Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues

Performance du système de santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé iii
Remerciements v
Sommaire vii
Introduction 1
Contexte 1
Objectif de l'analyse 1
Partie 1 : Réadmission en soins de courte durée 3
Facteurs de risque liés à la réadmission 6
Coût des réadmissions en soins pour patients hospitalisés 17
Résumé — partie 1 : Réadmission en soins de courte durée 19
Partie 2 : Retour au service d'urgence après des soins pour patients hospitalisés 21
Facteurs de risque liés au retour au service d'urgence 25
Le coût du retour au service d'urgence 36
Résumé — partie 2 : Retour au service d'urgence après des soins pour patients hospitalisés 38
Conclusion 41
Annexe 45
Références 55

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS recueille et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Au 1er février 2012, le Conseil d'administration de l'ICIS était formé des personnes suivantes :

- **Dr Brian Postl**, président du Conseil d'administration, ICIS, doyen de la Faculté de médecine, Université du Manitoba
- **M. John Wright (d'office)**, président-directeur général, ICIS
- **Dr Luc Boileau**, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec
- **Dr Marshall Dahl**, consultant en endocrinologie, Hôpital et Centre des sciences de la santé de Vancouver et Hôpital de Burnaby
- **Mme Janet Davidson**, chef canadienne du Global Healthcare Center of Excellence, KPMG
- **Dr Chris Eagle**, président-directeur général, Services de santé de l'Alberta
- **M. Donald Ferguson**, sous-ministre de la Santé, Nouveau-Brunswick
- **Dr Vivek Goel**, président et chef de la direction, Santé publique Ontario
- **M. Denis Lalumière**, sous-ministre adjoint, Planification, performance et qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- **M. John McGarry**, conseiller privé en administration de la santé
- **Dr Cordell Neudorf**, président, Conseil de l'ISPC, médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon
- **M. Saäd Rafi**, sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- **Mme Marlene Smadu**, vice-doyenne des sciences infirmières, Université de la Saskatchewan
- **M. Wayne Smith**, statisticien en chef, Statistique Canada
- **M. Howard Waldner**, président-directeur général, Autorité sanitaire Vancouver Island
- **M. Graham Whitmarsh**, sous-ministre de la Santé de la Colombie-Britannique

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreuses personnes et équipes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport.

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance envers toutes les personnes qui, grâce à leurs idées, leur expérience et leur enthousiasme, ont grandement contribué à la réussite de ce rapport.

Nous aimerions également remercier les experts suivants pour leurs précieux commentaires sur le rapport :

- **Jason M. Sutherland**, Ph. D., chercheur-boursier, Michael Smith Foundation for Health Research; professeur, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé de l'Université de la Colombie-Britannique; professeur adjoint, École de santé publique et de santé des populations, Université de la Colombie-Britannique
- **Randy Fransoo**, Ph. D., chercheur, Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba; professeur adjoint, Département des sciences de santé communautaire, Université du Manitoba
- **Irfan Dhalla**, M.D., M. Sc., FRCPC, médecin membre et scientifique, Hôpital St. Michael's; professeur adjoint, Université de Toronto; conseiller médical, Centre d'accès aux soins communautaires de Centre-Toronto; scientifique adjoint, Institut de recherche en services de santé

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des organismes affiliés.

L'équipe de gestion ayant fourni conseils et soutien pour l'élaboration du présent rapport est composée des personnes suivantes :

- Jeremy Veillard, vice-président, Recherche et Analyse
- Kathleen Morris, directrice, Analyse du système de santé et Questions émergentes
- Darren Gerson, gestionnaire, Recherche sur les services de santé
- Joanne Hader, gestionnaire, Indicateurs de santé

L'équipe du projet responsable de l'élaboration de ce rapport est composée des personnes suivantes :

- Hani Abushomar, analyste principal
- Xi-Kuan Chen, chef de section
- Michelle Costa, analyste principale
- Hong Ji, analyste principale
- Carrie Lee, analyste
- Isac Lima, analyste principal

- Jacqueline Kurji, coordonnatrice principale
- Cheng Qian, chef de section
- Razia Sultana, analyste

Le rapport n'aurait pu voir le jour sans la généreuse participation de Marilee Allerdings, de l'équipe des Groupes clients, de l'équipe SIG et Établissement des coûts — BDCS, de l'équipe responsable des indicateurs de santé et des rapports sur les hôpitaux et de nombreux autres membres du personnel de l'ICIS responsables de la publication, des communications et de la distribution, qui ont fourni un appui soutenu à l'équipe principale du projet.

Sommaire

Des études montrent que les réadmissions imprévues à l'hôpital sont courantes[1-4], coûteuses[2, 5], et potentiellement évitables[6]. La compréhension des facteurs qui contribuent à ce phénomène peut éclairer les stratégies de réduction des taux de réadmission imprévue. Le présent rapport comprend les taux pancanadiens de réadmission imprévue en soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé, toutes causes confondues, ainsi que les taux de retour au service d'urgence dans les sept jours suivant le congé pour l'Alberta, l'Ontario et le Yukon. Il examine également les facteurs propres au patient, à l'hôpital et à la collectivité qui sont associés aux réadmissions en soins de courte durée et aux retours au service d'urgence chez quatre groupes de patients particuliers (soins médicaux, soins chirurgicaux, soins obstétricaux et soins pédiatriques).

Points saillants

- Environ 8,5 % des patients en soins de courte durée ont été réadmis dans un hôpital de soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé initial.
- En Alberta, en Ontario et au Yukon, 9 % des patients en soins de courte durée sont retournés au service d'urgence; de ce nombre, un patient sur six y est retourné à plusieurs reprises dans les sept jours suivant le congé initial.
- Les patients en soins médicaux (soit les patients ayant reçu des soins médicaux au cours de l'hospitalisation initiale) affichaient les taux de réadmission et les coûts associés les plus élevés, suivis des patients en soins chirurgicaux. Les réadmissions en soins de courte durée et les retours au service d'urgence des patients en soins médicaux et pédiatriques étaient le plus souvent attribués à des affections semblables ou identiques à la cause de l'admission initiale, tandis que les réadmissions en soins obstétricaux et chirurgicaux étaient le plus souvent liées à des soins de suivi non planifiés.
- Pour tous les groupes de patients à l'exception de ceux en soins médicaux, l'hospitalisation initiale était plus coûteuse que la réadmission. En soins chirurgicaux, par exemple, les patients étaient réadmis pour recevoir des soins de suivi en moyenne moins coûteux, dont le traitement d'une infection à la suite d'une intervention.
- Parmi les réadmissions à la suite d'une hospitalisation initiale en soins chirurgicaux, un patient sur 10 (9,3 %) a été réadmis en raison d'une infection. Le risque de réadmission des patients en soins médicaux et chirurgicaux augmentait avec l'âge, et les hommes présentaient un risque de réadmission plus élevé que les femmes. Les patients qui, selon l'indice de Charlson, avaient un plus grand nombre de comorbidités étaient davantage susceptibles d'être réadmis.
- Le risque de réadmission d'un patient en soins de courte durée augmentait à mesure qu'augmentait le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée avant l'hospitalisation initiale. De la même façon, le risque de retour d'un patient au service d'urgence augmentait à mesure qu'augmentait le nombre de visites au service d'urgence avant le congé initial.
- Les séjours à l'hôpital de très courte ou de très longue durée étaient tous deux des prédicteurs d'une réadmission en soins de courte durée.

Les facteurs propres aux hôpitaux associés aux réadmissions comprenaient la durée du séjour à l'hôpital et la taille de l'hôpital. De manière générale, après ajustement en fonction des groupes clients, de l'âge, du sexe, de l'admission par le service d'urgence et du nombre de visites en soins de courte durée dans les six mois précédant le congé initial, les hôpitaux affichant des séjours prolongés présentaient des taux de réadmission plus faibles.

Les facteurs propres à la collectivité tels que le lieu de résidence en région rurale et le quintile de revenu du quartier ont également été examinés. Les patients habitant en région rurale étaient plus susceptibles de retourner au service d'urgence, peu importe le groupe de patients auquel ils appartenaient. Par ailleurs, les taux de réadmission en soins de courte durée étaient significativement plus élevés chez les patients en soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux habitant en région rurale. Au niveau agrégé, les taux de réadmission en soins de courte durée et de retour au service d'urgence chez les patients appartenant au quintile de revenu le plus faible étaient plus élevés que ceux des patients appartenant au quintile de revenu le plus élevé. Les variations dans les taux de réadmission et de retour au service d'urgence étaient faibles dans les provinces et les territoires (à l'exception du Nunavut).

Les réadmissions en soins de courte durée ont coûté environ 1,8 milliard de dollars (ce montant exclut toutefois la rémunération à l'acte des médecins). Dans les deux provinces et le territoire étudiés, 30,6 millions de dollars supplémentaires ont été dépensés en raison du retour au service d'urgence des patients en soins de courte durée.

Bien que toutes les réadmissions ne puissent être évitées, les recherches semblent indiquer qu'entre 9 et 59 % des réadmissions sont évitables. Parmi les stratégies de réduction des taux de réadmissions mentionnées dans les ouvrages publiés se trouvent l'éducation des patients, une meilleure planification du congé et la planification de rendez-vous de suivi avant le congé. De plus, les appels téléphoniques de suivi, les lignes d'assistance et le suivi auprès du même dispensateur peuvent se révéler bénéfiques pour les patients.

Introduction

Contexte

Les réadmissions imprévues à l'hôpital sont dans la mire des chercheurs en services de santé, des responsables de l'élaboration des politiques et des décideurs depuis le début des années 1970[5]. Ce sujet attire de plus en plus l'attention en raison du fardeau que représentent les réadmissions imprévues en ce qui concerne les patients et leur famille, la qualité des services de santé et le système de santé en général. En effet, selon de nombreuses études, les réadmissions imprévues sont courantes[1-4], coûteuses[2, 5] et potentiellement évitables[6, 7].

Nombre de recherches ont porté sur les taux de réadmission imprévue aux États-Unis et les facteurs de risque qui y sont associés[2, 4, 5, 8]. En 2009, une étude importante a révélé que près d'un bénéficiaire du régime Medicare sur cinq (19,6 %) qui recevait son congé de l'hôpital était réadmis dans les 30 jours suivant le congé initial[2]. Selon des experts dans le domaine, ce taux de réadmission est supérieur à ce qu'il serait si ces mêmes patients recevaient des soins conformes aux pratiques exemplaires. Pour réduire les taux de réadmission imprévue, il importe d'une part de déterminer quels patients sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital, et d'autre part de mettre au point des mécanismes pour améliorer les soins qu'ils reçoivent avant et après leur congé de l'hôpital.

Les coûts globaux associés aux réadmissions imprévues peuvent être assez significatifs. En 2004, le coût total des réadmissions imprévues pour le régime Medicare était estimé à un peu plus de 17 milliards de dollars[2], ce qui représente environ 17 % de tous les paiements que le régime a versés aux hôpitaux[2]. On croit qu'une partie de ces dépenses pourrait être évitée en réduisant le taux de réadmission à l'hôpital.

Certaines réadmissions, à la suite de nouveaux problèmes de santé ou d'une détérioration de l'état de santé du patient, sont inévitables, tandis que d'autres sont évitables. Bien que la proportion des réadmissions pouvant être évitées n'ait pas fait l'unanimité, les études indiquent que 9 à 59 % des réadmissions imprévues, toutes causes confondues, sont évitables[6, 9-13].

Plusieurs études ont traité des facteurs associés à l'augmentation du risque de retourner à l'hôpital peu de temps après un congé[4, 14, 15]. Dans l'ensemble, les patients réadmis sont âgés[16], souffrent de complications et de comorbidités[14, 17], ont reçu des soins médicaux plutôt que chirurgicaux avant le congé initial[5], affichent un statut socioéconomique faible[18] et ont des antécédents d'admission au service d'urgence ou en soins de courte durée avant le congé initial[14, 17]. Les études ont également démontré que les séjours de longue durée[14, 17] et de courte durée[19] constituent tous deux des prédicteurs de réadmission ultérieure.

Objectif de l'analyse

Le présent rapport traite des taux de réadmission imprévue, toutes causes confondues, dans les hôpitaux de soins de courte durée de l'ensemble des provinces et territoires canadiens, ainsi que des taux de retour non planifié au service d'urgence, toutes causes confondues, en Ontario, en Alberta et au Yukon. Les taux sont estimés pour quatre groupes de patients : les

patients en soins médicaux, en soins chirurgicaux, en soins pédiatriques et en soins obstétricaux. Ces groupes diffèrent sur le plan clinique et peuvent présenter des différences significatives en ce qui a trait aux facteurs de risque associés aux réadmissions imprévues.

La documentation existante met l'accent sur les réadmissions évitables[4, 7, 20], c'est-à-dire les cas qui auraient pu être évités par une meilleure prise en charge clinique avant le congé de l'hôpital, une meilleure gestion des cas, des soins de suivi et une planification du congé adéquats et des services de soins à domicile appropriés[20-23]. Pour cerner les réadmissions évitables, il faut pouvoir s'appuyer sur une définition claire et mesurable de la notion d'évitable. Or, les chercheurs n'ont pu établir de définition commune, car les réadmissions dépendent de facteurs comme le soutien social et les services à domicile.

Dans le contexte de l'examen des réadmissions imprévues au Canada toutes causes confondues, le présent rapport se penche sur trois aspects de la réadmission :

- **les effets relatifs au patient :** certains facteurs liés au patient, comme l'âge, le sexe, l'état clinique et les comorbidités, sur lesquels l'hôpital n'exerce le plus souvent aucun contrôle, qui peuvent influer sur la probabilité de réadmission;
- **les effets relatifs à l'hôpital :** les tendances en matière de durée du séjour propres à l'hôpital et les effets liés à la taille de l'hôpital, qui influent sur le taux de réadmission imprévue;
- **les effets relatifs à la collectivité :** la disponibilité des soins post-actifs qui peuvent prévenir l'exacerbation de problèmes menant à des hospitalisations supplémentaires. On mesure cet aspect en examinant les différences entre les collectivités rurales et urbaines pour ce qui est des réadmissions à l'hôpital. L'incidence du quintile de revenu du quartier est également explorée.

Le présent rapport traite également des coûts hospitaliers associés aux réadmissions imprévues au Canada.

Note méthodologique

L'unité d'analyse, pour les besoins du rapport, est l'épisode de soins. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et visites en chirurgie d'un jour consécutives d'un patient. Dans le rapport, les termes « patient » et « hospitalisation » sont utilisés pour désigner un épisode. Tous les épisodes admissibles permettent de déterminer s'il y a eu réadmission en soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé ou un retour au service d'urgence dans les 7 jours suivant le congé. Le second résultat a été mesuré à l'aide de données provenant de l'Alberta, de l'Ontario et du Yukon. L'approche adoptée ici est conforme à celle utilisée pour les autres indicateurs de réadmission de l'ICIS. Lorsqu'on compare les résultats avec ceux d'autres rapports publiés, il est important d'examiner les détails de la méthodologie, présentés en annexe. Les résultats publiés en matière de réadmissions présentent des différences courantes, dont

- les épisodes par rapport aux congés;
- les réadmissions imprévues par rapport à tous les patients réadmis;
- les périodes de référence pour la réadmission;
- les groupes cliniques inclus dans l'analyse.

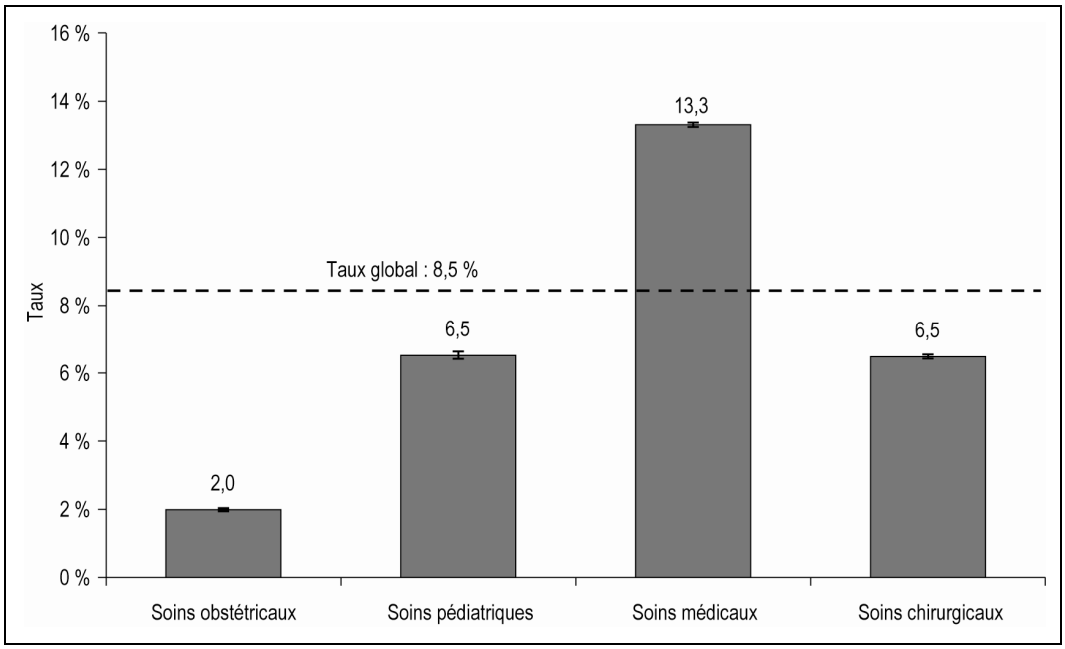
Partie 1 : Réadmission en soins de courte durée

Un peu plus de 2,1 millions d'hospitalisations en soins de courte durée ont eu lieu au Canada au cours de la période d'étude de 11 mois[i, ii]. Parmi les patients concernés, 41,6 % (885 806) ont été hospitalisés en soins médicaux, 31,4 % (667 796), en soins chirurgicaux, 17,8 % (378 951), en soins obstétricaux et 9,3 % (197 080), en soins pédiatriques. De plus amples renseignements sur les caractéristiques des groupes de patients à l'étude se trouvent en annexe.

Au Canada, 181 551 patients ont été réadmis en soins de courte durée dans le mois suivant le congé, ce qui représente un taux de réadmission dans les 30 jours de 8,5 %, toutes causes confondues. Comme dans les études antérieures[14, 24], le groupe de patients en soins médicaux affichait la plus grande proportion de toutes les réadmissions (64,9 %). Le groupe de patients en soins chirurgicaux représentait 23,9 % du total des réadmissions, tandis que les groupes de patients en soins pédiatriques et en soins obstétricaux représentaient respectivement 7,1 % et 4,1 % de toutes les réadmissions.

Parmi les groupes de patients, ceux en soins médicaux affichaient à la fois le plus grand nombre de réadmissions et le taux de réadmission le plus élevé. En effet, 13,3 % des patients en soins médicaux ont été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé, comparativement à 6,5 % des patients en soins chirurgicaux. Seulement 2,0 % des patientes en soins obstétricaux et 6,5 % des patients en soins pédiatriques ont été réadmis en soins de courte durée.

Figure 1 : Taux de réadmission imprévue en soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé, toutes causes confondues



Remarque
Taux et intervalle de confiance de 95 %.
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

i. La période d'étude englobe les mois d'avril 2010 à février 2011 pour les hospitalisations initiales, et les mois d'avril 2010 à mars 2011 pour les réadmissions.
ii. Les données du Québec correspondent à la période d'avril 2009 à février 2010.

Réadmissions en soins de courte durée en raison d'une maladie mentale dans les 30 jours suivant le congé

Les taux de réadmission présentés ici excluent les réadmissions en raison d'une maladie mentale, car les données sur la santé mentale ne sont pas recueillies de manière uniforme dans l'ensemble du pays. Les réadmissions en raison d'une maladie mentale ont toutefois été explorées dans le rapport *Indicateurs de santé 2011* de l'ICIS. En 2009-2010, environ 12 618 patients atteints de maladies mentales sélectionnées ont été réadmis en soins de courte durée, ce qui représente un taux de réadmission de 11,4 %[25].

Facteurs de risque liés à la réadmission

Plusieurs facteurs, selon des études, ont pu être associés à la réadmission, dont bon nombre se trouvent dans les données de l'ICIS : l'âge, le sexe, l'indice de comorbidité de Charlson, la résidence en région rurale, le revenu du quartier, l'admission initiale par le service d'urgence, le nombre de visites en soins de courte durée dans les six mois précédant le congé initial, et la durée du séjour du patient à l'hôpital. Différents modèles ont été conçus pour prédire le risque de réadmission en soins de courte durée pour chacun des quatre groupes de patients. Le tableau 1 présente les facteurs de risque qui s'appliquent à chacun des groupes.

Tableau 1 : Facteurs de risque liés à la réadmission, selon les effets relatifs au patient, à l'hôpital et à la collectivité

	Soins médicaux et chirurgicaux	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques
Effets relatifs au patient			
Âge*	✓	✓	✓
Sexe*	✓	✗	✓
Indice de comorbidité de Charlson*	✓	✗	✗
Admission par le service d'urgence lors de l'hospitalisation initiale*	✓	✓	✓
Variance de la durée du séjour du patient*	✓	✓	✓
Nombre d'admissions en soins de courte durée dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale*	✓	✓	✓
Affections cliniques lors de l'hospitalisation initiale	✓	✓	✓
Affections cliniques lors de la réadmission	✓	✓	✓
Effets relatifs à l'hôpital			
Variance de la durée du séjour à l'hôpital	✓	✓	✓
Taille de l'hôpital	✓	✓	✓
Effets relatifs à la collectivité			
Résidence en région rurale*	✓	✓	✓
Quintile de revenu du quartier*	✓	✓	✓

Remarque

* Ces facteurs de risque ont été inclus dans les modèles de régression multiples. Les rapports de cote pour ces facteurs associés à la réadmission se trouvent en annexe.

Source

Institut canadien d'information sur la santé.

Le risque correspond à la probabilité de réadmission en soins de courte durée dans les 30 jours suivant le congé. Les rapports de cote et les intervalles de confiance pour chaque facteur dans chaque groupe de patients sont présentés en annexe. Les facteurs suivants se sont révélés des prédicteurs d'une réadmission en soins de courte durée chez tous les groupes de patients :

- nombre d'hospitalisations en soins de courte durée dans les six mois précédant l'admission initiale;
- résidence en région rurale;
- admission initiale en soins de courte durée par le service d'urgence.

Les facteurs énumérés au tableau 1 sont examinés plus en détail dans les prochaines sections du rapport.

Comprendre les effets relatifs au patient

Un certain nombre de caractéristiques des patients se sont révélées prédictives d'une réadmission en soins de courte durée, notamment l'âge, le sexe et la complexité clinique du cas. Dans les cas d'hospitalisation en soins médicaux et chirurgicaux, le risque de réadmission augmentait avec l'âge, et les hommes présentaient un risque de réadmission plus élevé que les femmes. Les patients affichant un indice de Charlson élevé étaient également plus susceptibles d'être réadmis dans le même groupe de patients. La présente section met l'accent sur les caractéristiques cliniques des patients réadmis afin de favoriser une meilleure compréhension de leur situation.

Types de patients réadmis à l'hôpital et raisons de la réadmission

Chaque hospitalisation a été catégorisée selon la méthodologie des groupes de maladies analogues (GMA+) de l'ICIS. Les GMA permettent d'agréger de grands volumes de données en groupes homogènes sur le plan clinique. Pour chaque groupe de patients, c'est-à-dire les patients en soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et pédiatriques, on a déterminé les cinq GMA comptant le plus grand nombre de réadmissions en soins de courte durée. Les deux affections menant le plus souvent à la réadmission ont fait l'objet d'un examen.

Groupe de patients en soins médicaux

Parmi les patients en soins médicaux, ceux atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) présentaient le plus grand nombre de réadmissions. D'autres affections représentant de forts volumes de réadmissions comprenaient (du volume le plus élevé au plus faible) l'insuffisance cardiaque, la pneumonie, les troubles digestifs et l'arythmie. Ces affections correspondaient également aux GMA les plus fréquents chez les patients hospitalisés en soins médicaux, qu'ils aient été réadmis ou non. Les patients atteints de MPOC représentaient le volume le plus élevé de réadmissions, tandis que les patients atteints d'insuffisance cardiaque présentaient le plus haut taux de réadmission. Environ un patient sur cinq présentant une MPOC (18,8 %) ou une insuffisance cardiaque (21,0 %) a été réadmis en soins de courte durée dans les 30 jours suivant son congé.

Dans chacun des GMA qui comptaient le plus grand volume de réadmissions, l'affection la plus fréquente au moment de la réadmission était la même que lors de l'hospitalisation initiale. Par exemple, parmi les 18,8 % (n = 10 517) des patients souffrant de MPOC qui ont été réadmis, 56,3 % l'ont été en raison de symptômes attribuables à une MPOC. De la même façon, une très forte proportion (42,2 %) des patients souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont été réadmis à l'hôpital l'ont été pour traiter la même affection. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études[2, 26-28] selon lesquelles les réadmissions imprévues en raison d'insuffisance cardiaque et de MPOC représentaient une part considérable de toutes les réadmissions imprévues aux États-Unis.

Tableau 2 : Affections liées au plus grand nombre de réadmissions et raisons de la réadmission, patients en soins médicaux

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de réadmission	Volume de réadmissions	Les deux affections les plus fréquentes à la réadmission (GMA et pourcentage)	
MPOC	18,8	10 517	MPOC (56,3)	Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire (5,2)
Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire	21,0	7 855	Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire (42,2)	MPOC (5,2)
Pneumonie virale ou non précisée	12,5	4 386	Pneumonie virale ou non précisée (18,8)	Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire (7,6)
Signe ou symptôme de l'appareil digestif	15,6	3 953	Signe ou symptôme de l'appareil digestif (25,7)	Occlusion gastro-intestinale (3,3)
Arythmie sans angiographie coronaire	12,6	3 548	Arythmie sans angiographie coronaire (31,6)	Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire (12,2)

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Groupe de patients en soins chirurgicaux

Les cinq interventions liées à l'hospitalisation initiale et associées au plus grand nombre de réadmissions étaient (du volume le plus élevé au plus faible) les interventions coronariennes percutanées (ICP), les colostomies ou entérostomies[iii], les arthroplasties unilatérales du genou, les hystérectomies (pour des affections bénignes) et l'implant ou le retrait d'un stimulateur cardiaque. Contrairement aux tendances observées chez les patients en soins médicaux, les interventions liées au plus fort volume de réadmissions n'étaient pas les interventions les plus fréquemment pratiquées.

La colostomie et l'entérostomie représentaient le taux de réadmission le plus élevé, environ un congé sur six (16,6 %) étant associé à une réadmission dans un délai de 30 jours.

L'analyse a révélé que les affections menant à la réadmission chez les patients en soins chirurgicaux se classaient souvent dans le GMA Complication postopératoire sauf hémorragie. Au sein de cette population de patients, 86,1 % ont contracté une infection à la suite d'une intervention. En outre, 9,3 % de tous les patients en soins chirurgicaux qui ont été réadmis l'ont été en raison d'une infection à la suite d'une intervention.

Tableau 3 : Affections liées au plus grand nombre de réadmissions et raisons de la réadmission, patients en soins chirurgicaux

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de réadmission	Volume de réadmissions	Les deux affections les plus fréquentes à la réadmission (GMA et pourcentage)	
Intervention coronarienne percutanée avec IM/choc/arrêt/insuffisance cardiaque	7,9	1 539	Angine, sauf instable, et douleur thoracique sans angiographie coronaire (14,2)	Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire (12,4)
Colostomie ou entérostomie	16,6	1 500	Complication postopératoire sauf hémorragie (14,9)	Autre trouble gastro-intestinal (12,3)
Arthroplastie unilatérale du genou	3,1	1 230	Surveillance orthopédique (9,5)	Complication postopératoire sauf hémorragie (7,6)
Hystérectomie avec diagnostic de tumeur bénigne	3,3	1 133	Complication postopératoire sauf hémorragie (27,8)	Hémorragie postopératoire (15,7)
Implant/retrait d'un stimulateur cardiaque, sauf défibrillateur à autosynchronisation	9,1	1 109	Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire (15,5)	Troubles cardiaques divers (9,6)

Sources
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

iii. Une colostomie est l'abouchement chirurgical du côlon à la surface du corps. Une entérostomie est une intervention qui consiste à pratiquer une ouverture vers l'intestin grêle à travers l'abdomen, aux fins de drainage ou d'insertion d'un tube de nutrition.

Groupe de patientes en soins obstétricaux

Parmi les patientes en soins obstétricaux, celles qui ont d'abord été hospitalisées pour des troubles ante-partum[iv] présentaient le plus grand volume de réadmissions. Ces réadmissions étaient imprévues, mais pas nécessairement inattendues. Dans le cadre de cette étude, les principaux troubles ante-partum observés durant l'hospitalisation initiale étaient les maladies et les complications durant la grossesse, le faux travail avant 37 semaines de gestation et le travail avant terme sans accouchement.

De nombreuses réadmissions ont eu lieu chez des patientes initialement hospitalisées pour un accouchement. Un taux élevé de réadmission a également été observé chez les patientes hospitalisées pour une grossesse extra-utérine traitée médicalement : près d'une patiente sur cinq (22,1 %) a été réadmise, mais le volume de réadmissions n'était que de 124 patientes.

Les affections le plus souvent observées à la réadmission étaient les troubles ante-partum traités médicalement ou chirurgicalement. En fait, ces affections ont été observées de façon constante dans plus de 70 % des cas de réadmission. Un examen approfondi des cas de réadmission après un accouchement par césarienne (primaire ou non) a révélé que 23,1 % des patientes étaient réadmises pour une infection d'une plaie d'origine chirurgicale en obstétrique.

Tableau 4 : Affections liées au plus grand nombre de réadmissions et raisons de la réadmission, patientes en soins obstétricaux

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de réadmission	Volume de réadmissions	Les deux affections les plus fréquentes à la réadmission (GMA et pourcentage)	
Trouble ante-partum traité médicalement	9,4	2 688	Trouble ante-partum traité médicalement (90,3)	Diagnostic d'avortement traité chirurgicalement ou avec intervention mineure (1,6)
Accouchement vaginal sans autre intervention	0,9	1 729	Trouble post-partum traité médicalement (49,7)	Trouble post-partum traité chirurgicalement ou avec intervention mineure (24,3)
Césarienne primaire	2,1	1 108	Trouble post-partum traité médicalement (71,4)	Trouble post-partum traité chirurgicalement ou avec intervention mineure (12,7)
Césarienne avec cicatrice utérine antérieure	1,3	488	Trouble post-partum traité médicalement (68,4)	Trouble post-partum traité chirurgicalement ou avec intervention mineure (12,5)
Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale sans autre intervention	1,2	327	Trouble post-partum traité médicalement (50,5)	Trouble post-partum traité chirurgicalement ou avec intervention mineure (23,6)

Sources
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

iv. Les troubles ante-partum sont des affections qui touchent la mère avant l'accouchement. Ils comprennent le faux travail, le travail avant terme sans accouchement et d'autres affections préexistantes ou apparues durant la grossesse qui compliquent cette dernière.

Groupe de patients en soins pédiatriques

Chez les patients en soins pédiatriques, les infections des voies respiratoires, les pneumonies, la chimiothérapie ou la radiothérapie, les entérites non sévères[v] et les troubles convulsifs étaient associés au plus grand nombre de réadmissions. Le taux de réadmission le plus élevé a été observé chez les patients initialement hospitalisés pour une chimiothérapie ou une radiothérapie. Au sein de ce groupe, environ un patient sur cinq (22,5 %) a été réadmis dans les 30 jours suivant le congé en raison d'un événement imprévu. Un grand nombre de ces patients (48,1 %) ont été réadmis en raison de symptômes liés à une leucopénie, c'est-à-dire l'agranulocytose, qui est un effet secondaire courant chez les patients qui subissent une chimiothérapie[29].

Tableau 5 : Affections liées au plus grand nombre de réadmissions et raisons de la réadmission, patients en soins pédiatriques

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de réadmission	Volume de réadmissions	Les deux affections les plus fréquentes à la réadmission (GMA et pourcentage)	
Infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures	7,3	710	Infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures (47,0)	Pneumonie virale ou non précisée (14,4)
Pneumonie virale ou non précisée	6,1	657	Pneumonie virale ou non précisée (37,0)	Infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures (13,6)
Admission pour chimiothérapie ou radiothérapie pour tumeur	22,5	626	Agranulocytose (48,1)	Fièvre (11,2)
Entérite non sévère	5,4	526	Entérite non sévère (37,8)	Signe ou symptôme de l'appareil digestif (8,2)
Trouble épileptique, sauf mal épileptique*	9,3	473	Trouble épileptique, sauf mal épileptique (62,4)	État de mal épileptique (7,6)

Remarque

* L'état de mal épileptique est une crise continue ou une série de crises similaires sans reprise de conscience entre les crises.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

v. L'entérite est une inflammation du tractus intestinal, en particulier de l'intestin grêle.

Comprendre les effets relatifs à l'hôpital

Les facteurs propres à l'hôpital, comme la durée totale du séjour et la taille de l'hôpital, peuvent influer sur les taux de réadmission en soins de courte durée. La présente section porte sur de tels effets.

Durée du séjour à l'hôpital

Une recherche a révélé par le passé que les séjours de courte durée étaient associés à des taux de réadmission accrus[19]. D'autres études semblent indiquer que les séjours prolongés sont également associés à un risque accru de réadmission[14, 24, 28, 30]. Bien que l'incidence de la durée du séjour ne soit pas clairement expliquée, il est possible que les séjours qui se prolongent au-delà de la durée prévue témoignent de cas lourds qui nécessitent des soins accrus[30], mais pas nécessairement en milieu hospitalier[31].

La présente section du rapport fait état de l'incidence sur la réadmission en fonction de la durée moyenne du séjour à l'hôpital plutôt que de la durée du séjour des patients individuels. Plus précisément, la durée moyenne du séjour à l'hôpital est comparée à la durée prévue du séjour, qui tient compte des différences entre les hôpitaux sur le plan des groupes clients. Bien que des circonstances particulières puissent toujours influer sur la durée du séjour des patients individuels, leur effet tend à s'annuler lorsque l'ensemble de la population de patients est pris en compte. Par conséquent, la durée moyenne du séjour à l'hôpital devrait se rapprocher de la durée prévue du séjour globale, à moins que des facteurs structurels n'influent sur la durée du séjour de tous les patients. Parmi ces facteurs, citons notamment la disponibilité d'autres types de soins après la sortie, les processus administratifs internes de l'hôpital et les pratiques cliniques qui diffèrent de la norme.

Des précisions sur la durée du séjour à l'hôpital

Pour un hôpital donné, la durée du séjour dont il est question dans le présent rapport est la différence entre la durée moyenne du séjour à l'hôpital et la durée prévue du séjour d'un patient. Cette dernière a été déterminée pour chaque patient en fonction du GMA auquel il appartient, de ses comorbidités, des interventions qu'il a subies et de son âge. Par ailleurs, les analyses ont été limitées aux cas considérés typiques dans chaque GMA. Pour en avoir davantage sur la méthodologie des groupes clients de l'ICIS et le calcul de la durée prévue du séjour, veuillez consulter le document *BDCP : pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour pour la méthodologie GMA+ 2011*[32].

La variation dans la durée du séjour à l'hôpital était un prédicteur de la réadmission en soins de courte durée une fois les facteurs suivants pris en considération : groupe de patients, âge, sexe, quintiles de revenu du quartier, résidence en région rurale ou urbaine, admission par le service d'urgence et nombre de visites en soins de courte durée au cours des six mois précédant le congé initial. Les patients qui ont obtenu leur congé d'un hôpital affichant un séjour moyen plus court que la durée prévue du séjour (DPS) présentaient des taux de réadmission plus élevés. Le risque de réadmission augmentait d'environ 40 % lorsque le séjour moyen moyen à l'hôpital était plus court, de plus d'une journée, que la DPS moyenne nationale. Ces hôpitaux comprennent 25 établissements ayant un volume annuel moyen d'environ 290 patients hospitalisés. Les rapports de cotes et les intervalles de confiance sont fournis en annexe.

Avantages des séjours de courte durée à l'hôpital

Bien que certains patients puissent tirer avantage d'un séjour prolongé à l'hôpital, dans de nombreux cas, un court séjour constitue la meilleure solution[33, 34]. Les patients âgés sont particulièrement vulnérables aux événements indésirables d'origine hospitalière, comme les infections ou les ulcères de décubitus. De plus, les personnes âgées qui attendent depuis longtemps un transfert dans un niveau de soins alternatif (NSA) présentent un risque accru de détérioration fonctionnelle[35]. Cela dit, la plupart de ces patients âgés sont trop malades pour être simplement renvoyés à la maison sans soutien. Une étude a révélé que plus d'un patient âgé de 75 ans ou plus sur quatre (28,5 %) ont connu des jours NSA au cours de l'hospitalisation, et que 35 % d'entre eux avaient besoin de services à domicile. Près de la moitié (46 %) des patients en attente de services à domicile ont reçu ces services après un délai de près de trois jours (en moyenne 2,8 jours)[36]. En fin de compte, la durée du séjour la plus appropriée varie selon le cas. À l'échelle du système, les séjours prolongés sont souvent associés à des coûts élevés pour les hôpitaux et risquent de détourner des ressources qui auraient pu être affectées aux soins des autres patients[37, 38].

Taille de l'hôpital

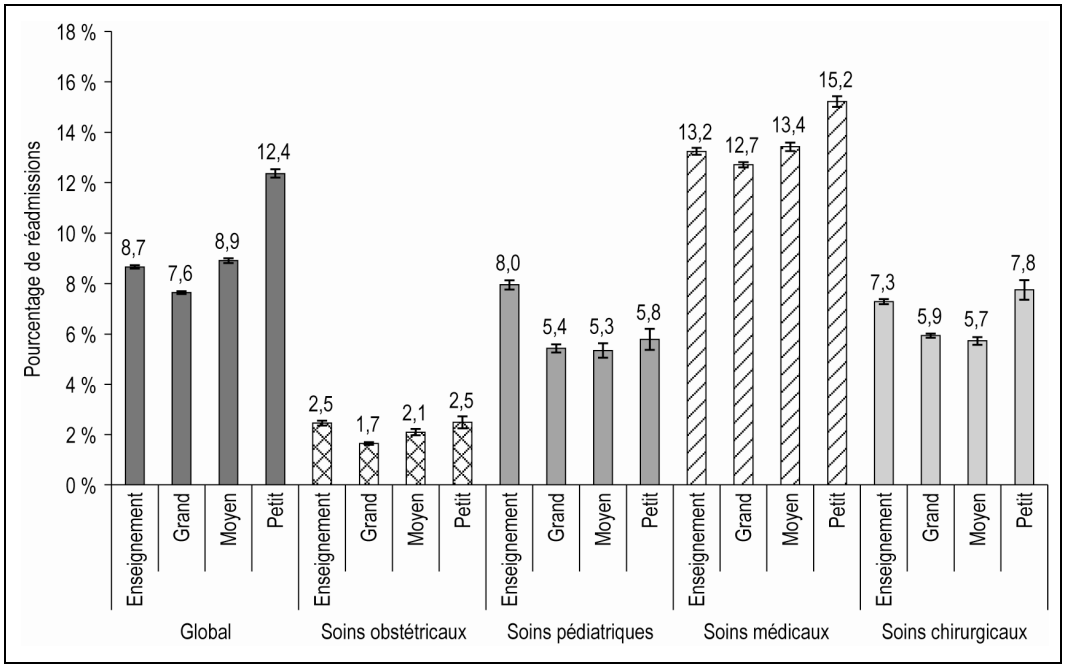
Les hôpitaux ont été classés en quatre groupes d'établissements semblables afin de déterminer si des tendances étaient associées à la taille des différents hôpitaux. Les catégories ont été établies en fonction de la taille de l'hôpital où a eu lieu l'admission initiale[vi]. Les données ont révélé que les petits hôpitaux affichaient systématiquement les taux de réadmission les plus élevés.

Dans l'ensemble, 12,4 % des patients qui ont reçu leur congé d'un petit hôpital ont été réadmis en soins pour patients hospitalisés dans un délai de 30 jours, comparativement à 7,6 % pour les grands hôpitaux communautaires, à 8,7 % pour les hôpitaux d'enseignement et à 8,9 % pour les hôpitaux communautaires de taille moyenne. Les taux de réadmission élevés observés dans les petits hôpitaux résultaient de deux facteurs : premièrement, les petits hôpitaux comptaient une plus forte proportion de patients en soins médicaux, qui étaient réadmis plus fréquemment, peu importe la taille de l'hôpital; deuxièmement, pour le groupe de patients en soins médicaux, les petits hôpitaux affichaient un taux de réadmission plus élevé que les plus grands hôpitaux.

vi. La plupart des patients qui ont été réadmis (80,3 %) sont retournés au même hôpital où ils ont été initialement admis.

Les taux de réadmission des patients en soins chirurgicaux étaient plus élevés dans les petits hôpitaux (7,8 %) et les hôpitaux d'enseignement (7,3 %) que dans les grands hôpitaux (5,9 %) et les hôpitaux de taille moyenne (5,7 %). Environ 8,0 % des hospitalisations pédiatriques initiales accompagnées d'un congé d'un hôpital d'enseignement étaient suivies d'une réadmission en soins pour patients hospitalisés dans un délai de 30 jours. Ce taux est supérieur à ceux qui ont été observés pour les petits hôpitaux, les hôpitaux de taille moyenne et les grands hôpitaux. La catégorie des hôpitaux d'enseignement comprend les quelques hôpitaux pour enfants spécialisés qui traitent fréquemment des cas pédiatriques complexes.

Figure 2 : Taux de réadmission en soins pour patients hospitalisés en fonction des groupes d'hôpitaux semblables, en général et par groupe de patients



Remarque
Taux et intervalle de confiance de 95 %.
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Comprendre les effets relatifs à la collectivité

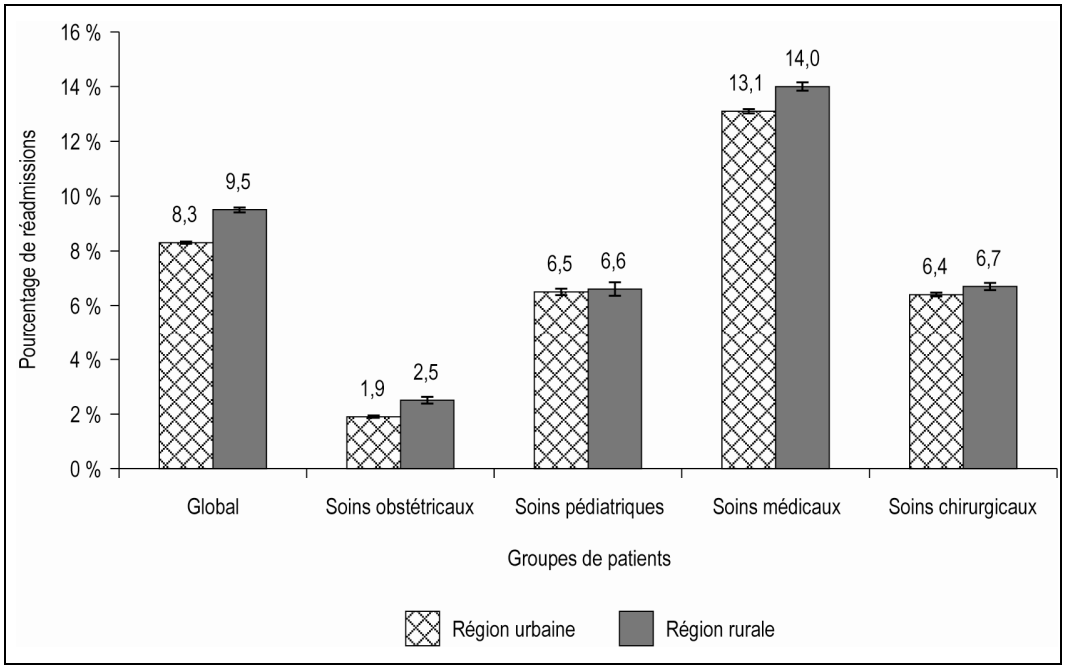
Des facteurs propres à la collectivité, autant que les facteurs propres à l'hôpital, peuvent être associés au risque de réadmission. Les ouvrages publiés donnent à penser que les mesures de suivi, comme l'accès à un médecin de famille, aux services communautaires et aux soins à domicile, ainsi que le fait de ne pas vivre seul, peuvent constituer des solutions de rechange à l'hospitalisation[22, 39-42]. Cependant, les données permettant d'établir un lien direct avec les réadmissions sont limitées. Par conséquent, la présente étude examine ce lien possible en utilisant le lieu de résidence des patients comme mesure indirecte des niveaux de services en soins communautaires.

Différences entre les régions urbaines et rurales

Les taux de réadmission étaient plus élevés chez les patients vivant en région rurale (9,5 %) que chez ceux des régions urbaines (8,3 %), et ce, dans tous les groupes de patients. Les différences entre les taux de réadmission des résidents des régions rurales et urbaines étaient statistiquement significatives pour tous les groupes de patients, à l'exception de ceux en soins pédiatriques ($p < 0,05$).

Le pourcentage élevé de personnes âgées en région rurale peut expliquer en partie cette situation. Dans l'ensemble, 39,3 % des patients habitant en région rurale étaient des personnes âgées, comparativement à 36,8 % des patients en région urbaine. Le taux de réadmission chez les patients âgés habitant en région rurale (13,2 %) était également plus élevé que celui des patients âgés en région urbaine (12,0 %). Par ailleurs, le taux d'hospitalisation plus élevé chez les patients âgés des régions rurales pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la présence restreinte de services à domicile dans leurs collectivités, notamment les soins palliatifs et la physiothérapie[43].

Figure 3 : Taux de réadmission en soins pour patients hospitalisés selon le lieu de résidence urbain ou rural, en général et par groupe de patients



Remarques

Taux et intervalle de confiance de 95 %.

Les taux présentaient une différence significative en région rurale chez les groupes de patients en soins obstétricaux, médicaux et chirurgicaux.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Quintiles de revenu

Au niveau agrégé, les taux de réadmission chez les patients appartenant au quintile de revenu le plus faible présentaient des différences significatives, et ce, pour tous les groupes de patients. Plus particulièrement, les patients habitant les quartiers les plus défavorisés affichaient un taux de réadmission de 9,5 %, tandis que ce taux était de 7,9 % chez les patients habitant les quartiers les plus riches. Après ajustement en fonction des caractéristiques du patient et de la résidence en région rurale ou urbaine, le risque de réadmission chez les patients habitant les quartiers les plus défavorisés était supérieur à celui des patients habitant les quartiers les plus riches dans une proportion d'environ 10 %. Cette relation a été observée chez tous les groupes de patients. Les rapports de cotes sont fournis en annexe.

Tableau 6 : Taux de réadmission en soins pour patients hospitalisés, par quintile de revenu et groupe de patients (pourcentage)

Quintile de revenu	Général	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques	Soins médicaux	Soins chirurgicaux
1 — quartiers les plus défavorisés	9,5	2,3	7,2	14,1	7,3
2	8,7	2,0	6,7	13,3	6,6
3	8,3	1,8	6,2	13,2	6,4
4	8,0	1,8	6,3	12,9	6,1
5 — quartiers les plus riches	7,9	1,9	6,0	12,7	6,0

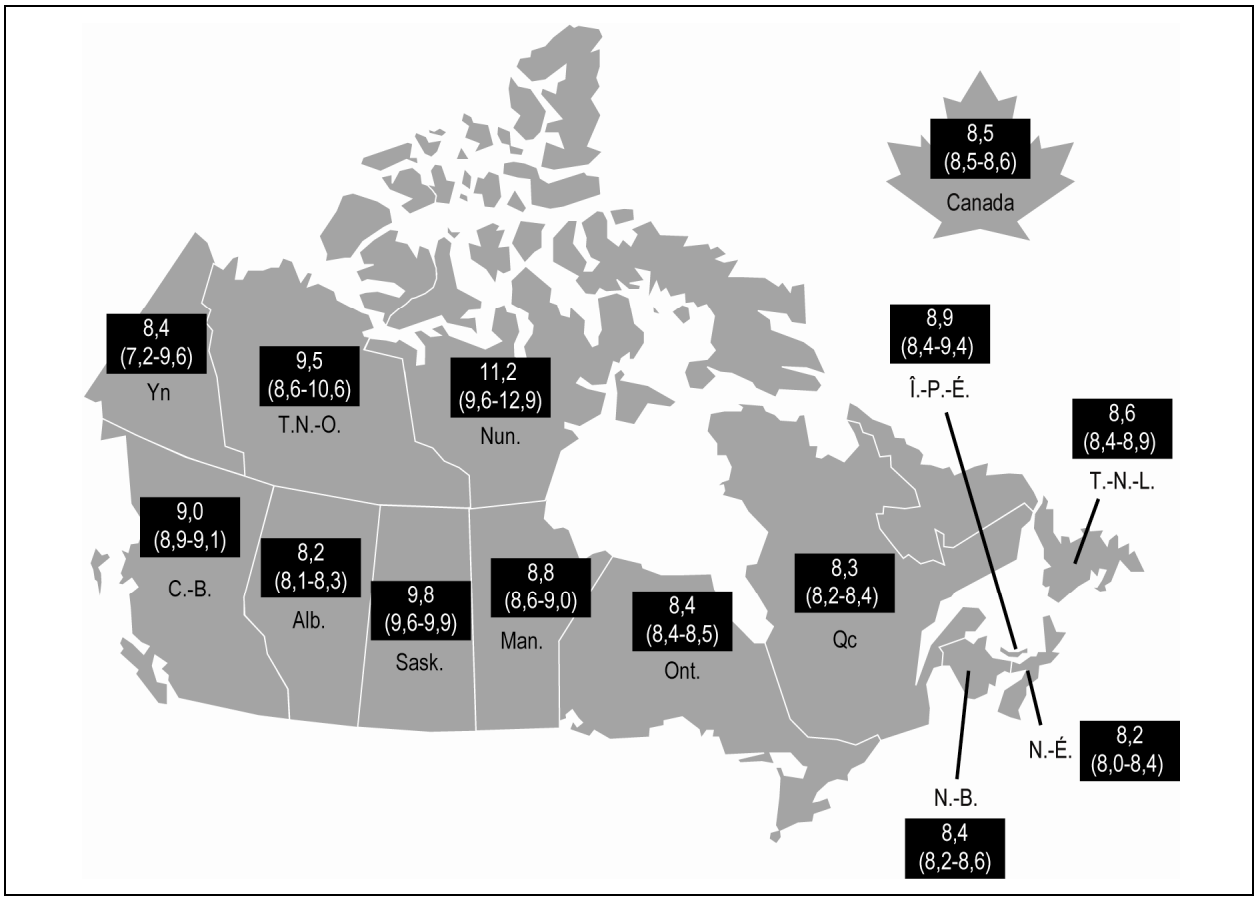
Remarques
Environ 0,9 % des patients n'ont pu être classés selon les quintiles de revenus des quartiers.
Une différence statistiquement significative a été observée entre les taux de réadmission des patients du quintile de revenu le moins élevé et ceux du quintile de revenu le plus élevé, et ce, dans tous les groupes de patients ($p < 0,05$).
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Variations provinciales et territoriales

D'autres études ont également révélé des variations entre les taux de réadmission observés dans différentes villes et régions[2, 28]. Dans le cadre de la présente étude, le lieu géographique a été déterminé en fonction de l'hôpital d'où le patient a reçu son congé après l'hospitalisation initiale. Des modèles multivariables d'ajustement selon les risques ont été utilisés pour neutraliser l'effet des multiples facteurs de risque sur les taux de réadmission et tenir compte de la confusion des différences provinciales et territoriales entre ces facteurs.

Dans l'ensemble, les taux de réadmission ajustés variaient de 8,4 à 11,2 % pour les territoires, et de 8,2 à 9,8 % pour les provinces. Bien que le taux de réadmission de certaines provinces présentait des différences significatives par rapport à la moyenne nationale, leur variance globale était modeste.

Figure 4 : Taux de réadmission en soins de courte durée dans un délai de 30 jours, par province ou territoire, ajusté selon les risques



Remarques

Taux et intervalle de confiance de 95 %.

Les taux sont calculés en fonction de la province dans laquelle les soins hospitaliers ont été dispensés.

Les taux de réadmission ont été ajustés pour neutraliser les différences entre les facteurs observés dans les provinces et les territoires. Une comparaison a ainsi pu être établie entre les provinces et territoires. Les taux ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de l'admission par le service d'urgence, du nombre de visites en soins de courte durée au cours des six mois précédant le congé initial, de l'indice de comorbidité de Charlson et du groupe de maladies analogues.

Sources

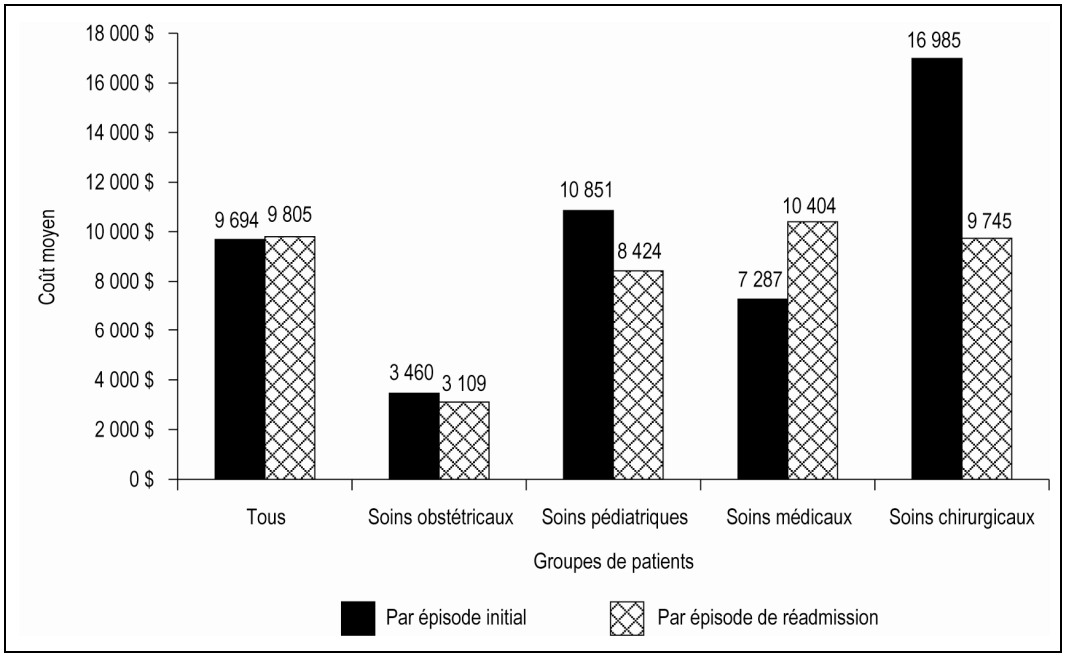
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Coût des réadmissions en soins pour patients hospitalisés

Au cours de la période d'étude, les réadmissions en soins pour patients hospitalisés dans les 30 jours suivant le congé ont coûté environ 1,8 milliard de dollars au système de santé canadien. Les réadmissions représentaient 8,5 % de toutes les hospitalisations dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada et 11,0 % (proportion légèrement plus élevée) des coûts liés à l'ensemble des soins pour patients hospitalisés (à l'exclusion de la rémunération à l'acte des médecins).

Pour trois des quatre groupes de patients, les coûts liés à la réadmission étaient en moyenne inférieurs aux coûts liés à l'hospitalisation initiale. Pour les patients en soins obstétricaux et chirurgicaux, les raisons de la réadmission qui ont été décrites plus haut expliquent en partie cette situation. En fait, la plupart des patients en soins chirurgicaux ne sont pas retournés à l'hôpital pour subir une autre chirurgie, mais plutôt en raison de complications à la suite de la première intervention. Le groupe de patients en soins médicaux faisait toutefois exception. Comparativement au coût de l'hospitalisation initiale des patients, les réadmissions en soins médicaux ont coûté en moyenne 42 % (ou 3 117 $) de plus par hospitalisation, pour un coût moyen de 10 404 $ par hospitalisation.

Figure 5 : Coût moyen de l'hospitalisation initiale et de la réadmission chez les patients réadmis, par groupe de patients



Remarques

Coût = (CPCP de l'hôpital) x (PCR de l'épisode), selon la méthodologie GMA+ 2011.

CPCP : coût par cas pondéré.

PCR : pondération de la consommation des ressources.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Résumé — partie 1 : Réadmission en soins de courte durée

Cette première partie du rapport a donné un aperçu des facteurs qui contribuent à la réadmission. On y a notamment présenté des renseignements permettant de déterminer quels patients sont les plus susceptibles d'être éventuellement réadmis à l'hôpital. La variation interprovinciale des taux de réadmission était modeste, les taux provinciaux ajustés selon les risques variant de 8,2 à 9,8 %. Pour certaines affections, cependant, les taux observés s'éloignaient de la moyenne. Parmi les populations les plus souvent réadmises, la raison de réadmission la plus courante était identique ou apparentée à l'affection ayant entraîné l'hospitalisation initiale. Il importe toutefois de souligner que la raison la plus courante représentait rarement la majorité des réadmissions relevées dans un groupe de patients particulier, ce qui témoigne de la complexité du problème.

Le groupe de patients en soins médicaux affichait le taux de réadmission le plus élevé parmi les groupes de patients (13,3 %). Fait notable, les patients en soins chirurgicaux et obstétricaux étaient le plus souvent réadmis en raison de complications à la suite de soins reçus durant l'hospitalisation. Les infections postopératoires constituaient le diagnostic le plus fréquent chez les patients en soins chirurgicaux réadmis à l'hôpital, touchant 9,3 % des patients réadmis. Les patientes hospitalisées à la suite d'une césarienne (primaire ou non) étaient réadmises dans 23,1 % des cas en raison d'infection d'une plaie d'origine chirurgicale en obstétrique.

Au chapitre des tendances relatives à la durée moyenne du séjour dans les hôpitaux, un lien a été observé entre la variance de la durée du séjour et les taux de réadmission. Plus précisément, après l'ajustement en fonction des caractéristiques du patient et de la collectivité, les taux de réadmission augmentaient à mesure que la durée moyenne du séjour à l'hôpital diminuait. Toutefois, ce lien étroit se limitait à un faible nombre d'hôpitaux. Cela ne signifie toutefois pas que le séjour prolongé à l'hôpital constitue la solution aux réadmissions, puisque le séjour prolongé peut entraîner d'autres complications, comme les infections ou les ulcères de décubitus. Pour mieux comprendre cette corrélation à l'avenir, il pourrait s'avérer utile d'effectuer un examen plus approfondi des hôpitaux affichant de courtes durées du séjour et de faibles taux de réadmission.

Les hôpitaux sont tenus d'offrir à leurs patients une planification appropriée des soins après la sortie, mais pour que cette planification soit efficace, des soins post-actifs adéquats et opportuns doivent être fournis aux patients dans leur collectivité. Compte tenu du peu de données disponibles concernant les facteurs de risque propres à la collectivité, nous avons utilisé le lieu de résidence du patient comme mesure indirecte de l'accès aux soins communautaires post-actifs. Les taux de réadmission étaient significativement plus élevés chez les patients en soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux vivant en région rurale, comparativement aux patients en milieu urbain. Des facteurs pourraient contribuer à cette situation en région rurale, notamment la rareté des services communautaires, la plus grande disponibilité de lits d'hospitalisation et une plus grande proportion de personnes âgées au sein de la population. Les patients habitant les quartiers les plus défavorisés étaient davantage susceptibles d'être réadmis que les patients habitant les quartiers les plus riches. Cette disparité pourrait être attribuable à des facteurs tels que l'accessibilité des soins de santé primaires.

Au cours de la période d'étude de 11 mois, les réadmissions à l'hôpital ont coûté environ 1,8 milliard de dollars, soit plus du dixième (11,0 %) de la somme consacrée aux soins pour patients hospitalisés au Canada (à l'exclusion de la rémunération à l'acte des médecins). Ce montant ne correspond pas aux économies potentielles pour le système, puisque les réadmissions ne peuvent pas toutes être évitées. Toutefois, selon les chercheurs, de 9 à 59 % des réadmissions sont évitables[6, 9-13]. Si on applique la valeur inférieure de cette fourchette aux coûts mentionnés dans la présente étude, 162 millions de dollars pourraient ainsi être économisés et réaffectés à d'autres aspects des soins de santé.

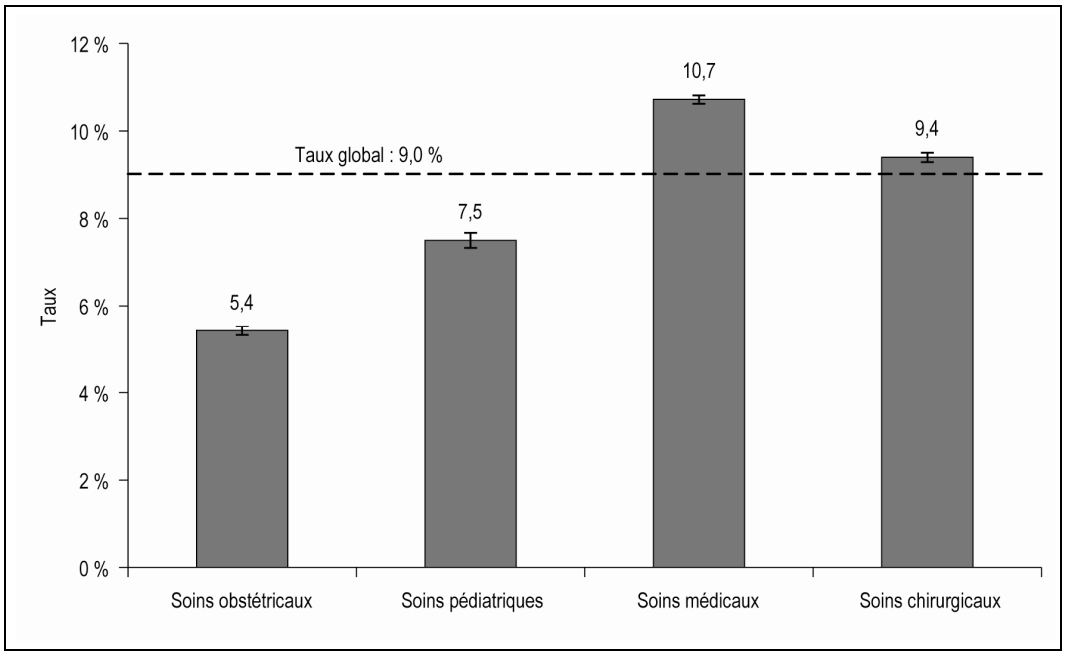
Partie 2 : Retour au service d’urgence après des soins pour patients hospitalisés

La présente section du rapport décrit les patients qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant leur congé d'un établissement de soins de courte durée selon les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon. Des facteurs propres au patient, à l'hôpital et à la collectivité ayant pu contribuer au retour au service d'urgence ont été étudiés.

L'Ontario, l'Alberta et le Yukon ont enregistré plus d'un million (1 008 409) d'hospitalisations en soins de courte durée durant la période d'étude de 11 mois[vii]. Bien que ces données ne couvrent que deux provinces et un territoire, ces derniers représentaient 47,4 % de toutes les hospitalisations en soins de courte durée au Canada.

En moyenne, environ 9,0 % (90 975) des patients ayant obtenu leur congé d'un établissement de soins de courte durée sont retournés au service d'urgence dans un délai de sept jours. Parmi les groupes de patients, celui en soins médicaux affichait le taux le plus élevé de retour au service d'urgence (10,7 %) et celui en soins obstétricaux, le taux le moins élevé (5,4 %). La variation des taux entre les groupes de patients était moins prononcée que ce qui a été observé dans le cas des réadmissions à l'hôpital.

Figure 6 : Taux de retour au service d'urgence, toutes causes confondues, dans les sept jours suivant un congé, par groupe de patients



Remarques
Taux et intervalle de confiance de 95 %.
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

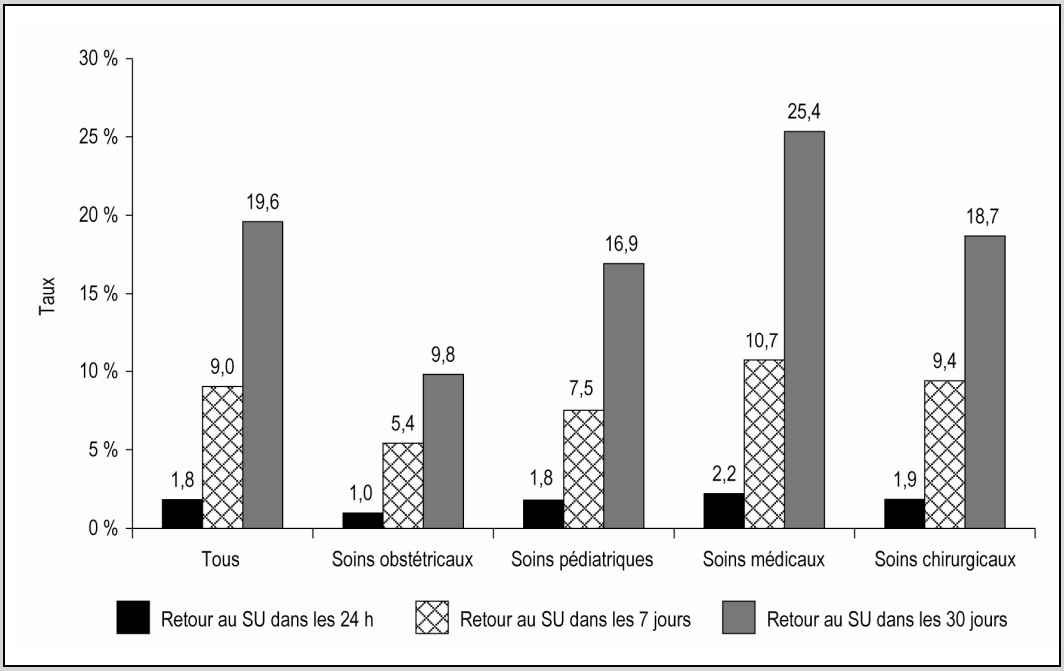
vii. La période d'étude englobe les mois d'avril 2010 à février 2011 pour les hospitalisations initiales, et les mois d'avril 2010 à mars 2011 pour les retours au service d'urgence.

Les patients en soins médicaux représentaient également la plus grande proportion de toutes les hospitalisations initiales ayant donné lieu à un retour au service d'urgence. Parmi tous les patients revenus au service d'urgence, presque la moitié (48,7 %) avaient été hospitalisés initialement pour des soins médicaux, le tiers (32,5 %), pour des soins chirurgicaux et environ le dixième, pour des soins obstétricaux ou pédiatriques (respectivement 11,2 % et 7,6 %).

Taux de retour au service d'urgence à l'intérieur de différentes périodes

Les taux de retour au service d'urgence peuvent être calculés en examinant différentes périodes. Par exemple, des périodes de 1, 7 et 30 jours après le congé ont servi à mesurer les réadmissions en soins de courte durée[4]. La présente étude a utilisé une période de 7 jours. La figure 7 montre que le nombre de patients retournés après une période de 30 jours correspond à 10 fois celui de la période de 1 jour et à deux fois celui de la période de 7 jours.

Figure 7 : Taux de retour au service d'urgence selon différentes périodes après le congé initial, en général et par groupe de patients



Remarque
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Facteurs de risque liés au retour au service d'urgence

À partir d'une démarche semblable à celle qui a été utilisée pour prédire les réadmissions en soins de courte durée, différents modèles ont servi à prédire le risque de retour au service d'urgence. Le tableau 7 indique les facteurs de risque associés à chaque groupe de patients. On a établi deux différences majeures entre les facteurs de risque qui s'appliquaient aux patients hospitalisés et ceux qui s'appliquaient aux patients du service d'urgence. Chez les patients du service d'urgence, les affections cliniques ont été mesurées à l'aide du Système global de classification ambulatoire (SGCA), et le nombre de visites au service d'urgence dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale a été utilisé au lieu du nombre d'hospitalisations en soins de courte durée.

Tableau 7 : Résumé des facteurs de risque liés à un retour imprévu au service d'urgence

	Soins médicaux et chirurgicaux	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques
Effets relatifs au patient			
Âge*	✓	✓	✓
Sexe*	✓	✗	✓
Indice de comorbidité de Charlson*	✓	✗	✗
Admission par le service d'urgence lors de l'hospitalisation initiale*	✓	✓	✓
Variance de la durée du séjour du patient*	✓	✓	✓
Nombre de visites au service d'urgence dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale*	✓	✓	✓
Affections cliniques lors de l'hospitalisation initiale	✓	✓	✓
Affections cliniques lors de la réadmission	✓	✓	✓
Effets relatifs à l'hôpital			
Variance de la durée de séjour à l'hôpital	✓	✓	✓
Taille de l'hôpital	✓	✓	✓
Effets relatifs à la collectivité			
Résidence en région rurale*	✓	✓	✓
Quintile de revenu du quartier*	✓	✓	✓

Remarque

* Ces facteurs de risque ont été inclus dans les modèles de régression multiples. Les rapports de cotes pour ces facteurs associés au retour se trouvent en annexe.

Source

Institut canadien d'information sur la santé.

Le risque correspondit à la probabilité de retour au service d'urgence dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour chaque groupe de patients. Les rapports de cotes et les intervalles de confiance associés à chaque facteur dans chaque groupe de patients sont décrits en détail à l'annexe du présent rapport. Les facteurs suivants se sont révélés des prédicteurs d'un retour au service d'urgence :

- nombre de visites au service d'urgence dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale;
- résidence en région rurale.

Les facteurs énumérés à la figure 7 sont examinés plus en détail dans les prochaines sections du rapport.

Comprendre les effets relatifs au patient

Un certain nombre de caractéristiques des patients se sont révélées des facteurs prédictifs du retour au service d'urgence, notamment l'âge, le sexe et la complexité clinique. Contrairement à ce qu'indiquent les résultats relatifs à la réadmission, les personnes âgées étaient peu susceptibles de retourner au service d'urgence, ce qui cadrait avec une étude réalisée aux États-Unis[44]. Parmi les groupes de patients en soins médicaux et chirurgicaux, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de retourner au service d'urgence dans les sept jours suivant leur congé. Sans surprise, les patients affichant un indice de Charlson élevé étaient plus susceptibles de retourner au service d'urgence. La présente section met l'accent sur les caractéristiques cliniques des patients qui retournent au service d'urgence afin de comprendre quels sont les patients les plus susceptibles de retourner au service d'urgence.

Types de patients qui retournent au service d'urgence et raisons du retour

Les cinq affections[viii] associées au volume le plus élevé de retours au service d'urgence ont été déterminées pour chaque groupe de patients. Les deux raisons cliniques les plus courantes qui ont été associées à un retour au service d'urgence ont été analysées pour chacune de ces cinq affections.

Groupe de patients en soins médicaux

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) était l'affection initiale associée au plus grand nombre de retours au service d'urgence de patients en soins médicaux. Les autres affections à volume élevé qui ont été observées lors de l'hospitalisation initiale comprenaient (dans l'ordre) l'insuffisance cardiaque (sans angiographie), les troubles de digestion, l'arythmie (sans angiographie) et la pneumonie virale ou non précisée.

Les affections les plus souvent observées au retour au service d'urgence étaient souvent les mêmes que celles qui ont conduit à l'hospitalisation initiale du patient ou elles leur ressemblaient. Par exemple, parmi les 10,1 % des patients atteints d'une MPOC (n = 2 536) qui sont retournés

viii. En moyenne, les affections associées au volume le plus élevé de retours au service d'urgence représentaient un cinquième des hospitalisations suivies d'un retour au service d'urgence. Le groupe des patientes en soins obstétricaux constituait toutefois une exception : les affections associées au volume le plus élevé de retours au service d'urgence y représentaient 87 % des hospitalisations suivies d'un retour.

au service d'urgence dans les sept jours suivant leur congé, 42,3 % ont reçu des soins respiratoires. Plus précisément, les diagnostics les plus fréquents pour les retours au service d'urgence après une hospitalisation pour une MPOC comprenaient l'épisode aigu (19,7 %), la MPOC non précisée (8,8 %) et la MPOC avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures (5,1 %).

De plus, deux cardiopathies figuraient parmi les affections initiales ayant conduit le plus souvent à un retour au service d'urgence, soit l'insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire et l'arythmie sans angiographie coronaire. Dans ces deux groupes, un nombre élevé (837) de patients sont retournés au service d'urgence, mais sont décédés à leur arrivée. Une étude approfondie permettrait de mieux comprendre les circonstances particulières à chaque décès; cependant, il est probable que l'état de santé du patient se soit rapidement détérioré après le congé.

Tableau 8 : Affections liées au plus grand nombre de retours au service d'urgence et raisons du retour, patients en soins médicaux

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de retour au service d'urgence	Volume de retours au service d'urgence	Les deux affections les plus fréquentes au retour (SGCA et pourcentage)	
Maladie pulmonaire obstructive chronique	10,1	2 536	Affection respiratoire avec admission ou transfert en soins de courte durée (27,0)	Maladie ou trouble de l'appareil respiratoire (15,3)
Insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire	11,4	2 072	Décès à l'arrivée (25,9)	Autre affection avec admission ou transfert en soins de courte durée (11,0)
Signe ou symptôme de l'appareil digestif	13,9	1 646	Maladie ou trouble de l'appareil digestif (26,4)	Affection de l'appareil digestif avec admission ou transfert en soins de courte durée (21,5)
Arythmie sans angiographie coronaire	12,3	1 550	Autre maladie ou trouble cardiaque (22,3)	Décès à l'arrivée (19,4)
Pneumonie virale ou non précisée	9,9	1 498	Affection respiratoire avec admission ou transfert en soins de courte durée (15,6)	Maladie ou trouble de l'appareil respiratoire (15,2)

Remarque

Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Groupe de patients en soins chirurgicaux

Alors que le plus grand nombre de patients en soins chirurgicaux qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant leur congé sont ceux qui avaient subi une arthroplastie unilatérale du genou, le taux de retour le plus élevé (15,2 %) concernait ceux qui avaient subi une intervention mineure sur les voies urinaires hautes. Les patients ayant subi une intervention mineure sur les voies urinaires hautes ou une intervention à la prostate sont retournés au service d'urgence pour des raisons semblables à celles qui avaient conduit à leur hospitalisation initiale.

Un grand nombre de patients en soins chirurgicaux sont retournés au service d'urgence après leur congé pour obtenir des soins de suivi (n = 5 301) ou en raison d'un traumatisme ou d'un choc (n = 3 555). En fait, dans chacun des groupes d'arthroplasties unilatérales du genou, d'hystérectomies et d'arthroplasties unilatérales de la hanche, presque 20 % des patients qui sont retournés au service d'urgence l'ont fait pour un examen de suivi, mais leurs visites ont été classées comme imprévues par le service d'urgence.

Un examen approfondi des patients ayant subi une arthroplastie unilatérale du genou a révélé que les diagnostics les plus fréquemment établis lors du retour au service d'urgence étaient les infections postopératoires (10,3 %) et les douleurs postopératoires aiguës (7,5 %). Ces deux diagnostics étaient associés au groupe du SGCA relatif à une autre lésion traumatique ou à un choc (sans admission ou intervention). Puisque les complications postopératoires ont fréquemment été observées chez les patients ayant reçu leur congé après une arthroplastie unilatérale du genou, elles ont été examinées plus à fond pour toute la population de patients retournant au service d'urgence. L'analyse a révélé que les diagnostics les plus fréquents lors du retour au service d'urgence après une intervention chirurgicale étaient les infections postopératoires (7,1 %), les douleurs postopératoires aiguës (4,9 %) et l'hémorragie résultant d'une intervention (4,1 %). En ce qui concerne les groupes du SGCA, les infections postopératoires et l'hémorragie résultant d'une intervention étaient associées au groupe d'autre lésion traumatique ou choc (sans admission ou intervention), alors que les douleurs postopératoires aiguës étaient associées à un examen de suivi et à d'autres affections non urgentes.

Tableau 9 : Affections liées au plus grand nombre de retours au service d'urgence et raisons du retour, patients en soins chirurgicaux

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de retour au service d'urgence	Volume de retours au service d'urgence	Les deux affections les plus fréquentes au retour (SGCA et pourcentage)	
Arthroplastie unilatérale du genou	7,6	1 645	Examen de suivi et autre affection non urgente (19,2)	Autre lésion traumatique ou choc (sans admission ou intervention) (14,8)
Hystérectomie avec diagnostic de tumeur bénigne	8,6	1 471	Autre lésion traumatique ou choc (sans admission ou intervention) (20,2)	Examen de suivi et autre affection non urgente (20,1)
Excision partielle ou destruction de la prostate, approche fermée	11,7	872	Autre maladie ou trouble de l'appareil urinaire (42,9)	Autre affection avec admission ou transfert en soins de courte durée (10,0)
Arthroplastie unilatérale de la hanche	6,5	818	Examen de suivi et autre affection non urgente (17,5)	Autre lésion traumatique ou choc (sans admission ou intervention) (11,9)
Intervention mineure sur les voies urinaires hautes, approche externe ou par voie naturelle	15,2	775	Autre maladie ou trouble de l'appareil urinaire (23,9)	Autres troubles de l'appareil génito-urinaire (15,7)

Remarque
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Groupe de patientes en soins obstétricaux

Les césariennes primaires représentaient le taux le plus élevé de retour au service d'urgence dans les sept jours suivant le congé (8,7 %). Par ailleurs, les patientes hospitalisées pour un accouchement vaginal sans autre intervention affichaient le taux le moins élevé de retour (3,7 %) parmi les affections à volume élevé. Dans les cinq GMA représentant le volume le plus élevé de retours au service d'urgence, l'affection clinique lors du retour était une maladie ou un trouble de l'appareil génital féminin. Après une analyse approfondie de ce groupe du SGCA, les diagnostics les plus souvent observés étaient l'infection d'une plaie d'origine chirurgicale en obstétrique et l'hémorragie post-partum tardive et secondaire. La nature générique de ce diagnostic laisse croire que peu de détails cliniques ont été saisis pour cette population au service d'urgence; cependant, dans chacune des cinq catégories cliniques mentionnées au tableau 10, il est raisonnable de présumer que le retour au service d'urgence était lié à l'hospitalisation initiale.

Tableau 10 : Affections liées au plus grand nombre de retours au service d'urgence et raisons du retour, patientes en soins obstétricaux

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de retour au service d'urgence	Volume de retours au service d'urgence	Les deux affections les plus fréquentes au retour (SGCA et pourcentage)	
Accouchement vaginal sans autre intervention	3,7	3 608	Maladie ou trouble de l'appareil génital féminin (36,8)	Soins maternels (9,6)
Césarienne primaire	8,7	2 334	Maladie ou trouble de l'appareil génital féminin (31,3)	Examen de suivi et autre affection non urgente (15,1)
Césarienne avec cicatrice utérine antérieure	7,2	1 458	Maladie ou trouble de l'appareil génital féminin (27,8)	Examen de suivi et autre affection non urgente (19,3)
Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale sans autre intervention	5,7	835	Maladie ou trouble de l'appareil génital féminin (38,4)	Soins maternels (12,0)
Trouble ante-partum traité médicalement	6,1	681	Maladie ou trouble de l'appareil génital féminin (30,7)	Autre affection avec admission ou transfert en soins de courte durée (25,8)

Remarque
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Groupe de patients en soins pédiatriques

Un congé sur 10 suivant une intervention sur la cavité buccale ou le pharynx (10,5 %) et une affection à l'appareil digestif (10,0 %) s'est soldé par un retour au service d'urgence dans un délai de sept jours. Dans les cas où le congé initial était lié à une entérite non sévère et à des symptômes de l'appareil digestif, l'affection la plus fréquente à l'origine du retour au service d'urgence était une maladie ou un trouble de l'appareil digestif (sans et avec admission ou transfert en soins de courte durée). Ces affections combinées représentaient respectivement 53,8 % et 57,4 % des retours pour ces deux affections initiales. Les autres affections observées lors du retour comprenaient l'examen de suivi et d'autres affections non urgentes ainsi que les maladies ou les troubles liés à l'affection associée au congé initial.

Un examen approfondi de la maladie ou du trouble de l'appareil digestif a révélé que les diagnostics les plus fréquents étaient les douleurs abdominales et la gastroentérite et la colite, qui étaient étroitement liées au GMA de l'hospitalisation initiale.

Tableau 11 : Affections liées au plus grand nombre de retours au service d'urgence et raisons du retour, patients en soins pédiatriques

Affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale (GMA)	Taux de retour au service d'urgence	Volume de retours au service d'urgence	Les deux affections les plus fréquentes au retour (SGCA et pourcentage)	
Intervention sur la cavité buccale/pharynx	10,5	304	Examen de suivi et autre affection non urgente (22,0)	Autre lésion traumatique ou choc (sans admission ou intervention) (15,8)
Entérite non sévère	7,6	292	Maladie ou trouble de l'appareil digestif (33,9)	Affection de l'appareil digestif avec admission ou transfert en soins de courte durée (19,9)
Pneumonie virale ou non précisée	5,9	247	Maladie ou trouble de l'appareil respiratoire (22,3)	Affection respiratoire avec admission ou transfert en soins de courte durée (21,5)
Signe ou symptôme de l'appareil digestif	10,0	246	Maladie ou trouble de l'appareil digestif (35,0)	Affection de l'appareil digestif avec admission ou transfert en soins de courte durée (22,4)
Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, ictère	6,9	230	Maladie ou trouble néonatal et anomalie congénitale (46,5)	Examen de suivi et autre affection non urgente (14,4)

Remarque
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Gravité des cas lors du retour au service d'urgence

Parmi toutes les personnes se présentant au service d'urgence en Ontario, en Alberta et au Yukon, environ 10,1 % étaient admises à un lit d'hospitalisation. Une analyse des données sur les patients qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé révèle que 31,2 % de ces patients ont été hospitalisés de nouveau.

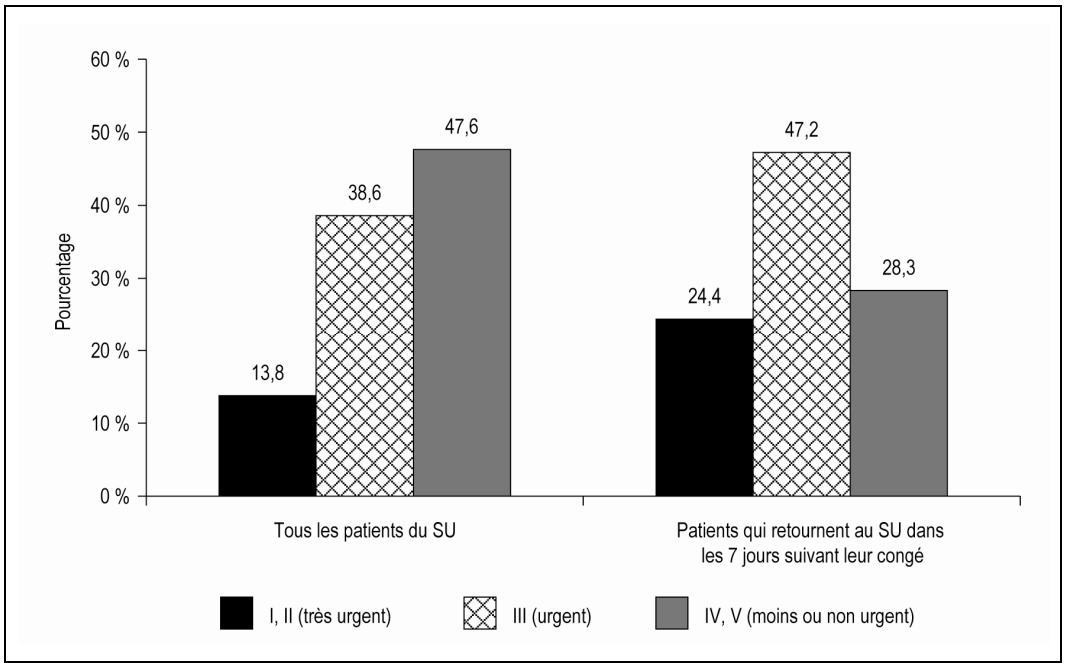
Le niveau de triage au service d'urgence peut servir de mesure indirecte de la gravité d'une affection. En moyenne, les cas classés comme très urgents ou urgents après le triage au service d'urgence sont associés à des affections plus graves que les cas classés comme moins ou non urgents[45].

Pendant la période d'étude, la proportion des affections classées comme très urgentes ou urgentes après le triage était plus importante parmi les retours au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé de l'hôpital que dans l'ensemble des visites au service d'urgence. Parmi les retours au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé, 71,6 % étaient classés comme très urgents ou urgents après le triage, comparativement à 52,4 % des visites au service d'urgence de la population en général. Ces proportions indiquent que les patients qui retournent au service d'urgence après un congé de l'hôpital le font pour des problèmes significatifs.

En savoir plus sur le triage

Au service d'urgence, les patients sont triés en fonction de l'urgence des soins. L'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence pour les adultes et l'Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité comptent cinq niveaux. Les niveaux I et II sont réservés aux cas très urgents, le niveau III, aux cas urgents et les niveaux IV et V, aux cas moins ou non urgents[45, 46].

Figure 8 : Répartition des niveaux de triage pour les patients qui retournent au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé, comparativement à tous les patients vus au service d'urgence



Remarque
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Bien que l'hôpital soit le milieu de soins le plus approprié pour traiter les patients qui y reviennent avec une affection grave ou qui ont besoin de soins urgents, plus d'un patient sur quatre (28,3 %) qui retourne au service d'urgence après une hospitalisation en soins de courte durée le fait pour une affection classée comme moins ou non urgente au triage. Bien que la proportion des patients qui retournent au service d'urgence pour une affection moins ou non urgente soit inférieure à ce qu'on observe dans la population en général (47,6 %), il est possible de réduire le nombre de ces visites étant donné que ces patients étaient en contact avec des professionnels de la santé au cours des sept jours précédents.

Comprendre les effets relatifs à l'hôpital

Des facteurs propres à l'hôpital, comme la durée totale du séjour à l'hôpital, la taille de l'hôpital et le statut de l'hôpital d'enseignement, peuvent influer sur les taux de retour au service d'urgence après un congé. La présente section traite de ces effets.

Durée du séjour à l'hôpital

Pour mieux comprendre l'effet de la durée du séjour sur les taux de retour au service d'urgence, des ajustements ont été faits pour tenir compte de l'âge, de l'état clinique et de la complexité de chacun des cas. À l'aide d'une méthode validée d'ajustement en fonction des groupes clients, l'ICIS a pu déterminer une durée du séjour prévue pour chaque type d'hospitalisation.

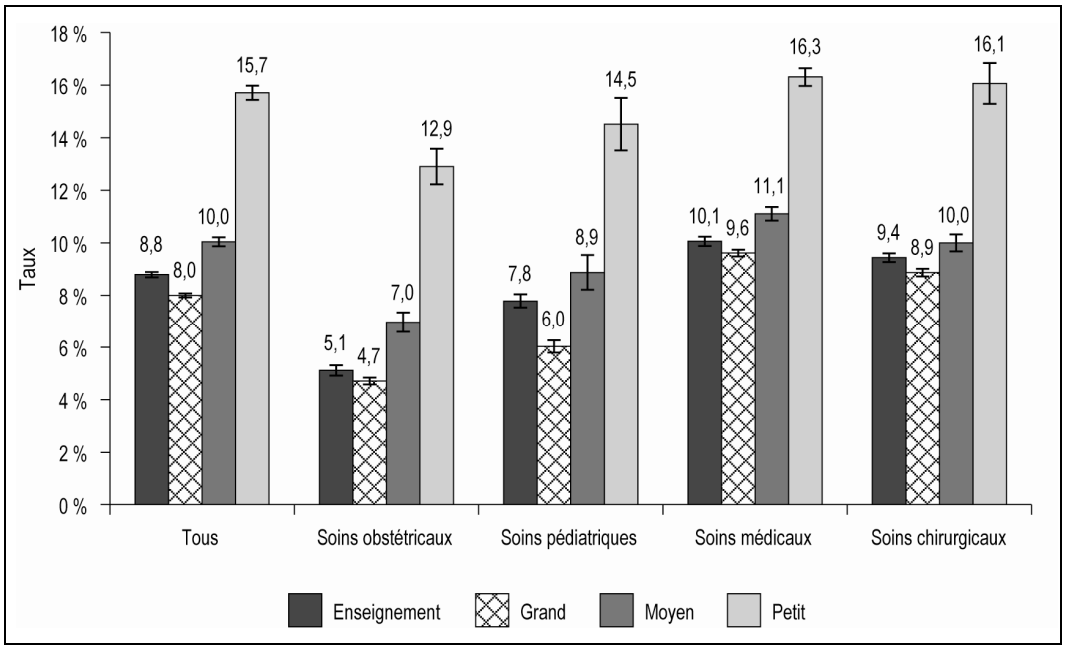
Comme il a été démontré plus haut dans le présent rapport, les hôpitaux où les séjours moyens sont courts ont tendance à afficher des taux supérieurs de réadmission en soins de courte durée. Une relation semblable a été observée dans les taux de retour au service d'urgence lorsque la durée du séjour à l'hôpital était inférieure à la DPS. Cette relation n'était toutefois pas aussi étroite que celle observée dans les taux de réadmission en soins de courte durée.

Taille de l'hôpital

Les hôpitaux ont été classés en quatre groupes semblables afin de déterminer si des tendances étaient associées à la taille des différents hôpitaux. Les catégories ont été établies en fonction de la taille de l'hôpital initial. Les données ont révélé que les petits hôpitaux affichaient systématiquement les taux les plus élevés de retour au service d'urgence.

Les taux de retour au service d'urgence variaient entre les groupes d'hôpitaux semblables. Dans l'ensemble, 15,7 % des patients ayant reçu leur congé d'un petit hôpital sont retournés au service d'urgence pour obtenir des soins dans un délai de sept jours, comparativement à 8,0 % pour les grands hôpitaux communautaires, à 8,8 % pour les hôpitaux d'enseignement et à 10,0 % pour les hôpitaux communautaires de taille moyenne. Cette même tendance a été observée pour tous les groupes de patients.

Figure 9 : Taux de retour au service d'urgence pour les groupes d'hôpitaux semblables, en général et par groupe de patients



Remarques
Taux et intervalle de confiance de 95 %.
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

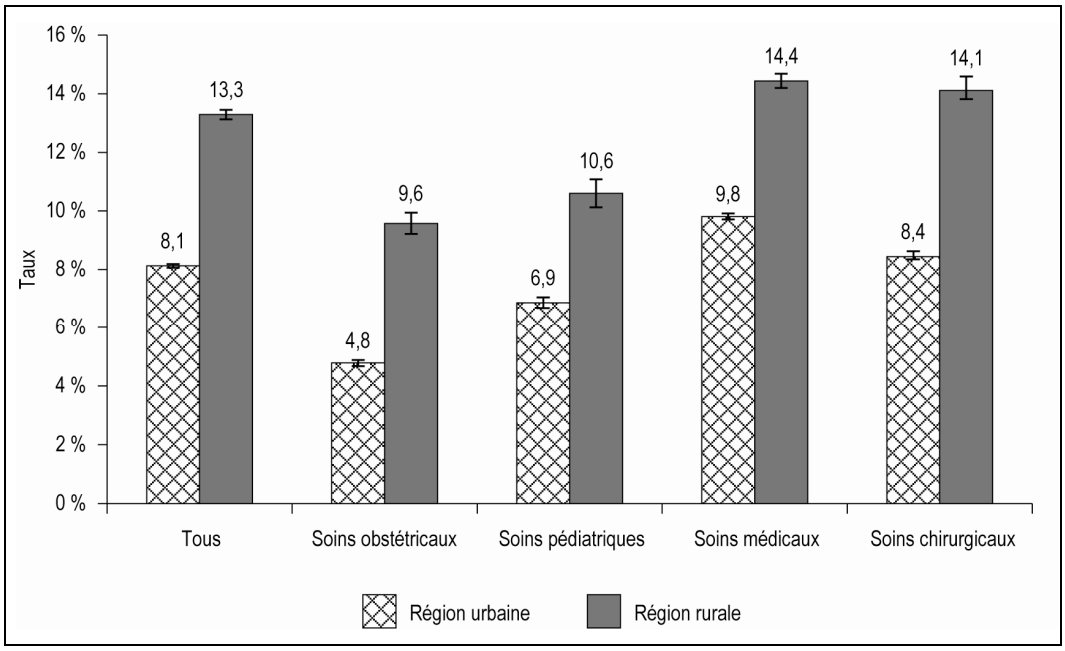
Comprendre les effets relatifs à la collectivité

Des facteurs propres à la collectivité, autant que les facteurs propres à l'hôpital, peuvent être associés au risque de retour au service d'urgence. La documentation donne à penser que les mesures de suivi, comme l'accès à un médecin de famille, les services communautaires et les soins à domicile, ainsi que le fait de ne pas vivre seul, peuvent constituer des solutions de rechange à l'hospitalisation[22, 39-42]. Cependant, les données permettant d'établir un lien avec les taux de retour au service d'urgence sont limitées. Par conséquent, la présente étude examine ce lien possible en utilisant le lieu de résidence des patients en région rurale comme mesure indirecte des niveaux de services de soins communautaires.

Répartition urbaine et rurale

Les patients vivant en région rurale affichaient les taux les plus élevés de retour au service d'urgence. Dans l'ensemble, le taux de retour au service d'urgence des patients vivant en région rurale (13,3 %) représentait plus de 1,5 fois celui des patients vivant en région urbaine (8,1 %). De plus, les patients vivant en région rurale sont retournés au service d'urgence pour obtenir des soins non urgents plus souvent (55,8 %) que les patients vivant en région urbaine (19,5 %). Ces deux résultats s'appliquaient à tous les groupes de patients, ce qui laisse croire que les services d'urgence des hôpitaux en région rurale offrent des services qui ne sont pas nécessairement offerts dans la collectivité.

Figure 10 : Taux de retour au service d'urgence, selon le lieu de résidence urbain ou rural, en général et par groupe de patients



Remarques
Taux et intervalle de confiance de 95 %.
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Étant donné que le soutien et les services communautaires sont généralement plus abondants dans les régions urbaines et les localités environnantes, ce résultat vient appuyer le lien possible entre les faibles niveaux de services communautaires et les taux élevés de retour au service d'urgence.

Quintiles de revenu

Les patients appartenant au quintile de revenu le plus faible étaient plus susceptibles de retourner au service d'urgence que ceux appartenant au quintile de revenu le plus élevé. Par exemple, environ 10,2 % des patients en soins chirurgicaux vivant dans les quartiers au plus faible revenu sont retournés au service d'urgence, comparativement à 8,8 % des patients en soins chirurgicaux dans le groupe de patients au revenu le plus élevé. Après ajustement en fonction des caractéristiques du patient et de la résidence en région rurale ou urbaine, le risque de retour au service d'urgence chez les patients en soins obstétricaux, médicaux et chirurgicaux habitant les quartiers les plus défavorisés était significativement supérieur à celui des patients habitant les quartiers les plus riches. Les rapports de cotes sont fournis en annexe.

Tableau 12 : Taux de retour au service d'urgence, par quintile de revenu et groupe de patients (pourcentage)

Quintile de revenu	Général	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques	Soins médicaux	Soins chirurgicaux
1 — quartiers les plus défavorisés	9,8	6,0	7,9	11,5	10,2
2	9,2	5,5	7,5	10,8	9,7
3	8,8	5,3	7,4	10,4	9,3
4	8,5	5,0	7,3	10,4	8,9
5 — quartiers les plus riches	8,5	5,1	7,3	10,1	8,8

Remarques
Une différence statistiquement significative a été observée entre les taux de retour des patients dans le quintile de revenu le moins élevé et ceux du quintile de revenu le plus élevé, et ce, dans tous les groupes de patients ($p < 0,05$).
Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon. Environ 0,9 % des patients n'ont pu être classés dans des quintiles de revenu des quartiers.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Comprendre les visites multiples au service d'urgence dans la semaine suivant le congé

La plupart des patients qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital l'ont fait seulement une fois; cependant, un peu moins d'un cinquième (17,0 %) d'entre eux y sont retournés plusieurs fois dans la semaine suivant leur congé. Plus de patients se présentant plusieurs fois ont été classés comme très urgents (17,1 %) ou urgents (45,5 %) au triage à leur première visite, comparativement à la population générale au service d'urgence (respectivement 13,8 % et 38,6 %). La principale raison médicale de la première visite de ces patients au service d'urgence était un examen de suivi (21,4 %), suivie d'une maladie ou un trouble de l'appareil digestif (8,9 %).

Le coût du retour au service d'urgence

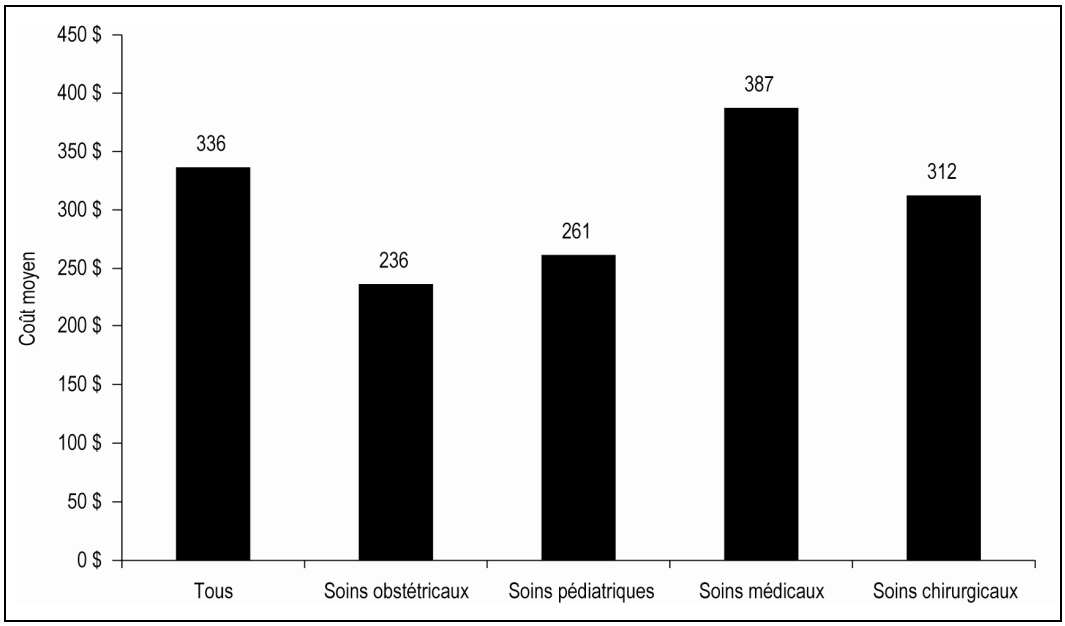
En 2010-2011, les retours au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé de l'hôpital ont coûté environ 30,6 millions de dollars; ils représentaient en outre 1,7 % des coûts totaux des services d'urgence de l'Alberta, de l'Ontario et du Yukon.

Le coût moyen d'une visite au service d'urgence pour un patient ayant récemment obtenu son congé (336 $) était presque 50 % plus élevé que le coût moyen d'une visite au service d'urgence pour la population en général (234 $).

Le retour des patients en soins médicaux représentait 48,7 % de toutes les visites de retour au service d'urgence. Dans les deux provinces et le territoire étudiés, un total de 17,2 millions de dollars, l'équivalent de 56,1 % de tous les coûts associés aux retours au service d'urgence, a été dépensé en services d'urgence pour les patients en soins médicaux qui retournaient au service d'urgence dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital.

Les coûts associés aux services d'urgence pour les patients en soins médicaux sont également plus élevés en moyenne que pour les autres groupes de patients, quel que soit le type de soins administrés à la réadmission. En moyenne, 387 $ par visite ont été dépensés dans les soins d'urgence pour des patients en soins médicaux qui retournaient au service d'urgence, comparativement à une moyenne de 336 $ par visite pour l'ensemble des retours.

Figure 11 : Coût moyen des retours au service d'urgence, par groupe de patients



Remarques
Coûts de la première visite au service d'urgence dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital.
Les coûts s'appliquaient à l'Alberta, à l'Ontario et au Yukon.
Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Résumé — partie 2 : Retour au service d'urgence après des soins pour patients hospitalisés

La présente section porte sur les visites au service d'urgence dans la semaine qui suit un congé de l'hôpital dans deux provinces et un territoire : l'Ontario, l'Alberta et le Yukon. Bien qu'il existe des variations provinciales et territoriales dans le rôle, la répartition et l'utilisation des services d'urgence, cette étude peut indiquer la direction à suivre aux provinces et territoires qui ne soumettent pas actuellement leurs données sur les services d'urgence au Système national d'information sur les services ambulatoires (SNISA).

Étant donné qu'environ 31 % des patients qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant leur congé ont été hospitalisés, il n'est pas surprenant que plusieurs des conclusions de la partie sur les services d'urgence correspondent à celles sur la réadmission des patients. Plus particulièrement, parmi les patients qui sont retournés le plus souvent au service d'urgence, les raisons cliniques du retour étaient très souvent les mêmes que celles de l'hospitalisation initiale ou y étaient liées. Cependant, les données sur les services d'urgence renseignent également sur les patients qui n'ont pas été hospitalisés de nouveau, mais qui sont retournés à l'hôpital pour y obtenir des soins. Un grand nombre de patients en soins chirurgicaux et obstétricaux sont retournés au service d'urgence pour des soins de suivi. En particulier, environ 20 % des patients ayant subi une arthroplastie unilatérale du genou ou de la hanche ou une hystérectomie sont retournés au service d'urgence pour un examen de suivi imprévu.

Les données sur les services d'urgence fournissent également une information précieuse sur la gravité des cas. Presque les trois quarts des patients qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé ont été classés comme des cas urgents ou très urgents au triage, ce qui indique fortement qu'ils avaient besoin d'autres soins immédiats et ne cherchaient pas à être rassurés par un professionnel de la santé après leur congé de l'hôpital.

L'examen des effets relatifs à l'hôpital associés au retour au service d'urgence a permis de constater qu'un court séjour à l'hospitalisation initiale était associé à un taux élevé de retour au service d'urgence. Il n'y avait pas de corrélation statistique entre les séjours prolongés lors de l'hospitalisation initiale et la réduction des taux de retour au service d'urgence. Par conséquent, rien n'indique qu'un séjour prolongé en soins de courte durée permettrait le mieux de prévenir les visites au service d'urgence à la suite d'un congé d'un établissement de soins de courte durée.

Si on examine les facteurs propres à la collectivité, les services d'urgence en région rurale ont sans doute joué un rôle particulier pour compenser les faibles niveaux de services de santé communautaires et primaires, ce qui a contribué à un taux de retour au service d'urgence d'environ 13 %. Cependant, en région urbaine, le nombre de retours au service d'urgence dans la semaine suivant un congé était quand même important (8 %). Puisque ces patients avaient été en contact avec une équipe de dispensateurs de soins la semaine précédant leur visite, il est sans doute possible de réduire le nombre de retours au service d'urgence en améliorant la planification des congés ou en prévoyant des consultations de suivi. Le taux

élevé de retour au service d'urgence chez les patients habitant les quartiers les plus défavorisés indique qu'il pourrait y avoir amélioration si on arrivait à combler les lacunes en soins de santé primaires au sein des groupes socioéconomiques.

Bien que le coût associé au retour des patients au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé n'ait représenté que 1,7 % du total des coûts des services d'urgence dans les provinces et le territoire à l'étude, voilà un premier aperçu qui nous aidera à mieux comprendre cette importante composante du système de santé au Canada.

Conclusion

Le présent rapport renseigne sur les réadmissions en soins pour patients hospitalisés et les retours au service d'urgence imprévus après une hospitalisation en soins de courte durée. Il montre que le taux de réadmission est influencé par des caractéristiques à l'échelle du patient, de l'hôpital et de la collectivité.

Le rapport vise à atteindre deux objectifs : fournir de l'information sur les taux de réadmission imprévue dans les hôpitaux de soins de courte durée et les retours imprévus au service d'urgence; alimenter la discussion sur les facteurs associés aux réadmissions et sur les politiques ou les programmes qui pourraient potentiellement améliorer la planification des sorties et la santé des patients après leur congé.

Durant la période d'étude, 181 551 (8,5 %) patients en soins de courte durée ont été réadmis dans un établissement de soins de courte durée dans les 30 jours suivant leur congé initial, ce qui a entraîné des coûts estimatifs de 1,8 milliard de dollars, soit 11 % du total des coûts des hôpitaux de soins de courte durée.

Pour ce qui est des groupes de patients, les patients en soins médicaux représentaient près des deux tiers (64,9 %) des réadmissions imprévues et affichaient le taux le plus élevé de réadmission en soins de courte durée (13,3 %). Les MPOC et l'insuffisance cardiaque sans angiographie coronaire étaient les affections les plus couramment enregistrées dans les dossiers de congé initial des patients en soins médicaux, et une proportion élevée des réadmissions découlait de ces mêmes affections, ou d'affections semblables ou apparentées. Les patients en soins chirurgicaux (le deuxième groupe de patients en importance) affichaient un taux de réadmission imprévue de 6,5 %. Environ 9,3 % de ces patients réadmis présentaient une infection postopératoire. Les taux de réadmission des patients en soins pédiatriques et obstétricaux étaient respectivement de 6,5 % et de 2,0 %. Parmi les patientes réadmises après un accouchement par césarienne, 23,1 % l'étaient pour une infection à une plaie d'origine chirurgicale en obstétrique.

Le taux de retour au service d'urgence dans les sept jours suivant le congé initial était de 9,0 % pour les deux provinces et le territoire dont les données étaient disponibles (Alberta, Ontario et Yukon). Parmi ceux qui sont retournés au service d'urgence, 17,0 % y sont retournés plusieurs fois dans les sept jours suivant leur congé. La répartition des taux de retour au service d'urgence par groupe de patients était différente de celle des taux de réadmission à l'hôpital. La différence dans le taux enregistré parmi les groupes de patients était nettement moins importante pour ce qui est des retours au service d'urgence. Les patients en soins médicaux continuaient d'afficher le taux le plus élevé de retour au service d'urgence (10,7 %), suivi des patients en soins chirurgicaux (9,4 %) et des patients en soins pédiatriques (7,5 %). Pour les patientes en soins obstétricaux, le taux de retour au service d'urgence (5,4 %) représentait plus de deux fois le taux de réadmission à l'hôpital. Dans l'ensemble, le coût des retours au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé représentait 1,7 % du total des coûts des services d'urgence dans ces provinces et ce territoire.

L'étude s'est penchée sur les facteurs liés, selon la documentation consultée, aux réadmissions et sur lesquels l'ICIS avait des données. Parmi les facteurs examinés, l'admission par le service d'urgence à la suite d'un congé initial, les antécédents d'admission en soins de courte durée ou de visites au service d'urgence et la résidence en région rurale étaient les facteurs les plus importants associés à la réadmission en soins de courte durée et au retour au service d'urgence. De même, l'âge et le sexe du patient ainsi que l'indice de Charlson étaient les facteurs les plus importants permettant de prédire les réadmissions parmi les patients en soins médicaux et chirurgicaux.

Les effets relatifs à l'hôpital, comme le séjour de courte durée, étaient associés à des taux de réadmission élevés en soins de courte durée, et ce, même si cette relation n'a été observée que pour un faible nombre d'hôpitaux. Toutefois, le fait de garder les patients plus longtemps à l'hôpital n'est probablement pas le meilleur moyen de réduire les taux de réadmission. Par exemple, cette option prolongerait les temps d'attente et réduirait le nombre de lits d'hôpital disponibles pour de nouveaux patients[34]. Les séjours prolongés augmentent également le risque d'infections nosocomiales. Cependant, la sortie de patients qui ne sont pas prêts à quitter l'hôpital risque de faire augmenter les taux de réadmission ainsi que le fardeau des soins pour les services et soutiens en santé communautaire[19]. Les ressources autres que les hôpitaux de soins de courte durée (c'est-à-dire les services à domicile), associées à un plan de sortie exhaustif, se sont révélées utiles pour prévenir les réadmissions à l'hôpital pour ce qui est de la MPOC et de l'insuffisance cardiaque[47, 48].

On a pu associer le taux de réadmission au groupe d'hôpitaux semblables. Les petits hôpitaux affichaient le taux de réadmission le plus élevé (12,4 %) comparativement aux hôpitaux d'enseignement (8,7 %), et aux hôpitaux communautaires de grande taille (7,6 %) et de taille moyenne (8,9 %). Une analyse approfondie a révélé que la grande proportion des patients en soins médicaux dans les petits hôpitaux et les taux élevés de réadmission de ces patients peuvent expliquer l'effet relatif à la capacité de l'hôpital.

Outre la durée du séjour et les groupes d'hôpitaux semblables, les processus visant la qualité au sein des hôpitaux sont considérés comme ayant une influence sur les taux de réadmission. Une analyse des interventions visant à réduire les réadmissions dans les 30 jours suivant le congé a récemment été publiée dans *Annals of Internal Medicine*[49]. Cette analyse décrit diverses interventions précédant et suivant le congé ainsi que les interventions qui avaient été mises en œuvre avant et après le congé. Ces interventions visaient à améliorer la transition en matière de soins. Les interventions décrites comprennent les suivantes :

- interventions précédant le congé : éducation du patient, plan de sortie et prise de rendez-vous de suivi avant le congé;
- interventions après le congé : appels téléphoniques de suivi, lignes d'assistance pour les patients et suivi clinique en temps opportun;
- interventions actives avant et après le congé : directives de congé axées sur le patient, accompagnateur pendant la transition et suivi avec le même dispensateur de soins.

Une récente évaluation des plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux de l'Ontario a permis de constater que plusieurs de ces mêmes stratégies sont en usage[50].

Sur le plan macrostatistique, les réadmissions en région rurale et urbaine ont été utilisées comme mesure indirecte de l'effet relatif au soutien communautaire. En général, les taux de réadmission imprévue étaient plus élevés en région rurale qu'en région urbaine. De plus, les patients en région rurale qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé ont été classés moins urgents au triage que les patients en région urbaine. Les études laissent entendre que les caractéristiques des régions urbaines et rurales contribuent aux disparités dans les taux de réadmission[4]. Par exemple, l'hôpital peut être le meilleur endroit, voire le seul, où retourner pour recevoir des soins de suivi lorsque la localité n'offre pas de soins de santé primaires ni de services à domicile[51]. Dans les petites villes, les régions rurales ou les régions éloignées, les visites chez le médecin par habitant sont significativement moins nombreuses qu'en région urbaine[43]. De plus, la proportion de patients qui recevaient des services à domicile ou des services communautaires était significativement inférieure en région rurale ou éloignée[43].

Il n'est pas facile de réduire le taux de réadmission; il s'agit d'un dossier à plusieurs volets qui nécessite de multiples interventions à tous les échelons du système de santé. Le présent rapport fournit de l'information sur les facteurs à l'échelle du patient, de l'hôpital et de la collectivité qui influent sur les taux de réadmission au Canada. Une meilleure compréhension de ces facteurs pourrait favoriser la collaboration entre les chefs de file des différentes composantes du système et ainsi améliorer les résultats en matière de réadmission.

Annexe

Notes techniques

Sources des données

La présente étude a puisé dans trois bases des données : la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS, ainsi que le Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Méthodologie générale

Dans la présente étude, deux résultats ont été définis : réadmission imprévue en soins de courte durée dans les 30 jours suivant un congé initial et retour imprévu au service d'urgence dans les sept jours suivant un congé initial. Le second résultat a été mesuré à l'aide de données provenant de l'Alberta, de l'Ontario et du Yukon.

Les hospitalisations initiales étaient limitées aux congés de tous les établissements de soins de courte durée du Canada (à l'exception du Québec) survenus du 1er avril 2010 au 1er mars 2011 ainsi qu'aux congés des établissements du Québec survenus du 1er avril 2009 au 1er mars 2010. Les congés à la suite d'une réadmission en soins de courte durée étaient des congés de tous les établissements de soins de courte durée du Canada (à l'exception du Québec) survenus du 1er avril 2010 au 1er avril 2011 et des congés des établissements du Québec survenus du 1er avril 2009 au 1er avril 2010. Les congés à la suite d'un retour au service d'urgence comprenaient tous les congés des services d'urgence en Alberta, en Ontario et au Yukon survenus du 1er avril 2010 au 1er avril 2011.

L'unité d'analyse était l'épisode de soins. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations en soins de courte durée et visites en chirurgie d'un jour successives. Pour créer un épisode de soins, les transferts à l'intérieur des établissements et entre les établissements ont été liés. Un transfert a lieu si l'une des conditions suivantes a été respectée :

- Une hospitalisation en soins de courte durée ou une visite en chirurgie d'un jour est survenue dans les six heures suivant le congé d'une hospitalisation précédente en soins de courte durée ou d'une visite en chirurgie d'un jour, peu importe si un transfert avait été codifié ou non.
- Une hospitalisation en soins de courte durée ou une visite en chirurgie d'un jour est survenue de 6 à 12 heures après le congé d'une hospitalisation précédente en soins de courte durée ou d'une visite en chirurgie d'un jour, et au moins une hospitalisation ou une visite a été codifiée comme un transfert.

Des résultats relatifs à la réadmission ont été fournis selon les groupes de patients. Les patients ont été répartis en quatre groupes selon l'ordre suivant :

1. Patientes en soins obstétricaux : Tout épisode comportant un congé d'un établissement de soins de courte durée dont le code de catégorie clinique principale (CCP) est 13 seulement.
2. Patients en soins pédiatriques : S'il ne correspond pas à la catégorie 1, tout épisode comportant un congé d'un établissement de soins de courte durée pour un patient de moins de 20 ans.
3. Patients adultes en soins chirurgicaux : S'il ne correspond pas aux catégories 1 ou 2, tout épisode comportant un congé d'un établissement de soins de courte durée dont le code de partition des CCP est « intervention ».
4. Patients adultes en soins médicaux : S'il ne correspond pas aux catégories 1, 2 ou 3, tout épisode comportant un congé d'un établissement de soins de courte durée dont le code de partition des CCP est « diagnostic ».

Les exclusions suivantes ont été appliquées dans l'ordre :

1. Tous les abrégés de congés dont les données présentaient des problèmes de qualité (à savoir des dates d'admission ou de congé non valides), y compris tous les congés pour les nouveau-nés[ix].
2. Les épisodes comportant un premier et un dernier abrégé de congé pour une chirurgie d'un jour accompagnés d'un un code de CCP de maladies ou de troubles mentaux (CCP = 17) ou d'un diagnostic principal de soins palliatifs (CIM-10-CA = Z51.5).
3. Les congés initiaux pour décès ou les sorties contre l'avis du médecin.
4. Les réadmissions en soins de courte durée ou les retours au service d'urgence avec intervention en chimiothérapie pour une tumeur et les congés de la mère après un accouchement.

Le Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada a été utilisé pour déterminer la résidence en région rurale ou urbaine ainsi que le quintile de revenu des quartiers, en combinaison avec le recensement de 2006.

Analyse des coûts

Les coûts ont été estimés séparément pour les congés à la suite d'hospitalisations en soins de courte durée et pour les sorties des services d'urgence, à l'aide des méthodologies GMA et du SGCA de 2011. Les coûts ont été additionnés à l'échelle de tous les établissements dans chaque milieu au moyen de l'équation suivante : (pondération de la consommation des ressources $[PCR]_1$ x coûts par cas pondéré propre à l'établissement $[CPCP]_1$) + (PCR_2 x $CPCP_2$), etc. Lorsque la valeur des CPCP d'un établissement n'était pas connue, la moyenne provinciale a été utilisée. La valeur nationale moyenne des CPCP a été utilisée comme substitut pour les établissements dans les territoires où les CPCP étaient inconnus. Les coûts des épisodes en soins de courte durée comprenaient le coût des hospitalisations et des chirurgies d'un jour typiques et atypiques. Toutes les estimations de coûts comprenaient les parties de

ix. Les congés des nouveau-nés ont été exclus parce qu'une grande partie de ces abrégés de sortie comportaient un numéro d'assurance-maladie non valide.

coûts liés aux frais généraux de l'hôpital, aux soins infirmiers, à la rémunération des autres membres du personnel, aux médicaments, aux services de diagnostic et de laboratoire, ainsi qu'aux fournitures et équipements médicaux. Elles n'incluaient pas la rémunération à l'acte des médecins et les frais à la charge des patients pour les soins non assurés, les soins en consultation externe et les services à domicile.

Groupes d'hôpitaux semblables

Les hôpitaux ont été répartis en quatre groupes d'hôpitaux semblables normalisés : enseignement, grand, moyen et petit. Les hôpitaux d'enseignement sont ceux qui sont membres à part entière de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Pour le Québec, une liste des hôpitaux d'enseignement a été fournie par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Les hôpitaux sans vocation d'enseignement ont été répartis en groupes semblables en fonction de leur capacité, à l'aide des cas d'hospitalisation, du total des cas pondérés et des jours d'hospitalisation[52].

Prédicteurs et modèle d'ajustement selon les risques

Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour mesurer la force du lien entre les réadmissions et certains facteurs de risque. Dans l'étude, les variations dans les taux de réadmission à l'échelle des provinces et du territoire ont été déterminées selon le lieu de l'établissement déclarant, qui peut être différent du lieu de résidence du patient.

Aux fins de comparaison des taux de réadmission dans les provinces et le territoire, un modèle de régression logistique a été adapté à chaque groupe de patients au moyen de certains facteurs de risque et ajusté en fonction de la confusion des différences provinciales et territoriales entre les facteurs. Les coefficients produits par ce modèle logistique ont été utilisés pour calculer la probabilité de réadmission relative à chaque cas (épisode indice). Le nombre prévu de réadmissions dans un territoire ou une province était égal à la somme des probabilités de cas pour le territoire ou la province. Le calcul du taux de réadmission ajusté selon les risques consistait à diviser le nombre de réadmissions observé par le nombre prévu de réadmissions dans le territoire ou la province en question; le résultat était ensuite multiplié par le taux national moyen de réadmissions. Les facteurs de risque compris dans les modèles étaient l'âge des patients, l'hospitalisation urgente initiale par le service d'urgence et le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée au cours des six mois précédant le congé initial. Outre ces facteurs de risque, le sexe du patient et les GMA comptant pour 80 %[x] de tous les congés de patients en soins médicaux, chirurgicaux et pédiatriques hospitalisés en soins de courte durée étaient compris dans les modèles respectifs relatifs à ces trois groupes de patients. La comorbidité mesurée par l'indice de Charlson faisait également partie des facteurs de risque pour les patients en soins médicaux et chirurgicaux.

x. Selon un échantillon portant sur trois ans d'abrégés de sortie en soins médicaux, chirurgicaux et pédiatriques.

Tableau 13 : Certaines caractéristiques de patients, par groupe de patients

Caractéristique	Général	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques	Soins médicaux	Soins chirurgicaux
Nombre d'épisodes de soins	2 129 633	378 951	197 080	885 806	667 796
Part des épisodes de soins (pourcentage)	100,0	17,8	9,2	41,6	31,4
Femmes (pourcentage)	59,7	100	44,8	52,2	51,3
Personnes de 65 ans et plus (pourcentage)	37,2	0	0	57,4	42,3
Revenu du quartier (pourcentage)					
1 — le plus défavorisé	22,4	22,6	22,0	24,3	20,0
2	20,5	19,8	19,0	21,3	20,2
3	19,7	20,0	19,7	19,3	20,0
4	19,3	20,5	20,5	18,0	19,9
5 — le plus riche	17,3	16,4	18,0	16,1	19,1
Région rurale (pourcentage)	19,7	15,7	19,8	22,0	18,7
Hospitalisation par le service d'urgence (pourcentage)	50,7	6,2	61,1	83,3	29,8
Indice de Charlson 1+ (pourcentage)	26,5	s.o.	s.o.	33,2	17,5
Nombre d'admissions en soins de courte durée dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale (pourcentage)					
0	77,9	90,8	79,9	68,0	83,0
1	14,9	7,4	12,3	20,1	12,9
2+	7,2	1,8	7,8	11,9	4,1

Remarque

s.o. : ne s'applique pas à ce groupe de patients.

Environ 0,9 % des patients n'ont pu être classés selon le quintile de revenu du quartier et la résidence en région rurale ou urbaine.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Tableau 14 : Certaines caractéristiques des patients relatives au retour au service d'urgence, par groupe de patients

Caractéristique	Général	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques	Soins médicaux	Soins chirurgicaux
Nombre d'épisodes de soins	1 008 409	188 448	92 240	413 197	314 524
Part des épisodes de soins (pourcentage)	100,0	18,7	9,1	41,0	31,2
Femmes (pourcentage)	59,9	100,0	44,2	51,7	51,3
Personnes de 65 ans et plus (pourcentage)	36,0	0	0	56,5	41,3
Revenu du quartier (pourcentage)					
1 — les plus défavorisés	21,9	22,4	21,6	23,7	19,2
2	20,2	19,8	19,1	20,9	19,9
3	19,8	20,3	19,9	19,4	19,9
4	19,6	20,9	21,0	18,3	20,2
5 — les plus riches	17,6	15,9	17,4	16,6	20,0
Rural (pourcentage)	17,4	13,5	17,3	19,7	16,8
Hospitalisation par le service d'urgence (pourcentage)	49,6	6,8	57,5	83,6	28,2
Indice de Charlson 1+ (pourcentage)	22,7	s.o.	s.o.	29,1	14,4
Nombre de visites au service d'urgence dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale (pourcentage)					
0	51,1	75,8	48,4	34,0	59,6
1	23,2	13,9	24,7	28,2	21,8
2	11,4	5,4	12,6	15,5	9,3
3+	14,2	4,9	14,3	22,2	9,3

Remarques

s.o. : ne s'applique pas à ce groupe de patients.

Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.

Environ 0,9 % des patients n'ont pu être classés selon le quintile de revenu du quartier et la résidence en région rurale ou urbaine.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 15 : Taux de réadmission en soins de courte durée, par groupe de patients et province et territoire, ajusté selon les risques

Province ou territoire	Groupe de patients			
	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques	Soins médicaux	Soins chirurgicaux
C.-B.	2,5 (2,4-2,6)	6,0 (5,7-6,3)	14,1 (13,8-14,2)	7,0 (6,8-7,1)
Alb.	2,0 (1,8-2,1)	6,1 (5,8-6,4)	12,7 (12,5-13,0)	6,4 (6,2-6,6)
Sask.	2,3 (2,1-2,5)	7,6 (7,2-8,1)	15,2 (14,9-15,5)	7,3 (7,0-7,6)
Man.	2,7 (2,6-2,9)	7,0 (6,5-7,5)	13,8 (13,4-14,1)	6,2 (5,9-6,4)
Ont.	1,8 (1,8-1,9)	6,8 (6,7-7,1)	13,0 (13,0-13,2)	6,5 (6,3-6,5)
Qc	1,6 (1,4-1,6)	5,9 (5,8-6,2)	13,2 (13,0-13,3)	6,4 (6,2-6,4)
N.-B.	2,3 (2,0-2,6)	6,1 (5,4-6,8)	13,0 (12,6-13,4)	6,5 (6,2-6,9)
N.-É.	3,0 (2,8-3,3)	7,3 (6,7-7,8)	12,1 (11,7-12,6)	6,2 (5,9-6,5)
Î.-P.É.	1,9 (1,2-2,6)	8,8 (7,1-10,4)	13,8 (12,9-14,7)	6,4 (5,4-7,3)
T.-N.-L.	2,9 (2,5-3,2)	6,3 (5,5-7,2)	13,5 (13,1-14,1)	6,0 (5,6-6,4)
Yn	1,9 (0,7-3,2)	4,9 (0,8-8,8)	13,2 (11,0-15,3)	6,8 (4,4-9,3)
T.N.-O.	1,5 (0,7-2,4)	8,8 (6,7-11,0)	14,2 (12,4-16,0)	9,7 (7,4-11,9)
Nun.	2,0 (0,6-3,3)	9,1 (5,9-12,1)	18,0 (14,9-21,0)	9,6 (2,8-16,1)
Canada	2,0 (1,9-2,0)	6,5 (6,4-6,6)	13,3 (13,2-13,4)	6,5 (6,4-6,5)

Remarque
Les taux ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de l'admission par le service d'urgence, du nombre de visites en soins de courte durée au cours des six mois précédant le congé initial, de l'indice de comorbidité et du groupe de maladies analogues.
Sources
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Tableau 16 : Rapports de cote des réadmissions en soins de courte durée, par facteurs de risque et groupe de patients

	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques	Soins médicaux	Soins chirurgicaux
Âge du patient	Référence : 25 à 34 ans	Référence : 0 à 4 ans	Référence : 20 à 44 ans	Référence : 20 à 44 ans
	moins de 25 ans : 1,13 (1,07-1,20)	5 à 9 ans : 0,81 (0,76-0,86)	45 à 64 ans : 1,18 (1,15-1,21)	45 à 64 ans : 1,09 (1,05-1,12)
	35 ans ou plus : 1,14 (1,07-1,21)	10 à 14 ans : 0,90 (0,85-0,95)	65 à 84 ans : 1,32 (1,29-1,35)	65 à 84 ans : 1,30 (1,26-1,34)
		15 à 19 ans : 0,89 (0,84-0,93)	85 ans ou plus : 1,35 (1,32-1,39)	85 ans ou plus : 1,36 (1,30-1,42)
Homme (contre femme)	s.o.	n.s.	1,05 (1,03-1,06)	1,12 (1,10-1,14)
Indice de Charlson 1 (contre 0)	s.o.	s.o.	1,36 (1,34-1,38)	1,60 (1,55-1,64)
Indice de Charlson 2	s.o.	s.o.	1,64 (1,60-1,68)	1,94 (1,87-2,02)
Résidence en région rurale (contre urbaine)	1,09 (1,03-1,16)	1,05 (1,003-1,10)	1,10 (1,08-1,11)	1,06 (1,03-1,08)
Quintile de revenu 1 (contre 5)	1,10 (1,02-1,18)	1,12 (1,05-1,18)	1,10 (1,08-1,12)	1,12 (1,08-1,15)
Admission par le service d'urgence	2,61 (2,45-2,78)	1,13 (1,09-1,17)	1,27 (1,25-1,30)	1,31 (1,28-1,34)
Variance de la DS ≤ -5 (contre 0)	7,15 (3,76-13,60)	2,13 (1,92-2,36)	1,33 (1,30-1,37)	2,15 (2,05-2,25)
Variance de la DS -4 à -3	1,64 (1,18-2,30)	1,57 (1,43-1,71)	1,16 (1,13-1,19)	1,54 (1,48-1,62)
Variance de la DS -2 à -1	1,23 (1,16-1,31)	1,08 (1,03-1,14)	n.s.	1,06 (1,02-1,09)
Variance de la DS 1 à 2	1,78 (1,68-1,90)	1,26 (1,18-1,34)	1,11 (1,08-1,14)	1,38 (1,33-1,43)
Variance de la DS 3 à 4	3,07 (2,76-3,41)	1,57 (1,45-1,71)	1,21 (1,17-1,24)	1,82 (1,74-1,90)
Variance de la DS ≥ 5	3,65 (3,27-4,08)	2,26 (2,11-2,42)	1,15 (1,12-1,18)	2,07 (2,00-2,15)
Nombre d'admissions en soins de courte durée dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale : 1 (contre 0)	1,93 (1,80-2,06)	2,31 (2,20-2,43)	1,72 (1,69-1,74)	1,63 (1,59-1,67)
Nombre d'admissions en soins de courte durée dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale : 2+	4,50 (4,12-4,92)	5,47 (5,22-5,73)	3,16 (3,11-3,21)	2,53 (2,44-2,62)

Remarques

s.o. : ne s'applique pas à ce groupe de patients.

n.s. : non significatif sur le plan statistique.

DS : durée du séjour.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Tableau 17 : Rapports de cote des retours au service d'urgence, par facteur de risque et groupe de patients

	Soins obstétricaux	Soins pédiatriques	Soins médicaux	Soins chirurgicaux
Âge du patient	Référence : 25 à 34 ans	Référence : 0 à 4 ans	Référence : 20 à 44 ans	Référence : 20 à 44 ans
	Moins de 25 ans : 1,10 (1,05-1,16)	5 à 9 ans : n.s.	45 à 64 ans : 0,90 (0,87-0,93)	45 à 64 ans : 0,84 (0,81-0,87)
	35 ans ou plus : n.s.	10 à 14 ans : n.s.	65 à 84 ans : 0,80 (0,78-0,83)	65 à 84 ans : 0,85 (0,82-0,88)
		15 à 19 ans : 1,32 (1,24-1,40)	85 ans ou plus : 0,77 (0,75-0,80)	85 ans ou plus : 0,72 (0,68-0,77)
Homme (contre femme)	s.o.	n.s.	1,10 (1,07-1,12)	1,10 (1,07-1,12)
Indice de Charlson 1 (contre 0)	s.o.	s.o.	1,08 (1,06-1,11)	1,10 (1,06-1,14)
Indice de Charlson 2	s.o.	s.o.	1,23 (1,19-1,28)	1,23 (1,16-1,31)
Résidence en région rurale (contre urbaine)	1,56 (1,48-1,64)	1,50 (1,41-1,59)	1,49 (1,46-1,53)	1,68 (1,63-1,72)
Quintile de revenu 1 (contre 5)	1,09 (1,02-1,16)	n.s.	1,08 (1,05-1,11)	1,07 (1,03-1,11)
Admissions par le service d'urgence	1,41 (1,32-1,50)	1,09 (1,04-1,15)	1,21 (1,18-1,25)	n.s.
Variance de la DS ≤ -5 (contre 0)	3,36 (1,71-6,61)	1,28 (1,10-1,49)	1,20 (1,14-1,25)	1,26 (1,19-1,34)
Variance de la DS -4 à -3	2,21 (1,73-2,82)	1,21 (1,07-1,38)	1,15 (1,10-1,19)	1,21 (1,15-1,28)
Variance de la DS -2 à -1	0,87 (0,83-0,91)	n.s.	n.s.	1,04 (1,01-1,08)
Variance de la DS 1 à 2	1,25 (1,18-1,33)	n.s.	n.s.	1,11 (1,07-1,16)
Variance de la DS 3 à 4	1,25 (1,09-1,42)	1,14 (1,02-1,28)	n.s.	1,27 (1,20-1,34)
Variance de la DS ≥ 5	1,25 (1,08-1,44)	1,41 (1,28-1,55)	0,87 (0,84-0,91)	1,08 (1,03-1,13)
Nombre de visites au service d'urgence dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale : 1 (contre 0)	1,66 (1,57-1,75)	1,25 (1,17-1,34)	1,20 (1,16-1,23)	1,32 (1,28-1,36)
Nombre de visites au service d'urgence dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale : 2	1,99 (1,85-2,15)	1,55 (1,44-1,68)	1,48 (1,44-1,53)	1,65 (1,58-1,71)
Nombre de visites au service d'urgence dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale : 3+	3,09 (2,89-3,31)	2,30 (2,16-2,46)	2,51 (2,45-2,58)	2,40 (2,32-2,49)

Remarques

s.o. : ne s'applique pas à ce groupe de patients.

n.s. : non significatif sur le plan statistique.

DS : durée du séjour.

Les résultats sont fondés sur les données de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.

Sources

Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 18 : Rapports de cotes des réadmissions en soins de courte durée, par variance de la durée du séjour à l'hôpital

Variance de la DS à l'hôpital	Rapports de cotes	Intervalles de confiance de 95 %
< -1,00 jour	1,40	(1,31-1,50)
-1,00 à -0,49 jour	1,03	(1,01-1,06)
-0,50 à -0,01 jour	1,04	(1,03-1,05)
0 à 0,49 jour	Référence	
0,50 à 0,99 jour	0,96	(0,94-0,97)
≥ 1 jour	0,95	(0,92-0,97)

Remarques

Les hôpitaux comptant moins de 50 congés initiaux par année ont été exclus de l'analyse.

Seuls les cas typiques sont inclus dans le calcul de la variance de la durée du séjour à l'hôpital.

Les rapports de cotes ont été ajustés en fonction du groupe de patients, de l'âge, du sexe, des quintiles de revenu du quartier, de la résidence en région rurale ou urbaine, de l'admission par le service d'urgence et du nombre de visites en soins de courte durée au cours des six mois précédant le congé initial.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2009-2010, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Références

1. Congressional Research Service, *Medicare Hospital Readmissions: Issues, Policy Options and PPACA*, Washington (D.C.), CRS, 2005.

2. S. F. Jencks, M. V. Williams et E. A. Coleman, « Rehospitalizations Among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 14 (2009), p. 1418-1428.

3. K. L. Soeken et coll., « Predictors of Hospital Readmission: A Meta-Analysis », *Evaluation and the Health Professions*, vol. 14, n° 3 (1991), p. 262-281.

4. J. R. Vest et coll., « Determinants of Preventable Readmissions in the United States: A Systematic Review », *Implementation Science*, vol. 5 (2010), p. 88.

5. G. F. Anderson et E. P. Steinberg, « Hospital Readmissions in the Medicare Population », *New England Journal of Medicine*, vol. 311, n° 21 (1984), p. 1349-1353.

6. S. E. Frankl, J. L. Breeling et L. Goldman, « Preventability of Emergent Hospital Readmission », *American Journal of Medicine*, vol. 90, n° 6 (1991), p. 667-674.

7. C. H. Yam et coll., « Avoidable Readmission in Hong Kong—System, Clinician, Patient or Social Factor? », *BMC Health Services Research*, vol. 10 (2010), p. 311.

8. S. F. Jencks, D. K. Williams et T. L. Kay, « Assessing Hospital-Associated Deaths From Discharge Data: The Role of Length of Stay and Comorbidities », *JAMA*, vol. 260, n° 15 (1988), p. 2240-2246.

9. A. Clarke, « Are Readmissions Avoidable? », *BMJ*, vol. 301, n° 6761 (1990), p. 1136-1138.

10. H. Graham et B. Livesley, « Can Readmissions to a Geriatric Medical Unit Be Prevented? », *The Lancet*, vol. 1, n° 8321 (1983), p. 404-406.

11. P. Halfon et coll., « Measuring Potentially Avoidable Hospital Readmissions », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 55, n° 6 (2002), p. 573-587.

12. E. Z. Oddone et coll., « Classifying General Medicine Readmissions: Are They Preventable? Veterans Affairs Cooperative Studies in Health Services Group on Primary Care and Hospital Readmissions », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 11, n° 10 (1996), p. 597-607.

13. E. I. Williams et F. Fitton, « Factors Affecting Early Unplanned Readmission of Elderly Patients to Hospital », *BMJ*, vol. 297, n° 6651 (1988), p. 784-787.

14. C. van Walraven et coll., « Derivation and Validation of an Index to Predict Early Death or Unplanned Readmission After Discharge From Hospital to the Community », *CMAJ*, vol. 182, n° 6 (2010), p. 551-557.

15. C. van Walraven et coll., « Proportion of Hospital Readmissions Deemed Avoidable: A Systematic Review », *CMAJ*, vol. 183, n° 7 (2011), p. E391-E402.

16. C. Boult et coll., « Screening Elders for Risk of Hospital Admission », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 41, n° 8 (1993), p. 811-817.

17. H. M. Krumholz et coll., « Readmission After Hospitalization for Congestive Heart Failure Among Medicare Beneficiaries », *Archives of Internal Medicine*, vol. 157, n° 1 (1997), p. 99-104.

18. J. S. Weissman, R. S. Stern et A. M. Epstein, « The Impact of Patient Socioeconomic Status and Other Social Factors on Readmission: A Prospective Study in Four Massachusetts Hospitals », *Inquiry*, vol. 31, n° 2 (1994), p. 163-172.

19. T. Heggestad, « Do Hospital Length of Stay and Staffing Ratio Affect Elderly Patients' Risk of Readmission? A Nation-Wide Study of Norwegian Hospitals », *Health Services Research*, vol. 37, n° 3 (2002), p. 647-665.

20. C. van Walraven et coll., « Incidence of Potentially Avoidable Urgent Readmissions and Their Relation to All-Cause Urgent Readmissions », *CMAJ*, vol. 183, n° 14 (2011), p. E1067-E1072.

21. E. A. Coleman et coll., « The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 17 (2006), p. 1822-1828.

22. M. D. Naylor et coll., « Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-Up of Hospitalized Elders: A Randomized Clinical Trial », *JAMA*, vol. 281, n° 7 (1999), p. 613-620.

23. M. W. Rich et coll., « A Multidisciplinary Intervention to Prevent the Readmission of Elderly Patients With Congestive Heart Failure », *New England Journal of Medicine*, vol. 333, n° 18 (1995), p. 1190-1195.

24. C. van Walraven et coll., « Continuity of Care and Patient Outcomes After Hospital Discharge », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19, n° 6 (2004), p. 624-645.

25. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2011*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

26. D. Chollet, A. Barrett et T. Lake, *Reducing Hospital Readmissions in New York State: A Simulation Analysis of Alternative Payment Incentives*, New York (N.Y.), NYS Health Foundation, 2011.

27. N. I. Goldfield et coll., « Identifying Potentially Preventable Readmissions », *Health Care Financing Review*, vol. 30, n° 1 (2008), p. 75-91.

28. G. P. Westert et coll., « An International Study of Hospital Readmissions and Related Utilization in Europe and the USA », *Health Policy*, vol. 61, n° 3 (2002), p. 269-278.

29. M. M. van der Klauw et coll., « A Population-Based Case-Cohort Study of Drug-Associated Agranulocytosis », *Archives of Internal Medicine*, vol. 159 (1999), p. 369-374.

30. D. Foster et J. Young, *Research Brief: Lower Readmissions for Heart Patients Tied to Core Measure Compliance and Shorter Lengths of Stay*, New York (N.Y.), Thomson Reuters, 2011.

31. A. J. Lee, R. P. Ellis et A. R. Merrill, « Bundling Post-Acute Care (PAC) With Medicare DRG Payments: An Exploration of the Distributional and Risk Consequences », *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, vol. 33, n° 3 (1996), p. 283-291.

32. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Resource Intensity Weights and Expected Length of Stay for CMG+ 2011*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

33. A. Clarke et R. Rosen, « Length of Stay: How Short Should Hospital Care Be? », *European Journal of Public Health*, vol. 11, n° 2 (2001), p. 166-170.

34. D. Walker, *Caring for Our Aging Population and Addressing Alternate Level of Care: Report Submitted to the Minister of Health and Long-Term Care*, Toronto (Ont.), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011.

35. T. Jackson et coll., « Measurement of Adverse Events Using 'Incidence Flagged' Diagnosis Codes », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 11, n° 1 (2006), p. 21-26.

36. M. S. Sheppard et coll., « Are Longer Hospital Stays Beneficial for the Elderly? », *Hospital Quarterly*, vol. 6, n° 2 (2002), p. 52-55.

37. CBC News, *Seniors Prefer Hospitals Over Long-Term Care Homes*, dernière modification le 5 janvier 2012. Consulté le 2 février 2012. Internet : <http://www.cbc.ca>.

38. A. Guttmann et coll., « Association Between Waiting Times and Short Term Mortality and Hospital Admission After Departure From Emergency Department: Population Based Cohort Study From Ontario, Canada », *BMJ*, vol. 342 (2011), p. d2983.

39. J. Coast, A. Inglis et S. Frankel, « Alternatives to Hospital Care: What Are They and Who Should Decide », *BMJ*, vol. 312 (1996), p. 162-166.

40. C. Penney et E. Henry, « Improving Performance Management for Delivering Appropriate Care for Patients No Longer Needing Acute Hospital Care », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 13, suppl. 1 (2008), p. 30-34.

41. F. S. Ram et coll., « Hospital at Home for Patients With Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review of Evidence », *BMJ*, vol. 329, n° 7461 (2004), p. 315.

42. C. Wellberry, *Patients Prefer Home Vs. Hospital Care for Acute Illness*, dernière modification en 2012. Internet : <http://www.aafp.org>.

43. D. Goodridge et coll., « Rural/Urban Differences in Health Care Utilization and Place of Death for Persons With Respiratory Illness in the Last Year of Life », *Rural and Remote Health*, vol. 10, n° 2 (2010), p. 1349.

44. C. Burt, L. McCaig et A. Simon, *Emergency Department Visits by Persons Recently Discharged From U.S. Hospitals*, Hyattsville (Maryland), National Center for Health Statistics, 2008.

45. Institut canadien d'information sur la santé, *Understanding Emergency Department Wait Times: Who Is Using Emergency Departments and How Long Are They Waiting?*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.

46. Institut canadien d'information sur la santé, *Emergency Departments and Children in Ontario*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

47. J. Escarrabill, « Discharge Planning and Home Care for End-Stage COPD Patients », *European Respiratory Journal*, vol. 34, n° 2 (2009), p. 507-512.

48. S. Paul, « Hospital Discharge Education for Patients With Heart Failure: What Really Works and What Is the Evidence? », *Critical Care Nurse*, vol. 28, n° 2 (2008), p. 66-82.

49. L. O. Hansen et coll., « Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review », *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, n° 8 (2011), p. 520-528.

50. Qualité des services de santé Ontario, *2011 Quality Improvement Plans: An Analysis for Learning*, Toronto (Ont.), QSSO, 2011.

51. Agence de la santé publique du Canada, *Patterns of Health Services Utilization in Rural Canada*, dernière modification le 24 octobre 2011. Consulté le 2 février 2012. Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca>.

52. Institut canadien d'information sur la santé, *Profiling Acute Inpatient Care for Sparsely Populated Areas in Western Canada*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-041-4 (PDF)

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé, *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

This publication is also available in English under the title *All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department*.
ISBN 978-1-77109-040-7 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information