Champlain LHIN | RLISS de Champlain

# Mesure de la performance : Rapport du RLISS de Champlain – Deuxième trimestre de 2016-2017

Janvier 2017

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé

# Table des matières


**Table des matières** 2

**Sommaire : Mesurer nos progrès** 3

**Introduction** 5

**Résultats de performance** 6

Comprendre notre performance actuelle 6
Comparaison avec les autres RLISS 7
Tendances des résultats de performance 7

**Qu'est-ce qui explique nos écarts de performance et que faisons-nous à leur sujet?** 10

Temps d'attente pour un examen d'IRM 10
Première visite de soins à domicile du CASC, clients de la communauté 11
Temps passé à l'urgence, patients ayant des besoins complexes 12
Patients occupant un lit de soins actifs en attente d'un autre niveau de soins 13

**Prévision de la performance** 15

**Influence des facteurs économiques et sociaux** 17

**Annexe A : Performance du RLISS de Champlain par paramètre** 24

# Sommaire : Mesurer nos progrès

Pendant le deuxième trimestre de l'exercice 2016-2017, le RLISS de Champlain a atteint en moyenne à 84 % les 14 cibles de rendement clés énoncées dans l'entente de responsabilisation avec le gouvernement de l'Ontario. Pour six des indicateurs de rendement, nous étions à moins de 10 % d'atteindre la cible. Pour trois autres, nous étions entre 10 % et 20 % sous la cible et pour les cinq derniers, nous étions plus éloignés encore de la cible. Globalement, à l'échelle des RLISS, c'est dans le RLISS de Champlain que le rendement s'est le plus amélioré par rapport à il y a un an, ce qui le fait passer du 11e au 4e rang. Cette amélioration annuelle est en grande partie due à l'importante réduction du temps d'attente avant la première visite de soins à domicile du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC).

Lors du plus récent trimestre, toutefois, le temps d'attente avant cette première visite a commencé à augmenter. D'autres indicateurs sont aussi préoccupants : temps d'attente pour obtenir un examen d'IRM, nombre de patients occupant un lit de soins actifs en attente d'un autre niveau de soins (ANS) et durée de séjour à l'urgence des patients ayant des besoins complexes. Pour chacun de ces indicateurs, nous décrivons dans le présent rapport les défis clés et les stratégies visant à redresser la situation.

Pour la première fois, nous réalisons, ce trimestre, un exercice de prévision de la performance portant sur toute l'année. Dans la plupart des cas, nous nous attendons à ce que le rendement demeure relativement stable jusqu'à la fin du quatrième trimestre de 2016-2017. Nous croyons toutefois qu'il y aura une augmentation importante du temps d'attente pour obtenir des soins à domicile en raison d'une hausse de la demande pour ce service. La tendance ressort déjà clairement et, étant donné les ressources limitées, de plus en plus de gens sont inscrits sur les listes d'attente.

Pour la première fois, nous nous penchons aussi, ce trimestre, sur l'influence que peut avoir la situation économique et sociale des patients sur notre performance par rapport aux cibles établies. Même si, en règle générale, les personnes qui vivent dans des quartiers à faible revenu sont plus à risque d'avoir certains résultats en matière de santé, les tendances sont plus complexes lorsqu'il s'agit de mesurer le rendement du système de santé.

Le rendement du système de santé n'était pas inférieur pour les gens vivant dans les quartiers moins avantagés sur le plan économique. Le niveau de soutien social était un facteur plus important. Par exemple, les personnes vivant dans des quartiers où résident un nombre plus élevé de personnes vivant seules, de familles monoparentales et de personnes séparées, divorcées ou veuves étaient beaucoup plus susceptibles de demeurer dans un lit de soins actifs dans l'attente d'un ANS.

Globalement, les données semblent indiquer que la qualité des soins est comparable pour tous les

résidents, peu importe leur situation économique, et qu'un manque de soutien social augmente la probabilité de recourir aux services hospitaliers dans les cas où d'autres services pourraient être plus appropriés.

Mieux comprendre le rôle des facteurs économiques et sociaux et d'autres facteurs démographiques nous aidera à mieux cibler et adapter les services de santé. Nous continuerons d'explorer ces liens dans les prochains rapports trimestriels, en commençant par deux facteurs, à savoir la langue maternelle et la sous-région de résidence.

# Introduction

Le présent rapport fait le point sur le rendement du système de santé dans la région de Champlain par rapport à 14 indicateurs de rendement établis à l'échelle provinciale. Il décrit aussi les défis clés et les stratégies visant à redresser la situation. Il présente des tendances, des prévisions et des comparaisons avec d'autres RLISS et, pour la toute première fois, le rôle joué par des facteurs sociaux et économiques.

Grâce à l'adoption de la *Loi donnant la priorité aux patients* le 7 décembre 2016 en Ontario, les RLISS disposeront de nouveaux outils et seront mieux placés pour tisser des liens plus solides avec des partenaires afin d'améliorer leur rendement par rapport aux cibles actuelles et à tout autre indicateur qui pourrait être établi. Voici un aperçu de ces outils.

**La nouvelle loi donnera de nouveaux leviers et outils aux RLISS.**

- Établissement de sous-régions pour mieux comprendre, planifier et organiser les services afin de répondre aux besoins uniques de la population locale.
- Augmentation des responsabilités en matière de planification et d'amélioration des soins primaires en collaboration avec les responsables cliniques locaux.
- Nouveau mandat pour planifier et coordonner les services de soins à domicile en intégrant les activités actuellement gérées par les centres d'accès aux soins communautaires.
- Officialisation des liens avec les conseils de santé et renouvellement des efforts pour favoriser l'équité.
- Renforcement du rôle joué par les Autochtones dans la planification du système et la prestation des services pour favoriser la prestation de soins plus adaptés sur le plan culturel.

Les grands objectifs du RLISS de Champlain sont notamment de veiller à ce que l'accès aux services de santé soit rapide et équitable, d'améliorer l'expérience du patient et de sa famille et d'accroître la valeur du système de santé. Ensemble, les indicateurs de rendement permettent d'évaluer concrètement dans quelle mesure le système de santé parvient à atteindre ces objectifs.

En plus du présent rapport, le RLISS de Champlain publie un rapport technique qui donne plus de renseignements sur les 14 indicateurs de rendement, ainsi que sur 15 autres indicateurs alignés sur les priorités établies dans notre Plan de services de santé intégrés 2016-2019.

# Résultats de performance

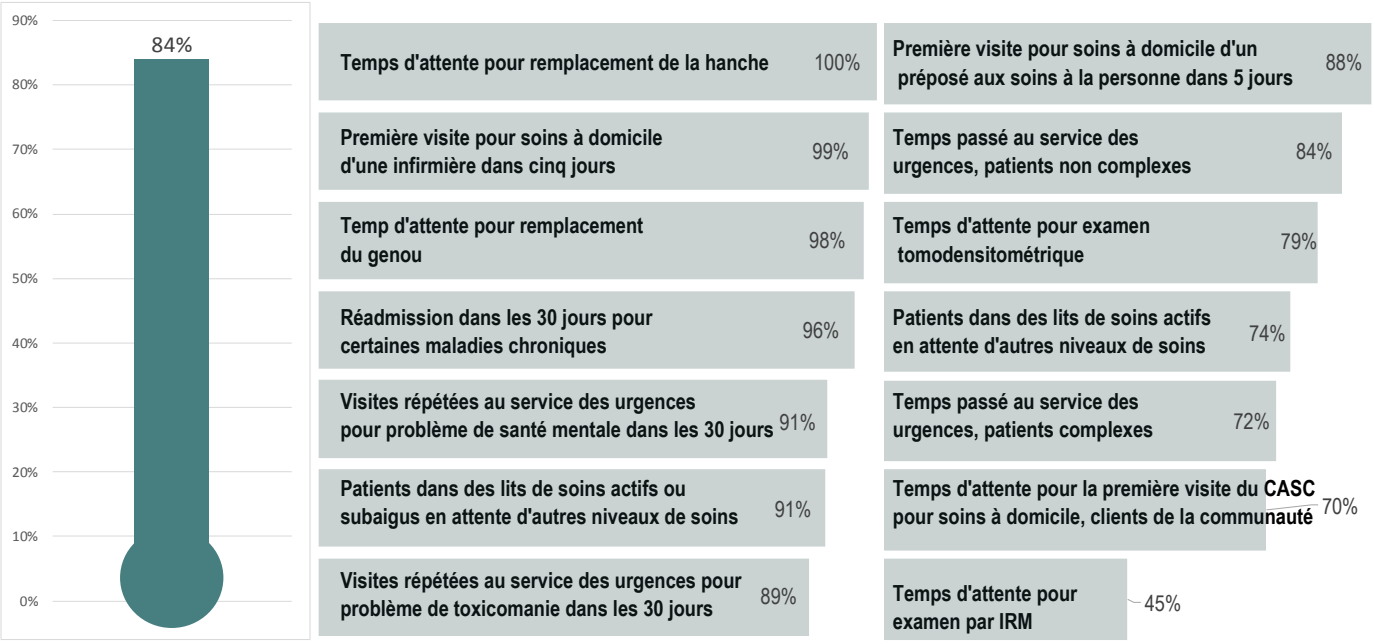
## Comprendre notre performance actuelle

Pour chaque indicateur, nous déclarons le « pourcentage d'atteinte de la cible ». Ce chiffre résume rapidement la situation et facilite la comparaison des résultats pour les indicateurs fondés sur différentes mesures (p. ex. taux ou jours d'attente ou pourcentage de cas traités dans un délai donné) et différentes cibles. Par exemple, si la cible est que 90 % des patients soient vus dans un délai précis et que notre performance pendant un trimestre est de 45 %, nous avons donc atteint 50 % de la cible. La moyenne pour tous les indicateurs fournit un seul chiffre qui résume, en un coup d'œil, où se situe le RLISS par rapport à l'atteinte de tous ses objectifs. Nous utilisons un thermomètre comme repère visuel.

Pendant le deuxième trimestre de 2016-2017, en moyenne, le RLISS de Champlain avait parcouru 84 % du chemin pour atteindre ses cibles (voir la Figure 1). Pour six des indicateurs, nous sommes à moins de 10 % de la cible, dont quatre à moins de 5 %. Pour trois autres, nous sommes entre 10 % et 20 % sous la cible et pour les cinq derniers, nous sommes plus éloignés encore de la cible.

Nous expliquons les défis observés pour combler certaines lacunes et donnons un aperçu des stratégies mises en place pour redresser la situation plus loin dans le rapport.

**Figure 1. Pourcentage d'objectif atteint, indicateurs de responsabilisation, 2e trimestre de 2016-2017, RLISS de Champlain**

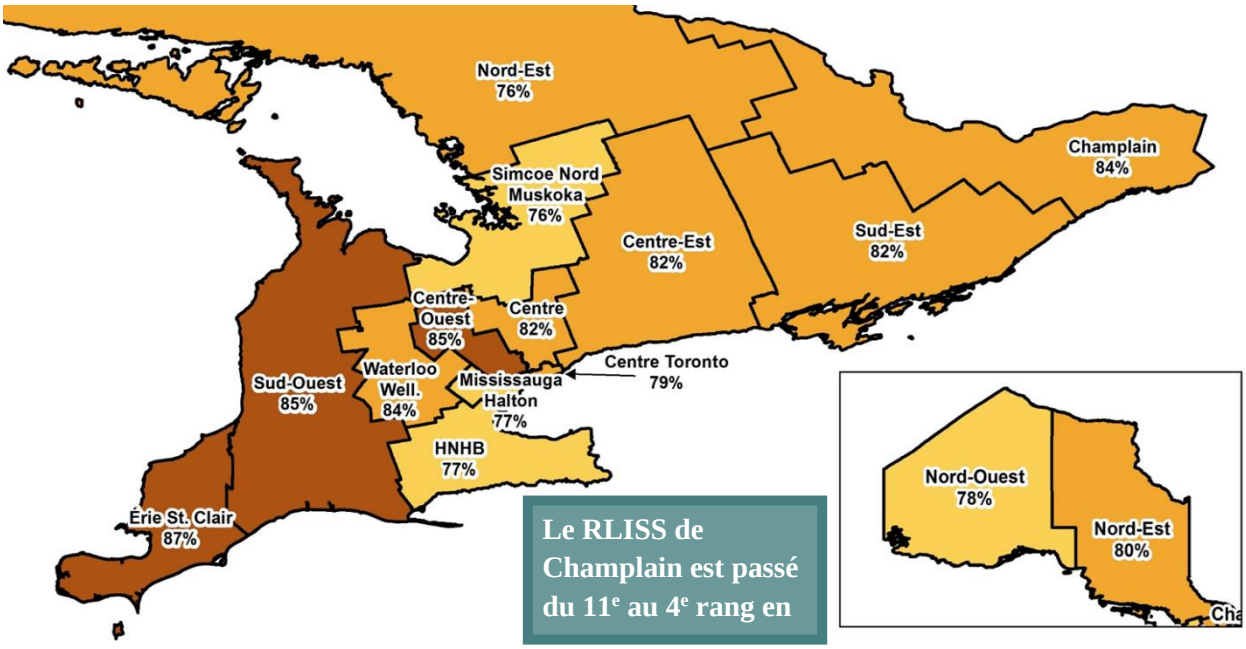



Depuis que le ministère a relevé les normes et les cibles de rendement, en 2015-2016, le meilleur rendement global obtenu dans le RLISS de Champlain est 84 %.

## Comparaison avec les autres RLISS

À l'échelle provinciale, la moyenne d'atteinte des cibles fixées pour les indicateurs de responsabilisation est de 80 %. Les pourcentages vont de 76 % à 87 %, comme le montre la Figure 2. Le RLISS se classe maintenant au 4e rang. Il était au 11e rang à la fin du deuxième trimestre de l'exercice 2015-2016.

**Figure 2. Moyenne du pourcentage d'objectif atteint pour 14 indicateurs de responsabilisation, par RLISS**




## Tendances des résultats de performance

Le rendement global est passé à 84 % ce trimestre, ce qui représente une amélioration de 6 % par rapport à l'année précédente (voir la Figure 3) et de 1 % par rapport au trimestre précédent (voir la **Error! Reference source not found.**). Aucun autre RLISS ne s'est autant amélioré en un an (voir la Figure 5).

**Le RLISS de Champlain s'est amélioré plus que tout autre RLISS ne l'a fait en un an.**

La hausse de 6 % du rendement global en un an dans notre région est principalement due à l'importante diminution du temps d'attente avant la première visite de soins à domicile du CASC. Plus précisément, il est passé de 95 jours à 30 jours au 90e percentile (c.-à-d. que 90 % des gens ont attendu moins longtemps).

D'autres changements survenus depuis un an sont aussi dignes d'intérêt.

- Le pourcentage de clients qui ont reçu des services de soutien à la personne à domicile du CASC dans les cinq jours était 16 % plus près de la cible. Cet indicateur est étroitement

lié à celui sur le temps d'attente avant la première visite de soins à domicile du CASC.

- Le pourcentage de personnes qui sont retournées à l'urgence dans les 30 jours à cause de problèmes de toxicomanie est 15 % plus près de la cible. Un certain nombre d'investissements ont été faits ces deux dernières années pour ajouter des services et diversifier les services en milieu communautaire.
- Le temps passé à l'urgence par les personnes qui ont des problèmes non complexes et complexes s'est éloigné de la cible de 5 % et de 7 %, respectivement. Ces trois dernières années, les volumes des urgences ont augmenté de plus de 2 % par année dans la région de Champlain. Réduire les temps d'attente est donc un réel défi.

**Figure 3. Variation du pourcentage d'objectif atteint par rapport à l'année précédente, par indicateur**

| Indicateur | Changement par rapport à l'année dernière | T2 2015-16 | T2 2016-17 |
|---|---|---|---|
| Temps d'attente pour la première visite de soins à domicile du CASC, clients de la communauté | 48% | 22% | 70% |
| Première visite de soins de soutien à la personne à domicile dans les 5 jours | 16% | 72% | 88% |
| Séjours récurrents à l'urgence en 30 jours pour la toxicomanie | 15% | 75% | 89% |
| Temps d'attente pour examen d'IRM | 11% | 34% | 45% |
| Temps d'attente pour examen TDM | 6% | 73% | 79% |
| Temps d'attente pour remplacement de la hanche | 6% | 94% | 100% |
| Réadmissions en moins de 30 jours pour certaines maladies chroniques | 4% | 92% | 96% |
| Première visite de soins infirmiers à domicile dans les cinq jours | 2% | 96% | 99% |
| Séjours récurrents à l'urgence en 30 jours pour la santé mentale | 0% | 91% | 91% |
| Patients dans des lits de soins actifs en attente d'autres niveaux de soins | -1% | 75% | 74% |
| Temps d'attente pour remplacement du genou | -2% | 100% | 98% |
| Temps à l'urgence, patients ayant des besoins non complexes | -5% | 89% | 84% |
| Temps passé à l'urgence, patients ayant des besoins complexes | -7% | 79% | 72% |
| Patients dans des lits de soins actifs ou subaigus en attente d'autres niveaux de soins | -8% | 99% | 91% |
| **Moyenne** | **6%** | **78%** | **84%** |

Voir l'annexe A pour connaître la période de déclaration des données, qui varie pour chaque indicateur en fonction de la source des données.

L'amélioration de la performance globale de 1 % par rapport au dernier trimestre est liée à l'amélioration des résultats pour dix indicateurs (voir la **Error! Reference source not found.**). Ces améliorations ont toutefois été grandement atténuées par une augmentation de 14 % du temps d'attente avant la première visite de soins à domicile du CASC, soit de 25 jours au dernier trimestre à 30 jours ce présent trimestre (au 90$^{e}$ percentile). Si le temps d'attente avant la première visite de soins à domicile était demeuré à 25 jours, notre performance globale se serait améliorée de 2 % au lieu de 1 %.

**Figure 4. Variation du pourcentage d'objectif atteint par rapport au trimestre précédent, par indicateur**

| Indicateur | Changement par rapport au dernier trimestre | T1 2016-17 | T2 2016-17 |
|---|---|---|---|
| Temps d'attente pour remplacement du genou | 8% | 90% | 98% |
| Séjours récurrents à l'urgence en 30 jours pour la toxicomanie | 7% | 82% | 89% |
| Temps d'attente pour examen TDM | 5% | 74% | 79% |
| Première visite de soins infirmiers à domicile dans les cinq jours | 4% | 95% | 99% |
| Temps d'attente pour examen d'IRM | 3% | 42% | 45% |
| Réadmissions en moins de 30 jours pour certaines maladies chroniques | 2% | 94% | 96% |
| Temps d'attente pour remplacement de la hanche | 2% | 98% | 100% |
| Première visite de soins de soutien à la personne à domicile dans les 5 jours | 2% | 86% | 88% |
| Patients dans des lits de soins actifs en attente d'autres niveaux de soins | 1% | 73% | 74% |
| Temps à l'urgence, patients ayant des besoins non complexes | 1% | 83% | 84% |
| Séjours récurrents à l'urgence en 30 jours pour la santé mentale | 0% | 91% | 91% |
| Temps passé à l'urgence, patients ayant des besoins complexes | -3% | 75% | 72% |
| Patients dans des lits de soins actifs ou subaigus en attente d'autres niveaux de soins | -7% | 98% | 91% |
| Temps d'attente pour la première visite de soins à domicile du CASC, clients de la communauté | -14% | 84% | 70% |
| Moyenne | 1% | 83% | 84% |

Voir l'annexe A pour connaître la période de déclaration des données, qui varie pour chaque indicateur en fonction de la source des données.

Temps d'attente avant la première visite de soins à domicile du CASC : Pour cet indicateur, nous avons atteint au dernier trimestre une performance jamais égalée depuis bien des années (84 % de la cible). La situation a toutefois commencé à se détériorer (nous sommes maintenant à 70 % de la cible).

**Figure 5. Variation du pourcentage d'objectif atteint par rapport à l'année précédente, par RLISS**

| RLISS | Changement d'un an | T2 2015-16 | T2 2016-17 |
|---|---|---|---|
| Champlain | +6% | 78% | 84% |
| Nord-Ouest | +4% | 74% | 78% |
| Nord-Est | +3% | 77% | 80% |
| Sud-Est | +2% | 81% | 82% |
| Centre-Toronto | +1% | 78% | 79% |
| Érié St-Clair | +1% | 86% | 87% |
| Centre-Ouest | -0% | 85% | 85% |
| Simcoe Nord Muskoka | -3% | 78% | 76% |
| Waterloo Wellington | -3% | 87% | 84% |
| Centre-Est | -4% | 86% | 82% |
| Centre | -4% | 87% | 82% |
| Mississauga Halton | -5% | 82% | 77% |
| HNHB | -5% | 83% | 77% |
| Sud-Ouest | -5% | 92% | 87% |
| **Ontario** | -1% | **81%** | **80%** |

# Qu'est-ce qui explique nos écarts de performance et que faisons-nous à leur sujet?

La performance pour quatre indicateurs est plus de 25 % sous la cible dans le RLISS de Champlain.

- Temps d'attente pour passer un examen d'IRM (à 45 % de la cible)
- Première visite de soins à domicile du CASC, clients de la communauté (70 %)
- Temps passé à l'urgence, patients ayant des besoins complexes (72 %)
- Patients occupant un lit de soins actifs en attente d'un ANS ou pourcentage d'ANS (74 %)

## Temps d'attente pour un examen d'IRM

Les examens d'IRM aident à diagnostiquer des problèmes au cerveau, des traumatismes médullaires et bien d'autres problèmes. Ils sont souvent utilisés lorsque les autres examens ne permettent pas d'obtenir suffisamment de renseignements pour confirmer un diagnostic. Les patients ayant besoin de subir un examen d'IRM sont catégorisés en fonction de la rapidité avec laquelle ils doivent subir leur examen.

**Le RLISS s'est assuré en priorité que les patients aux besoins les plus élevés puissent obtenir un examen d'IRM dans les délais recommandés.**

**Priorité 1 – La déclaration de données n'est pas exigée. Selon les données déclarées, 98 % de ces patients ont été vus immédiatement (le pourcentage était de 96 % au dernier trimestre).**

**Priorité 2 – 86 % des patients ont passé leur examen dans le délai recommandé (84 % au dernier trimestre)**

**Priorité 3 – 79 % des patients ont passé leur examen dans le délai recommandé (72 % au dernier trimestre).**

**Priorité 4 – 25 % des patients ont passé leur examen dans le délai recommandé (22 % au dernier trimestre)**

- Les patients qui ont besoin de services d'urgence sont examinés immédiatement (priorité 1).
- Les patients qui doivent être examinés d'urgence sont catégorisés comme étant des cas de priorité 2 et l'objectif fixé pour le temps d'attente est de deux jours.
- Les patients qui doivent être examinés de façon semi-urgente sont catégorisés comme étant des cas de priorité 3 et l'objectif fixé pour le temps d'attente est de 10 jours.
- Les patients qui ont besoin d'un examen d'IRM de façon non urgente sont catégorisés comme étant des cas de priorité 4 et l'objectif fixé pour le temps d'attente est de 28 jours.

La demande de services d'IRM a augmenté en moyenne de 7 % par année ces huit dernières années, surpassant ainsi à la fois l'évolution démographique et le financement des services de santé. L'un des facteurs ayant contribué à cette augmentation est un changement apporté aux protocoles cliniques il y a quelques années, qui a fait augmenter de 30 % le nombre d'examens d'IRM subis par les patients atteints d'un cancer.

Tous les RLISS ont de la difficulté à atteindre les cibles de temps d'attente pour les examens d'IRM. Aucun d'entre eux ne les a atteintes. Ils ont en moyenne parcouru 43 % du chemin, ce qui est similaire à la performance actuelle dans la région de Champlain (45 %). La performance dans le RLISS de Champlain s'est améliorée au cours des trois derniers trimestres parce qu'un investissement ponctuel a permis d'utiliser les appareils d'IRM plus longtemps et ainsi de réaliser plus d'examens, et parce qu'il y a eu des efforts récents pour améliorer le tri des demandes et l'efficacité de la prise des rendez-vous. Les demandes d'examen inappropriées seront réduites grâce à l'utilisation d'un outil automatisé et à l'éducation des médecins de soins primaires.

Le comité directeur régional de l'IRM dirige des travaux pour mettre en œuvre la série de recommandations formulées par un expert tiers qui sont énumérées dans le rapport sur la performance du RLISS de Champlain pour le quatrième trimestre de l'exercice 2015-2016.

Le RLISS prévoit que les cibles pour les cas de priorité 1 (très urgent), de priorité 2 (urgent) et de priorité 3 (semi-urgent) seront atteintes d'ici le 3e ou le 4e trimestre de 2016-2017. Les cibles pour les cas de priorité 4 (non urgent) ne seront pas atteintes durant l'exercice 2016-2017.

## Première visite de soins à domicile du CASC, clients de la communauté

Lors du dernier trimestre, nous avons atteint la plus haute performance à ce chapitre depuis que nous avons commencé à surveiller cet indicateur. Depuis, une hausse importante de la demande combinée à des ressources limitées a fait augmenter le temps d'attente.

Au printemps 2016, des clients ayant des besoins peu élevés ont commencé à être inscrits sur des listes d'attente. À l'automne 2016, des clients ayant des besoins modérés ont aussi commencé à être inscrits sur des listes d'attente. Les clients ayant les besoins les plus élevés d'après une évaluation normalisée en bonne et due forme continuent de passer en priorité. Le RLISS et le CASC surveillent étroitement la situation et déploient des efforts pour limiter les impacts potentiels. Un certain nombre de stratégies ont été mises en place pour répondre efficacement à la demande, dont les suivantes :

- Offrir davantage de services de soins infirmiers dans les cliniques.
- Normaliser les plans de soins pour que les patients reçoivent les soins les plus appropriés compte tenu de leurs besoins. Cela comprend l'ajustement du nombre et de la durée des visites de soins à domicile aux besoins de chaque patient.
- Gérer rigoureusement les fournitures de soins infirmiers (p. ex. pansements et médicaments) pour qu'elles soient disponibles à l'endroit et au moment voulu et éviter

de les commander en double.
- Communiquer avec les partenaires qui offrent des services de santé pour mieux les renseigner sur les demandes de services appropriées.
- Communiquer plus rapidement avec les fournisseurs de services sous contrat grâce aux nouveaux rapports électroniques, ce qui accélérera la mise à jour des plans de soins individuels et les mises en congé, lorsque c'est approprié.
- Réduire les dépenses administratives à mesure que les frais des services directs augmentent. En pourcentage, le CASC de Champlain a moins de dépenses administratives que tout autre CASC en Ontario.

Ces stratégies, toutefois, n'ont pas suffi à combler l'écart de financement et à éviter le recours aux listes d'attente. Le CASC et le RLISS collaborent maintenant avec un consultant externe pour mieux comprendre le déséquilibre entre le financement et la demande. Cette analyse vise à quantifier et à démêler les principaux facteurs, dont les suivants :

- Niveau et croissance des différents besoins en matière de services dans la population comparativement au financement et aux autres RLISS
- Caractéristiques des clients qui reçoivent des services à l'heure actuelle et comparaison par sous-région et RLISS
- Modèles de services en place pour les différents types de clients et comparaison avec les autres RLISS

Le fait que le CASC de Champlain investisse depuis longtemps dans des programmes spécialisés peut aussi contribuer au déséquilibre en matière de financement. Par exemple, le CASC de Champlain offre des pompes à perfusion pour la chimiothérapie à domicile, des cathéters de drainage spécialisés (PleurX), le traitement de plaies par pression négative et des pompes à perfusion continue pour les cas d'hypertension pulmonaire. Ces services aident à maintenir davantage de personnes à domicile et hors des hôpitaux, mais leurs coûts sont élevés. Et le CASC de Champlain offre plus de ces services spécialisés que bien d'autres CASC. Ces services aident à répondre à des besoins importants dans la communauté, mais ils ont une incidence sur la capacité de répondre à d'autres besoins.

Le RLISS et le CASC continuent de collaborer étroitement pour régler les problèmes, minimiser les répercussions pour les clients et réduire dès que possible les listes d'attente qui sont en train de s'allonger.

## Temps passé à l'urgence, patients ayant des besoins complexes

Les patients ayant des besoins complexes restent plus longtemps à l'urgence pour passer des évaluations et des examens et recevoir des traitements. La cible est que 90 % des patients ayant des besoins complexes quittent l'urgence dans un délai de huit heures. Le délai dans le RLISS de Champlain à ce chapitre pendant le deuxième trimestre était de 11,2 heures, ce qui représente une performance de 72 %.

Les patients qui ont des besoins complexes sont classés en deux sous-groupes après leur visite à l'urgence : patients hospitalisés et patients qui retournent à la maison. Ceux qui quittent l'urgence en moins de huit heures représentent 37 % seulement parmi ceux qui sont hospitalisés et 91 % parmi ceux qui retournent à la maison. La cause de la piètre performance pour cet indicateur se trouve donc surtout du côté des patients hospitalisés. Pendant le présent trimestre, la durée de séjour à l'urgence a augmenté chez les patients hospitalisés, mais pas chez les patients non hospitalisés.

La durée de séjour à l'urgence des patients hospitalisés est influencée par la disponibilité des lits. Le manque de lits disponibles dans certains hôpitaux d'Ottawa et de Cornwall est en partie causé par le nombre de patients en attente d'un ANS (voir la partie suivante). L'augmentation des taux d'admission de 9,2 % à 9,6 % ce trimestre a aussi rendu la situation complexe.

Les hôpitaux poursuivent leurs initiatives visant à améliorer les processus à l'urgence et le cheminement des patients, et le temps d'attente avant d'obtenir une première évaluation d'un médecin a diminué ce trimestre. Le RLISS collabore avec les hôpitaux partenaires pour veiller à ce que toutes les ressources hospitalières disponibles soient utilisées aussi efficacement que possible, notamment en surveillant quotidiennement la capacité du système et en favorisant le rapatriement des patients à leur hôpital local lorsque cela est indiqué.

## Patients occupant un lit de soins actifs en attente d'un autre niveau de soins

Même si le RLISS de Champlain a parcouru seulement 73 % du chemin pour atteindre la cible, il se classe au 6e rang des RLISS en ce qui concerne cet indicateur. Celui-ci montre le nombre de jours pendant lesquels les patients occupent un lit de soins actifs avant d'obtenir un autre type de soins plus appropriés (p. ex. soins de longue durée, soins spécialisés à domicile ou services de réadaptation), exprimé en pourcentage par rapport à l'ensemble des jours pendant lesquels les patients occupent un lit de soins actifs.

À Ottawa et à Cornwall, en particulier, le nombre élevé de patients en attente d'un ANS a fait grimper en flèche le taux d'occupation dans les unités de soins, en plus d'encombrer les urgences.

Le RLISS a ciblé un certain nombre d'investissements à l'automne pour aider à contrer les défis. En voici un aperçu.

- Ajout de ressources pour que les salles d'urgence puissent traiter plus de patients plus rapidement.
- Meilleure planification des congés pour que les patients puissent quitter l'hôpital dès qu'ils sont prêts à le faire, ce qui libère des lits pour les personnes qui en ont besoin.

- Plus d’examens de dépistage et de services offerts aux personnes âgées à risque élevé dans le cadre du programme de gestion des urgences gériatriques dirigé par des infirmières spécialisées.
- Diminution du nombre d’admissions en augmentant le nombre d’aiguillages vers les maillons santé, qui assurent la coordination des soins en équipe aux patients qui ont des besoins complexes.
- Ajout de lits de soins actifs et subaigus dans les hôpitaux d’Ottawa.

Lorsque les taux d’occupation sont au plus haut, le RLISS organise des téléconférences avec les hôpitaux pour faciliter la recherche de solutions, comme le transfert de patients. Le RLISS produit aussi un rapport quotidien sur le cheminement des patients qui aide à maintenir le cap et à déterminer quelle est la capacité et où sont les défis.

Une des solutions proposées pour améliorer la capacité en matière de soins subaigus est de réaligner les ressources comme les lits de réadaptation, de soins continus complexes et de soins de convalescence. Il est aussi proposé de trouver des solutions à long terme pour gérer l’augmentation du volume de patients pendant la saison de la grippe. Un groupe de travail composé de partenaires situés tout au long du continuum de soins, de la santé publique aux soins primaires et aux soins de longue durée, a été créé à l’automne dernier. Il a pour mission d’établir une stratégie régionale pour que les gens accèdent aux soins au bon endroit lorsqu’ils en ont besoin.

Il est peu probable que le RLISS de Champlain atteigne la cible actuelle s’il n’y a pas d’investissements supplémentaires importants dans une combinaison de lits (p. ex. milieu hospitalier, soins de convalescence, soins de longue durée, services d’aide à la vie autonome et foyers de groupe ou habitations collectives), ainsi que dans les services de soins à domicile et en milieu communautaire.

# Prévision de la performance

Pour la première fois, nous réalisons, ce trimestre, un exercice de prévision de la performance qui tient compte des aspects suivants :

- Tendances antérieures, surtout les plus récentes (c.-à-d. modèle de lissage exponentiel linéaire sans effet saisonnier)
- Étape de mise en œuvre des projets et d'investissements liés
- Autres facteurs connus comme l'allongement des listes d'attente.

Nous avons fourni une seule valeur située au milieu de la fourchette de prévisions pour simplifier les comparaisons. Les prévisions réelles ne sont pas d'une aussi grande précision. Pour l'indicateur relatif au temps d'attente avant la première visite de soins à domicile du CASC, nous sommes toujours en train d'établir une prévision quantitative. Compte tenu de la nature de cet indicateur, les méthodes prévisionnelles standards ne sont pas adéquates. Des résultats, basés sur des modèles plus sophistiqués, seront disponibles au prochain trimestre.

D'ici le quatrième trimestre de 2016-2017, nous prévoyons qu'il n'y aura aucun changement (en blanc) ou une amélioration modeste (en vert) dans les résultats pour 10 indicateurs (voir la Figure 6). Les résultats pour trois autres indicateurs devraient se détériorer dans une certaine mesure (en orange). Les résultats pour le dernier indicateur devraient se détériorer de façon importante (en rouge). La tendance globale, tous indicateurs confondus, est un déclin modeste.

**Figure 6. Prévision de la performance, par indicateur**

| Indicateur | T2 2016-17 | Prévisions T4 2016-17 |
|---|---|---|
| Temps d'attente pour remplacement de la hanche | 100% | 100% |
| Première visite pour soins à domicile d'une infirmière dans 5 jours | 99% | 99% |
| Temps d'attente pour remplacement du genou | 98% | 99% |
| Réadmission dans les 30 jours pour certaines maladies chroniques | 96% | 96%* |
| Visites répétées au service des urgences pour problème de santé mentale dans les 30 jours | 91% | 91%* |
| Patients dans des lits de soins actifs ou subaigues en attente d'autres niveaux de soins | 91% | 84% |
| Visites répétées au service des urgences pour problème de toxicomanie dans les 30 jours | 89% | 89%* |
| Première visite pour soins à domicile d'un préposé aux soins à la personne dans 5 jours | 88% | 8% |
| Temps passé aux service des urgences, patients non complexes | 84% | 84%* |
| Temps d'attente pour examen TDM | 79% | 91% |
| Patients dans des lits de soins actifs en attente d'autres niveaux de soins | 74% | 66% |
| Temps passé aux service des urgences, patients complexes | 72% | 72%* |
| Temps d'attente pour la première visite du CASC pour soins à domicile, clients de la communauté | 70% | Régression (à determiner)** |
| Temps d'attente pour examen par IRM | 45% | 47% |
| **Moyenne** | **84%** | **Régression** |

*Les prévisions non quantitatives sont directionnelles et basées sur les tendances, les facteurs d'influence connus et les connaissances de spécialistes. Les prévisions quantitatives sont basées sur un modèle de lissage exponentiel linéaire (sans effet saisonnier) et sont validées et ajustées d'après les connaissances de spécialistes.

Plus particulièrement, le temps d'attente pour obtenir des soins à domicile augmentera considérablement parce que la demande sera élevée et que les listes d'attentes s'allongeront, comme expliqué précédemment. L'impact se fera d'abord sentir sur le pourcentage de personnes qui reçoivent la première visite de services de soutien à la personne à domicile dans les cinq jours. Le résultat pour l'indicateur relatif au temps d'attente avant la première visite de soins à domicile du CASC pour les clients de la communauté, qui est actuellement de 30 jours (au 90$^{e}$ percentile), se détériorera aussi considérablement, mais cet indicateur est en décalage, car il tient uniquement compte du temps d'attente la première fois que le client reçoit le service. Ce temps d'attente augmentera en 2016-2017, mais c'est surtout en 2017-2018 que nous observerons la plus grande détérioration. Les clients recevant des soins à domicile ne seront pas tous touchés. Ceux qui auront les plus grands besoins passeront en priorité et le pourcentage de clients qui reçoivent leur première visite de soins infirmiers à domicile dans les cinq jours devrait demeurer près de la cible.

Les prévisions relatives au temps d'attente pour obtenir des soins à domicile sont basées sur les renseignements disponibles à l'heure actuelle. Elles pourraient donc ne plus être valables si les pratiques de financement ou d'aiguillage sont modifiées. Par exemple, l'ajout de fonds en 2016-2017 pourrait permettre de réduire les temps d'attente et de « déjouer les prévisions ». L'impact sera d'abord visible dans le pourcentage de personnes qui reçoivent la première visite de services de soutien à la personne dans les cinq jours. Il faudrait plus de temps pour voir des changements dans le pourcentage de personnes qui reçoivent leur première visite de soins infirmiers à domicile dans les cinq jours.

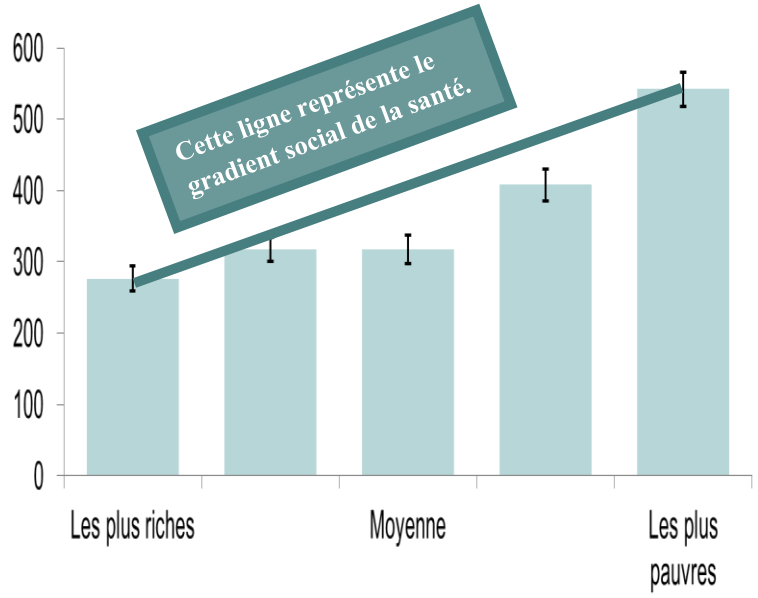
Pour résumer, nous prévoyons que la performance de 84 % atteints au deuxième trimestre, qui représente un sommet, ne sera pas répétée. Nous allons perdre du terrain, surtout en raison des temps d'attente pour certains services de soins à domicile, et les possibilités d'amélioration dans d'autres secteurs sont limitées et insuffisantes pour contrebalancer leur impact.

# Influence des facteurs économiques et sociaux

La Loi donnant la priorité aux patients amènera les RLISS à se concentrer davantage sur l'atteinte de l'équité pour les populations les plus vulnérables. La planification à l'échelle des sous-régions et des liens plus solides avec la Santé publique faciliteront ce changement.

Le rôle des déterminants sociaux (revenu, soutien social, niveau de scolarité, situation sociale, culture, statut d'immigrant, statut d'Autochtone, orientation sexuelle, etc.) sur la santé de la population est bien documenté. Beaucoup de données probantes ont été amassées depuis la publication du rapport de Marc Lalonde en 1974.[1] D'innombrables rapports et études montrent comment certaines caractéristiques comme un faible revenu sont associées à de moins bons résultats en matière de santé. La notion de « gradient social » décrit comment l'état de santé s'améliore, en moyenne, à chaque échelon de « l'échelle » sociale. La Figure 7 présente un exemple tiré d'un récent rapport de Santé publique Ottawa (adapté).[2]

**Figure 7. Décès prématurés par 100 000 habitants, par quintile socioéconomique, Ottawa, 2010-2011**




Beaucoup de graphiques similaires ont été produits un peu partout dans le monde. Il existe toutefois peu d'analyses sur le lien entre le gradient social et les indicateurs de la performance du système de santé présentés dans le présent rapport. Nous nous sommes donc demandé comment des facteurs comme le revenu, le niveau de scolarité et la structure de la famille ou du ménage influencent les principaux indicateurs de responsabilisation du RLISS de Champlain. Notre hypothèse initiale était que nous allions découvrir un gradient social évident pour la plupart des

[1] Pour obtenir des exemples et plus de renseignements, consultez le site de l'Agence de la santé publique du Canada, du Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé ou de l'Organisation mondiale de la Santé.
[2] Santé publique Ottawa. « Health Equity and Social Determinants of Health in Ottawa », novembre 2016.

indicateurs. La réalité, en fait, est beaucoup plus complexe.

**Facteurs économiques et sociaux : Méthodes**

Les données utilisées pour évaluer les indicateurs de responsabilisation du RLISS ne comprennent pas de renseignements sur le revenu ni d'autres caractéristiques sociodémographiques des patients. Nous avons donc utilisé des données sur les quartiers résidentiels recueillies par Statistique Canada et les avons affectées aux patients d'après leur code postal. Cette approche par secteur (quartier résidentiel) ou « écologique » n'est pas parfaite parce que les caractéristiques des personnes vivant dans un quartier diffèrent des moyennes pour ce quartier. Elle permet toutefois d'obtenir des données utiles lorsque des données plus précises ne sont pas disponibles. Elle est d'ailleurs largement utilisée (y compris dans l'exemple adapté d'un rapport de Santé publique Ottawa présenté à la Figure 7).

Nous nous sommes ensuite fondés sur une analyse de la documentation canadienne pour sélectionner deux indices largement utilisés qui ont été conçus au Québec par R. Pampalon. Le premier est lié aux facteurs économiques (appelés « défavorisation matérielle » dans d'autres rapports) et le second est lié aux facteurs sociaux. Chaque indice est calculé d'après une combinaison de trois indicateurs issus d'enquêtes menées par Statistique Canada (voir la Figure 8).

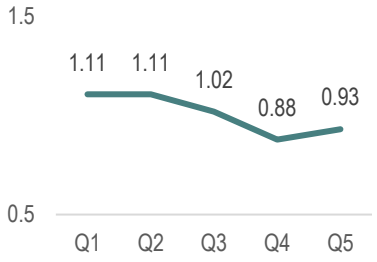
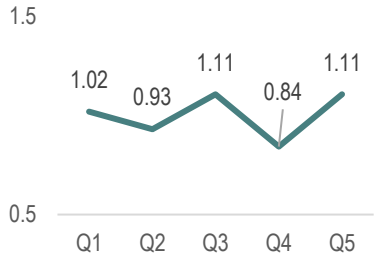
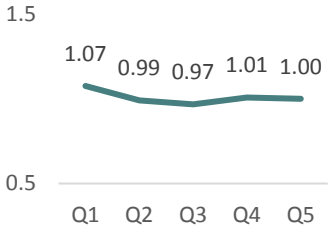
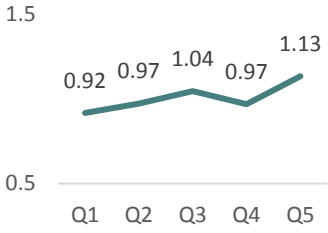
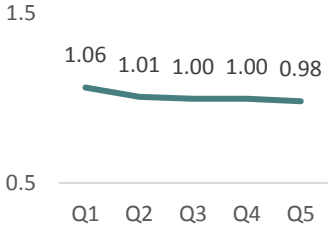
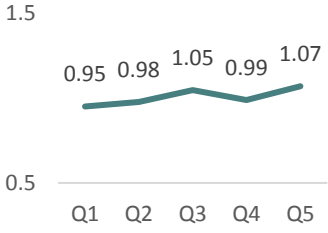
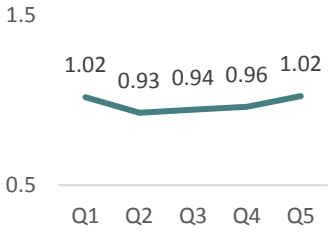
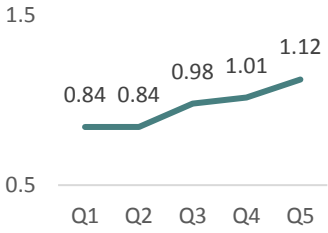
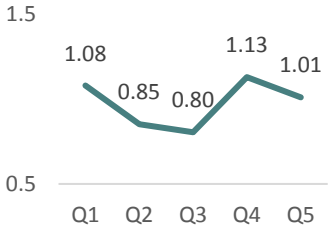
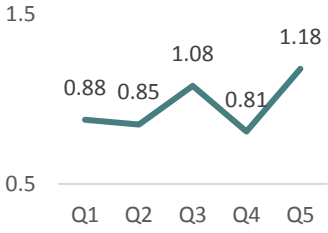
**Figure 8. Indicateurs inclus dans les indices économique et social**

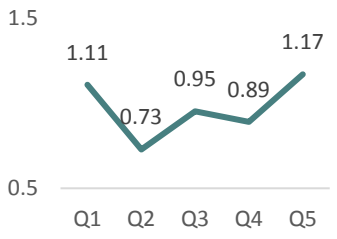
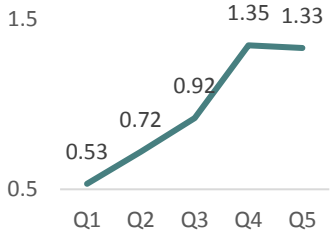
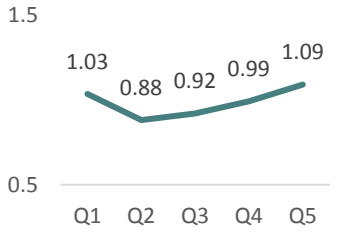
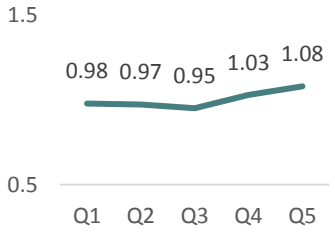
| Économique | Social |
|---|---|
| • Proportion de personnes qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires<br>• Revenu individuel moyen<br>• Ratio emploi-population | • Proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves<br>• Proportion de familles monoparentales<br>• Proportion de personnes vivant seules |

Ces indicateurs sont calculés pour la plupart des aires de diffusion au Canada. Une aire de diffusion comprend de 400 à 700 personnes et est le plus petit secteur pour lequel des données recueillies par recensement sont généralement disponibles. Chaque aire reçoit une note sur chaque indice et est ensuite classée parmi cinq groupes (quintiles), de la note la plus élevée à la note la moins élevée.

La Figure 9 montre les tendances par quintile économique et social pour sept indicateurs et fait état des différences importantes au niveau du sexe. Dans chaque cas, le 1er quintile est le plus avantagé et le 5e, le moins avantagé. Pour simplifier les comparaisons, chaque quintile a été comparé à la performance moyenne pour l'indicateur (fixée à 1,0). Ainsi, un taux de 20 % supérieur à la moyenne sera de 1,2 dans la figure et un taux de 20 % inférieur sera de 0,8. Tous les graphiques ont été comparés de façon similaire sur une échelle de 0,5 à 1,5. Dans tous les cas, les chiffres les moins élevés représentent la meilleure performance.

**Figure 9. Indicateurs sélectionnés par quintile économique et social et par sexe**

| Indicateur | Économique T1= Les plus riches 1,1=10 % plus élevé que la moyenne | Social Q1= le plus de soutien social 1,1=10 % plus élevé que la moyenne | Différences entre les sexes |
|---|---|---|---|
| Temps d'attente pour la première visite de soins à domicile du CASC, clients de la communauté (les valeurs plus faibles sont meilleures) |  |  | |
| Temps passé à la salle d'urgence, patients à besoins complexes (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |  |  | Les hommes ont tendance à rester plus longtemps. |
| Temps passé à la salle d'urgence, patients à besoins non urgents (les valeurs plus faibles sont meilleures) |  |  | Les femmes ont tendance à rester plus longtemps. |
| Visites répétées à l'urgence dans les 30 jours pour un problème de santé mentale (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |  |  | Le pourcentage est plus élevé chez les hommes, surtout dans les quintiles les moins avantagés. |
| Visites répétées à l'urgence dans les 30 jours pour un problème de toxicomanie (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |  |  | Le pourcentage est plus élevé chez les hommes, sauf pour le 1er quintile social, où il est plus élevé chez les femmes. |

| Indicateur | Économique T1= Les plus riches 1,1=10 % plus élevé que la moyenne | Social Q1= le plus de soutien social 1,1=10 % plus élevé que la moyenne | Différences entre les sexes |
|---|---|---|---|
| Patients en soins actifs en attente d'un autre niveau de soins (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |   |   | Le pourcentage est plus élevé chez les hommes. |
| Réadmissions dans les 30 jours pour certaines maladies chroniques (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |   |   | Le pourcentage est plus élevé chez les femmes. |

La figure présente des données pour l'exercice 2015-2016. Toutes les données ont été ajustées en fonction de l'âge, sauf pour le temps d'attente à l'urgence et le temps d'attente avant la première visite de soins à domicile.

**Facteurs économiques et sociaux : Interprétation des résultats**

Contrairement à ce qui a été observé pour les indicateurs de la santé de la population, nous n'avons pas observé de résultats radicalement ou constamment bas chez les patients désavantagés sur le plan économique pour les indicateurs de rendement du système de santé que nous avons analysés. Cela permet de penser que la qualité des soins dans la région de Champlain ne varie pas en fonction de la situation économique des patients.

Lorsque nous avons observé des écarts, ils n'étaient pas significatifs. Par exemple, il semble que les personnes plus fortunées passent plus de temps à l'urgence. Il faut toutefois comprendre que la grande majorité des quartiers fortunés sont regroupés dans la ville d'Ottawa, où les temps d'attente à l'urgence sont plus élevés.

Les résultats pour un seul indicateur semblent montrer un lien avec les facteurs économiques et la tendance est à l'opposé du gradient social habituel. Les personnes vivant dans les quartiers les plus fortunés (1er et 2e quintiles) attendent plus longtemps pour recevoir la première visite de soins à domicile que les personnes vivant dans les quartiers les moins fortunés (4e et 5e quintiles). Le temps d'attente plus élevé dans les quartiers plus fortunés peut être dû au fait que leurs besoins sont moins urgents (c.-à-d. qu'ils ont besoin de soins moins complexes), qu'ils ont plus de soutien ou qu'ils ont davantage les moyens de payer des services privés.

Bien que la situation économique ne semble pas être un facteur, le niveau de soutien social dans le quartier était très important pour ce qui est des deux indicateurs suivants :

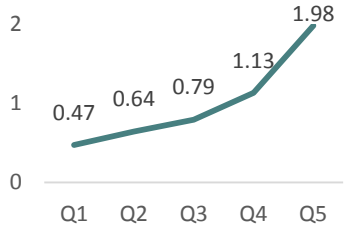
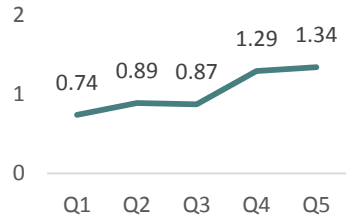
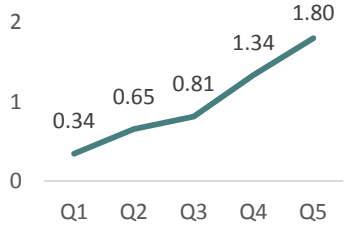
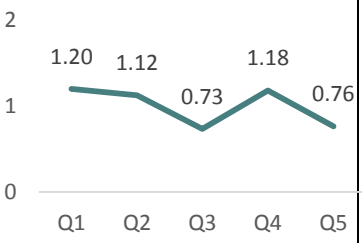
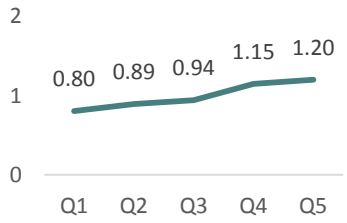
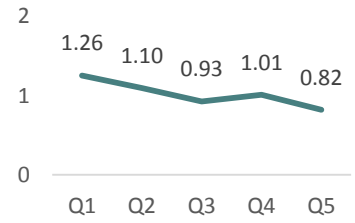
- Le pourcentage de visites répétées à l'urgence dans les 30 jours à cause de problèmes de santé mentale était plus élevé chez les personnes vivant dans les quartiers plus désavantagés sur le plan social. Nous avons noté une tendance assez évidente du 1er au 5e quintile et un écart de 33 % entre le 1er et le 5e. Les personnes vivant dans les quartiers les plus désavantagés sur le plan social (5e quintile) étaient aussi plus susceptibles de faire des visites répétées à l'urgence à cause de problèmes de toxicomanie, mais la tendance était moins claire.
- La proportion de patients en attente d'un ANS (% d'ANS) était fortement associée au soutien social. Le pourcentage était 2,5 fois plus élevé chez les personnes dans le 5e quintile (ayant le moins de soutien social) que chez celles dans le 1er quintile. Si tous les résidents avaient le même taux que les personnes dans le 1er quintile, le RLISS de Champlain afficherait une performance exceptionnelle et nous libérerions assez de lits pour prendre soin de 4 000 patients de plus par année.

Les employés des hôpitaux et des RLISS qui s'efforcent de réduire le nombre de personnes en attente d'un ANS font souvent remarquer que le soutien social d'un patient (ou le manque de soutien social du patient) est souvent le plus important aspect considéré pour évaluer sa capacité de retourner à la maison.

Enfin, les personnes dans les quintiles les moins avantagés (5e) tant sur le plan social qu'économique sont environ 10 % plus susceptibles d'être réadmises dans les hôpitaux dans les 30 jours à cause de certaines maladies chroniques. Les personnes qui vivent dans les quartiers les moins avantagés peuvent avoir moins de ressources pour gérer leurs problèmes après une hospitalisation.

En plus des sept indicateurs de responsabilisation liés à la performance du système de santé, nous avons examiné trois autres indicateurs plus étroitement liés à la santé de la population (voir la Figure 10). Pour ces trois indicateurs, le gradient social habituel est apparent. Les pourcentages augmentent de façon constante des quartiers les moins avantagés aux quartiers les plus avantagés sur le plan économique. Les graphiques suivants sont comparés sur une échelle de 0 à 2 parce que certaines tendances sont plus prononcées.

**Figure 10. Autres indicateurs de rendement par quintile économique et social et par sexe, RLISS de Champlain**

| Indicator | Economic Q1= "richest" 1.1=10% higher than average | Social Q1=most "social support" 1.1=10% higher than average | Différences entre les sexes |
|---|---|---|---|
| Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |  |  | Le pourcentage est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. |
| Visites à l'urgence pour des problèmes mieux pris en charge ailleurs (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |  |  | Le pourcentage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. |
| Taux de visite à l'urgence en raison d'une chute chez les personnes âgées (les valeurs plus faibles sont les meilleures) |  |  | Le pourcentage est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes. |

Les personnes vivant dans des quartiers moins avantagés sur le plan économique affichent des pourcentages plus élevés pour les indicateurs suivants :

- Hospitalisation pour des problèmes de santé propices aux soins ambulatoires (y compris une maladie respiratoire, le diabète, l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque congestive et l'hypertension) – Le taux quadruple entre le plus bas et le plus élevé. Si tous les résidents affichaient le même taux que les personnes du 1er quintile, il y aurait 1 750 hospitalisations de moins par année, ce qui représenterait une baisse de 52 %. Sur un ton moins optimiste, si les personnes des 4e et 5e quintiles affichaient le même taux que celles du 3e quintile, la baisse serait de 29 %.
- Visites à l'urgence pour des problèmes de santé qui seraient mieux pris en charge ailleurs (p. ex. cystite, otite moyenne et infections des voies respiratoires supérieures comme le rhume et une sinusite) – Le taux quintuple entre le plus élevé et le plus bas.

- Visites à l’urgence à cause d’une chute (personnes âgées) – Le taux varie de 1,5 fois entre le plus élevé et le plus bas.

Compte tenu de tous les résultats et des autres analyses réalisées ailleurs, nous pouvons voir un solide gradient social dans l’utilisation des services hospitaliers. Les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan socioéconomique nécessitent une quantité disproportionnée de soins hospitaliers.

Nous observons clairement le gradient social dans la Figure 10 pour les trois indicateurs de la santé de la population. Les résultats pour les sept indicateurs de rendement du système de santé présentés à la Figure 9 permettent de penser que :

- La qualité des soins est comparable pour tous les résidents, peu importe leur situation économique.
- Le manque de soutien social augmente la probabilité d’utiliser les services hospitaliers lorsque d’autres services pourraient être plus appropriés.

Il faut approfondir l’analyse pour décortiquer et mieux comprendre les résultats. Par exemple, quel est le rôle de la géographie, indépendamment des quartiers très précis utilisés pour assigner les patients dans les quintiles? Quels autres facteurs démographiques influencent la performance du système de santé? Le statut d’immigrant est-il important? Qu’en est-il de l’identité autochtone, de l’orientation sexuelle et de la langue? Dans les prochains rapports, nous explorerons les différences entre les sous-régions et dresserons des comparaisons entre les personnes qui parlent l’anglais, le français et d’autres langues. Mieux comprendre les différents besoins et les différentes expériences des sous-populations nous aidera à mieux cibler et adapter les services et les stratégies afin de réduire les iniquités.

# Annexe A : Performance du RLISS de Champlain par paramètre

| Indicateur | Periode des données* | Cible 2015-2016 | Performance actuelle | Performance actuelle (% de cibles atteintes pour 2014-2015) | Performance de Champlain parmi les RLISS en 2015-2016 (par quartile) | Facteurs de performance? Liés à la disponibilité des services par rapport à la demande | Facteurs de performance? Liés à des processus ou à des efficiences |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % recevant des services de soutien à la personne dans les cinq jours | T1 2016/17 | 95% | 84% | 88% | Quartile inférieur | √ | √ |
| % recevant des services de soins infirmiers dans les cinq jours | T1 2016/17 | 95% | 94% | 99% | Milieu du groupe | | √ |
| 1re visite à domicile du CASC, clients de la communauté, 90e percentile pour l'attente | T1 2016/17 | 21 days | 30 | 70% | Milieu du groupe | √ | √ |
| Temps passé à l'urgence, patients ayant des besoins complexes, 90e percentile | T2 2016/17 | 8 hours | 11.15 | 71% | Milieu du groupe | √ | √ |
| Temps passé à l'urgence, patients non admis ayant des besoins non complexes, 90e percentile | T2 2016/17 | 4 hours | 4.77 | 83% | Quartile inférieur | √ | √ |
| Cas d'examens d'IRM effectués dans la période cible | T2 2016/17 | 90% | 40% | 45% | Milieu du groupe | √ | √ |
| Cas d'examens TDM effectués dans la période cible | T2 2016/17 | 90% | 71% | 79% | Milieu du groupe | √ | √ |
| Cas de remplacement de la hanche effectués dans la période cible | T2 2016/17 | 90% | 91% | 100% | Meilleur sur le plan de la performance | | √ |
| Cas de remplacement du genou effectués dans la période cible | T2 2016/17 | 90% | 88% | 98% | Milieu du groupe | | √ |
| Patients dans des lits de soins actifs en attente d'autres niveaux de soins | T1 2016/17 | 9.50% | 12.7% | 75% | Milieu du groupe | √ | √ |
| Patients dans des lits de soins actifs ou subaigus en attente d'autres niveaux de soins | T2 2016/17 | 12.7% | 14.0% | 91% | Milieu du groupe | √ | √ |
| Séjours récurrents à l'urgence en 30 jours pour la santé mentale | T1 2016/17 | 17.1% | 17.9% | 96% | Milieu du groupe | √ | √ |
| Séjours récurrents à l'urgence en 30 jours pour la toxicomanie | T1 2016/17 | 25.1% | 25.1% | 100% | Meilleur sur le plan de la performance | | √ |
| Réadmissions en moins de 30 jours pour certaines maladies chroniques | T4 2015/16 | 15.5% | 16.1% | 96% | Milieu du groupe | | √ |

*Les données du T4 de 2015-2016 se rapportent à jan, fev., mars 2016

Les données du T1 de 2016-2017 se rapportent à avr. mai., et juin. 2016

Les données du T2 de 2016-2017 se rapportent à jui., août, sep. 2016

Champlain **LHIN** | **RLISS** de Champlain

1900 City Park Drive, Suite 204
Ottawa, ON K1J 1A3
Tel: 613.747.6784 • Fax: 613.747.6519
Toll Free: 1.866.902.5446
www.champlainlhin.on.ca

1900, promenade City Park, bureau 204
Ottawa, ON K1J 1A3
Téléphone : 613 747-6784 • Télécopieur : 613 747-6519
Sans frais : 1 866 902-5446
www.rlisschamplain.on.ca

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé