



Le 14 janvier 2009

Niveaux de soins alternatifs au Canada

1 Introduction

La plupart des Canadiens n'ont jamais entendu parler des niveaux de soins alternatifs (NSA). Néanmoins, depuis le milieu des années 1980, le grand public reconnaît que de nombreux lits en milieu hospitalier sont occupés par des patients qui n'ont plus besoin de services de courte durée et qui, par conséquent, se trouvent à utiliser des ressources limitées et coûteuses en attendant d'être transférés dans un milieu plus approprié. Ces journées d'hospitalisation pour des soins autres que de courte durée sont consignées dans les données des hôpitaux en tant que patients en attente d'un niveau de soins alternatif (ou patients NSA).

Dans un système hospitalier déjà sur pression, la question des NSA est de plus en plus préoccupante^{1, 2}. Des travaux ont été réalisés pour améliorer la continuité des soins aux patients durant la transition entre les soins de courte durée et les autres services dans le système de santé³⁻⁵. Dans plusieurs cas, les solutions qui permettent de réduire les jours NSA dans les hôpitaux requièrent la collaboration de divers secteurs du système, tels que les soins communautaires ou de longue durée^{1, 3-5}.

Il est important de savoir, d'un point de vue stratégique, si le système de santé a la capacité de fournir des soins adéquats dans le milieu le plus approprié. Si la capacité en soins communautaires et de longue durée augmente, cela aura-t-il pour conséquence de diminuer les coûts pour l'ensemble du système de santé? En apprenant comment les niveaux de soins alternatifs sont employés dans les établissements de soins de courte durée, on pourrait éclairer les discussions sur ces importantes questions concernant le système de santé.

La présente analyse constitue un aperçu initial de l'importance du défi que représentent les niveaux de soins alternatifs en milieu hospitalier. C'est notamment en comprenant qui sont les patients les plus susceptibles de nécessiter un niveau de soins alternatif et le type de services qu'ils attendent qu'on pourrait améliorer les soins fournis et alléger le fardeau que représentent les NSA pour les établissements de soins de courte durée. Bien que le concept des NSA soit également appliqué à d'autres secteurs, tels que les établissements de réadaptation et de soins de longue durée^{1, 6}, cette analyse ne porte que sur les jours NSA qui sont enregistrés dans les établissements de soins de courte durée.

2 Les données sur les NSA sont-elles fiables?

Malgré que des données sur les NSA soient recueillies depuis 1989, la mesure des NSA n'a pas été très utilisée à des fins comparatives, surtout en raison de la qualité des données. Des questions ont été soulevées concernant l'uniformité de la désignation des patients NSA et le moment du séjour à l'hôpital où le diagnostic NSA est codifié.

Notre analyse a démontré que si la qualité des données sur les NSA n'est pas optimale, elle est quand même suffisante pour esquisser un tableau national et contribuer aux discussions sur les soins appropriés pour les patients NSA. Pour analyser les résultats, il est utile de comprendre les limitations des données. De grandes variations ont notamment été observées quant aux taux d'hospitalisations et de jours NSA enregistrés par les hôpitaux. De plus, la BDCP ne comprend pas les données du Québec. Au Manitoba, les lits des unités de réadaptation sont systématiquement codifiés comme des NSA depuis 2006-2007. C'est pourquoi nous avons exclu de nos analyses les données du Québec et du Manitoba.

Des variations sont aussi évidentes dans d'autres provinces. Il n'est cependant pas facile de déterminer dans quelle mesure

ces variations sont reliées aux différences entre les soins fournis aux patients ou aux différences entre les méthodes de collecte de données. Des valeurs extrêmes ont été observées dans certains hôpitaux. Par ailleurs, deux types d'hôpitaux n'enregistrent pas les jours NSA : les établissements spécialisés en chirurgies non urgentes et les hôpitaux pédiatriques. Il est peu probable que les cliniques de chirurgie non urgente affichent des taux élevés de jours NSA, puisque les patients s'y rendent pour des interventions précises et planifiées. Quant aux hôpitaux pédiatriques les jours NSA n'y sont pas consignés, car le concept de NSA n'est pas reconnu dans le milieu pédiatrique. Pour aborder certaines de ces variations systématiques connues, nous avons exclu les données sur les enfants (les Notes techniques contiennent de plus amples renseignements sur les exclusions). En outre, certains établissements affichent de fortes proportions de jours NSA. Un petit nombre ont déclaré plus de la moitié de leurs jours comme NSA.

Comment mesure-t-on les NSA?

C'est en 1989 que la collecte normalisée des données sur les NSA a débuté afin d'isoler les vrais cas de soins de courte durée dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP)⁷. Les lignes directrices de la BDCP précisent que le statut NSA repose sur la décision du médecin selon laquelle le patient ne nécessite plus de soins de courte durée. Cette décision doit être prise par un médecin traitant ou un membre désigné du personnel hospitalier autorisé, consignée dans le dossier du patient et datée.

Dans la présente analyse, les données sur les NSA sont présentées de deux façons : les hospitalisations NSA et les jours NSA. Les hospitalisations NSA sont celles pour lesquelles au moins un jour NSA a été enregistré. Veuillez noter que les transferts entre établissements de soins de courte durée sont comptés comme une seule hospitalisation (les Notes techniques contiennent de plus amples renseignements). On calcule les jours NSA en additionnant le nombre de jours passés à l'hôpital qui sont considérés comme des jours NSA.

Bien qu'un même patient puisse avoir été hospitalisé plus d'une fois dans l'année, par souci de simplification, nous utilisons les termes « patients NSA » et « hospitalisations NSA » de façon interchangeable.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Enfin, il est possible que certains de ces établissements aient une unité NSA désignée. Ces limites nous ont donc poussés à présenter un grand nombre de nos résultats de façon agrégée.

Les études de seconde saisie, fondées sur les dossiers de patients, montrent que la codification des NSA est fiable à 100 %⁸. Toutefois, cette conclusion ne nous permet pas de savoir si les NSA ont été saisis de façon exacte dans les dossiers. Il est peu probable que les jours NSA aient été surdéclarés; il semble qu'il y ait plutôt un problème de sous-déclaration. Selon les dispensateurs de soins, il est difficile de savoir exactement quand ils doivent déclarer qu'un patient nécessite un niveau de soins alternatif, ce qui pourrait influencer sur l'estimation des jours NSA¹.

Il est possible d'évaluer la sous-déclaration notamment en examinant les groupes de patients qui nécessitent normalement un niveau de soins alternatif, mais pour lesquels aucun jour NSA n'a été enregistré. Par exemple, on pourrait s'attendre à ce que les patients ayant effectué un long séjour à l'hôpital et qui sont transférés dans un établissement de soins autres que de courte durée (soins de longue durée, réadaptation) soient désignés comme NSA. Or, les données indiquent que la plupart le sont, mais pas tous. En 2007-2008, si tous ces patients avaient été considérés comme NSA, cela représenterait 5 616 hospitalisations NSA supplémentaires (8 % du total).

Malgré les limites, il est important de commencer à utiliser et à analyser les données sur les NSA, qui mesurent un important concept pouvant éclairer les politiques en matière de soins de santé. L'ICIS travaille en collaboration avec les hôpitaux et les régions sanitaires pour améliorer les données. Si les données sont employées et étudiées, leur qualité et leur comparabilité s'amélioreront probablement.

3 Vue d'ensemble des niveaux de soins alternatifs

Les données sur les hospitalisations montrent que les patients NSA représentent un gros défi pour le système hospitalier. Pour 2007-2008, on compte plus de 74 000 hospitalisations NSA et plus de 1,7 million de jours NSA enregistrés à l'extérieur du Québec et du Manitoba. Afin d'être mieux en mesure d'effectuer des comparaisons significatives, nous avons exclu les données sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques, car ces deux groupes présentent un profil démographique distinct et nécessitent très peu de jours NSA. Pour connaître les autres exclusions, veuillez consulter les Notes techniques.

Les patients NSA ont représenté 5 % des hospitalisations et 14 % des jours NSA dans les établissements de soins de courte durée, ce qui signifie qu'en tout temps, près de 5 200 lits en établissements de soins de courte durée étaient occupés par des patients NSA.

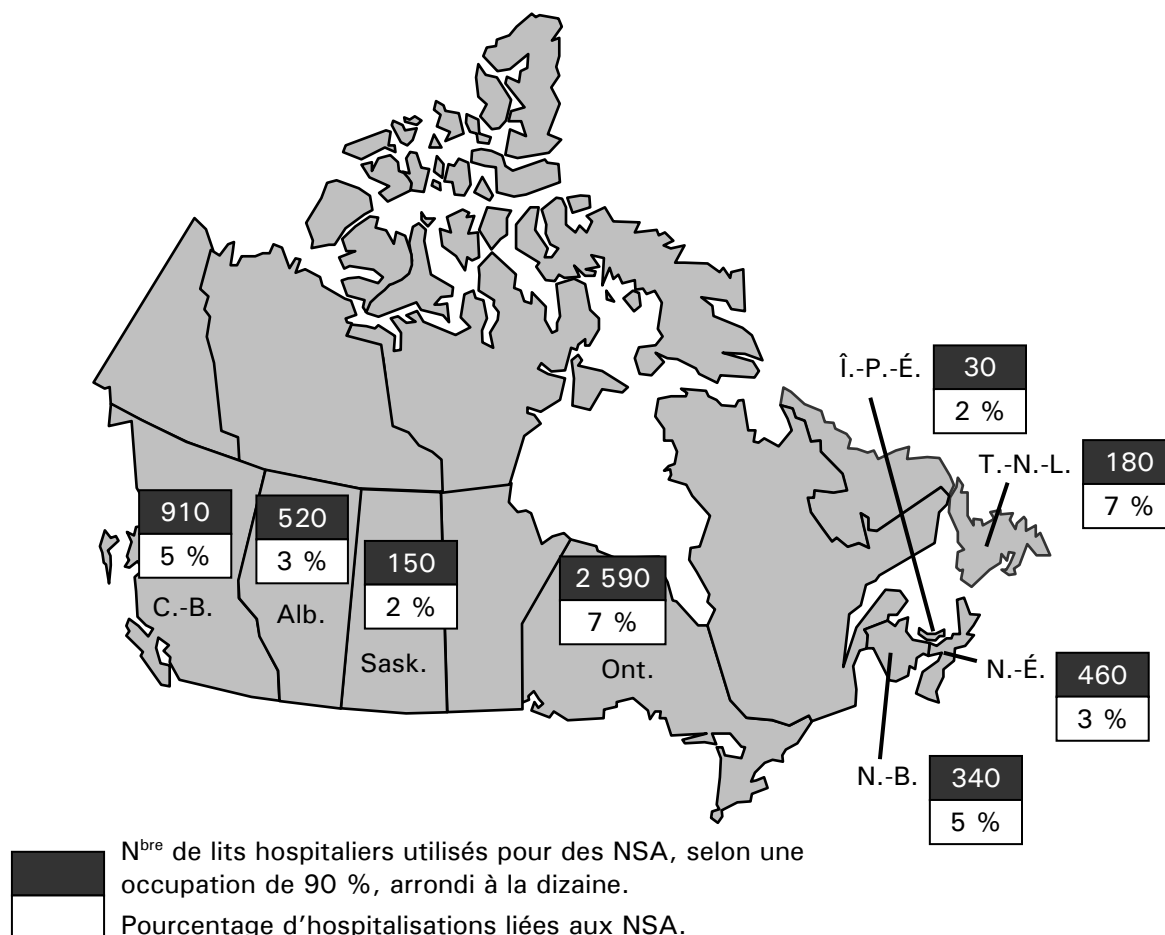
De toutes les provinces incluses dans l'analyse, la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard affichaient le plus faible taux de jours NSA en 2007-2008, soit 2 % des hospitalisations. À l'autre extrême se trouvaient l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador avec 7 % des hospitalisations. Il est difficile de comprendre cette variation. Les différences en matière de financement et de capacité du système à offrir les divers types de soins pourraient l'expliquer en partie. Cependant, cette variation pourrait également être le résultat de divergences dans les méthodes de documentation et de collecte des données.

Au cours des trois dernières années, le pourcentage d'hospitalisations NSA est demeuré relativement stable, alors que les jours NSA déclarés sont passés de 10 à 14 % de tous les jours d'hospitalisation. Si on ne peut expliquer pourquoi ce changement a eu lieu, on pourrait supposer qu'il résulte de la complexité accrue du processus de sortie des patients des soins de courte durée. Les efforts visant à identifier les patients nécessitant un niveau de soins alternatif plus rapidement pourraient aussi expliquer la hausse du nombre de jours NSA.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Figure 1 Étendue des niveaux de soins alternatifs par province, 2007-2008



Remarques

Les NSA peuvent être consignés différemment d'une province à l'autre. Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

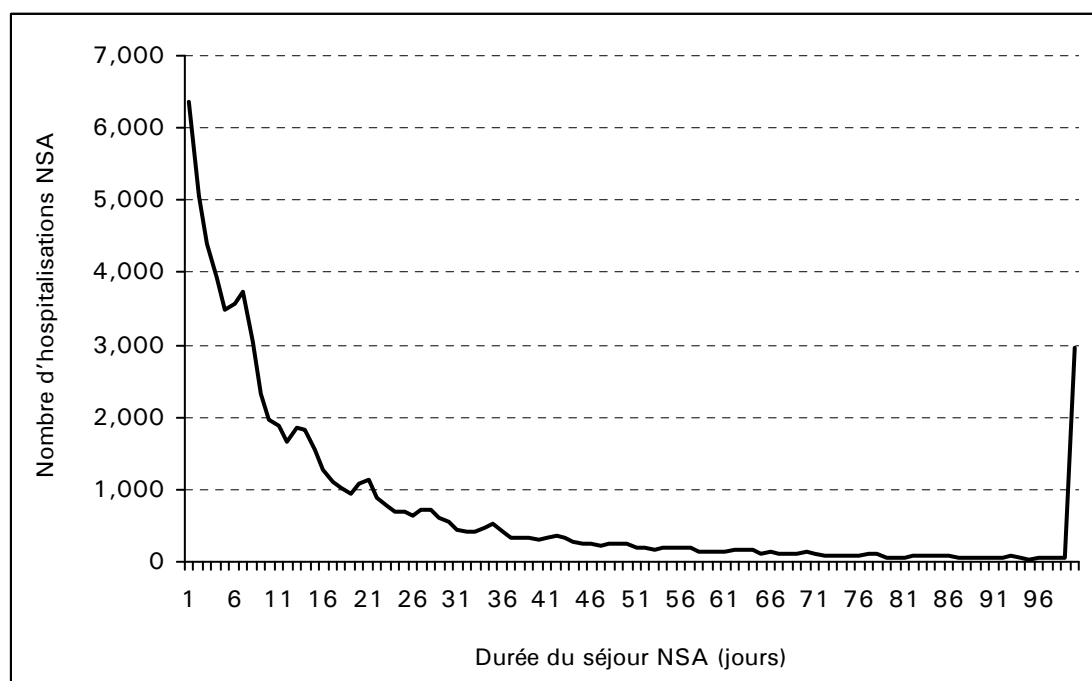
Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

4 Combien de temps les patients NSA attendent-ils?

En 2007-2008, la durée médiane du séjour NSA a été de 10 jours, ce qui est comparable aux deux années antérieures. Certains patients ont été consignés comme NSA seulement pendant une courte période, alors que d'autres ont séjourné comme NSA pendant plusieurs mois à l'hôpital après la fin de leur traitement en soins de courte durée. Quinze pour cent des patients n'ont enregistré qu'un ou deux jours NSA, alors que 59 % ont enregistré plus d'une semaine et 20 % ont enregistré plus d'un mois. Certains séjours NSA ont été très longs : 4 % comptaient plus de 100 jours. Les patients NSA hospitalisés pour une longue période n'affichaient pas de grandes différences sur le plan démographique (sexe et âge), mais étaient plus susceptibles de séjourner à l'hôpital pour des raisons liées à la démence.

Figure 2 Distribution de la durée du séjour NSA, 2007-2008



Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

5 Qui sont les patients NSA?

À l'instar de la population en établissements de soins de courte durée, les patients nécessitant un niveau de soins alternatifⁱ forment un groupe diversifié. Ils se distinguent toutefois des autres patients en divers points clés. Lors de travaux antérieurs visant à établir le profil des patients NSA, plusieurs groupes ont été identifiés par des efforts de réduction des jours NSA, notamment les personnes âgées fragiles, celles présentant des problèmes cognitifs ou comportementaux et les patients atteints de troubles neurologiques ou ayant subi un accident cérébrovasculaire⁶. Les résultats de nos analyses abondent dans le même sens; ils démontrent en effet que ces trois groupes représentaient une portion importante des personnes nécessitant un NSA.

Les patients NSA étaient plus âgés et plus susceptibles d'être admis à l'hôpital par les services d'urgence que les patients ne nécessitant pas de NSA. La probabilité qu'ils présentent une comorbidité était aussi plus de deux fois supérieure. La durée du séjour en soins de courte durée était plus longue dans le cas des hospitalisations NSA que de celles non liées aux NSA (11 jours en soins de courte durée contre 4).

Tableau 1 Caractéristiques des patients NSA et des autres patients

	Patients NSA	Autres patients
Femmes (%)	58	51
Âge (années médianes)	80	63
Durée de l'hospitalisation (jours médians)		
Total	26	4
Portion en soins de courte durée	11	4
Portion NSA	10	0
Au moins une comorbidité (%)	36	15
Admis par la salle d'urgence (%)	83	63

Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

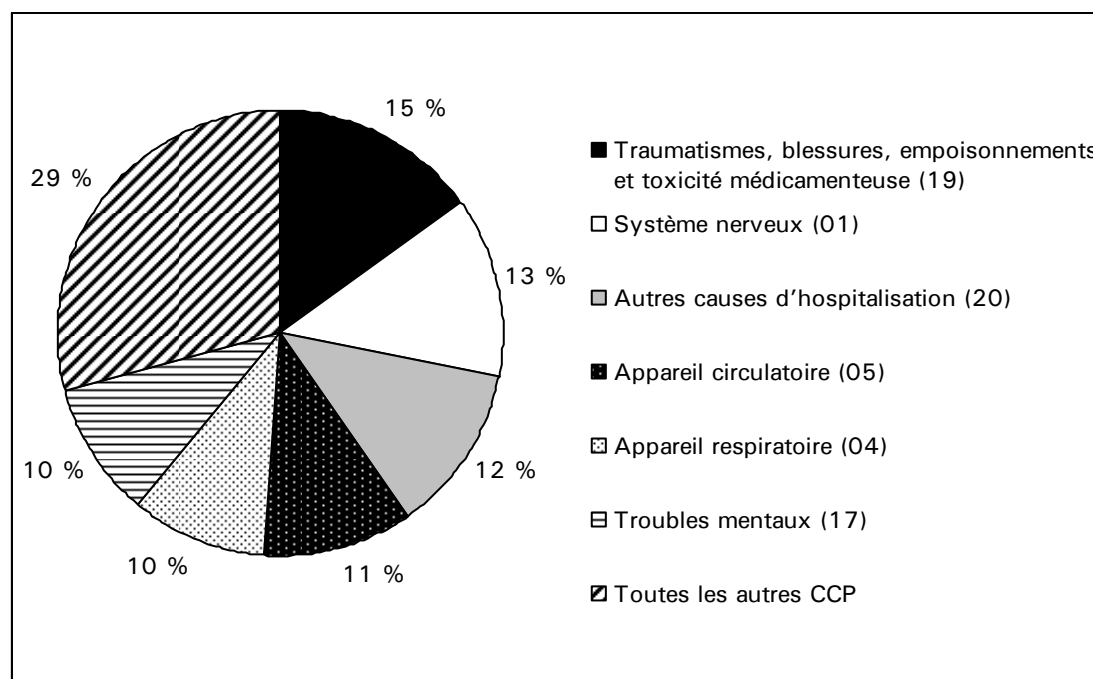
i. En 2007-2008, 74 504 hospitalisations comportant des jours NSA ont été reliées aux 69 445 patients adultes (patientes en obstétrique exclues). Étant donné que la majorité des patients NSA n'ont été hospitalisés qu'une seule fois, nous employons le terme « patients NSA » bien que notre analyse ait porté sur les hospitalisations NSA.

Les jours NSA peuvent survenir à n'importe quel moment du séjour à l'hôpital, mais la plupart ont été enregistrés vers la fin. Toutefois, au moins 7 % des patients NSA ont été admis dans un centre de soins de courte durée en tant que patients NSA (taux provinciaux : de 6 à 16 %; consultez l'annexe A), ce qui représente près de 10 % de tous les jours NSA. Les admissions NSA ont eu lieu le plus fréquemment pour des soins palliatifs (33 %), l'attente d'une admission dans un établissement approprié (27 %) et un traitement de physiothérapie (11 %).

5.1 Groupes de diagnostics clés associés aux niveaux de soins alternatifs

Plusieurs groupes précis de diagnostics ont été associés aux NSA. Pour déterminer quels étaient ces groupes, nous avons d'abord examiné les hospitalisations NSA dans les catégories cliniques principales (CCP; vous trouverez dans les Notes techniques des renseignements plus détaillés sur les groupes de patients et la méthodologie de regroupement de l'ICIS). Nous avons découvert que quatre CCP étaient liées à plus de la moitié des hospitalisations NSA : traumatismes, maladies du système nerveux, maladies du système sanguin et autres causes d'hospitalisation (figure 3).

Figure 3 Hospitalisations NSA par catégorie clinique principale, 2007-2008



Remarques

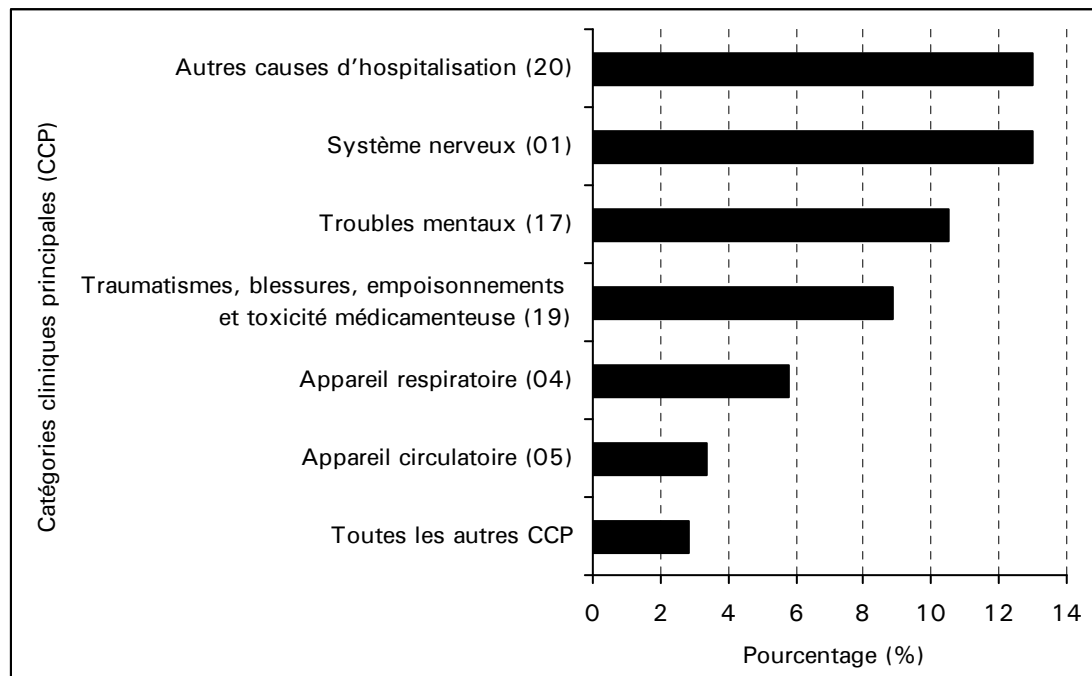
Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Comme le montre la figure 4, nous avons également évalué la proportion d'hospitalisations classées comme NSA dans chaque CCP importante. Il est intéressant de noter que 13 % de l'ensemble des hospitalisations dans la CCP « autres causes d'hospitalisation » comportaient au moins un jour NSA. Les autres CCP à forte proportion de patients NSA comprenaient les maladies du système nerveux, les troubles mentaux et les traumatismes.

Figure 4 Hospitalisations NSA dans les catégories cliniques principales, 2007-2008



Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Dans les CCP les plus courantes, nous avons étudié les groupes de maladies analogues afin de déceler les groupes de patients ciblés par nos recherches. Nos résultats appuient ceux présentés dans les rapports précédents^{1, 2, 6} qui indiquaient que la démence est un des principaux troubles associés aux NSA. En 2007-2008, 57 % de toutes les hospitalisations dont le diagnostic principal était la démence et 25 % de celles pour lesquelles la démence était une comorbidité comportaient au moins un jour NSA. Dans l'ensemble, la démence était responsable de près du quart des hospitalisations NSA et plus du tiers des jours NSA. Les patients hospitalisés ayant reçu un diagnostic principal de démence avaient une durée médiane de séjour NSA plus longue (23 jours) que les patients NSA moyens (10 jours).

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Les patients ayant subi un accident cérébrovasculaire (ACV) étaient également associés à une utilisation élevée des NSA. Au moins un jour NSA a été consigné pour 23 % d'entre eux. Les hospitalisations à la suite d'un ACV représentaient 7 % des hospitalisations NSA et des jours NSA. Globalement, 14 % des patients NSA ont reçu un diagnostic de traumatisme et ont utilisé 11 % des jours NSA. Des jours NSA ont été saisis pour un patient sur cinq (20 %) présentant des signes et symptômes généraux difficiles à classer. Ce groupe totalisait 6 % de toutes les hospitalisations NSA et 7 % des jours NSA.

Tableau 2 Groupes de diagnostics associés à une utilisation élevée des NSA

Groupe de diagnostics	Total des hospitalisations, 2007-2008	Pourcentage avec des jours NSA (%)	Pourcentage de toutes les hospitalisations NSA (n = 74 504)	Pourcentage de tous les jours NSA (n = 1 702 330)	Durée médiane du séjour NSA (jours)
Démence (principal)	7 140	57	5	10	23
Démence (comorbidité)	53 023	25	18	24	16
Accident cérébrovasculaire	23 910	23	7	7	10
Traumatisme	95 888	11	14	11	9
Signes et symptômes généraux	21 245	20	6	7	13

Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

5.2 Principales interventions cliniques associées aux niveaux de soins alternatifs

En nous fondant sur des travaux antérieurs réalisés sur les NSA¹, nous avons étudié les interventions précises que les patients ont subies durant la portion soins de courte durée de leur séjour : pose d'une sonde d'alimentation, dialyse et ventilation (à court et à long terme).

Tableau 3 Interventions associées à une utilisation élevée des NSA

Intervention	Total des hospitalisations, 2007-2008	Pourcentage avec des jours NSA	Pourcentage de toutes les hospitalisations NSA (n = 74 504)	Pourcentage de tous les jours NSA (n = 1 702 330)	Durée médiane du séjour NSA (jours)
Sonde d'alimentation	7 683	24	3	4	21
Ventilation (à long terme)	13 170	14	3	3	14
Ventilation (à court terme)	40 024	6	3	3	9
Dialyse	18 739	10	2	3	12

Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Les sondes d'alimentation et la ventilation sont connues comme des prédicteurs de l'utilisation générale des ressources hospitalières⁹. Bien que, dans l'ensemble, les patients qui ont subi ces types d'interventions n'aient pas enregistré un grand nombre de jours NSA, près d'une hospitalisation sur quatre comprenant la pose d'une sonde d'alimentation en 2007-2008 comportait des jours NSA. En moyenne, les patients qui avaient une sonde d'alimentation ont passé 21 jours en attente d'un niveau de soins alternatif.

La relation entre la ventilation et les NSA dépendait de la durée de la ventilation (à court ou à long terme, soit, respectivement, moins ou plus de quatre jours). Au moins un jour NSA a été consigné chez 14 % des patients ayant été ventilés à long terme. La durée médiane de leur séjour NSA a été de deux semaines, comparativement à 10 jours pour le patient NSA moyen. Les patients ayant reçu une ventilation à court terme n'ont pas effectué de séjours NSA plus longs que la moyenne.

Les patients dialysés, quant à eux, étaient plus susceptibles que la moyenne d'attendre un autre niveau de soins pendant au moins une journée (probabilité de 1 sur 10, comparativement à 1 sur 20). Toutefois, leur séjour NSA n'était pas substantiellement plus long que celui du patient NSA moyen.

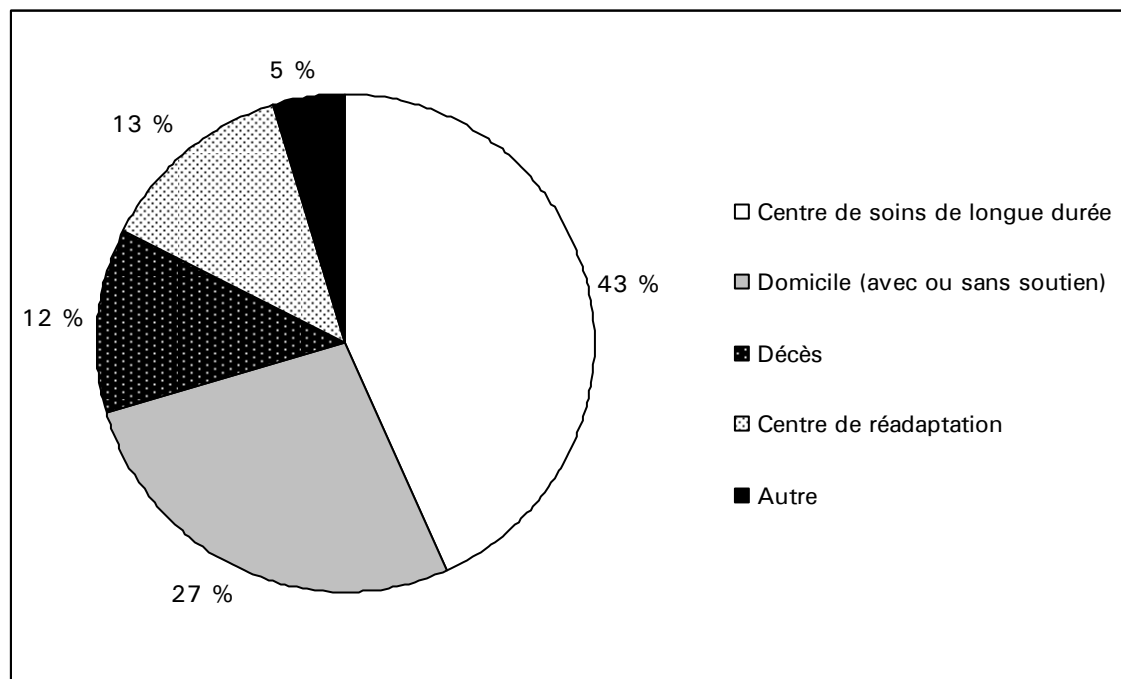
6 Quel type de soins les patients NSA attendent-ils et où vont-ils?

Les dossiers de patients contiennent des renseignements sur les raisons pour lesquelles les jours passés à l'hôpital ont été désignés comme NSA ainsi que sur l'établissement où a été transféré le patient une fois qu'il a obtenu son congé. Bien que ces deux renseignements ne concordent pas toujours, ils peuvent fournir un aperçu du tableau des NSA une fois combinés. Elles permettent notamment de constater que, des 65 % de patients NSA qui ont été inscrits comme attendant d'être admis dans un établissement, 17 % sont retournés à la maison (taux provinciaux : de 9 à 19 %). Divers facteurs peuvent expliquer cette situation, y compris une amélioration de l'état du patient, une combinaison de services de soutien à domicile et communautaires ou la nécessité d'utiliser les lits pour des patients dans un état plus grave que ceux qui continueront d'attendre chez eux. Nous n'avons noté aucune différence frappante sur le plan démographique ou clinique entre les groupes de patients qui sont retournés à la maison et ceux qui ont été transférés dans un autre établissement tel que prévu. On peut toutefois présumer que les personnes en attente de soins de longue durée ou de réadaptation qui ont été renvoyées à la maison ont grand besoin de services à domicile. Des services de soutien à domicile n'ont toutefois pas été inscrits sur l'abrégé de sortie de tous ces patients. D'une province à l'autre, les proportions recevant un soutien à domicile variaient de 0 à 61 %. Cette variation pourrait être le résultat de différences dans les soins fournis aux patients ou dans la documentation.

D'une manière générale, on présume que les patients NSA attendent un transfert dans un autre établissement. Pourtant, en 2007-2008, plus du tiers étaient classés dans cette catégorie pour une autre raison. Dix pour cent étaient en convalescence, 8 % recevaient des soins palliatifs et 4 % bénéficiaient de services médicaux non offerts à domicile (une chimiothérapie, par exemple). Cette constatation soulève des questions quant à la disponibilité des services, aux préférences des patients et de leur famille et au milieu le plus approprié pour divers types de services.

La destination prédominante des patients NSA était un établissement de soins de longue durée (43 %), tandis que 27 % sont retournés à la maison et 12 % sont décédés. Bon nombre de ceux qui sont décédés avaient été hospitalisés pour des soins palliatifs (42 %), mais près de la moitié (45 %) attendaient d'être admis dans un autre établissement. Les proportions de sorties vers divers milieux sont demeurées relativement stables de 2005-2006 à 2007-2008.

Figure 5 Destination de tous les patients NSA à leur sortie de l'hôpital, 2007-2008



Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

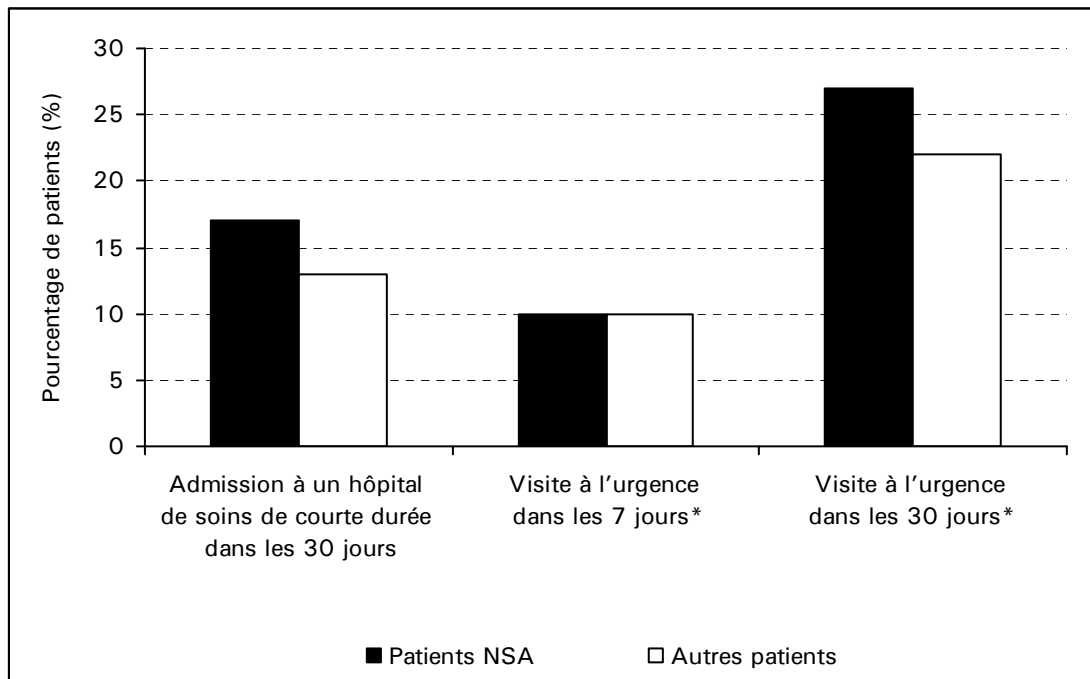
Le nombre de jours NSA par hospitalisation fluctuait également en fonction de la destination finale à la sortie. Le nombre médian de jours NSA le plus élevé (15 jours) a été consigné chez les patients transférés à un centre de soins de longue durée, ce qui représentait 60 % de tous les jours NSA (taux provinciaux : de 49 à 76 %); le nombre médian de jours NSA le plus faible a quant à lui été enregistré chez les patients transférés à un centre de réadaptation (6 jours) et chez ceux retournés à la maison (7 jours).

7 Une dernière question : Qu'advient-il des patients NSA après qu'ils aient obtenu leur congé?

La résolution des nombreuses questions que soulèvent les données sur les NSA va au-delà du mandat du présent rapport. Toutefois, un premier examen de la situation des patients NSA qui sont retournés à la maison permet d'obtenir un aperçu des éclaircissements que pourrait apporter une analyse plus approfondie des données.

La planification rigoureuse des sorties a pour but de veiller à ce que les patients reçoivent le soutien approprié pour demeurer en santé et fonctionnels à l'extérieur de l'hôpital. Nous avons néanmoins constaté qu'en 2007-2008, 17 % des hospitalisations NSA ont été suivies d'au moins une réadmission dans les 30 jours suivant le retour à la maison (taux provinciaux : de 14 à 26 %). Par comparaison, ce taux est de 12 % chez les patients ne nécessitant pas un niveau de soins alternatif. En Ontario, où sont consignées les données des services d'urgence, 27 % des patients NSA qui sont retournés à la maison en 2007-2008 se sont présentés à la salle d'urgence dans les 30 jours suivant leur sortie. Fait remarquable, 22 % des patients ne nécessitant pas un niveau de soins alternatif ont également visité les services d'urgence dans les 30 jours suivant leur sortie. Bien que cette constatation puisse refléter certains aspects des soins fournis aux patients et de la planification des sorties, il pourrait y avoir d'autres raisons administratives. Par exemple, il est possible que les médecins considèrent l'admission d'un patient par la salle d'urgence plus efficace qu'une admission directe à l'établissement de soins de courte durée. Cette constatation inattendue nécessite une étude plus approfondie.

Figure 6 Admissions à un hôpital de soins de courte durée et visites au service d'urgence à la suite d'un retour à la maison



Remarques

* Inclut seulement les données de l'Ontario.

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Sources

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

8 Résumé

Les niveaux de soins alternatifs représentent une question clé et sont responsables d'un grand nombre d'hospitalisations et de jours d'hospitalisation. Les données, bien qu'elles comportent des limites, résolvent et soulèvent à la fois d'importantes questions au sujet du système de santé et des transitions à la sortie des soins de courte durée.

Ce que nous savons :

- Les patients NSA forment un groupe diversifié. Cependant, certains diagnostics cliniques sont associés aux NSA, tels que la démence, les accidents cérébrovasculaires, les traumatismes ainsi que les signes et symptômes généraux. De plus, des interventions comme la pose d'une sonde d'alimentation, la ventilation à long terme et la dialyse, semblent être associées à une utilisation élevée des NSA.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

- La plupart des patients NSA attendent qu'une place se libère ailleurs et sont transférés dans un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation.
- Certains des patients en attente d'un transfert finissent par retourner à la maison.
- Une proportion substantielle de patients est considérée comme « NSA » pour d'autres raisons que l'attente d'un lit. Certains patients sont admis pour un NSA.
- La majorité des patients sont catégorisés « NSA » pour une courte période, mais dans certains cas, le séjour est de longue durée.
- Lorsque les patients NSA sont retournés à la maison, ils présentent un risque plus élevé de se rendre à la salle d'urgence et d'être réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie que les patients ne requérant pas un niveau de soins alternatif.

Ce que nous ignorons :

- Quelles sont les causes principales des variations entre les provinces et les établissements en matière de NSA? Sont-elles essentiellement fondées sur des différences au chapitre de la classification et de la consignation des cas NSA ou reflètent-elles des divergences clés dans les soins aux patients?
- Pourquoi certains patients sont-ils classés « NSA » pendant trois mois ou plus?
- Pourquoi certaines personnes sont-elles considérées comme nécessitant d'emblée un niveau de soins alternatif à leur admission à l'hôpital?
- Pourquoi des patients sont-ils retournés à la maison alors qu'ils attendent une place dans un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation?
- Le système de santé a-t-il une capacité suffisante pour fournir des soins essentiels dans le milieu le plus approprié, tant sur le plan social que clinique?
- Des stratégies précises peuvent-elles alléger la pression subie par le personnel et les patients si les patients NSA en attente d'un lit dans un autre établissement sont transférés plus rapidement?
- Une augmentation de la capacité requise dans d'autres secteurs (les services communautaires et les établissements accueillant des patients à leur sortie d'un hôpital de soins de courte durée, par exemple) pour venir en aide aux patients NSA pourrait-elle réduire le coût que ces patients représentent pour le système de santé?

Remerciements

L'ICIS aimerait remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport, y compris Jennifer Froom, Jin Huang, Jenny Lineker, Kathleen Morris et Jennifer Walker.

À propos de l'ICIS

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 rassemble 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.

La production de la présente analyse 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.

Notes techniques

Sources de données

Les données sur les hospitalisations ont été extraites de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'ICIS, qui comprend des données administratives, cliniques et démographiques sur les hospitalisations en soins de courte durée au Canada. La date de sortie des hospitalisations sélectionnées se situent entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2008.

Méthodologie

Une hospitalisation a été considérée comme NSA si un jour NSA a été enregistré à un moment donné lors du séjour à l'hôpital.

Pour veiller à ce que la population générale de patients hospitalisés soit comparable à celle des patients NSA, nous avons exclu :

- les hôpitaux québécois, car la BDCP ne comprend pas les données du Québec;
- les patientes en obstétrique (CCP 13 et 14), car leur cheminement clinique est différent de celui de la population hospitalière générale.

Afin de réduire au minimum les incohérences de codification des NSA, nous avons également exclu :

- les données du Manitoba, parce que les patients en réadaptation ont été systématiquement classés comme NSA au cours de la période étudiée, contrairement à la pratique en cours dans les autres provinces;
- les patients pédiatriques (âgés de moins de 17 ans), car le concept de NSA en pédiatrie n'est pas largement répandu ni consigné.

Étant donné que nous avons utilisé le numéro d'assurance-maladie pour établir des liens dans les dossiers des patients, nous avons exclu les dossiers sans numéro d'identification unique (c'est-à-dire ceux dans lesquels le numéro d'assurance-maladie n'a pas été inscrit ou encore ceux des patients étrangers ou pris en charge par le gouvernement fédéral).

Les patients admis sous le code Z76 de la CIM-10 ont aussi été écartés, puisqu'ils ne recevaient pas de soins actifs. Ce code représente une personne en santé accompagnant un malade (par exemple, un conjoint dépendant, avec son aidant).

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Les hospitalisations ont servi d'unité d'analyse pour la présente étude. Pour tenir compte des transferts d'un hôpital de soins de courte durée à un autre, les divers abrégés ont été combinés pour former des épisodes de soins (ou hospitalisations). Un abrégé a été considéré comme un transfert si a) un transfert en provenance ou à destination d'un établissement de soins de courte durée a été indiqué sur l'abrégé de réadmission ou dans l'abrégé précédent et b) le patient a été admis dans un établissement de soins de courte durée dans les 12 heures suivant ou précédant sa sortie d'un autre établissement du même type. Dans l'ensemble, plus d'un abrégé a été rempli pour 4,5 % des hospitalisations.

Lorsque des statistiques sur les patients étaient fournies, les données ont été tirées des abrégés d'admission, sauf indication contraire.

Nous avons estimé la sous-déclaration des NSA chez les patients transférés dans un établissement de réadaptation ou de soins de longue durée à l'aide de l'équation suivante :

$A / B \times 100 \%$, où :

A = les cas à probabilité élevée de séjour NSA. Plus précisément, le nombre de patients hospitalisés en soins de courte durée dont la durée du séjour NSA est égale à 0, dont la durée du séjour totale est supérieure à 30 jours ET qui sont transférés dans un centre de réadaptation, un établissement de soins de longue durée, un centre de soins infirmiers ou un foyer pour personnes âgées.

B = le nombre de patients hospitalisés en soins de courte durée dont la durée du séjour est supérieure à 30 jours ET qui sont transférés dans un centre de réadaptation, un établissement de soins de longue durée, un centre de soins infirmiers ou un foyer pour personnes âgées.

Les hospitalisations ont été classées en fonction des groupes de maladies analogues (GMA) et des catégories cliniques principales (CCP). Cette méthode nous a aidés à déceler le diagnostic responsable de la plus grande partie du séjour à l'hôpital. Vous trouverez une description complète de la méthodologie GMA + sur le site Web de l'ICIS (www.icis.ca). Dans le cas des hospitalisations pour lesquelles des abrégés ont été combinés, le GMA ou la CCP responsable de l'hospitalisation a été déterminé en fonction de l'inscription sur l'abrégé d'admission, à moins d'une mention contraire.

Les hospitalisations ont également été réparties en groupes de diagnostics liés aux NSA. Une hospitalisation pouvait être classée dans plus d'une catégorie. Plus précisément :

- Accident cérébrovasculaire : GMA + 025, 026, 028 dans l'abrégé d'admission.
- Démence : GMA + 670 dans l'abrégé d'admission.
- Démence en tant que comorbidité : code G30.^ ou de F00.^ à F09.^ de la CIM-10 à tout moment du séjour et non classé comme GMA + 670 à l'admission.
- Signes et symptômes généraux : GMA + 800, 801, 811, 812 à tout moment du séjour.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

- Traumatisme : diagnostic de traumatisme (disponible sur demande) dans l'abrégé d'admission.
- Arthroplastie de la hanche ou du genou : code d'intervention 1V53^^ ou 1VG53^^ à tout moment du séjour.
- Sonde d'alimentation : intervention de pose de sonde d'alimentation du GMA + signalée à tout moment du séjour.
- Dialyse : intervention de dialyse du GMA + signalée à tout moment du séjour.
- Ventilation (à long terme) : intervention de ventilation de plus de 96 heures du GMA + signalée à tout moment du séjour.
- Ventilation (à court terme) : intervention de ventilation de moins de 96 heures du GMA + signalée à tout moment du séjour.

Le nombre de comorbidités a été déterminé à l'aide du Charlson Comorbidity Index. Cet indice a été conçu dans les années 1980 et est considéré par beaucoup comme un outil efficace pour mesurer la mortalité associée aux comorbidités¹⁰.

La destination finale à la sortie de l'hôpital, quant à elle, a été établie selon les données du dernier abrégé employé dans la combinaison d'abrégés et a été catégorisée en fonction de la méthode par étapes suivante :

1. L'état à la sortie a été utilisé pour identifier les patients qui sont retournés à la maison (avec ou sans soutien) ou qui sont décédés à l'hôpital.
2. L'état à la sortie et les variables du transfert ont été employés pour identifier les patients qui sont retournés à la maison ou ont été transférés à un établissement de réadaptation ou de soins de longue durée.

Les hôpitaux soumettent des données à la BDCP seulement après la sortie du patient. Étant donné que les patients NSA tendent à demeurer à l'hôpital plus longtemps que les autres patients, nous avons uniquement tenu compte des sorties survenues dans les trois premiers trimestres de l'exercice afin de déceler toute réadmission en soins de courte durée dans les 30 jours suivant la sortie. Ainsi, une réadmission en soins de courte durée désigne le temps écoulé entre la sortie et la date de l'admission suivante.

Les données sur les soins de courte durée de l'Ontario ont également été liées à l'utilisation non planifiée des services d'urgence (données saisies dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires, ou SNISA) pour 2007-2008. On a suivi les patients dont la sortie d'un centre de soins de courte durée a eu lieu dans les 11 premiers mois de l'année en Ontario afin de déterminer s'ils se sont présentés à la salle d'urgence dans les 7 et 30 jours suivants. L'intervalle avant une visite aux services d'urgence a été défini comme la période entre la sortie des soins de courte durée et l'admission dans une salle d'urgence (consultez le site Web de l'ICIS pour obtenir plus de détails sur le SNISA). Lorsqu'un patient a été admis à la salle d'urgence plus d'une fois durant la période à l'étude, seule la première admission a été comptée.

Annexe A : Autres résultats provinciaux

Tableau A-1 Destination des patients NSA à leur sortie, selon la province (%), 2007-2008

	Centre de soins de longue durée	Domicile (avec ou sans soutien)	Décès	Centre de réadaptation	Autre
C.-B.	45	35	10	1	9
Alb.	56	14	9	8	14
Sask.	66	15	14	2	3
Ont.	41	26	12	19	2
N.-B.	50	32	8	8	2
N.-É.	44	23	20	4	9
Î.-P.-É.	68	17	10	2	4
T.-N.-L.	26	44	19	8	2

Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau A-2 Pourcentage d'hospitalisations NSA, selon la destination à la sortie et la province, 2007-2008

	Nombre total de jours NSA (N)	Destination à la sortie (%)				
		Centre de soins de longue durée	Domicile (avec ou sans soutien)	Décès	Centre de réadaptation	Autre
C.-B.	300 379	59	24	10	1	6
Alb.	169 132	64	14	9	4	10
Sask.	48 663	72	8	16	2	1
Ont.	853 316	57*	17	13	10	3
N.-B.	113 096	65	17	13	3	2
N.-É.	150 533	66	11	15	2	7
Î.-P.-É.	8 955	76	9	12	0	4
T.-N.-L.	57 714	49	28	15	6	2

Remarques

* En Ontario, 17 % des jours NSA enregistrés l'ont été pour des patients transférés à un établissement de soins continus complexes et 40 %, pour des patients transférés à d'autres établissements de soins de longue durée.

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau A-3 Pourcentage d'hospitalisations NSA

	Patients admis dans un centre de soins de courte durée en tant que NSA	Patients en attente d'un transfert retournés à la maison	Patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie
C.-B.	8	15	17
Alb.	6	12	14
Sask.	11	9	18
Ont.	6	18	17
N.-B.	11	17	18
N.-É.	16	13	15
Î.-P.-É.	10	13	26
T.-N.-L.	7	19	15

Remarques

Les données du Manitoba et du Québec ainsi que celles sur les patientes en obstétrique et les patients pédiatriques sont exclues. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les exclusions dans les Notes techniques.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Association des Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Ontario Hospital Association, Ontario Long Term Care Association, *Alternate Level of Care—Challenges and Opportunities. A Collaborative Position Paper* (en ligne), Toronto (Ont.), OHA, 2006. Consulté le 31 octobre 2008. Internet : <[http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/Alternate+Level+of+Care+-+Challenges+and+Opportunities/\\$file/Alternate_LevelofCare_May2006.pdf](http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/Alternate+Level+of+Care+-+Challenges+and+Opportunities/$file/Alternate_LevelofCare_May2006.pdf)>.
2. A. Yassi et coll., *Caring for the Caregivers of "Alternate Level Care" (ALC) Patients: The Impact of Healthcare Organizational Factors in Nurse Health, Well Being, Recruitment and Retention in the South Fraser Health Region of British Columbia* (en ligne), Vancouver (C.-B.), Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in B.C., s.d. Consulté le 31 octobre 2008. Internet : <<http://www.ohsah.bc.ca/media/1-ALC-Final-Report.pdf>>.
3. Centre for Healthcare Quality Improvement, *The Flo Collaborative: Quality Transitions for Better Care* (en ligne). Consulté le 4 novembre 2008. Internet : <http://www.chqi.ca/flo/flo_mn.html>.
4. H. MacLeod, B. Bell, K. Deane et C. Baker, « Creating Sustained Improvements in Patient Access and Flow: Experiences From Three Ontario Healthcare Institutions », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 3 (2008), p. 38-49.
5. 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.
6. Toronto Central Local Health Integration Network ALC Task Group, *Improving Transitions: An ALC Action Plan for the Toronto Central LHIN*, Toronto (Ont.), RLISS de Toronto Centre, 2008.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual, 2007–2008*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *Qualité des données de la Base de données sur les congés des patients suite à la première année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI — Rapport final*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2004.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *CMG+ Tool Kit: Transitioning to the New CMG+ Grouping Methodology (and Associated Health Resource Indicators)*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
10. V. Sundararajan et coll., « New ICD-10 Version of the Charlson Comorbidity Index Predicted In-Hospital Mortality », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 57 (2004), p. 1288-1294.