





Suivi du médecin après la sortie de l'hôpital : progrès dans l'adoption de pratiques exemplaires



### 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

Remerciements	4
Suivi du médecin après la sortie de l'hôpital : progrès dans l'adoption	
de pratiques exemplaires	5
Principaux résultats	5
Objectifs de l'étude	5
Continuité des soins	6
Méthodes	7
Données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients	7
Résultats	8
Taux de suivi par un médecin	8
Pratiques exemplaires	8
Variation des taux de suivi	10
Facteurs associés aux taux de suivi	10
Type de médecins	11
Mesurer la continuité chez les médecins habituels	12
Résumé	14
Conclusions et stratégies d'amélioration	15
Annexe A : Méthodes	16
Sources des données	16
Définition de l'hospitalisation de référence	16
Définition de la consultation de suivi par un médecin	
Analyse statistique	17
Annexe B : Taux de suivi ajustés par région sanitaire	
Références	

### Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution au rapport *Suivi du médecin après la sortie de l'hôpital : progrès dans l'adoption de pratiques exemplaires.* 

- Dr Brad Bahler, médecin, Centre de santé familiale Sylvan
- Dr Rob Basi, professeur adjoint d'enseignement clinique, Hôpital St. Paul's, Saskatoon
- D<sup>r</sup> Chaim Bell, professeur agrégé de médecine et de politique, de gestion et d'évaluation de la santé, Université de Toronto, Département de médecine, Hôpital Mount Sinai
- Tim Cooke, chef, mesure du système de santé, Health Quality Council of Alberta
- D<sup>r</sup> Justin Ezekowitz, professeur agrégé, Division de cardiologie, Département de médecine, Université de l'Alberta
- D<sup>re</sup> Lauren Lapointe Shaw, assistante clinique, Département de médecine interne, Hôpital Mount Sinai et Réseau universitaire de la santé
- D<sup>r</sup> Finlay A. McAlister, professeur, Division de médecine interne générale, Université de l'Alberta
- Sheena McRae, chef d'équipe, gouvernement de la Saskatchewan
- Tony Mottershead, gestionnaire de programme, Alberta Access Improvement Measures, Soins primaires, Services de santé de l'Alberta
- D<sup>r</sup> Nick Myers, directeur médical, Soins primaires, Services de santé de l'Alberta
- Scott Oddie, directeur, Recherche sur les soins de santé primaires, Services de santé de l'Alberta
- David Onyschuk, directeur, Gestion des relations avec les clients et accès aux données, Santé Alberta
- Maria Reyes, conseillère de programme, Services de santé primaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- D<sup>r</sup> Mark Wahba, urgentologue, conseiller en amélioration de la qualité, Autorité sanitaire régionale de Saskatoon
- D<sup>r</sup> Rob Wedel, directeur médical, Chinook Primary Care Network, Alberta Access Improvement Measures, Université de Calgary

Veuillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

### Suivi du médecin après la sortie de l'hôpital : progrès dans l'adoption de pratiques exemplaires

### Principaux résultats

Pendant la période de transition qui suit immédiatement sa sortie de l'hôpital, le patient peut être vulnérable et présenter des risques importants pour sa santé. La continuité des soins est essentielle durant le passage des patients de l'hôpital à la collectivité. L'amélioration de la continuité des soins procure de nombreux avantages, dont la réduction du nombre d'erreurs médicales et une meilleure prise en charge du patient. À l'aide de données nouvellement acquises sur la facturation des médecins, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a évalué dans quelle mesure les pratiques exemplaires en matière de suivi des patients dans la collectivité après une hospitalisation sont respectées en Alberta et en Saskatchewan.

- Dans le cas de 3 affections infarctus aigu du myocarde (IAM), insuffisance cardiaque (IC) et maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) pour lesquelles on recommande une consultation de suivi une semaine à un mois après la sortie de l'hôpital, nous avons constaté que la majorité des patients (77 à 92 %) ont vu un médecin dans le mois suivant leur sortie. Cependant, une proportion moindre de patients ont vu un médecin dans la première semaine (35 à 56 %).
- Les taux de suivi variaient énormément entre ces 3 affections et entre les régions sanitaires.
  Le taux de suivi dans les 7 jours était plus faible chez les patients atteints de maladies chroniques (IC ou MPOC), les résidents des quartiers à faible revenu et des régions rurales, et les patients renvoyés à leur domicile avec des services de soutien ou ayant reçu leur congé d'un hôpital communautaire (et non d'un hôpital d'enseignement).
- Les taux de suivi étaient plus élevés chez les patients qui avaient un médecin « habituel », en particulier chez les personnes atteintes d'une MPOC.

### Objectifs de l'étude

Le suivi après la sortie de l'hôpital facilite la transition du patient de l'hôpital à la collectivité. Selon les pratiques exemplaires, de nombreux patients devraient voir un médecin pour un suivi peu après leur sortie de l'hôpital. L'amélioration de la continuité des soins procure de nombreux avantages : la réduction du nombre d'erreurs médicales, une meilleure communication entre les dispensateurs de soins et l'application des connaissances pour encourager l'adoption de comportements sains à la maison<sup>1-3</sup>. Toutefois, on en sait peu sur les taux de suivi par les médecins au Canada.

Compte tenu du peu d'information disponible sur ces taux de suivi, la présente étude avait 2 objectifs :

- déterminer le taux de suivi des patients par un médecin de soins de santé primaires ou un spécialiste après leur sortie d'un hôpital de soins de courte durée;
- examiner les facteurs liés au médecin, au patient et à l'hôpital qui influent sur le taux de suivi par un médecin.

L'étude porte sur les patients ayant reçu leur congé après une hospitalisation liée à un IAM, à une IC ou à une MPOC. L'analyse se concentre sur l'Alberta et la Saskatchewan, les 2 provinces qui ont soumis à l'ICIS de l'information sur les consultations de suivi effectuées par les médecins.

### Continuité des soins

La continuité des soins est l'une des priorités des systèmes de santé du monde entier. Elle exige de coordonner les soins et l'expérience des patients au fil de leur cheminement dans le réseau de la santé, dans le but d'atténuer les perturbations causées par la diversité des dispensateurs et des milieux de soins. La discontinuité des soins peut entraîner la répétition inutile des examens diagnostiques, la prescription de médicaments inappropriés et un mauvais transfert d'information<sup>4</sup>. Le suivi par un médecin est recommandé comme pratique exemplaire parce qu'il accroît la continuité des soins et améliore le transfert de l'information, réduisant ainsi la probabilité que ces 3 conséquences défavorables ne se produisent. Cette pratique facilite la transition des patients vers la collectivité et élimine les problèmes de communication et de continuité du traitement et des soins <sup>5</sup>.

Les consultations de suivi permettent aux patients de poser des questions sur leur hospitalisation, de clarifier tout malentendu concernant les directives reçues au moment de la sortie (y compris les problèmes liés aux médicaments) et de cerner les obstacles potentiels au rétablissement. Le suivi permet aussi aux médecins d'apprendre ce qui s'est passé à l'hôpital et de voir si l'état du patient évolue comme prévu.

Pendant la période de transition qui suit immédiatement sa sortie de l'hôpital, le patient peut être vulnérable et présenter des risques importants pour sa santé. Selon les pratiques exemplaires, de nombreux patients devraient voir un médecin dans les jours qui suivent leur sortie de l'hôpital<sup>6</sup>. Selon les lignes directrices canadiennes et internationales, le suivi pour certaines affections devrait avoir lieu d'une semaine à un mois après la sortie<sup>7-9</sup>. Certaines études canadiennes<sup>6, 10, 11</sup> et américaines<sup>12-18</sup> ont rendu compte des taux de suivi par un médecin dans les 7 jours et dans les 30 jours. Les résultats varient selon la population de patients, le moment du suivi et la région; la plupart des études concluent toutefois qu'il est possible d'améliorer la situation.

Bien qu'un suivi soit important dans le traitement de nombreuses maladies, la présente étude a été limitée au suivi des patients hospitalisés en raison d'un IAM, d'une IC ou d'une MPOC. Ces 3 affections ont été choisies parce qu'elles représentent un fardeau important au sein de la population et parce que le suivi est essentiel dans ce type de cas pour réduire le risque de complications après la sortie. L'IC et les MPOC sont des maladies chroniques reconnues comme traitables dans la collectivité, hors du milieu hospitalier (c.-à-d. qu'il s'agit de conditions propices aux soins ambulatoires)<sup>19</sup>. Nous avons inclus l'IAM dans l'étude afin d'examiner la variation des taux de suivi, puisqu'il s'agit d'une affection aiguë courante<sup>20</sup>. En plus de représenter un lourd fardeau, ces 3 affections ont aussi été ciblées par plusieurs associations médicales comme des cas exigeant un suivi rapide (habituellement une ou 2 semaines après la sortie)<sup>7, 8, 21-23</sup>.

### Méthodes

Le taux de suivi (par un médecin de soins de santé primaires ou un spécialiste) a été mesuré chez les patients de 18 ans et plus présentant un IAM, une IC ou une MPOC comme diagnostic principal. Les hospitalisations visées ont été relevées dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Pour chaque patient, la première admission qui n'était précédée d'aucune autre hospitalisation dans les 30 jours a été sélectionnée. Seules les données sur les hospitalisations survenues en Alberta et en Saskatchewan ont été utilisées, car ces 2 provinces soumettent à l'ICIS des données sur la facturation des médecins pouvant être mises en correspondance. Les données sur ces hospitalisations ont ainsi été couplées à celles de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) [2010-2011 à 2012-2013] au moyen des factures soumises par les médecins (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) à Santé Alberta et Santé Saskatchewan.

Toutes les consultations médicales à l'extérieur d'un hôpital ou dans une clinique hospitalière ont été incluses dans l'analyse. Les consultations de suivi qui ont eu lieu au cours de l'hospitalisation ont été exclues. Les consultations devaient inclure un code de tarif lié à la discussion du plan de soins, à l'examen physique ou à l'évaluation du patient. Des notes méthodologiques détaillées sont fournies à l'annexe A.

# Données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients

Le Canada offre une assurance universelle pour les services de santé nécessaires sur le plan médical, comme les visites chez le médecin pour des services couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Ces services sont facturés au régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire, puis saisis dans une base de données sur la facturation ou les réclamations. Chaque réclamation contient des renseignements sur les personnes en cause, le service dispensé, le lieu et la date de prestation, ainsi que le code diagnostique de la maladie ou de l'affection qui a été traitée<sup>24</sup>. Ces bases de données englobent la facturation à l'acte, en vertu de laquelle les médecins sont payés pour chaque traitement ou service dispensé, et la facturation pro forma, où le paiement n'est pas lié directement aux services déclarés<sup>25</sup>. Bien que de multiples modes de paiement existent, la majeure partie des services font l'objet d'une rémunération à l'acte. Aucun écart systématique en fonction du mode de paiement n'a été relevé dans les résultats mesurés dans la présente étude.

L'utilisation des données sur la facturation pour évaluer le suivi présente des limites. Tout d'abord, les données excluent d'autres types de dispensateurs, comme les pharmaciens et les infirmières praticiennes. De plus, les réclamations sont fondées sur un seul code de diagnostic, qui ne rend souvent pas compte de la gravité ou de la complexité de la maladie, ou de l'étendue des soins prodigués par le médecin<sup>26</sup>.

Pour en savoir davantage sur les bases de données de l'ICIS sur les médecins, visitez le www.icis.ca.

### Résultats

De 2010-2011 à 2012-2013, le nombre d'hospitalisations de référence chez les patients présentant un IAM, une IC ou une MPOC s'élevait à près de 24 000 en Alberta et à près de 10 000 en Saskatchewan (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre d'hospitalisations de référence, Alberta et Saskatchewan, 2010-2011 à 2012-2013

	IAM		IC		MPOC	
	Alb.	Sask.	Alb.	Sask.	Alb.	Sask.
Hospitalisations de référence	8 616	3 416	5 684	2 523	9 519	3 710

#### Remarques

IAM : infarctus aigu du myocarde.

IC : insuffisance cardiaque.

MPOC: maladie pulmonaire obstructive chronique.

#### Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données nationale sur les médecins, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

### Taux de suivi par un médecin

Dans le cas des 3 affections sélectionnées (IAM, IC et MPOC), pour lesquelles on recommande une consultation de suivi une semaine à un mois après la sortie de l'hôpital, nous avons constaté que la majorité des patients (77 à 92 %) ont vu un médecin dans le mois suivant leur sortie. Cependant, une proportion moindre de patients ont vu un médecin dans la première semaine (35 à 56 %).

### Pratiques exemplaires

Les recommandations sur le suivi varient selon les organismes et les maladies visées. Au Canada comme à l'étranger, les lignes directrices recommandent habituellement un suivi après une à 2 semaines dans le cas d'une MPOC<sup>11, 21, 27</sup>. Pour les patients atteints d'IC, les lignes directrices sont semblables : on recommande un suivi dans les 2 à 4 semaines<sup>7, 28</sup>. Dans le cas de l'IAM, un ensemble d'indicateurs canadiens de la qualité des soins semblent indiquer qu'un suivi devrait être fait dans le mois suivant la sortie<sup>9</sup>.

Parmi les patients inclus dans la présente étude, entre le tiers et la moitié ont vu un médecin dans la semaine suivant leur sortie de l'hôpital. Le taux le plus élevé a été observé dans les cas d'IAM (56 %), et le plus faible, dans les cas de MPOC (35 à 36 %). Les résultats des 2 provinces au 7<sup>e</sup> jour suivant la sortie étaient semblables dans les 3 groupes de patients. Les patients hospitalisés pour ces 3 affections présentaient des taux de suivi semblables (MPOC) ou plus élevés (IC et IAM) que l'ensemble des patients hospitalisés pour des soins médicaux ou chirurgicaux (figure 1).

La plupart des patients (77 à 92 %) hospitalisés en raison de ces 3 affections dans les 2 provinces ont été vus par un médecin dans les 30 jours suivant leur sortie. Les taux de suivi dans les 30 jours étaient légèrement plus élevés en Saskatchewan.

100 % 90 % Faux de suivi dans les 7 jours 80 % 70 % 56 % 56 % 60 % 46 % 45 % 50 % 37 % 35 % 36 % 32 % 40 % 30 % 20 % 10 % 0 % IAM IC **MPOC** Tous les patients en soins médicaux et chirurgicaux 100 % 92 % 90 % 88 % 85 % 82 % 90 % Faux de suivi dans les 30 jours 79 % 73 % 80 % 70 % 60 % 50 % 40 % 30 % 20 % 10 % 0 % IC **MPOC** IAM Tous les patients en soins médicaux Alb. Sask. et chirurgicaux

Figure 1 : Taux bruts de suivi par un médecin dans les 7 jours et dans les 30 jours, selon le groupe de patients et la province, 2010-2011 à 2012-2013

#### Remarques

IAM : infarctus aigu du myocarde.

IC: insuffisance cardiaque.

MPOC: maladie pulmonaire obstructive chronique.

La catégorie Tous les patients en soins médicaux et chirurgicaux englobe les patients hospitalisés pour un IAM, une IC ou une MPOC.

#### Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données nationale sur les médecins, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

### Variation des taux de suivi

Les taux de suivi variaient énormément entre les 3 affections étudiées et entre les régions sanitaires. Le taux de suivi dans les 7 jours était plus faible chez les patients atteints de maladies chroniques (IC ou MPOC), les résidents des quartiers à faible revenu et des régions rurales, et les patients renvoyés à leur domicile avec des services de soutien ou ayant reçu leur congé d'un hôpital communautaire (et non d'un hôpital d'enseignement).

Dans les 2 provinces, le taux de suivi variait d'une *maladie* et d'une *région* à l'autre :

- Les taux de suivi dans les 7 jours et dans les 30 jours étaient plus élevés chez les patients ayant subi un IAM que chez ceux souffrant d'une maladie chronique (IC ou MPOC) [figure 1].
- Les taux de suivi dans les 7 jours étaient sensiblement plus élevés chez les patients hospitalisés en raison d'un IAM dans les régions urbaines des 2 provinces (annexe B). Cette variation tient peut-être à la plus forte proportion des patients ayant subi un IAM qui ont été traités dans des hôpitaux d'enseignement, généralement situés en région urbaine. En effet, notre analyse a révélé que les taux de suivi étaient plus élevés dans les hôpitaux d'enseignement.
- Dans les 2 provinces, les régions urbaines où la densité de la population et le nombre de lits d'hôpital et de médecins par habitant sont plus élevés — affichaient généralement des taux de suivi plus élevés (annexe B) que les autres régions. Dans les 2 provinces, les régions du Nord affichaient les plus faibles taux de suivi.
- Les écarts régionaux s'atténuaient pour le suivi dans les 30 jours.

### Facteurs associés aux taux de suivi

Les taux de suivi dans les 30 jours étaient élevés : plus des 3 quarts des patients hospitalisés en raison des affections à l'étude avaient en effet vu un médecin durant cette période. Puisque les taux de suivi dans les 7 jours affichaient de plus grandes variations (et donc un plus grand potentiel d'amélioration), nous avons réalisé une analyse supplémentaire pour déceler les facteurs associés aux faibles taux de suivi dans les 7 jours. Les facteurs variaient d'une province et d'une maladie à l'autre, mais certains influaient systématiquement sur le taux de suivi. L'étude a révélé des taux de suivi inférieurs chez les patients qui

- habitaient dans un quartier à faible revenu;
- vivaient en région rurale;
- ont été renvoyés à leur domicile avec des services de soutien;
- ont reçu leur congé d'un hôpital communautaire (et non d'un hôpital d'enseignement).

La probabilité d'un suivi rapide peut augmenter en fonction de facteurs liés à l'hôpital, au médecin et au patient. Par exemple, il se pourrait que les hôpitaux dotés de systèmes d'information performants (p. ex. les hôpitaux d'enseignement) affichent de meilleurs taux de suivi que les autres hôpitaux parce que l'information est partagée plus rapidement entre l'hôpital et les dispensateurs de soins en milieu communautaire. Les patients atteints plus gravement (repérés à l'aide de mesures substitutives, comme le besoin de services de soutien à domicile après la sortie) présentaient des taux de suivi plus faibles, peut-être en raison d'une mobilité réduite ou de la disponibilité d'autres types de soins. Les patients qui vivent dans des régions éloignées ou à faible revenu ont moins accès en général aux services des médecins, peut-être parce qu'il y a moins de médecins disponibles<sup>29</sup> dans ces régions et que les heures de service y sont réduites.

De plus amples renseignements sur les facteurs liés aux faibles taux de suivi dans les 7 jours sont présentés dans les tableaux complémentaires accessibles au www.icis.ca.

### Type de médecins

Les taux de suivi étaient plus élevés chez les patients qui avaient un médecin « habituel », en particulier chez les personnes atteintes d'une MPOC.

Les résultats de l'analyse des taux de suivi dans les 7 jours ont révélé que la majorité des patients ont vu un médecin de famille lors de leur première consultation suivant leur sortie de l'hôpital. La proportion de patients ayant vu un spécialiste plutôt qu'un médecin de soins de santé primaires lors de leur première consultation était plus élevée en Saskatchewan qu'en Alberta, et ce, pour l'IAM (48 % contre 11 %), l'IC (29 % contre 16 %) et les MPOC (23 % contre 12 %).

### Mesurer la continuité chez les médecins habituels

À l'instar de la méthodologie de McAlister et al.<sup>10</sup>, nous avons considéré comme « médecin habituel » tout médecin ayant vu le patient au moins 2 fois dans les 12 mois précédant l'hospitalisation de référence (médecin en milieu communautaire) ou au moins une fois durant l'hospitalisation (médecin en milieu hospitalier). Selon cette définition, un patient peut donc avoir plus d'un médecin habituel.

Cette définition a déjà été utilisée dans la littérature, mais d'autres définitions existent également. En Alberta, par exemple, on suit un processus en 4 ou 6 étapes pour déterminer le dispensateur principal d'un patient. Un indice de continuité des soins a également permis de déterminer si un médecin est habituel pour le patient; cependant, cet indice n'est axé que sur les dispensateurs de soins de santé primaires et ne permet d'attribuer qu'un médecin habituel par patient<sup>30</sup>. Les spécialistes sont ainsi exclus de cette définition, même s'ils jouent un rôle important dans le suivi des patients ayant subi un IAM, ainsi que ceux atteints d'IC ou d'une MPOC.

Peu importe le dispensateur de soins consulté, qu'il s'agisse d'un spécialiste ou d'un médecin généraliste, la consultation d'un médecin habituel est un aspect important de la continuité des soins. La présence d'un médecin habituel pourrait entre autres rendre les soins plus efficaces, améliorer la communication entre patient et médecin, favoriser l'observance du traitement médicamenteux et encourager la présence du patient aux rendez-vous de suivi<sup>31</sup>. Des études ont démontré que les visites chez un médecin qui connaît bien l'état de santé du patient pourraient améliorer les taux de suivi<sup>10</sup>.

Dans la présente analyse, 2 types de médecins habituels ont été pris en considération :

- 1. **Médecin habituel en milieu communautaire :** médecin que le patient a vu au moins 2 fois avant l'hospitalisation.
- 2. **Médecin habituel en milieu hospitalier :** médecin que le patient a vu durant son hospitalisation.

La majeure partie des consultations de suivi ont été effectuées par un médecin habituel en milieu communautaire, tout particulièrement en Alberta (figure 2). La nature des maladies à l'étude pourrait être en cause : l'IC et les MPOC sont en effet des affections chroniques nécessitant des soins réguliers et continus. La même tendance a été constatée entre les différentes affections quant au suivi effectué par des médecins habituels en milieu hospitalier, bien que moins de patients aient été suivis par ce type de médecins que par des médecins habituels en milieu communautaire.

Il existe un certain chevauchement entre les 2 catégories de médecins habituels. En effet, pour certains patients, le médecin habituel en milieu hospitalier ayant effectué la consultation de suivi était aussi leur médecin habituel en milieu communautaire — c'est-à-dire qu'il les avait déjà traités en milieu communautaire. Ce chevauchement fluctuait selon la maladie et la province, variant de 6 % chez les patients hospitalisés en raison d'un IAM dans les 2 provinces à 26 % chez les patients hospitalisés en raison d'une MPOC en Saskatchewan. Une telle constance au sein des médecins d'un milieu à l'autre pourrait indiquer une grande continuité des soins dans ce groupe de patients.

La présence d'un médecin habituel pouvait multiplier par 3 la probabilité de suivi dans les 7 jours, en particulier chez les patients atteints d'une MPOC (tableau 2). Même après un ajustement en fonction des consultations antérieures en soins de santé primaires (une mesure indirecte potentielle de la gravité de la maladie et de l'accès aux soins indépendamment de l'hospitalisation de référence), la présence d'un médecin habituel demeurait liée de façon significative avec le taux de suivi dans les 7 jours chez les patients atteints d'une MPOC en Alberta. En ce qui a trait au suivi par un médecin dans les 30 jours (données présentées dans les tableaux complémentaires au www.icis.ca), la présence d'un médecin habituel était associée à des taux de suivi élevés chez les patients hospitalisés en raison d'un IAM ou d'une MPOC dans les 2 provinces.

La présence d'un médecin habituel pourrait améliorer la continuité des soins et encourager le patient à se prendre en charge et à adopter des comportements sains, comme l'observance du traitement médicamenteux et les saines habitudes de vie. De plus, elle pourrait être signe d'une utilisation accrue des soins de santé, d'une maladie de gravité accrue, d'une plus grande mobilité et d'un meilleur accès aux soins.

communautaire ou hospitalier), consultation de suivi dans les 7 jours, Alberta et Saskatchewan, 2010-2011 à 2012-2013 Patients avant vu un médecin 100 % en milieu communautaire 76 % 80 % 73 % 57 % 57 % 56 % 60 % 40 % 31 % 20 % 0 % IC MPOC IAM Patients ayant vu un médecin 100 % en milieu hospitalier 80 % 60 % 38 % 40 % 32 % 26 % 22 % 21 % 20 % 12 % IC **MPOC** IAM Alb. Sask.

Figure 2 : Pourcentage de patients ayant vu un médecin habituel (milieu

#### Remarques

IAM: infarctus aigu du myocarde.

IC: insuffisance cardiaque.

MPOC: maladie pulmonaire obstructive chronique.

Exclut les hospitalisations de référence en 2010 (médecins en milieu communautaire seulement). On entend par « médecins habituels en milieu communautaire » tous les médecins ayant vu le patient au moins 2 fois dans les 12 mois précédant l'hospitalisation de référence. Les « médecins habituels en milieu hospitalier » correspondent à tous les médecins ayant vu le patient durant l'hospitalisation de référence. Selon ces définitions, un patient peut donc avoir plus d'un médecin habituel.

#### Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données nationale sur les médecins, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 2 : Association entre la présence d'un médecin habituel et le suivi par un médecin dans les 7 jours, Alberta et Saskatchewan, 2010-2011 à 2012-2013

		Rapport de cotes non ajusté (intervalle de confiance de 95 %)	Rapport de cotes ajusté (intervalle de confiance de 95 %)
	IAM	1,3 (1,1-1,4)	1,1 (1,0-1,3)*
Alb.	IC	2,4 (1,8-3,1)	1,2 (0,9-1,6)*
	MPOC	2,7 (2,2-3,3)	1,4 (1,1-1,8)
	IAM	1,3 (1,1-1,6)	1,1 (0,9-1,4)*
Sask.	IC	1,4 (0,9-2,0)*	0,9 (0,6-1,4)*
	MPOC	1,8 (1,3-2,6)	1,1 (0,8-1,5)*

#### Remarques

\* Non significatif.

IAM: infarctus aigu du myocarde.

IC: insuffisance cardiaque.

MPOC: maladie pulmonaire obstructive chronique.

Le rapport de cotes ajusté tient compte de la fréquence des consultations antérieures de médecins en milieu communautaire.

Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données nationale sur les médecins, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

### Résumé

Pendant la période de transition qui suit immédiatement sa sortie de l'hôpital, le patient peut être vulnérable et présenter des risques importants pour sa santé. Selon les pratiques exemplaires, les patients hospitalisés en raison d'un IAM, d'une MPOC ou d'une IC devraient consulter un médecin pour un suivi peu après leur sortie de l'hôpital<sup>6, 9</sup>. La plupart des patients hospitalisés pour ces affections en Alberta et en Saskatchewan ont eu une consultation de suivi dans les 30 jours suivant leur sortie. Les taux de suivi variaient de 77 à 92 %, selon la maladie du patient. Pour la plupart des patients, la première consultation de suivi a été effectuée par le médecin de famille.

Bien que les taux de suivi précoce soient semblables dans les 2 provinces, une variation notable a été observée entre les différentes régions sanitaires. Les taux de suivi étaient généralement plus élevés dans les grandes régions urbaines que dans les régions éloignées ou rurales, comme le nord de l'Alberta et de la Saskatchewan. De faibles taux de suivi ont également été observés chez les patients ayant reçu leur congé d'un hôpital communautaire (et non d'un hôpital d'enseignement), chez les patients renvoyés à leur domicile avec des services de soutien et chez les résidents des quartiers à faible revenu.

Au moins la moitié des consultations de suivi après l'hospitalisation de référence ont été effectuées par un médecin habituel (ayant connu le patient dans le milieu communautaire ou hospitalier). Dans certains cas, le fait d'avoir un médecin habituel a augmenté la probabilité d'avoir une consultation de suivi. La présence d'un médecin habituel pourrait améliorer la continuité des soins et encourager le patient à se prendre en charge et à adopter des comportements sains, comme l'observance du traitement médicamenteux et les saines habitudes de vie. De plus, elle pourrait être signe d'une utilisation accrue des soins de santé, d'une maladie de gravité accrue, d'une plus grande mobilité et d'un meilleur accès aux soins.

## Conclusions et stratégies d'amélioration

À partir de données sur la facturation nouvellement fournies par l'Alberta et la Saskatchewan, la présente étude a permis de conclure qu'une grande partie des patients hospitalisés en raison d'un IAM, d'une IC ou d'une MPOC dans les 2 provinces ont eu une consultation de suivi chez le médecin dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital. Les taux de suivi dans les 7 jours étaient toutefois moins élevés que ceux dans les 30 jours et pourraient être améliorés. Il existe 2 types de continuité des soins : la continuité informationnelle et la continuité relationnelle. La continuité informationnelle consiste à assurer la transmission de l'information sur le patient à tous les dispensateurs qui participent à ses soins, afin qu'ils aient tous les renseignements nécessaires pour prodiguer des soins optimaux. La continuité relationnelle renvoie à l'idée de constance chez les dispensateurs de soins, de sorte que le patient a des médecins habituels qui le connaissent et comprennent ses problèmes de santé. Pour améliorer ces 2 types de continuité, il faut agir sur plusieurs plans, notamment à l'échelle du patient, du dispensateur, de l'hôpital et de la collectivité.

- Les patients peuvent participer activement à leur traitement. De fait, les patients jouent un rôle déterminant dans l'évolution de leur état en prenant leurs médicaments, en faisant certains choix alimentaires et en observant les complications de leur maladie<sup>32</sup>. Les patients peuvent également accentuer la continuité relationnelle en prenant rapidement un rendezvous de suivi avec un médecin habituel. Les pratiques d'autogestion peuvent atténuer les incertitudes des patients quant à leur maladie et leur permettre d'utiliser les ressources de façon plus pertinente et plus efficace<sup>33</sup>.
- Les médecins et les autres dispensateurs de soins jouent un rôle important dans la continuité informationnelle et relationnelle des soins aux patients. En 2010, la Société canadienne de cardiologie a publié des lignes directrices qui soulignent l'importance du plan de soins et du suivi effectué par les médecins dans le cas des patients atteints d'IC<sup>1</sup>. Qualité des services de santé Ontario énumère également diverses stratégies pour améliorer le suivi après la sortie de l'hôpital, dont l'éducation aux patients et la transmission rapide des renseignements sur le patient entre l'hôpital et le cabinet du médecin<sup>11</sup>. Les pratiques suivantes figurent parmi les stratégies qui permettent d'améliorer l'accès des patients aux médecins de soins de santé primaires et aux spécialistes : prendre le rendez-vous de suivi avant que le patient ne quitte l'hôpital, vérifier que le patient dispose d'un moyen de transport, préciser au patient le but de la consultation de suivi et établir des rendez-vous prioritaires de façon à voir rapidement les patients récemment sortis de l'hôpital<sup>34</sup>. En Alberta, des réseaux de soins de santé primaires ont été mis en place pour que tous les Albertains aient un centre de médecine familiale attitré où pratique leur médecin ou leur équipe de santé habituels<sup>35</sup>. Cette stratégie permet de renforcer les liens entre les patients et leurs dispensateurs de soins, ce qui pourrait augmenter la probabilité qu'un rendez-vous de suivi soit planifié.

Les facteurs liés à l'hôpital et au milieu communautaire sont essentiels pour assurer une transition sans heurts et la continuité des soins. Selon une enquête récente, seulement 16 % des médecins canadiens recevaient l'information nécessaire aux soins de suivi dans les 48 heures suivant la sortie de leurs patients, un résultat inférieur à celui de nombreux pays comparables au Canada<sup>36</sup>. Cela porte à croire que la continuité informationnelle pourrait poser problème. L'investissement dans des outils technologiques qui permettent de transférer l'information sur la santé des patients entre les hôpitaux et les cabinets médicaux aideraient les médecins en cabinet à repérer les patients à risque et à faire leur suivi<sup>37</sup>. L'Alberta et la Saskatchewan ont adopté des modèles fondés sur des équipes de soins pour améliorer la continuité relationnelle. Les patients peuvent ainsi interagir régulièrement avec une équipe de dispensateurs de soins, ce qui accroît l'accessibilité et la fiabilité des soins<sup>38</sup>. Pour que de tels modèles soient efficaces, il faut assurer une gouvernance solide, bien comprendre le contexte local, compter sur un effectif équilibré et maintenir une bonne communication entre les équipes<sup>39</sup>. Dans la Zone Sud de l'Alberta, par exemple, le modèle Medical Home met l'accent sur la prestation de soins en équipe, améliore l'accès aux soins de santé primaires et favorise l'échange d'information entre les hôpitaux.

L'amélioration de la continuité des soins aux patients atteints de maladies chroniques n'est certes pas une tâche facile, mais les efforts sont précieux pour les patients, améliorent les résultats des soins et permettent de réduire les coûts. L'augmentation des taux de suivi après la sortie de l'hôpital exige la participation des patients, des dispensateurs et des décideurs.

### Annexe A: Méthodes

### Sources des données

L'analyse est fondée sur les données de 2010-2011 à 2012-2013 de la Base de données sur les congés des patients (BDCP), du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM).

### Définition de l'hospitalisation de référence

Aux fins de la présente étude, une hospitalisation est considérée comme une hospitalisation de référence si

- Le patient est âgé de 18 ans et plus et a été admis dans un hôpital de soins de courte durée de l'Alberta ou de la Saskatchewan en raison d'un IAM, d'une IC ou d'une MPOC.
- La durée du séjour à l'hôpital était d'un à 30 jours.
- Le patient a été renvoyé à son domicile après sa sortie, avec ou sans services de soutien.
- Il s'agit de la première hospitalisation du patient au cours de la période d'étude, et aucune hospitalisation n'a eu lieu dans les 30 jours précédents, peu importe le motif.

Les admissions survenues avant le 1<sup>er</sup> mai 2010 ont été exclues. Les congés survenus dans les 30 derniers jours de l'exercice financier ont été exclus puisque le suivi ne pouvait être précisé. Les transferts entre hôpitaux dans un délai de 12 heures ont été combinés en un seul épisode.

### Définition de la consultation de suivi par un médecin

Les consultations de suivi ont été déterminées au moyen des données sur la facturation des médecins (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) de l'Alberta et de la Saskatchewan. Sachant que la description générale des codes de rémunération à l'acte diffère légèrement d'une province à l'autre, nous nous sommes fondés sur les critères suivants pour sélectionner les codes de tarif permettant de définir une consultation de suivi par un médecin :

- Les consultations de médecins de soins de santé primaires ou de spécialistes devaient avoir lieu au cabinet du médecin, au domicile du patient ou dans une clinique au sein d'un établissement, c'est-à-dire une clinique de soins d'urgence, une aire d'intervention de jour ou de nuit, ou tout centre défini comme « clinique » selon les codes de centre d'activité (le cas échéant).
- Les consultations devaient inclure un code de tarif lié à la discussion du plan de soins, à l'examen physique ou à l'évaluation du patient.
- Les consultations visant des analyses de laboratoire ou une intervention diagnostique, les visites au service d'urgence et les hospitalisations en soins de courte durée ont été exclues.

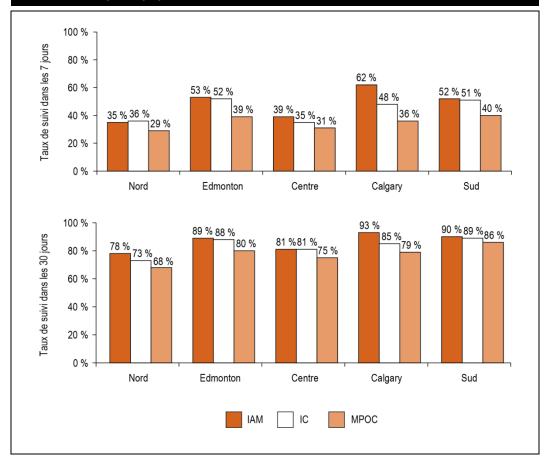
Dans le cadre de l'étude, un médecin habituel correspond à tout médecin ayant vu le patient à l'extérieur de l'hôpital au moins 2 fois dans les 12 mois précédant l'hospitalisation de référence (médecin en milieu communautaire) ou au moins une fois durant l'hospitalisation de référence (médecin en milieu hospitalier). Selon cette définition, un patient peut donc avoir plus d'un médecin habituel dans chaque milieu.

### Analyse statistique

Les taux de suivi par un médecin ont été calculés à l'échelle provinciale et régionale. Pour chacun des 3 groupes d'affections, des modèles de régression logistique ont servi à examiner les facteurs liés au suivi par un médecin.

# Annexe B : Taux de suivi ajustés par région sanitaire

Figure 3a : Taux ajustés de suivi par un médecin dans les 7 jours et dans les 30 jours, selon la région sanitaire et la maladie, Alberta, 2010-2011 à 2012-2013



#### Remarques

IAM: infarctus aigu du myocarde.

IC: insuffisance cardiaque.

MPOC: maladie pulmonaire obstructive chronique.

Les taux de suivi ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe et du revenu du quartier.

Les taux de suivi sont normalisés en fonction des 3 groupes de maladies.

#### Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données nationale sur les médecins, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

100 % Taux de suivi dans les 7 jours 80 % 71 % 60 % 47 % 41 % 49 % 42 % 41 % 36 % 40 % 38 % 37 % 40 % 32 % 29 % 20 % 0 % Sud Nord Centre Saskatoon Regina 96 % 90 % 85 % 100 % 89 % 88 % 83 % 8<u>9 %</u>86 <u>%</u>84 <u>%</u> 88 <u>%</u>86 % Taux de suivi dans les 30 jours 79 % 80 % 63 % 60 % 40 % 20 % 0 % Nord Centre Saskatoon Regina IAM **MPOC** 

Figure 3b : Taux ajustés de suivi par un médecin dans les 7 jours et dans les 30 jours, selon la région sanitaire et la maladie, Saskatchewan, 2010-2011 à 2012-2013

#### Remarques

IAM : infarctus aigu du myocarde.

IC: insuffisance cardiaque.

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

Les taux de suivi ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe et du revenu du quartier.

Pour les besoins de la présente analyse et selon les conseils reçus d'intervenants externes, nous avons combiné les 13 régions de la Saskatchewan en 5 groupes pour éviter d'exclure certaines régions en raison d'un faible volume de cas. Les 5 groupes sont Saskatoon, Regina, Sud (comprend Sun Country, Five Hills, Cypress et Sunrise), Centre (comprend Heartland, Kelsey Trail, Prince Albert Parkland et Prairie North) et Nord (comprend Athabasca, Keewatin Yatthé et Mamawetan Churchill River). Les taux de suivi des patients hospitalisés en raison d'un IAM dans le groupe Nord ont été supprimés en raison du faible nombre de cas. Les autres taux du groupe Nord doivent être interprétés avec prudence en raison du faible volume de cas.

Les taux de suivi sont normalisés en fonction des 3 groupes de maladies.

#### Sources

Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données nationale sur les médecins, 2010-2011 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

### Références

- 1. Forster AJ, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ.* 2004;170(3):345-349.
- 2. Cain CH, et al. Patient experiences of transitioning from hospital to home: an ethnographic quality improvement project. *J Hosp Med.* 2012;7(5):382-387.
- 3. Coleman E, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med.* 2004;141(7):533-536.
- Merck Manuals. Continuity of care. The Merck Manual Home Edition website. <a href="http://www.merckmanuals.com/home/older peoples health issues/provision of care-to-older people/continuity of care.html">http://www.merckmanuals.com/home/older peoples health issues/provision of care-to-older people/continuity of care.html</a>. Dernière modification en 2014. Consulté le 26 janvier 2015.
- 5. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):549-555.
- Qualité des services de santé Ontario. Measuring Up: A Yearly Report on How Ontario's Health System Is Performing. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014. <a href="http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-yearly-report-en.pdf">http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-yearly-report-en.pdf</a>.
   Consulté le 26 janvier 2015.
- 7. Howlett JG, McKelvie RS, Costigan J, et al. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. *Can J Cardiol.* 2010;26(4):185-202.
- 8. American Lung Association of the Upper Midwest. *Primary Care Follow-Up After a COPD Hospitalization*. Brookfield, US: ALAUM; 2013. <a href="http://www.lung.org/associations/states/minnesota/events-programs/mn-copd-coalition/tools--resources/primary-care-follow-up-after.pdf">http://www.lung.org/associations/states/minnesota/events-programs/mn-copd-coalition/tools--resources/primary-care-follow-up-after.pdf</a>. Consulté le 26 janvier 2015.
- 9. Tran CTT, Lee DS, Flintoft VF, dir. CCORT/CCS quality indicators for acute myocardial infarction care. *Can J Cardiol*. 2003;19(1):38-45.
- 10. McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *CMAJ*. 2013;185(14):E681-E689.
- 11. Qualité des services de santé Ontario. *Quality Monitor: 2010 Report on Ontario's Health System*. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2010. <a href="http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2012-en.pdf">http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2012-en.pdf</a>. Consulté le 26 janvier 2015.

- 12. Muus KJ, Knudson A, Klug MG, Gokun J, Sarrazin M, Kaboli P. Effect of post-discharge follow-up care on re-admissions among US veterans with congestive heart failure: a rural-urban comparison. Rural Remote Health. 2010;10(2):1447.
- 13. Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA*. 2010;303(17):1716-1722.
- 14. Sharma G, Kuo YF, Freeman JL, Zhang DD, Goodwin JS. Outpatient follow-up visit and 30-day emergency department visit and readmission in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 2010;170(18):1664-1670.
- 15. Hess CN, Shah BR, Peng SA, Thomas L, Roe MT, Peterson ED. Association of early physician follow-up and 30-day readmission after non-ST-segment-elevation myocardial infarction among older patients. *Circulation*. 2013;128(11):1206-1213.
- 16. Ryan J, Kang S, Dolacky S, Ingrassia J, Ganeshan R. Change in readmissions and follow-up visits as part of a heart failure readmission quality improvement initiative. *Am J Med.* 2013;126(11):989-994.
- 17. Fidahussein SS, Croghan IT, Cha SS, Klocke DL. Posthospital follow-up visits and 30-day readmission rates in chronic obstructive pulmonary disease. *Risk Manag Healthc Policy*. 2014;7:105-112.
- 18. DeLia D, Tong J, Gaboda D, Casalino LP. Post-discharge follow-up visits and hospital utilization by medicare patients, 2007–2010. *Medicare Medicaid Res Rev.* 2014;4(2):E1-E19. <a href="http://www.cms.gov/mmrr/Downloads/MMRR2014">http://www.cms.gov/mmrr/Downloads/MMRR2014</a> 004 02 a01.pdf. Consulté le 26 janvier 2015.
- 19. Organisation de coopération et de développement économiques. *Health at a Glance 2013*. Paris, France : OECD Publishing; 2013. <a href="http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.htm">http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.htm</a>. Consulté le 26 janvier 2015.
- 20. Réseau de soins cardiaques. *Management of Acute Coronary Syndromes*. North York, ON: RSC; 2013. <a href="http://www.ccn.on.ca/ccn">http://www.ccn.on.ca/ccn</a> public/uploadfiles/files/acs management in remote communities final sept 2013.pdf. Consulté le 26 janvier 2015.
- 21. Abramson M, Crockett AJ, Dabscheck E, et al., on behalf of Lung Foundation Australia and Thoracic Society of Australia and New Zealand. *The COPDX Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2014*. Milton, Australie: Lung Foundation Australia and Thoracic Society of Australia; 2014.
- 22. Barber C. COPD pathway connects patients, clinicians, and community for continuity of care. *BCMJ*. 2014;56(6):275.
- 23. Réseau canadien d'insuffisance cardiaque. Follow-up care. Site Web du RCIC. <a href="https://www.chfn.ca/patient-education/health-professional-patient-education/follow-up-care">www.chfn.ca/patient-education/health-professional-patient-education/follow-up-care</a>. Dernière modification en 2015. Consulté le 26 janvier 2015.

- 24. Gadway W. *Billing and Shadow Billing*. Edmonton, AB: Département de médecine de l'Université de l'Alberta; 2014. <a href="http://www.medicine.med.ualberta.ca/en/AboutUs/Administration/Human%20Resources/Resources/~/media/deptmed/Administration/HR/Training/billing.pdf">http://www.medicine.med.ualberta.ca/en/AboutUs/Administration/Human%20Resources/Resources/~/media/deptmed/Administration/HR/Training/billing.pdf</a>. Consulté le 26 janvier 2015.
- 25. Institut canadien d'information sur la santé. The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada: 2002–2003 and Preliminary Information for 2003–2004. Ottawa, ON: ICIS; 2005.
- 26. Katz A. Describing the content of primary care: limitations of Canadian billing data. *BMC Fam Pract.* 2012;13(7). doi:10.1186/1471-2296-13-7.
- 27. Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinical Pathway*. Charlottetown, PE: ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard; 2011. <a href="http://www.gov.pe.ca/photos/original/htt
- 28. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;128(16):e240-e327.
- 29. Bennett K, et al. Closing the gap: finding and encouraging physicians who will care for the underserved. *Virtual Mentor*. 2009;11(5):390-398. <a href="http://virtualmentor.ama-assn.org/2009/05/pfor1-0905.html">http://virtualmentor.ama-assn.org/2009/05/pfor1-0905.html</a>. Consulté le 26 janvier 2015.
- 30. Manitoba Centre for Health Policy. Continuity of care index (COCI)—physician. Site Web du MCHP. <a href="http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewDefinition.php?definitionID=102476">http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewDefinition.php?definitionID=102476</a>. Dernière modification en 2010. Consulté le 26 janvier 2015.
- 31. Cooke T, Lahtinen M, Pow J. The Importance of Physician Continuity as an Outcome and Confounder in Analysis of Primary Health Care Performance. 2012.
- 32. Bourbeau J, van der Palen J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. *Eur Respir J*. 2009;33:461-463. <a href="http://www.readaptsante.com/stock/fra/promoting">http://www.readaptsante.com/stock/fra/promoting</a> effective self-management programmes to improve copd1.pdf. Consulté le 26 janvier 2015.
- 33. Shared Care Network Development Initiative. *Navigation and Self-Management: Innovative Approaches to Managing Chronic Conditions—Workshop Proceedings.*Vancouver, BC: Provincial Health Services Authority; 2014. <a href="http://www.phsa.ca/Documents/navigationandselfmanagementworkshopproceedings.pdf">http://www.phsa.ca/Documents/navigationandselfmanagementworkshopproceedings.pdf</a>. Consulté le 26 janvier 2015.
- 34. Perry M. The Revolving Door. Princeton, US: Robert Wood Johnson Foundation; 2013.

- 35. Alberta Medical Association. Learn more about PCN evolution (2.0). Site Web du AMA. <a href="https://www.albertadoctors.org/leaders-partners/innovation-in-primary-care/learn-more-about-pcn-evolution">https://www.albertadoctors.org/leaders-partners/innovation-in-primary-care/learn-more-about-pcn-evolution</a>. Dernière modification en 2015. Consulté le 26 janvier 2015.
- 36. Conseil canadien de la santé. How Do Canadian Primary Care Physicians Rate the Health System? Toronto, ON: CCS; 2013.
- 37. National Institute for Health Care Reform. *Physician Visits After Hospital Discharge: Implications for Reducing Readmissions*. Washington, DC, US: NIHCR; 2011. http://www.nihcr.org/Reducing Readmissions.html. Consulté le 26 janvier 2015.
- 38. Hupke C. *Team-Based Care: Optimizing Primary Care for Patients and Providers*. Cambridge, US: Institute for Healthcare Improvement; 2015. <a href="http://www.ihi.org/communities/blogs/layouts/ihi/community/blog/itemview.aspx?List=0f316db6-7f8a-430f-a63a-ed7602d1366a&ID=29">http://www.ihi.org/communities/blogs/layouts/ihi/community/blog/itemview.aspx?List=0f316db6-7f8a-430f-a63a-ed7602d1366a&ID=29</a>. Consulté le 26 janvier 2015.
- 39. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Contexts and Models in Primary Healthcare and Their Impact on Interprofessional Relationships. Ottawa, ON: FCRSS; 2012.

La production du présent document 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.

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 978-1-77109-351-4 (PDF)

© 2015 Institut canadien d'information sur la santé

#### Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Suivi du médecin après la sortie de l'hôpital : progrès dans l'adoption de pratiques exemplaires*. Ottawa, ON : ICIS; 2015.

This publication is also available in English under the title *Physician Follow-Up After Hospital Discharge: Progress in Meeting Best Practices*. ISBN 978-1-77109-350-7 (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

