

Au 31 mars 2010, les 7 régions proposant des services de radio-oncologie ont toutes dépassé la cible ministérielle établie à 90% pour cette date.

Axe : Cardiologie tertiaire

Objectif visé : Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie.

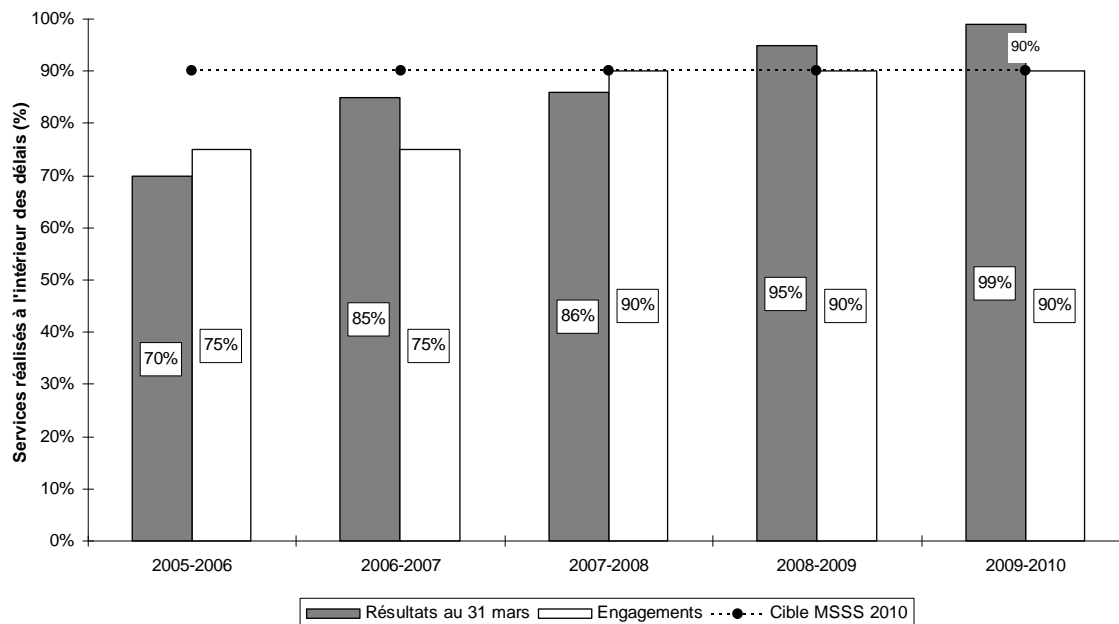
1.9.8 Catégorie A - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie



Au cours des 5 années, le pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie est demeuré proche à l'engagement de la région.

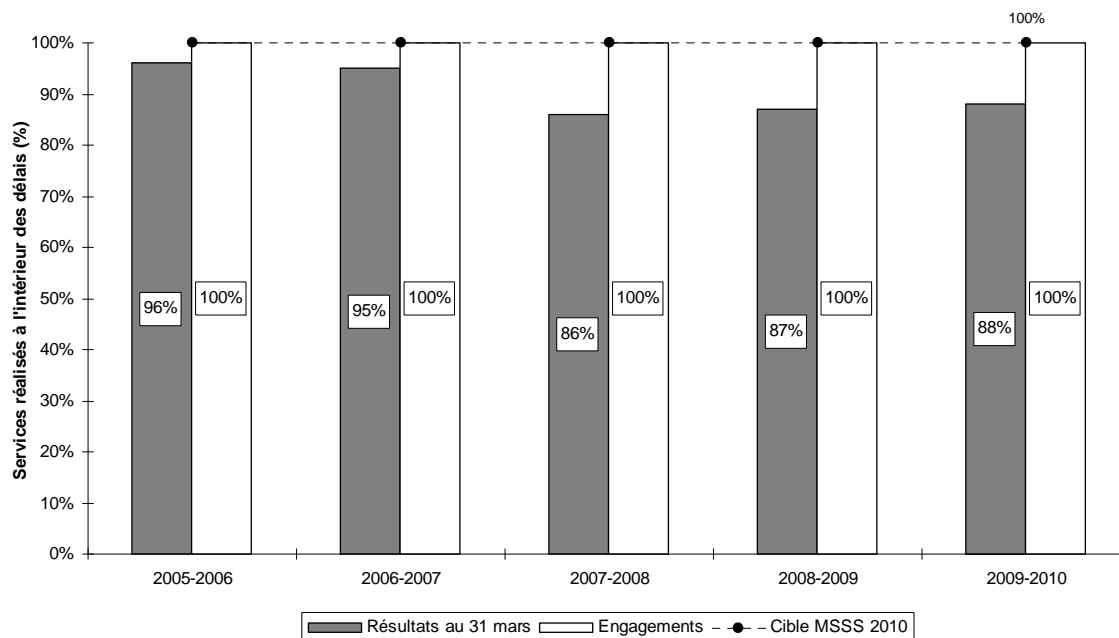
Au 31 mars 2010, 6 régions sur 7 proposant des services d'hémodynamie ont obtenu un résultat se situant entre 99 % et 100 % d'atteinte de la cible ministérielle, y compris l'Estrie, avec un résultat de 99,4 %, ce qui la place en 3^e position.

1.9.8 Catégorie B - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie



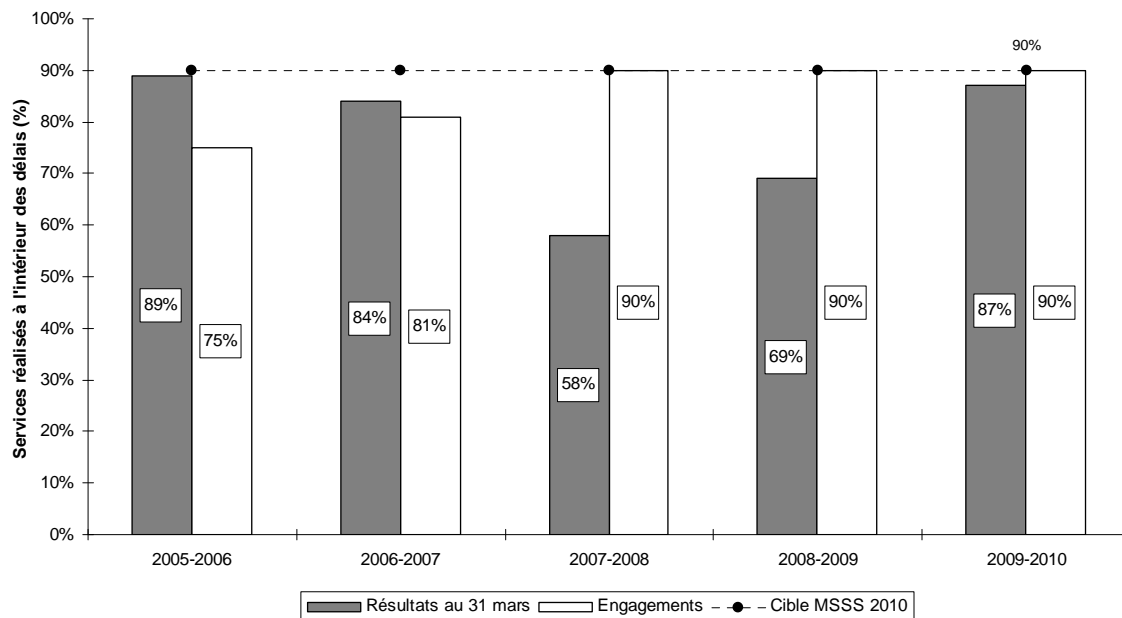
Le pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie a cru de façon constante, passant de 70 %, en 2005-2006, à 99 %, en 2009-2010.

1.9.9 Catégorie A - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque



Le pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque a connu un déclin, au cours des 2 premières années, pour se stabiliser quelque peu, par la suite. Les résultats de la région n'ont jamais atteint les engagements pris, entre autres, étant dû à des problèmes d'absence pour maladie de certains chirurgiens, à un manque d'anesthésistes et à un manque de lits aux soins intensifs à cause des autres services comme la neurochirurgie, les greffes d'organes ou la présence de polytraumatisés.

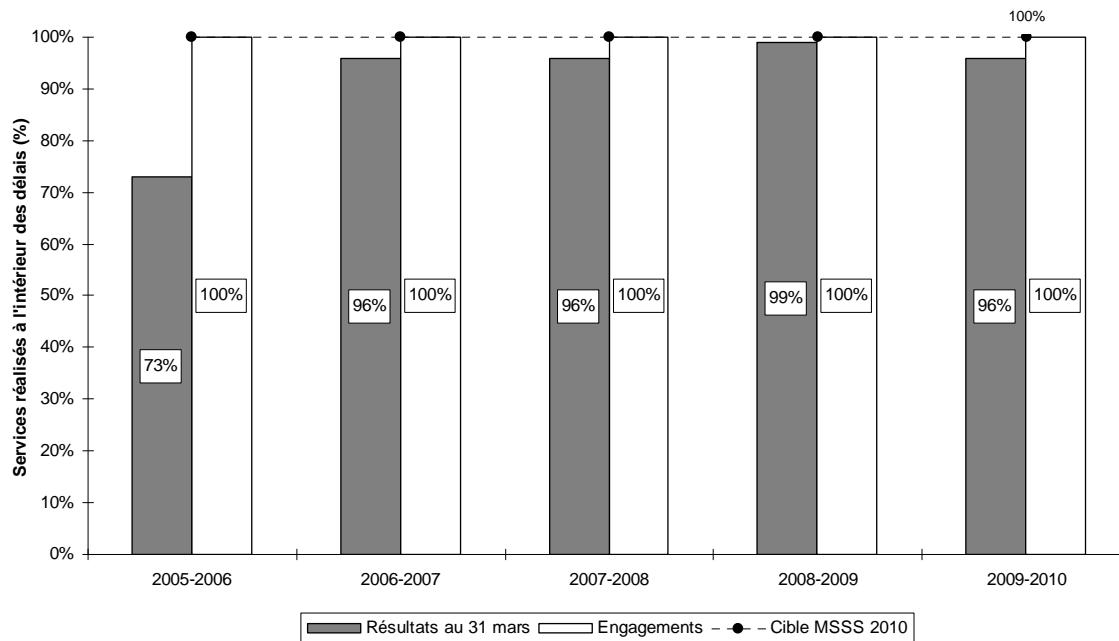
1.9.9 Catégorie B - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque



Le pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque, en Estrie, a diminué au cours des 3 premières années, pour connaître une amélioration au cours des 2 années suivantes.

Les mêmes contraintes que celles décrites pour la clientèle de la catégorie A ont agi sur les résultats de la région au cours des 5 années.

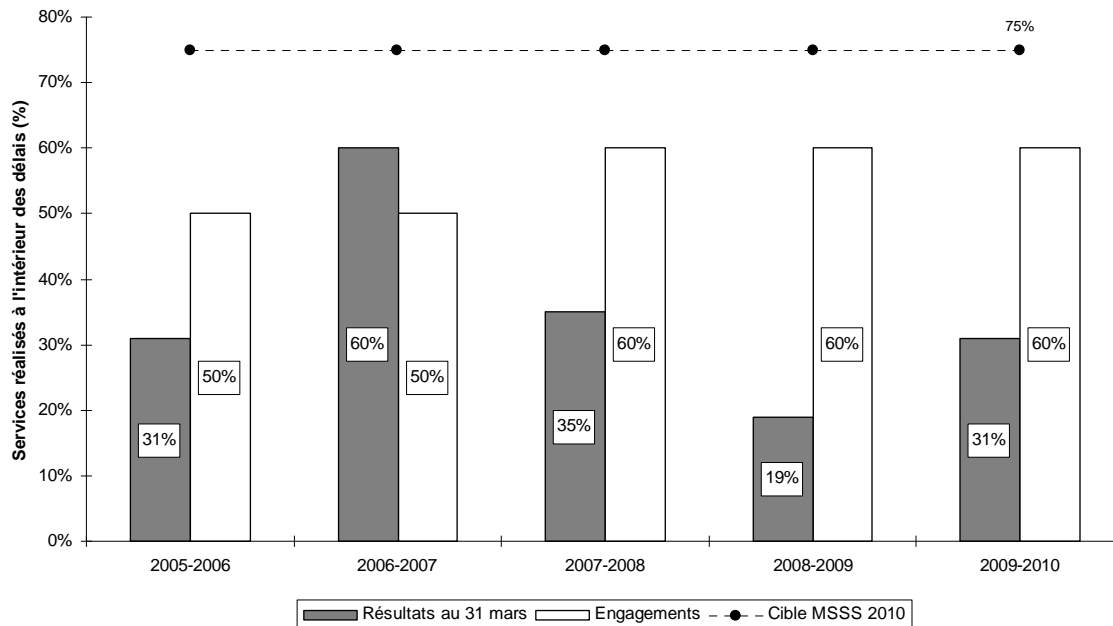
1.9.10 Catégorie A - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie



Le pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie a connu une croissance assez constante au cours des 4 premières années, passant de 73 %, en 2005-2006, à 99 %, en 2008-2009, pour connaître un léger repli, au 31 mars 2010, avec un résultat se situant à 96 %.

Il est à noter que la région se situe au 1^{er} rang des 3 régions offrant le service d'électrophysiologie, nettement en avance sur les deux autres régions ayant atteint des résultats de 80,3 % et 54,5 %, au 31 mars 2010.

1.9.10 Catégorie B - Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie



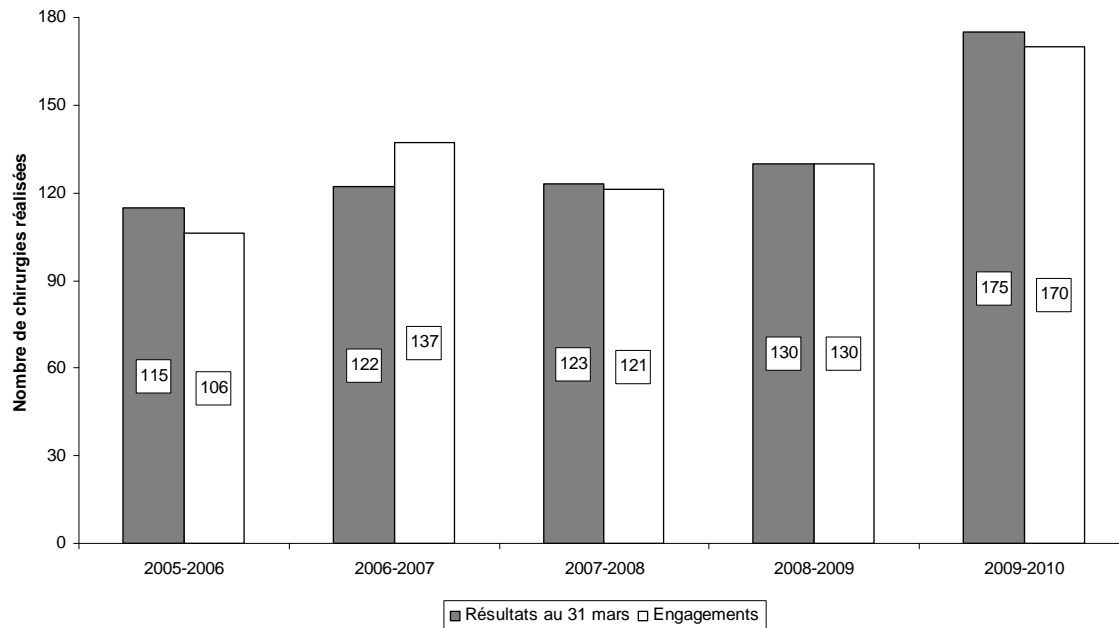
Hormis 2006-2007, année où le pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie de catégorie B a dépassé les engagements pris, l'Estrie n'a jamais atteint ses cibles pour ce service, accusant même des retards importants tel qu'en 2008-2009, année où seulement 19 % de la clientèle en électrophysiologie a été traitée dans les délais prescrits.

L'Estrie, avec un résultat de 31 % des demandes de service acceptées et réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie de catégorie B au 31 mars 2010, se situait au 2^e rang des 3 régions offrant ce service.

La 2^e salle d'électrophysiologie au CHUS a été inaugurée en mars 2010 mais n'était fonctionnelle, à l'époque, que 2 jours par semaine seulement. Depuis, cette 2^e salle a atteint un rendement optimal, mais le redressement attendu se fait toujours attendre. La principale raison en est le volume de clientèle qui ne fait qu'augmenter. Tous les usagers qui étaient auparavant référés à Montréal ou à Québec sont maintenant sur la liste d'attente au CHUS. La priorité demeure de traiter les cas de catégorie A.

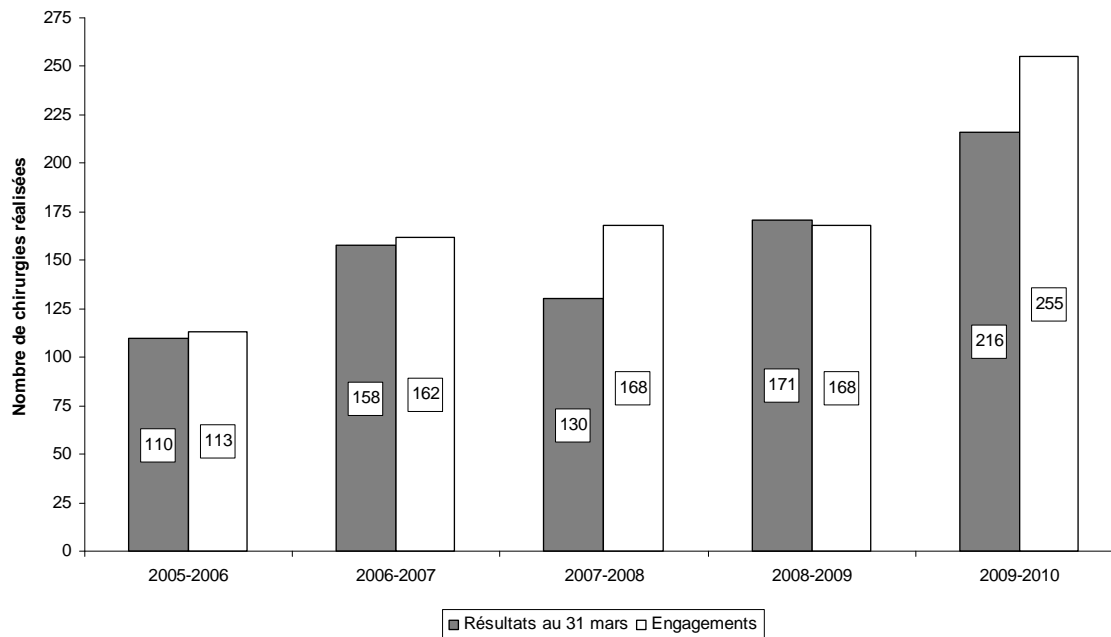
Axe : Chirurgie

Objectif visé : Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, une arthroplastie du genou, une chirurgie de la cataracte, une chirurgie d'un jour ou une chirurgie avec hospitalisation.

1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées


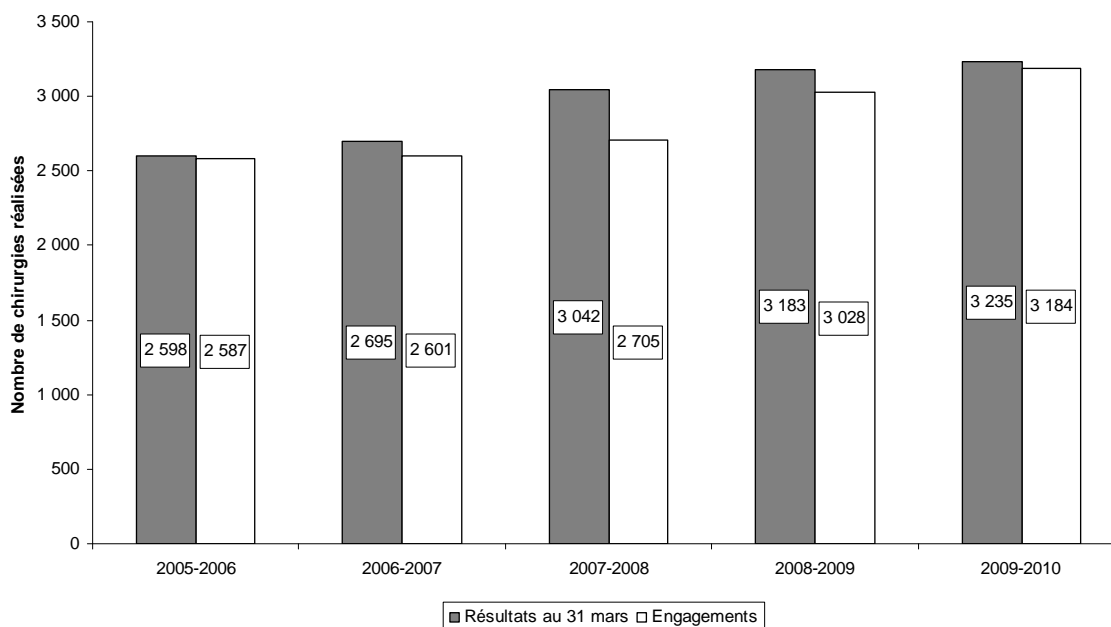
Les résultats de l'Estrie ont connu une croissance constante et ont atteint ou dépassé les engagements régionaux, à l'exception de 2006-2007, année où l'engagement avait été rehaussé.

1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées



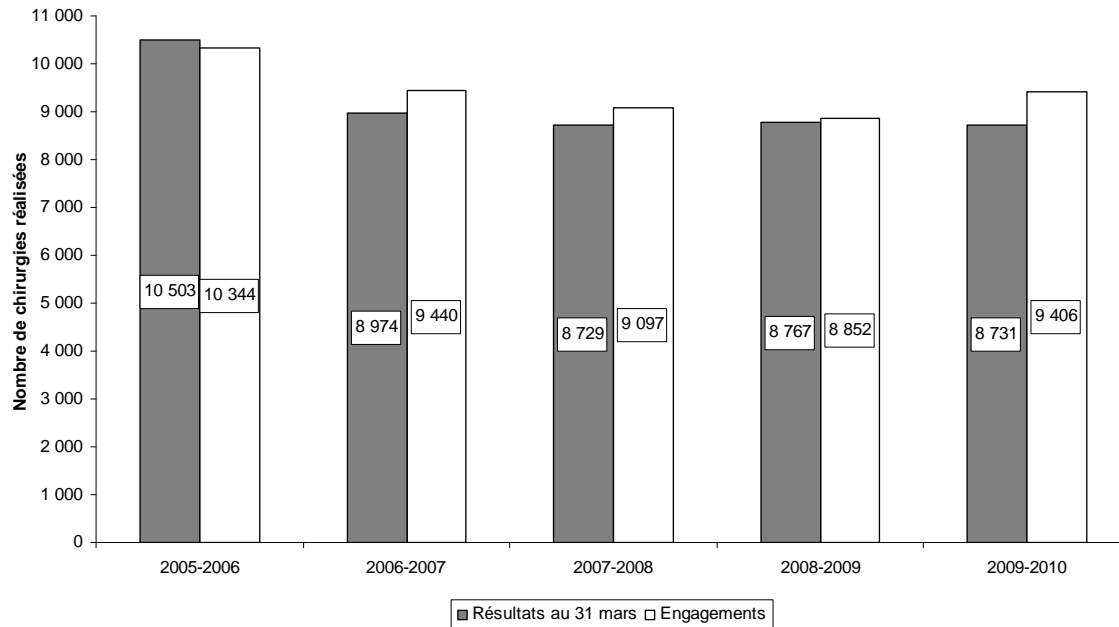
Le nombre d'arthroplasties du genou réalisées en Estrie a fluctué, au cours des 5 années. Si les engagements ont été sensiblement atteints au cours de 3 de ces années, il en est tout autre pour ce qui est de 2007-2008 ainsi que 2009-2010. Une entente de services prise entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog, depuis avril 2009, devrait aider à pallier à ce déficit.

1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées



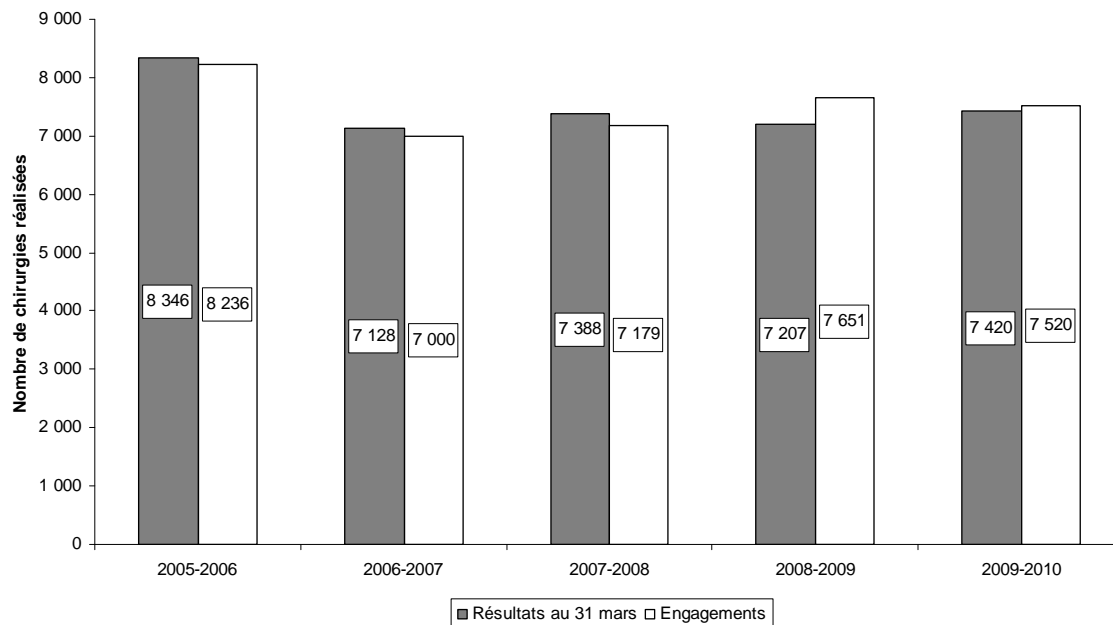
Le nombre de chirurgies de la cataracte réalisé en Estrie a crû, d'année en année, passant de 2 598 en 2005-2006 à 3 235 en 2009-2010 soit une augmentation de 25 %. Les engagements pris ont toujours été respectés.

1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)



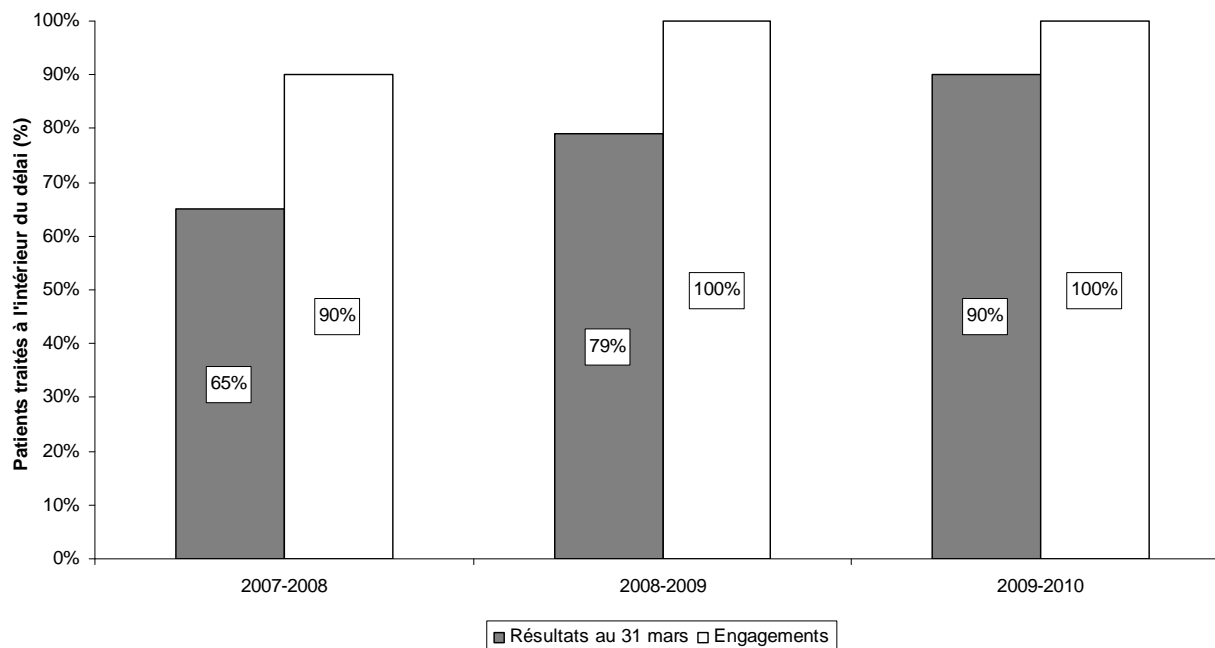
Le nombre de chirurgies d'un jour réalisées a légèrement fléchi au cours des 5 années. Les engagements n'ont été atteints qu'en tout début de période. Il est à noter que les résultats régionaux de 2008-2009 ne semblent pas avoir été influencés par la fermeture, pour une période de 6 mois, du bloc opératoire du CSSS de Memphrémagog, le CHUS ayant pris la relève à cette époque. Il en fut tout autre en 2009-2010, la région ne parvenant pas à atteindre son engagement annuel.

1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)



Les résultats de la région ont dépassé les objectifs visés au cours des 3 premières années du bilan, puis ont connu un fléchissement en 2008-2009 pour enfin connaître une amélioration, en 2009-2010.

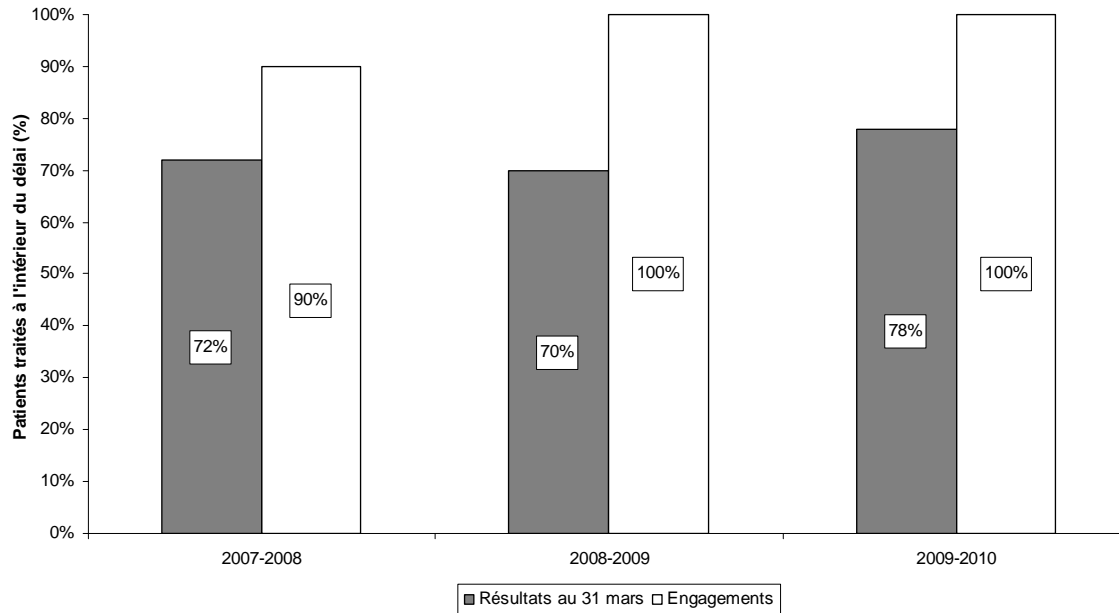
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche



Le pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche s'est nettement amélioré, passant de 65 %, en 2007-2008, à 90 %, en 2009-2010.

Au 31 mars 2010, l'Estrée se situait au 8^e rang parmi 16 régions.

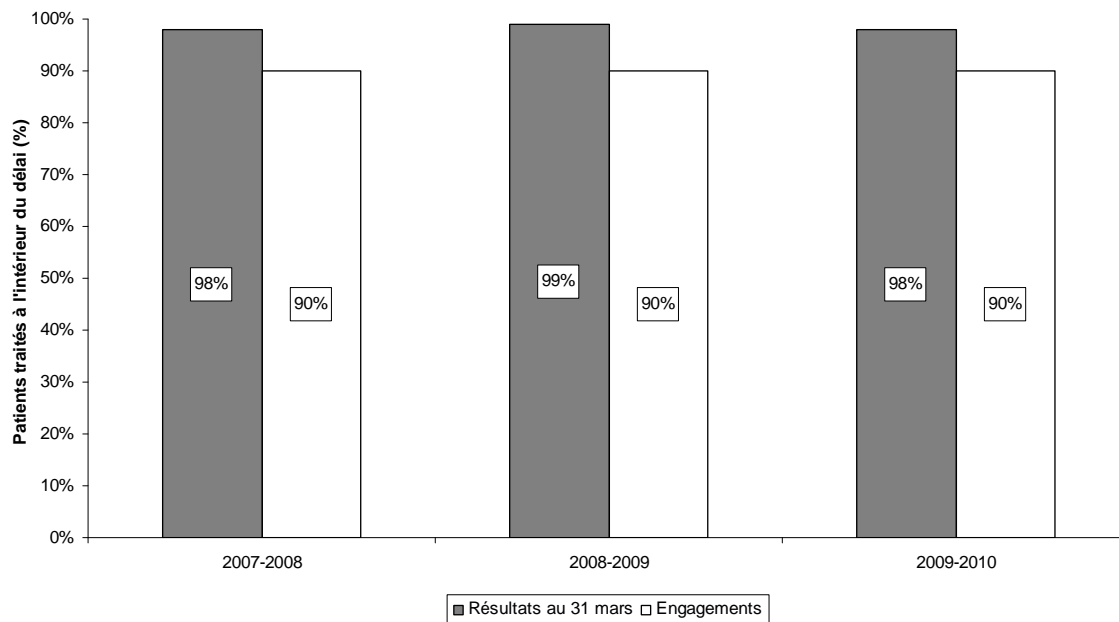
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou



Le pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou n'a jamais atteint les engagements pris au cours des 3 années suivies.

La région n'offrait pas une bonne performance pour cet indicateur, au 31 mars 2010, puisqu'elle se situait au 12^e rang sur 16 régions.

1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte

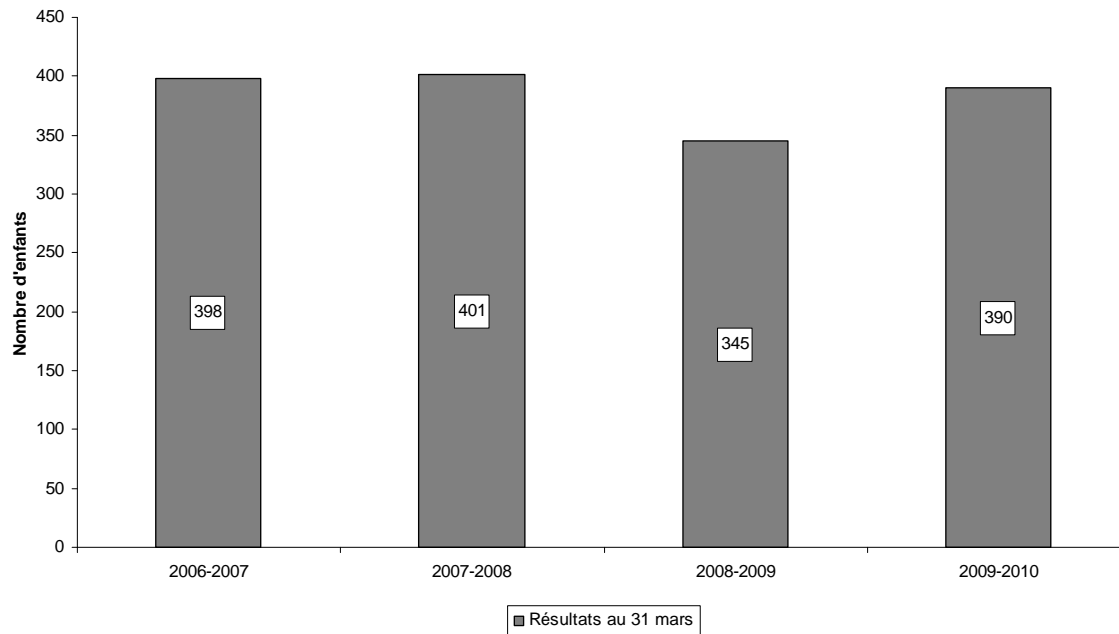


Les résultats de la région ont toujours dépassé les engagements pris, la presque totalité des patients inscrits au mécanisme central pour une chirurgie de la cataracte ayant été traités dans les délais.

L'Estrée se situe en 7^e position parmi 15 régions. Il faut noter que 13 de ces régions ont connu une performance au delà de 95 %, au 31 mars 2010.

Axe : Services de 1^{re} ligne en orthophonie

Objectif visé : Améliorer l'accès aux services d'orthophonie en CSSS.

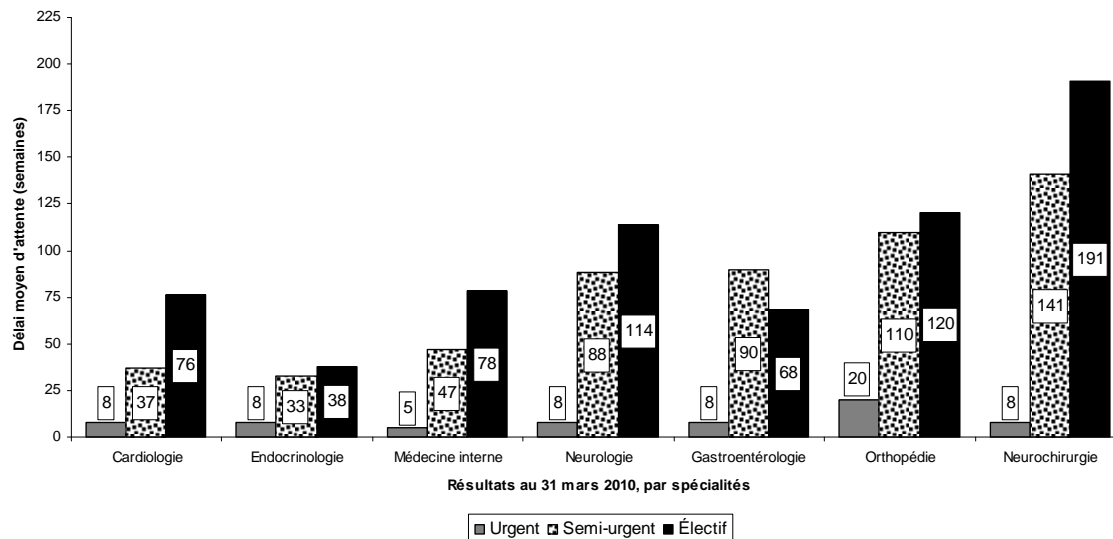
R1.9.14E Nombre d'enfants en attente pour un service d'orthophonie en CSSS

Les résultats pour cet indicateur sont demeurés assez stables sauf au cours de l'année 2008-2009 où le nombre d'enfants en attente pour un service d'orthophonie a diminué à 345. L'année 2009-2010 a connu une hausse du nombre d'enfants en attente, principalement due à une pénurie de ressources.

Axe : Consultation électorale en spécialité

Objectif visé : Accroître l'accès aux consultations électorales en spécialité.

R1.9.15E Délai moyen d'attente (en semaines) pour une consultation en spécialité



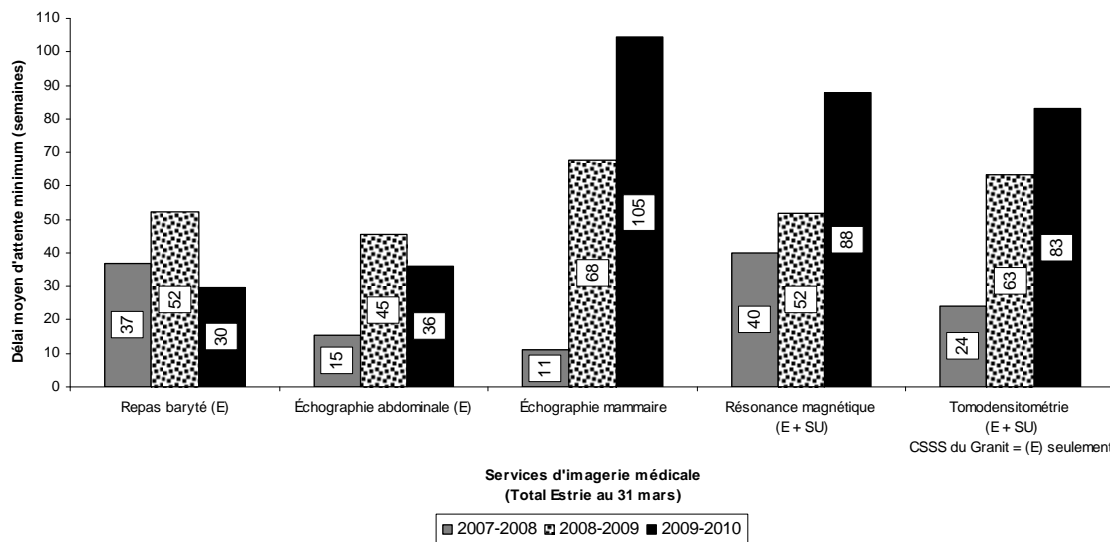
Ce n'est que depuis l'année 2009-2010 que des données fiables pour cet indicateur sont disponibles, suite au raffinement et à la standardisation de la méthode de calcul du délai moyen d'attente pour une consultation en spécialité.

Comme on peut l'observer sur le graphique, les temps d'attente pour une consultation en spécialité varient autour de 5 à 8 semaines pour les cas classés « urgent », hormis l'orthopédie où le délai moyen d'attente est de 20 semaines. Pour les cas « électif », les délais varient entre 38 et 191 semaines (près de 4 ans). Les délais les plus longs pour cette catégorie de clientèle sont observés en neurologie, orthopédie et neurochirurgie.

Axe : Imagerie médicale

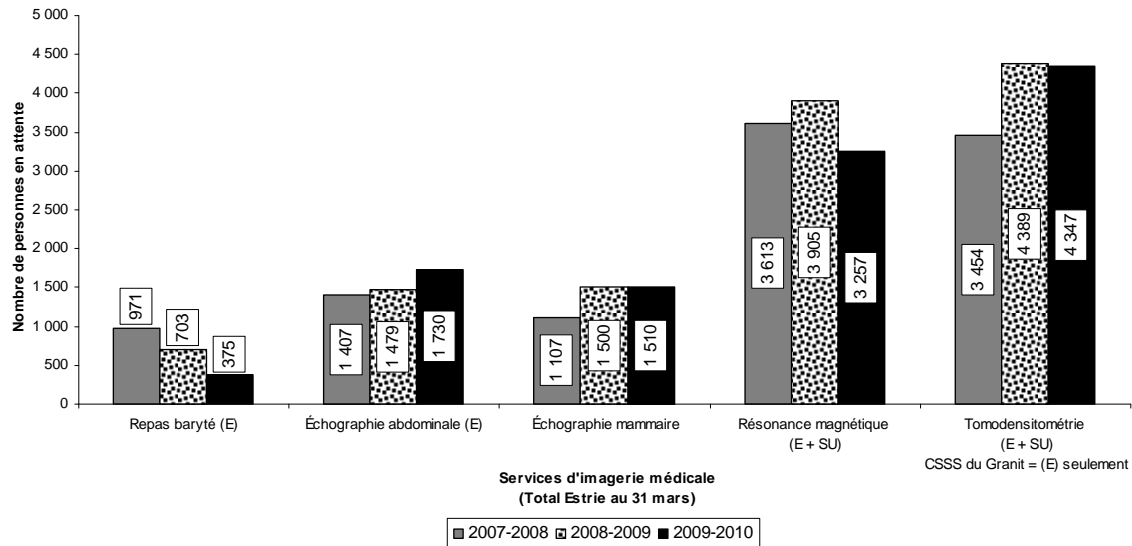
Objectif visé : Accroître l'accès aux services d'imagerie médicale.

R1.9.16E Délai moyen d'attente minimum (en semaines) pour l'accessibilité à un service d'imagerie médicale

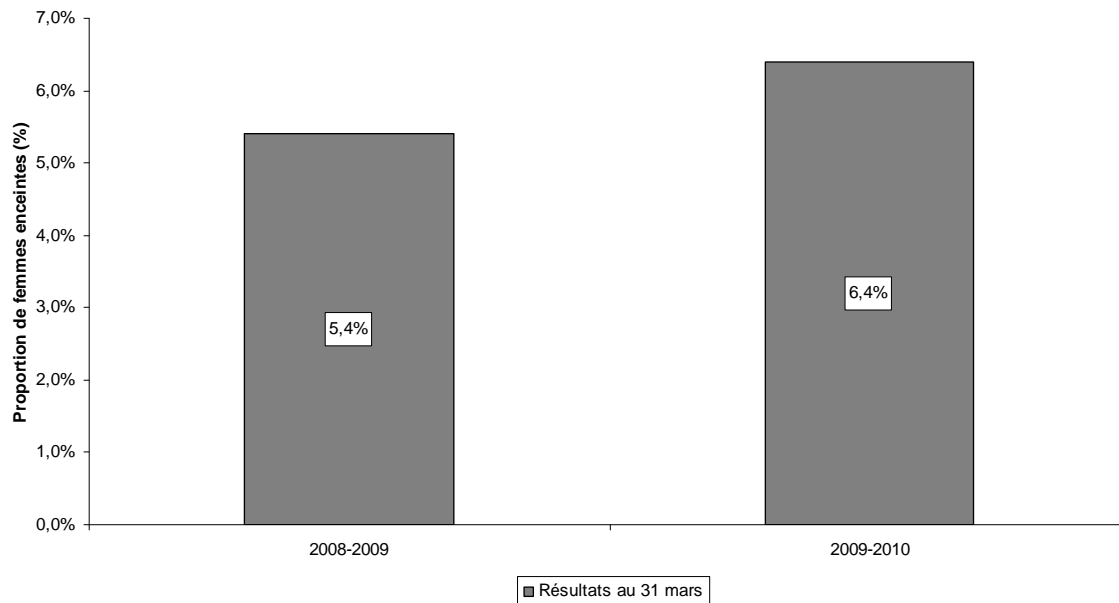


Les délais d'attente pour les repas barytés ainsi que pour les échographies abdominales ont quelque peu fluctué au cours des 3 années sous observation, pour s'améliorer en 2009-2010 par rapport à l'année précédente. Les délais d'attente pour l'échographie mammaire, la résonance magnétique ainsi que la tomodensitométrie ont connu des hausses importantes au cours des 3 années rapportées, ayant plus que doublé pour ce qui est de la résonance magnétique élective ou semi-urgente (de 40 à 88 semaines), triplé pour la tomodensitométrie élective ou semi-urgente (de 24 à 83 semaines) puis décuplé pour l'échographie mammaire (de 11 à 105 semaines), soit plus de 2 ans.

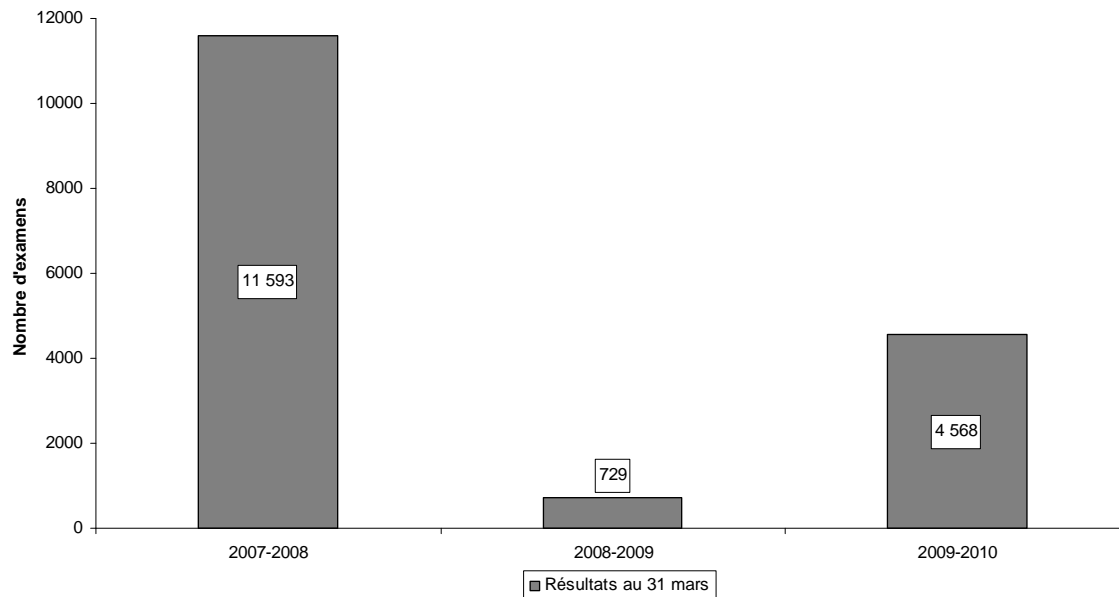
R1.9.17E Nombre de personnes en attente pour l'accessibilité à un service d'imagerie médicale



Le nombre de personnes en attente pour l'accessibilité à un service de repas baryté a diminué sur la période de 3 ans, passant de 971 à 375. Pour les autres spécialités, le nombre a été relativement stable. Cette observation, combinée à l'augmentation des délais d'accès rapportés à l'indicateur précédent (R1.9.16E) pour l'échographie mammaire, pour la résonance magnétique ainsi que pour la tomodensitométrie, indique un important problème d'accessibilité dans le domaine de l'imagerie médicale en Estrie. Nous vous référons à l'indicateur R1.9.16E pour de plus amples commentaires.

R1.9.18E Proportion de femmes enceintes n'ayant pas accédé à une échographie de grossesse

La proportion de femmes enceintes n'ayant pas accédé à une échographie de grossesse a légèrement augmenté, passant de 5,4 %, en 2008-2009, à 6,4 %, en 2009-2010. Il est à noter que le nombre de grossesse a augmenté. L'accessibilité à un médecin de famille ou à un spécialiste en obstétrique-gynécologie au moment opportun cause également un problème.

R1.9.19E Nombre d'examens en imagerie médicale sans rapport écrit dans le dossier du patient

Après des efforts majeurs pour réduire le nombre d'examens en imagerie médicale sans rapport écrit dans le dossier du patient, passant de 11 593 examens, en 2007-2008 à seulement 729, en 2008-2009, le problème s'est de nouveau présenté puisqu'on avait 4 568 examens en imagerie médicale sans rapport écrit, en 2009-2010.

La difficulté rencontrée dans ce secteur est la lecture des examens dans un délai acceptable. En mars 2010, le délai était de 1 mois au CHUS (Hôtel-Dieu) et de 5 mois au CHUS (Hôpital Fleurimont).

Le CHUS suit la situation de proche et étudie des solutions alternatives pour assurer une lecture dans les délais à respecter.

2. Programmes soutien

Le programme soutien est composé de deux programmes dont les objectifs sont, d'une part, l'administration et le soutien et, d'autre part, la gestion des bâtiments et des équipements. Ces programmes viennent appuyer les services offerts dans chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Seul le 2^e programme fait l'objet d'un suivi.

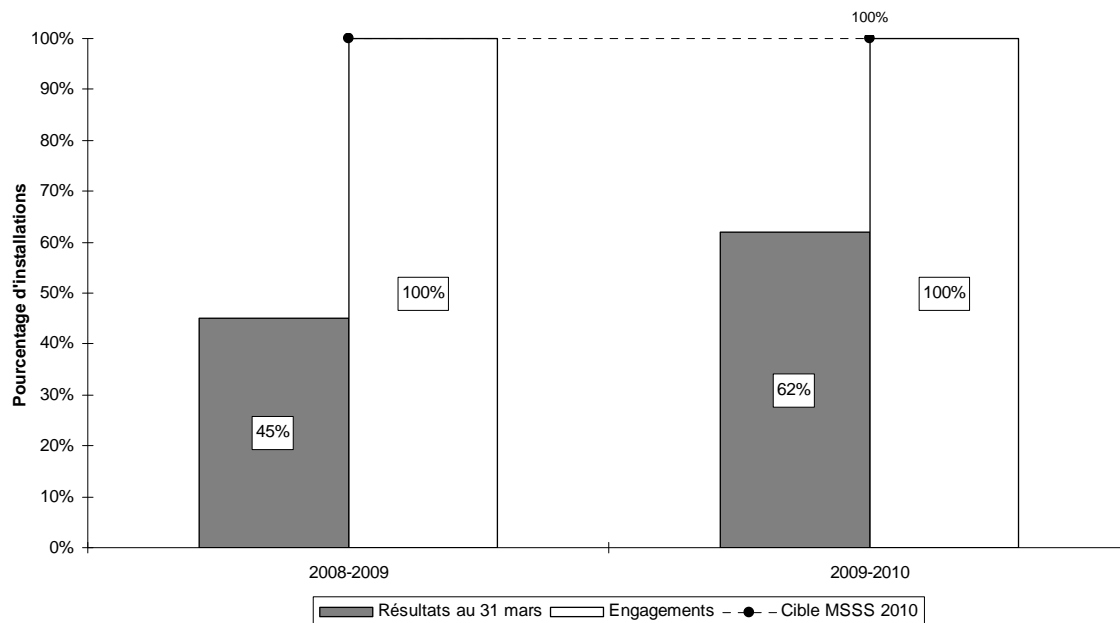
Réalisations intéressantes

- Un groupe de travail spécifique à l'hygiène et la salubrité a été formé par la Table régionale des ressources financières et matérielles (TRRFM); la clarification de l'attribution des responsabilités entre les différentes directions, appelée « zones grises », figure parmi les objectifs identifiés dans le plan d'action.

Axe : Gestion des bâtiments et des équipements

Objectif visé : Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

2.2.2 Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité



Les résultats reflètent une progression vers l'atteinte de l'engagement. En effet, au terme de l'année 2009-2010, 4 établissements sur 11 (36 %) ont réalisé en totalité les 5 étapes des lignes directrices en hygiène et salubrité, comparativement à 2 sur 11 (18%) pour l'année 2008-2009. De plus, comparativement à l'année précédente, une progression de 17 % (62 % comparativement à 45 %) vers l'atteinte de la cible est observée pour le total des installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises. Aussi, l'atteinte des engagements pour chacune des étapes est en progression :

- Répertoire : augmentation de 28 % (54 % à 82 %);
- Catégorisation : augmentation de 28 % (54 % à 82 %);
- Accord du responsable : augmentation de 26 % (38 % à 56 %);
- Accord du conseil d'administration : augmentation de 16 % (43 % à 44 %);
- Application : augmentation de 22 % (37 % à 44 %).

Il est à noter que l'Estrie fait bonne figure lorsqu'on compare ses résultats à ceux des autres régions du Québec puisqu'elle se positionne entre le 3^e et le 5^e rang sur 14 régions, selon l'étape.

3. Ressources humaines

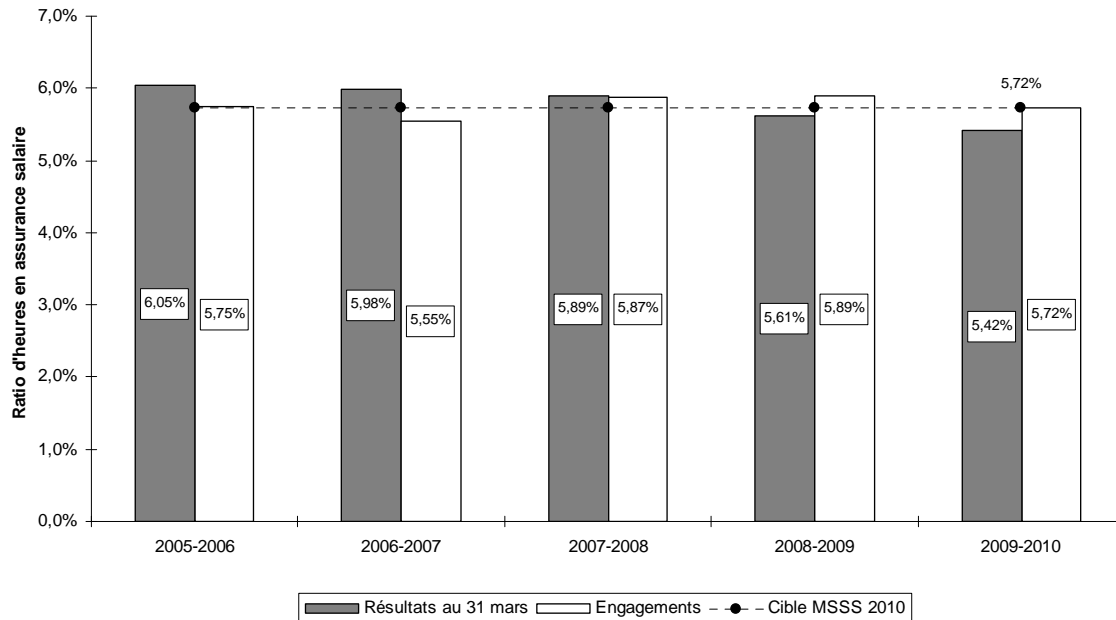
Réalisations intéressantes

- La région offre une bonne performance pour ce qui est du ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées ainsi que pour le pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier, puisque ses résultats ne dépassent pas les limites définies par le ministère.
- Le recours à la main-d'oeuvre indépendante est très faible en région puisque seulement 0,56 % du total des heures travaillées par le personnel infirmier est attribuable à une main-d'oeuvre extérieure à l'établissement.
- L'Estrie a d'ailleurs terminé au 5^e rang de 15 régions du Québec.

Axe : Personnel du réseau et du ministère

Objectif visé : Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

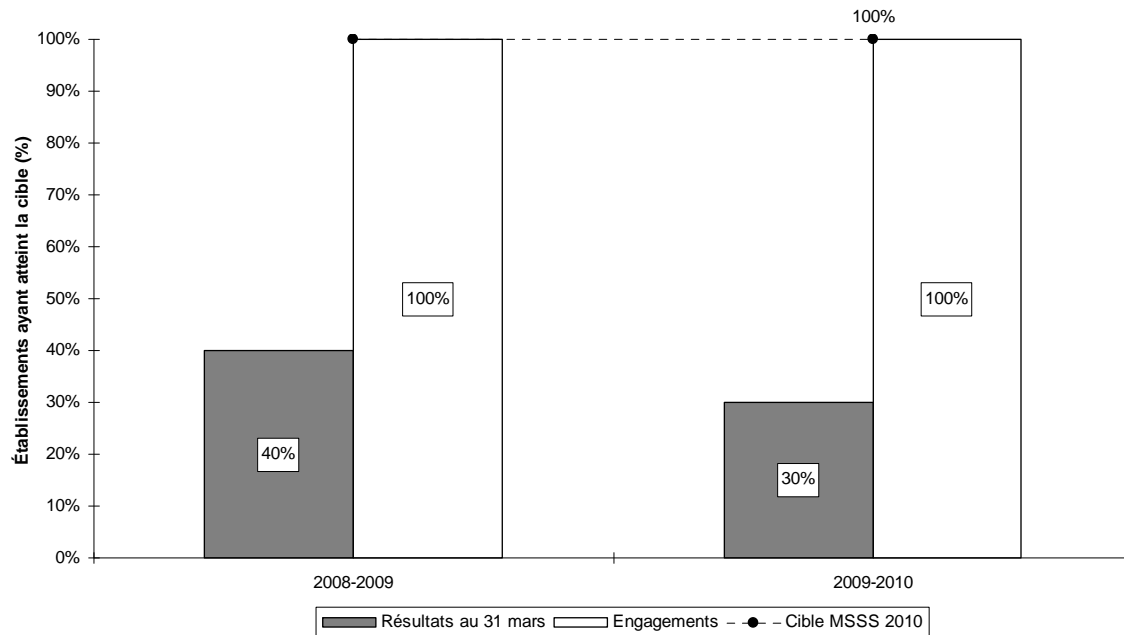
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées



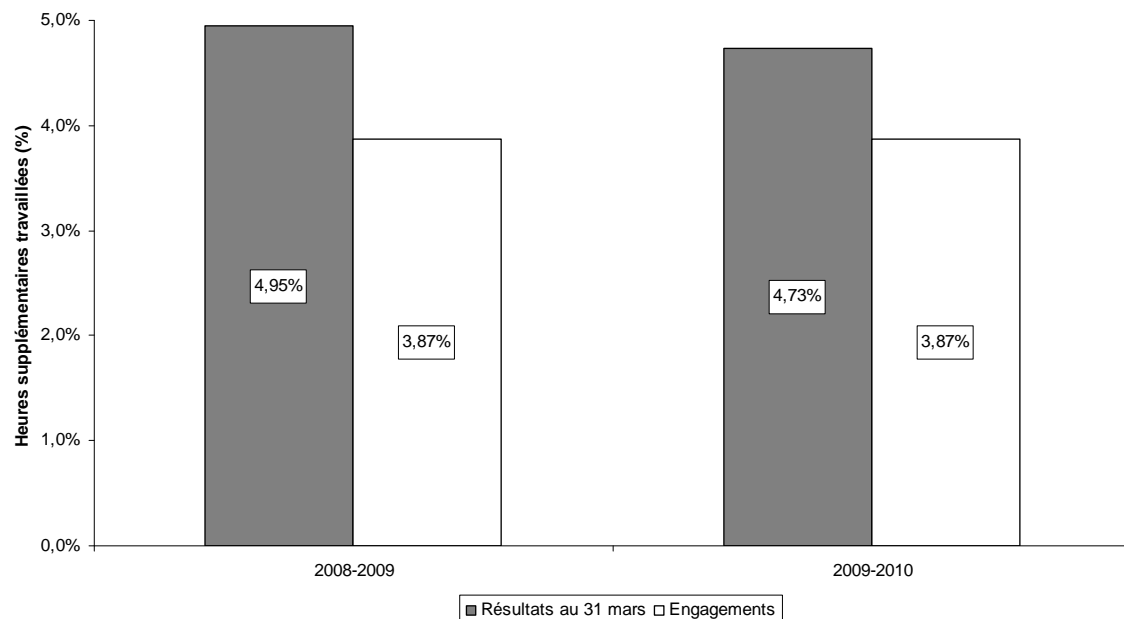
Au terme de la période suivie, l'Estrie a bien répondu à la demande du ministère qui était de réduire le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées. En 2005-2006 et 2006-2007, l'Estrie n'a pas atteint ses engagements en raison de problématiques de santé liées au vieillissement de la main-d'oeuvre (problèmes physiques, maladies chroniques). Toutefois, en 2008-2009 et en 2009-2010*, la région a diminué suffisamment son nombre d'heures en assurance salaire pour atteindre, au cours des 2 dernières années, des ratios en-dessous des engagements convenus.

* Les résultats en 2009-2010 correspondent au ratio obtenu à la P12, ceux de la P13 n'étant pas disponibles.

3.2 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier

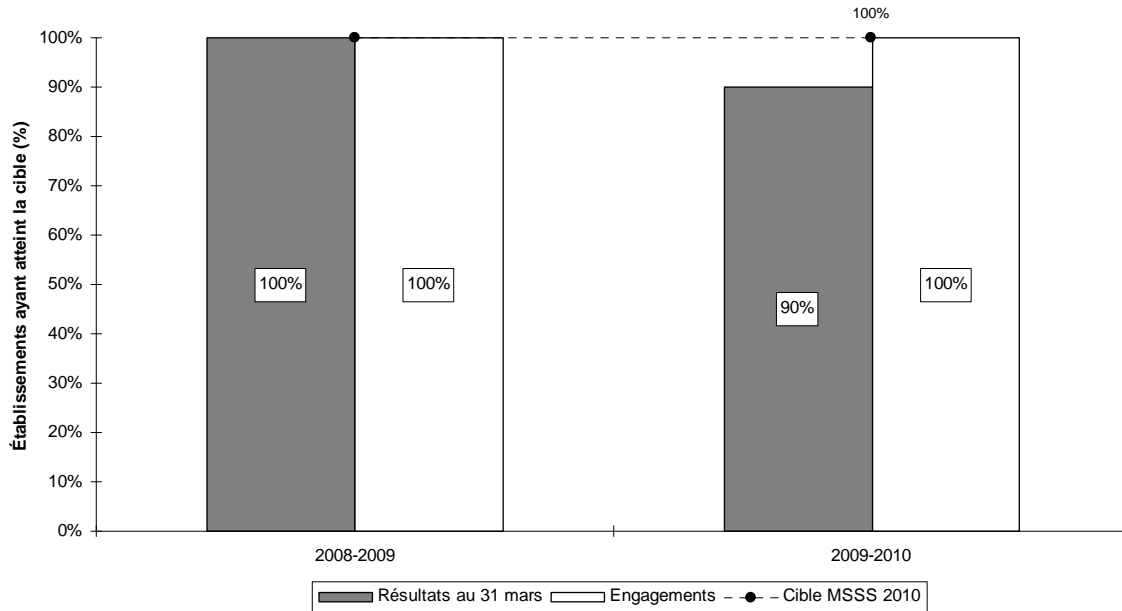


La proportion d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier a diminué, passant de 40 %, en 2008-2009, à 30 %, en 2009-2010.



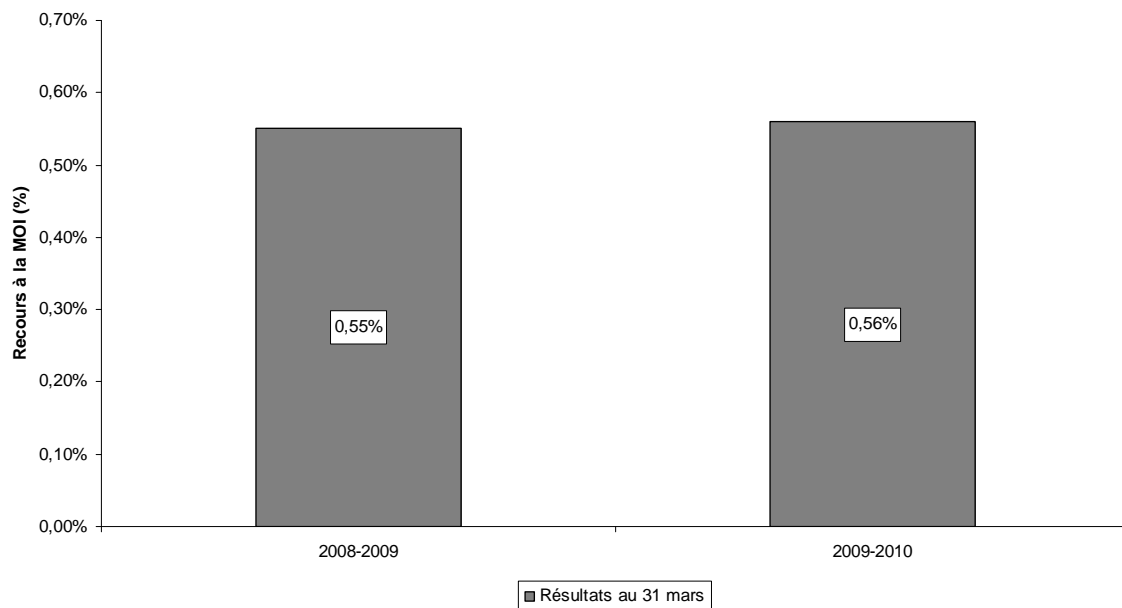
Il faut tout de même noter que le pourcentage d'heures supplémentaires travaillées a diminué, pour les établissements de la région, passant de 4,95 % à 4,73 %, sur des engagements de 3,87 %.

3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'oeuvre indépendante du personnel infirmier



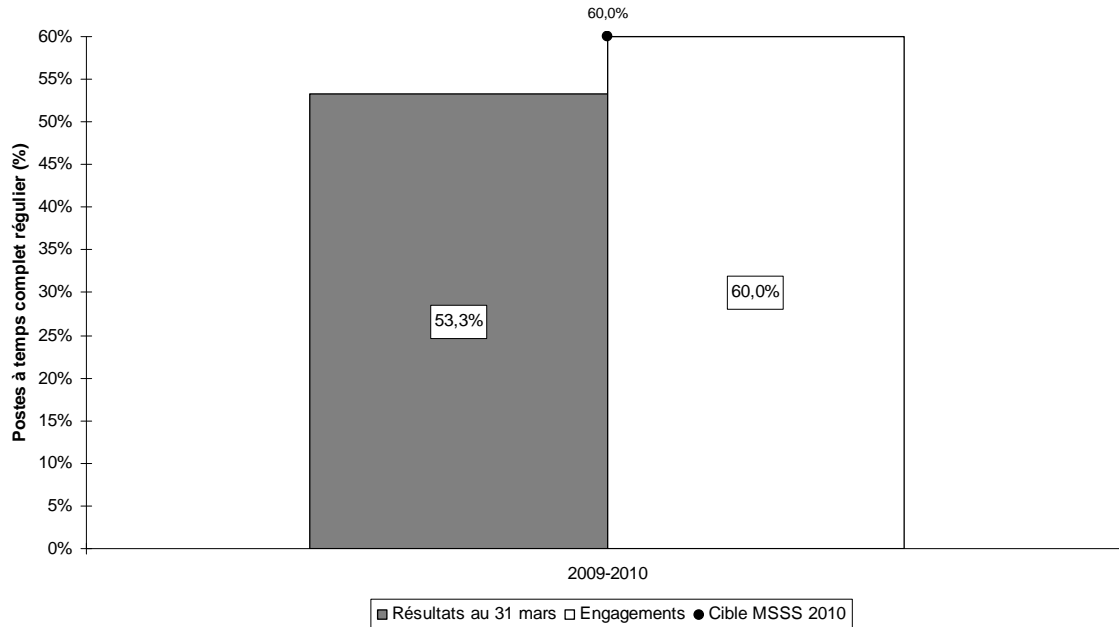
Le pourcentage des établissements ayant atteint les engagements régionaux en lien avec la main-d'oeuvre indépendante du personnel infirmier a diminué, passant de 100 %, en 2008-2009, à 90 %, en 2009-2010.

L'Estrie a terminé au 5^e rang de 15 régions.



De plus, le recours à la main-d'oeuvre indépendante est très faible en région puisque seulement 0,56 % du total des heures travaillées par le personnel infirmier sont attribuables à une main-d'oeuvre extérieure à l'établissement.

3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières



L'Estrie obtient un résultat de 53,3 % au 31 mars 2010, ce qui est inférieur à l'engagement régional de 60 %, engagement qui correspond également à la cible ministérielle 2009-2010.

La région obtient tout de même un 4^e rang parmi 15 régions.

Conclusion et défis pour les 5 prochaines années

Ce bilan visait à présenter l'historique des résultats obtenus au cours des années 2005-2010 et d'apprécier l'atteinte des engagements fixés.

Lorsqu'on compare les résultats de l'Estrie avec ceux des autres régions sociosanitaires, l'Estrie a fait particulièrement bonne figure pour ce qui est des durées de séjour sur civière à l'urgence. En effet, comme démontré dans ce bilan, la région se positionnait au 2^e ou 3^e rang pour l'atteinte des cibles 2010 des indicateurs liés au séjour moyen sur civière (ensemble des patients sur civière et personnes de 75 ans et plus) ainsi que pour le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière (ensemble des patients sur civière et personnes de 75 ans et plus), (1.9.1 à 1.9.4).

L'Estrie s'est distinguée aussi avec un 3^e rang pour le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation (1.4.8), pour le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (1.5.11) ainsi que pour le pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier (3.2).

Les principaux défis à relever

Bien que l'Estrie se soit démarquée pour ce qui est des durées de séjours sur civière à l'urgence (ensemble des patients sur civière et personnes de 75 ans et plus), il en est tout autre des séjours moyens sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale. En effet, la région s'est classée au dernier rang des régions sociosanitaires du Québec pour l'atteinte de la cible 2010 de ces indicateurs (1.8.7 et 1.8.8). Par ailleurs, ces objectifs ont fait l'objet de priorités régionales en 2010-2011.

De plus, l'Estrie se classait à l'avant-dernier rang pour le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (1.3.1). Par contre, rappelons les travaux réalisés afin de s'assurer de la qualité des données dans la banque I-CLSC ainsi que le court délai d'attente pour avoir accès à ces services. Ces constats nous permettent de croire que les personnes en perte d'autonomie sont bien desservies. La population étant vieillissante, le défi demeure entier dans les années à venir, afin d'ajuster l'offre de service à cette clientèle.

Finalement, l'Estrie se classait au dernier rang pour le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse (1.6.4). Mentionnons que cet indicateur fait déjà l'objet d'un suivi particulier avec l'établissement et a été intégré dans l'EGI 2010-2011.

Pour conclure, vous trouverez dans le tableau ci-après les défis à relever au cours des années à venir, tels qu'identifiés dans le Plan stratégique régional 2010-2015 (Estrie), et ce, en conformité avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS.

Le cycle administratif de l'élaboration et de suivi des EGI, entre les établissements et l'Agence se poursuivra au cours des années 2010-2015. Le suivi des indicateurs de gestion sera réalisé en tenant compte des plans stratégiques et des priorités des établissements, en cohérence avec le Plan stratégique 2010-2015 de la région et du MSSS. Le suivi de gestion demeurera un exercice continu selon les mécanismes convenus. Le tout fera l'objet d'une reddition de comptes dans le rapport annuel de gestion de l'Agence.

Défis 2010-2015**L'offre de service de santé et de services sociaux et l'accessibilité**

- L'intensification de la prévention et de la promotion dans tous les programmes-services.
- L'organisation de la première ligne en santé mentale et l'accès aux services spécialisés.
- Le développement d'alternatives à l'hébergement.
- L'accès à un médecin de famille pour l'ensemble de la population, en particulier pour les clientèles vulnérables.
- L'accès aux services médicaux spécialisés.
- L'accès aux services d'imagerie médicale.

Le partenariat et la mise en réseau des services

- La hiérarchisation des services de 1^{re} ligne, de 2^e ligne et le continuum des soins.
- Le partenariat entre les différents acteurs du réseau de services : établissements, cliniques médicales, organismes communautaires, partenaires intersectoriels.
- La participation des médecins aux équipes multidisciplinaires.
- L'arrimage de la 1^{re} ligne et de la 2^e ligne pour les services médicaux.
- L'arrimage de la 1^{re} ligne et de la 2^e ligne pour l'ensemble des programmes-services.
- L'arrimage des priorités de chaque établissement et la prise de décision en réseau de partenaires.
- La coordination du réseau local de services (RLS) sur chaque territoire de centre de santé et de services sociaux.

La performance

- La disponibilité d'outils de comparaison et d'information de gestion.
- La réduction des listes et des délais d'attente pour l'accès aux services de diagnostic, de chirurgie, de santé mentale, de déficience physique et de déficience intellectuelle.
- L'optimisation des ressources, notamment en regard des services administratifs, de soutien et les services cliniques.

La qualité

- La promotion du régime de traitement des plaintes par des actions d'information, et l'implication de tous les acteurs concernés par le traitement des plaintes.
- La qualité des données cliniques et leur accessibilité.
- L'amélioration de la qualité des services, la gestion des risques et l'élaboration des plans d'intervention (PI) et des plans de service individualisés (PSI).
- Le contrôle des infections nosocomiales dans les établissements.

La gestion des ressources

- L'attraction, la rétention, le développement de la main-d'oeuvre et la réorganisation du travail.
- La capacité d'utiliser de façon optimale les compétences de notre main-d'oeuvre.
- Le financement des budgets d'opération récurrents des projets de construction en cours, dont le Centre femme-jeunesse-famille.
- L'optimisation des ressources informationnelles pour les établissements et l'Agence, le dossier régional informatisé accessible à tous les établissements.

Liste des sigles

ABA	Approche behaviorale appliquée
AES	Approche école en santé
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
CA	Conseil d'administration
CAT	Centre abandon du tabac
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement en soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CJE	Centre jeunesse de l'Estrie
CJPC/MSG	Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges
CLSC	Centre local de services communautaires
CRE	Centre de réadaptation Estrie
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
DI	Déficience intellectuelle
DI-TED	Déficience intellectuelle avec troubles envahissants du développement
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de protection de la jeunesse
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
EGI	Ententes de gestion et d'imputabilité
EIJ	Équipe intervention jeunesse
ETC	Équivalent temps complet
FIV	Fécondation in vitro
ICI	Intervention comportementale intensive
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
GESTRED	Système de transmission de données dans le cadre des ententes de gestion
GMF	Groupe de médecine de famille
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPOC	Maladies pulmonaires à obstruction chronique
MRC	Municipalités régionales de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisés
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
SIGG	Système informatique géronto-gériatrique
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Soutien intensité variable
TED	Troubles envahissants du développement
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
TRRFM	Table régionale des ressources financières et matérielles