



Le 5 mai 2009

Les facteurs de probabilité de retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral

Sommaire

La présente Analyse en bref explore les facteurs associés à la destination de sortie des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) dans les établissements participants du Canada. D'après les résultats de cette analyse, un certain nombre de facteurs seraient liés à la probabilité de retour à domicile. La fonction motrice à l'admission était de loin le principal prédicteur d'un retour à domicile. Les patients qui montraient une bonne fonction motrice à l'admission étaient en effet au-delà de six fois plus susceptibles de retourner à la maison que ceux qui avaient une mauvaise fonction motrice à l'admission. Le deuxième prédicteur en importance d'un retour à domicile plutôt que d'un transfert vers un établissement de soins pour bénéficiaires internes ou vers une résidence avec services était lié au fait que le patient vivait ou non avec son conjoint ou un membre de sa famille avant son AVC. Dans l'affirmative, les patients étaient quatre fois plus susceptibles de retourner à la maison que ceux qui vivaient seuls avant leur AVC. Un jeune âge, une déficience corporelle unilatérale, un court laps de temps entre l'AVC et l'admission en réadaptation et le sexe étaient également des facteurs significatifs liés à une plus grande probabilité de retour à domicile. À la différence de certaines études antérieures, la présente étude n'a pas permis d'établir un lien significatif entre le type d'établissement (spécialisé ou général) et la probabilité de retour à domicile. Les résultats obtenus pourraient cependant aider les gestionnaires et les planificateurs de soins de santé à planifier les services et à affecter les ressources en leur permettant de prévoir la destination de sortie des patients en fonction de leur état à l'admission.

Introduction

Un AVC est une perte soudaine de la fonction cérébrale causée soit par le blocage d'une artère reliée au cerveau, habituellement par un caillot sanguin (accident ischémique cérébral), soit par un saignement dans le cerveau ou à proximité et décollant de la rupture d'un vaisseau sanguin (AVC hémorragique)¹. Environ 50 000 Canadiens sont victimes d'un AVC chaque année, ce qui signifie qu'au Canada, quelqu'un subit un AVC toutes les dix minutes². De plus, les AVC constituent l'une des principales causes de décès et de déficience au Canada³.

Les AVC constituent un fardeau considérable pour le système de soins de santé, puisque de un à deux tiers des survivants en gardent, à divers degrés, une déficience permanente^{2, 4}. La Fondation des maladies du cœur du Canada estime que seulement 10 % des personnes se rétablissent complètement à la suite d'un AVC et qu'à l'heure actuelle, environ 300 000 Canadiens vivent avec les répercussions d'un tel accident². Elle estime également que les Canadiens passent trois millions de jours à l'hôpital en raison d'AVC². La Fondation des maladies du cœur évalue les coûts moyens en soins de courte durée à environ 27 500 dollars par AVC, et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) évaluait à 2,1 milliards de dollars les coûts indirects liés aux décès et aux déficiences à la suite d'un AVC en 2000-2001, en plus des coûts directs de 664,9 millions de dollars^{2, 5}. Une proportion considérable des personnes victimes d'un AVC étant subséquemment atteintes de déficiences physiques et cognitives, ces personnes sont souvent hospitalisées en réadaptation après leur séjour en soins de courte durée.

Il est important pour les praticiens et les gestionnaires de programmes qui participent aux soins de courte durée et de réadaptation dispensés aux victimes d'AVC d'être en mesure de prévoir ce qui adviendra de leurs patients, car de tels renseignements permettent de planifier et de gérer les soins plus efficacement. En outre, les planificateurs œuvrant à l'échelle du système peuvent utiliser ce type d'information pour mieux comprendre les besoins des patients ayant subi un AVC dans le continuum de soins. Les patients et leurs familles peuvent, pour leur part, se servir de cette information pour se faire une idée de leur séjour en réadaptation. Plusieurs études portant sur les étapes du traitement dispensé à la suite d'un AVC, tant en soins de courte durée qu'en réadaptation, ont permis de déceler des facteurs liés aux résultats pour les survivants. Voici les facteurs les plus communément observés :

- L'âge à l'admission⁶⁻¹³ : habituellement, plus l'âge est avancé, moins les résultats sont favorables, par exemple, des probabilités de retour à domicile réduites.
- Les caractéristiques des AVC, notamment le type d'AVC (hémorragique ou accident ischémique cérébral), l'échelle de gravité et la nature des déficiences subséquentes (unilatérales ou bilatérales)^{6-9, 14} : les AVC plus graves ainsi que ceux qui touchent l'hémisphère droit ou qui causent une déficience corporelle bilatérale sont liés à des probabilités réduites de retour à domicile.

Analyse en bref

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

- La fonction motrice ou cognitive à l'admission^{9, 11-13, 15-18} ou à la sortie^{10, 14, 19-20} : une meilleure fonction motrice ou cognitive à l'admission ou à la sortie est liée à de meilleurs résultats, par exemple, des probabilités accrues de retour à domicile.
- Le milieu de vie ou le degré de soutien familial ou social avant l'AVC^{9-11, 13, 17-18, 20-22} : habituellement, les personnes vivant avec leur conjoint ou un membre de leur famille ou celles qui bénéficient d'un bon soutien social sont plus susceptibles de retourner à leur domicile que celles qui ne disposent pas de ces ressources.
- Les facteurs liés au système, y compris le temps écoulé entre l'AVC et le début de la réadaptation¹⁵, et l'endroit où le patient a été soigné, à savoir dans un centre spécialisé ou dans des unités générales de soins de courte durée et de réadaptation^{15, 23-26} : un plus court laps de temps entre l'AVC et l'accès aux soins de réadaptation et le traitement dans une unité ou un établissement spécialisé dans le traitement des patients ayant subi un AVC ont été liés à des résultats favorables.

Bien que de nombreuses preuves indiquent une corrélation entre certains facteurs et des résultats positifs, dont le retour à domicile après l'AVC, peu d'études ont été effectuées à partir de données canadiennes. De même, on compte relativement peu d'études des facteurs liés aux résultats et ayant précisément pour objet la réadaptation des patients hospitalisés à la suite d'un AVC au Canada.

Le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contient de l'information sur les patients admis dans les établissements de réadaptation pour patients hospitalisés participants de neuf provinces, y compris les patients admis principalement pour réadaptation à la suite d'un AVC. En 2007-2008, les patients ayant subi un AVC représentaient 16 % du nombre total de dossiers d'admission soumis au SNIR. Le SNIR définit l'AVC comme les déficiences découlant de toute lésion au cerveau d'origine vasculaire (p. ex. thrombose, embolie, hémorragie, anévrisme et malformation artérioveineuse). Les données utilisées dans le présent rapport sont plus précisément celles de patients pour qui les incidences de l'AVC sont les principales raisons de la réadaptation. L'information recueillie dans le SNIR permet d'évaluer les facteurs mentionnés précédemment en tant que prédicteurs des résultats pour les patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC dans les établissements déclarants.

La présente Analyse en bref examine la corrélation entre des facteurs précis et le retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC à leur sortie d'un des établissements canadiens participants. Compte tenu de la prévalence des AVC et des déficiences subséquentes, ainsi que du fardeau que représentent les AVC pour le système de santé, une meilleure connaissance des facteurs permettant de prédire les résultats pour le patient après la réadaptation, notamment la destination de sortie, permettrait d'affecter les ressources et de gérer les programmes de réadaptation des patients de manière plus efficace et plus rentable.

Analyse en bref

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

À propos de l'instrument FIM^{MC} et des notes fonctionnelles totales

Pour les besoins du SNIR, l'état fonctionnel à l'admission et à la sortie de l'établissement de réadaptation est mesuré à l'aide de l'instrument FIM^{MCi}, qui permet une mesure de la déficience et du fardeau pour le dispensateur en fonction du degré d'incapacité. Cet instrument compte 18 critères (13 associés à la fonction motrice, et 5, à la fonction cognitive), évalués selon une échelle allant d'autonome (7) à dépendant (1). La somme des notes accordées pour ces 18 critères constitue la note fonctionnelle totaleⁱⁱ, qui peut atteindre un chiffre maximal de 126 (18 critères x 7). L'ICIS exige que la note fonctionnelle totale soit évaluée au moyen de l'instrument FIM^{MC} à l'admission et à la sortie de tous les patients adultes qui séjournent quatre jours ou plus dans une unité ou un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés.

À propos du SNIR

L'ICIS a créé le SNIR en 2001 pour soutenir la collecte, par les hôpitaux, de données sur les patients hospitalisés en réadaptation essentiellement âgés de 18 ans ou plus. Les services de réadaptation sont dispensés dans des établissements de réadaptation spécialisés et dans des hôpitaux généraux dotés d'unités, de programmes ou de lits de réadaptation. En date de 2008-2009, plus de 211 000 dossiers de patients admis et sortis (épisodes) ont été entrés dans la base de données du SNIR. Ces enregistrements ont été soumis par plus de 100 hôpitaux de neuf provinces et couvrent divers états de santé, y compris les AVC, les troubles orthopédiques et les amputations.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le SNIR et d'autres documents portant sur ce système, veuillez écrire à readaptation@icis.ca ou consulter la page relative au SNIR au www.icis.ca/snir.

-
- i. L'instrument FIM^{MC} cité dans le présent document appartient à Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de UB Foundation Activities Inc.
 - ii. Les notes fonctionnelles dont il est question dans le présent document sont établies selon les données recueillies au moyen de l'instrument FIM^{MC}.

Méthodes et analyse

Un cadre conceptuel permettant de modéliser la probabilité de retour à domicile après un séjour en réadaptation à la suite d'un AVC a été conçu à partir de facteurs fréquemment mentionnés dans la documentation sur les AVC. On a effectué une analyse préliminaire des facteurs de chaque domaine de ce cadre conceptuel pour évaluer la corrélation de chacun avec la probabilité d'un retour à domicile. Le tableau 1 indique les caractéristiques démographiques, le degré fonctionnel à l'admission, le type de déficiences découlant d'un AVC et les facteurs relatifs au système qui seraient susceptibles d'influencer les probabilités de retour à domicile, et relie ces données à celles figurant dans la base de données du SNIR. Il est à noter que, malgré la relation évidente entre la destination de sortie et les capacités du patient à ce moment, la présente analyse a évalué les notes fonctionnelles à l'admission du fait de leur valeur prédictive potentiellement plus utile, compte tenu du rapport étroit entre les notes fonctionnelles à l'admission et à la sortie.

Tableau 1 Cadre conceptuel des résultats de la réadaptation – sommaire des résultats de l'analyse préliminaire, 2007-2008

Domaine ou caractéristique	Élément de données du SNIR compris dans le modèle
Caractéristiques démographiques	
Âge	Trois groupes : moins de 65 ans, de 65 à 84 ans et 85 ans ou plus
Sexe	Masculin ou féminin
Milieu de vie avant l'admission	L'analyse se limite aux cas de patients qui vivaient à domicile avant l'admission
Conditions de vie avant l'admission	Deux groupes : vivait avec un conjoint, un partenaire ou de la famille, ou vivait seul
Degré fonctionnel à l'admission	
Fonction motrice	Note FIM ^{Mc} à l'admission pour la fonction motrice – trois groupes : de 13 à 38 (mauvaise fonction), de 39 à 50 (fonction moyenne), de 51 à 91 (bonne fonction)
Fonction cognitive	Note FIM ^{Mc} à l'admission pour la fonction cognitive – trois groupes : de 5 à 20 (mauvaise fonction), de 21 à 29 (fonction moyenne), de 30 à 35 (bonne fonction)
Déficiência relative à l'AVC	
Déficiência corporelle	Unilatérale ou bilatérale
Facteurs liés au système	
Jours d'attente (nombre de jours entre l'AVC et l'admission dans une unité de réadaptation pour patients hospitalisés)	Trois groupes : 7 jours ou moins, de 8 à 21 jours et 22 jours ou plus
Type d'établissement	Général ou spécialisé

Analyse en bref

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

Compte tenu de la nature de la présente analyse, les patients victimes d'un AVC ont été inclus si les données du SNIR correspondaient à un premier séjour en réadaptation à la suite d'un AVC, si ces patients vivaient à domicile avant l'AVC et s'ils ont été admis à l'unité de réadaptation pour patients hospitalisés directement après l'épisode de soins de courte durée. Ces critères d'inclusion ont été considérés comme permettant une plus grande cohérence dans l'échantillon analysé. Par ailleurs, les enregistrements ont été exclus s'il leur manquait des variables importantes nécessaires à l'analyse (par exemple, si l'évaluation à l'aide de l'instrument FIM^{MC} n'avait pas été réalisée ou si la destination précise à la sortie était inconnue). En 2007-2008, on a compté 5 835 épisodes dont un AVC était la principale raison de réadaptation. Un total de 3 752 épisodes ont été inclus dans l'analyse, 2 083 épisodes ayant été exclus pour les raisons susmentionnées. Pour obtenir toutes les précisions sur les patients inclus et exclus de l'analyse, veuillez consulter les tableaux A et B de l'annexe à la fin du rapport.

On a ensuite appliqué un modèle de régression logistique appliqué, à l'aide des caractéristiques du cadre conceptuel, pour estimer les probabilités de retour à domicile par rapport aux probabilités de transfert vers un établissement de soins pour bénéficiaires internes ou une résidence avec services. L'analyse par régression logistique permet de déterminer quels facteurs sont associés de manière indépendante au retour à domicile, une fois pris en compte tous les autres facteurs du modèle.

Résultats

Caractéristiques des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC

Le tableau 2 présente le nombre de patients victimes d'un AVC inclus dans la présente analyse et certains descripteurs démographiques de cet échantillon. Comme le montre ce tableau, 85 % de tous les patients admis en réadaptation à la suite d'un AVC et inclus dans l'analyse sont retournés à domicile. En moyenne, les patients retournés à domicile étaient plus jeunes, étaient plus souvent des hommes que des femmes et avaient plus tendance à vivre avec un conjoint, un partenaire ou un membre de leur famille avant d'être admis dans un service de réadaptation pour patients hospitalisés. Comme on pouvait s'y attendre, leur degré fonctionnel général à l'admission était supérieur à celui des patients transférés vers un établissement de soins de longue durée ou vers une résidence avec services, et le temps écoulé entre leur AVC et leur admission dans un service de réadaptation pour patients hospitalisés était plus court.

Tableau 2 Caractéristiques démographiques des patients victimes d'un AVC inclus dans l'analyse, 2007-2008

Indicateur	Retours à domicile	Transferts à un autre établissement	Valeur prédictive (retour à domicile vs transfert à un autre établissement)	Total
Nombre	3 198	554	—	3 752
Âge moyen (écart type)	68,4 (13,77)	75,7 (11,53)	< 0,0001	69,5 (13,71)
Femmes (%)	43,3	55,0	< 0,0001	45,0
Vivant avec un conjoint, un partenaire ou un membre de la famille avant l'admission (%)	75,9	46,4	< 0,0001	71,5
Admis dans un établissement spécialisé (%)	44,0	49,8	0,0106	44,8
Nombre moyen de jours entre l'AVC et l'admission dans un service de réadaptation pour patients hospitalisés (écart type)	17,8 (16,48)	24,0 (24,41)	< 0,0001	18,7 (18,01)
AVC unilatéral (%)	91,1	92,1	0,4729	91,3
Note fonctionnelle moyenne à l'admission (écart type)				
Total	82,3 (22,48)	59,4 (21,85)	< 0,0001	78,9 (23,81)
Fonction motrice	55,9 (19,39)	38,1 (18,64)	< 0,0001	53,3 (20,29)
Fonction cognitive	26,3 (6,98)	21,3 (7,68)	< 0,0001	25,6 (7,31)
Note fonctionnelle moyenne à la sortie (écart type)				
Total	106,9 (16,22)	80,2 (26,16)	< 0,0001	103,0 (20,36)
Fonction motrice	77,6 (13,34)	56,2 (22,29)	< 0,0001	74,4 (16,79)
Fonction cognitive	29,3 (5,50)	24,0 (7,24)	< 0,0001	28,6 (6,09)
Retours à domicile (%)	100,0	0,0	—	85,2

Source

Système national d'information sur la réadaptation, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Quels sont les facteurs liés au retour à domicile?

À la suite de l'analyse préliminaire, une analyse des facteurs décrits au tableau 2 a servi à déterminer quels facteurs étaient liés au retour à domicile d'un patient après son séjour en réadaptation. L'analyse par régression logistique a montré un certain nombre de facteurs significativement liés aux probabilités de retour à domicile, tel que nous l'expliquons ci-dessous et que l'illustre la figure 1.

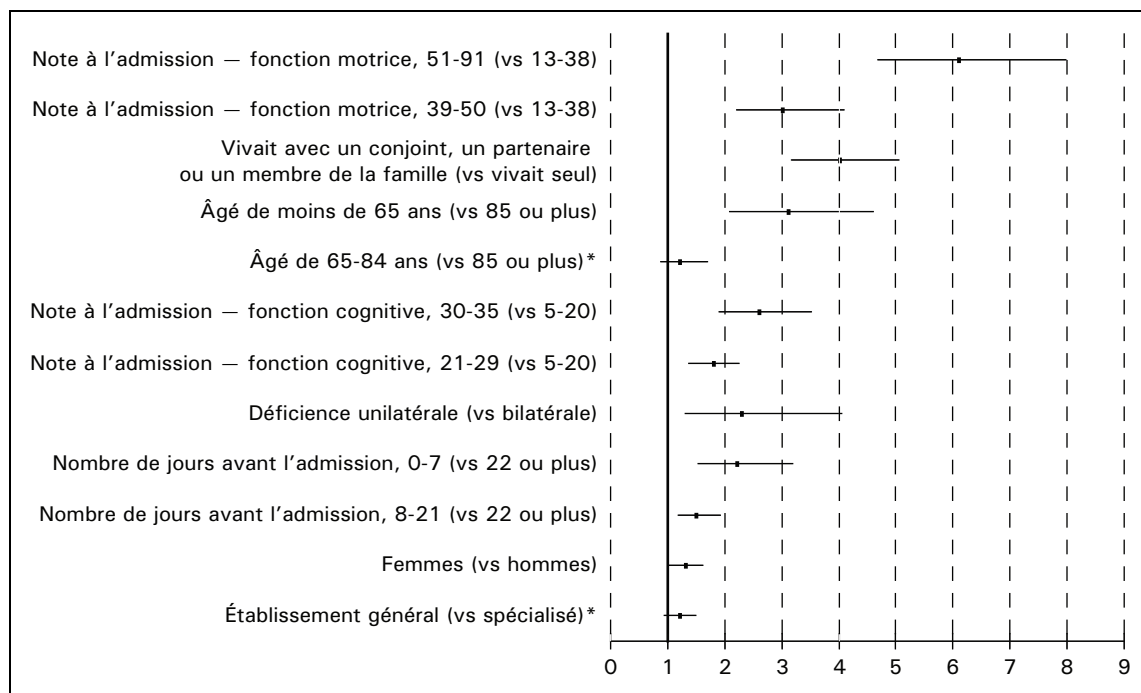
Notes fonctionnelles à l'admission — fonction motrice

Comme l'illustre la figure 1, une note élevée à l'admission sur le plan de la fonction motrice (c.-à.-d. de 51 à 91) est le prédicteur de retour à domicile le plus significatif : les patients ayant une bonne fonction motrice à l'admission sont six fois plus susceptibles de retourner chez eux que ceux qui ont une mauvaise fonction motrice à l'admission (c.-à.-d. de 13 à 38). De même, les patients victimes d'un AVC ayant reçu une note moyenne à l'admission (c.-à.-d. de 39 à 50) quant à leur fonction motrice avaient trois fois plus de chances de retourner à domicile que ceux dont la note à l'admission était faible. Ces résultats sont conformes à ceux de nombreuses études antérieures^{9, 12-16, 18-21} ayant relevé une grande corrélation entre le degré fonctionnel à l'admission et la destination de sortie. Comme on pouvait s'y attendre, les patients qui entreprennent leur réadaptation avec une meilleure autonomie sur le plan de la fonction motrice, par exemple ceux qui sont capables d'effectuer des transferts, de se mouvoir dans le lit, de se nourrir, de contrôler les sphincters de leur vessie et de leurs intestins et de marcher, sont plus susceptibles de retourner à domicile que ceux qui, à l'admission, font preuve de moins d'autonomie relativement aux activités motrices évaluées à l'aide de l'instrument FIM^{MC}.

Notes fonctionnelles à l'admission — fonction cognitive

Comme l'illustre la figure 1, les patients ayant obtenu une note élevée à l'admission sur le plan de la fonction cognitive (c.-à.-d. de 30 à 35) avaient deux fois et demie plus de chances de retourner à domicile que ceux dont la note à l'admission était faible (c.-à.-d. de 5 à 20). De même, les patients victimes d'AVC ayant obtenu une note moyenne à l'admission (c.-à.-d. de 21 à 29) quant à leur fonction cognitive avaient deux fois plus de chances de retourner à domicile que ceux dont la note à l'admission était faible. Tout comme pour la fonction motrice, les patients qui entrent en réadaptation avec un degré de fonction cognitive relativement élevé sont plus susceptibles de retourner à domicile que ceux admis avec des fonctions cognitives plus réduites. Il est à noter que les variations de la fonction cognitive à l'admission, telles que mesurées à l'aide de l'instrument FIM^{MC}, n'ont pas autant influencé la destination de sortie que les variations de la fonction motrice à l'admission, ce qui porte à croire qu'au sein de la population analysée, la fonction motrice pourrait avoir joué un rôle plus important que la fonction cognitive dans la détermination de la capacité de retour à domicile. En outre, un plus petit nombre d'activités sont évaluées dans le domaine cognitif, ce qui pourrait avoir influé sur les résultats. En dépit de ces facteurs, on a tout de même pu observer l'influence d'un degré de fonction cognitive plus élevé sur les probabilités de retour à domicile.

Figure 1 Rapports de cotes et intervalles de confiance à 95 % de facteurs significatifs liés au retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC, 2007-2008



Remarques

* Valeur prédictive non significative de moins de 0,05. Les valeurs entre parenthèses indiquent la catégorie de référence utilisée pour chaque comparaison.

Source

Système national d'information sur la réadaptation, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Conditions de vie avant l'admission

Les conditions de vie avant l'admission étaient le deuxième prédicteur en importance du retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC. Les patients qui vivaient avec un conjoint, un partenaire ou un membre de leur famille avant leur AVC avaient quatre fois plus de chances de retourner à domicile après leur réadaptation que ceux qui vivaient seuls (figure 1). Les membres de la famille sont souvent appelés à aider le patient tant dans ses activités quotidiennes (par exemple, se déplacer dans la maison ou prendre un bain) que dans des activités majeures (par exemple, préparer les repas, gérer les finances et se rendre à des rendez-vous) une fois celui-ci revenu à domicile après sa réadaptation. Par conséquent, les possibilités de retour à domicile en toute sécurité sont souvent tributaires de la présence d'un membre de la famille dans le cadre de vie.

Âge du patient

L'âge au moment de l'admission s'est également révélé un prédicteur significatif du retour à domicile des patients après leur réadaptation à la suite d'un AVC. Les patients de moins de 65 ans étaient trois fois plus susceptibles de retourner chez eux que ceux de 85 ans ou plus, ceci probablement à cause, en partie, du lien entre le vieillissement et d'autres facteurs tels que la présence de comorbidités, une fragilité générale et les probabilités plus faibles que le patient dispose d'un système de soutien communautaire solide qui lui permette un retour réussi à la maison. Il est à noter que l'on n'a pas relevé de différence significative entre les patients âgés de 65 à 84 ans et ceux âgés de 85 ans ou plus en ce qui concerne les probabilités de retour à domicile.

Laps de temps entre l'AVC et l'admission en réadaptation

Le laps de temps écoulé entre l'apparition des symptômes d'AVC et l'admission à un service de réadaptation pour patients hospitalisés est également un prédicteur de la destination de sortie. Ainsi, les patients admis dans les sept jours suivant leur AVC étaient deux fois plus susceptibles de retourner à domicile que ceux admis 22 jours ou plus après leur AVC, peu importe leur degré fonctionnel au moment de l'admission. Ceux qui ont été admis dans les 8 à 21 jours suivant leur AVC avaient près d'une fois et demie plus de chances de retourner à la maison que ceux qui ont été admis 22 jours ou plus après leur AVC. Il est possible que les patients ayant attendu une longue période avant d'être admis en réadaptation aient passé plus de temps en soins de courte durée avant que leur état se stabilise et qu'ils aient atteint le degré de fonction et de tolérance nécessaire pour être transférés en réadaptation. Cette complexité médicale peut influencer le pronostic de certains patients et leurs probabilités de retour à domicile après la réadaptation.

Déficience relative à l'AVC

Dans le cadre de cette analyse, les patients admis dans un service de réadaptation pour patients hospitalisés et dont l'AVC n'avait affecté qu'un côté du corps (déficience unilatérale) avaient deux fois plus de chances de retourner à domicile que ceux admis avec une déficience corporelle bilatérale. Ces résultats sont conformes à ceux d'études antérieures^{6-9, 17}. Une déficience corporelle bilatérale peut indiquer une lésion touchant les deux côtés du cerveau. Elle peut également découler de la survenue de plusieurs AVC au cours d'un même épisode critique. Si des déficiences subsistent des deux côtés du corps après la réadaptation, le patient peut plus difficilement compenser la perte d'un bras ou d'une jambe en utilisant l'autre. Donc, comme on peut s'y attendre, les patients atteints de déficiences corporelles bilatérales sont moins susceptibles de retourner à domicile après leur réadaptation. Il est important de noter que, dans le cadre de la présente analyse, les patients atteints de déficiences corporelles unilatérales représentaient plus de 90 % de l'échantillon.

Analyse en bref

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

Sexe

Le sexe influençait également la destination de sortie, quoique dans une moindre mesure par rapport aux autres facteurs. Tous les autres facteurs pris en compte, les hommes admis en réadaptation à la suite d'un AVC avaient 1,3 fois plus de chances de retourner à domicile que les femmes.

Type d'établissement

Contrairement à plusieurs études antérieures faisant état d'une différence dans les résultats à la sortie selon le lieu de prestation des soins, la présente analyse n'a permis d'observer aucune différence significative entre les destinations de sortie des patients en réadaptation dans des centres spécialisés et ceux en réadaptation dans des établissements de soins généraux. Dans les études précédentes, les patients soignés par des équipes et dans des services spécialisés en réadaptation des patients victimes d'un AVC avaient obtenu de meilleurs résultats. Dans le SNIR, la désignation « établissement spécialisé » ne signifie pas nécessairement que les soins ont été dispensés dans une unité spécialisée dans le traitement des patients ayant subi un AVC. En outre, l'analyse effectuée ne nous permet pas de déterminer s'il existe des différences dans les divers dispensateurs de soins, dans les modèles de prestation des soins (unité ou équipe de traitement des patients ayant subi un AVC par opposition à unité ou équipe de réadaptation générale) ou dans l'intensité des soins de réadaptation reçus dans les deux types d'établissement.

Vous trouverez un sommaire des variables analysées, des nombres relevés, des valeurs prédictives, des intervalles de confiance et des rapports de cotes dans le tableau C en annexe.

Conclusion

Cette analyse démontre que certains facteurs sont plus étroitement liés que d'autres aux probabilités de retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC. Plus particulièrement, le fait d'avoir obtenu des notes fonctionnelles plus élevées à l'admission, de vivre avec un conjoint ou un autre membre de la famille au moment de l'AVC, d'être âgé de moins de 65 ans, d'être atteint de déficiences corporelles unilatérales plutôt que bilatérales, d'avoir été admis rapidement en réadaptation pour patients hospitalisés à la suite de l'AVC et d'être un homme étaient autant de facteurs liés à une plus forte probabilité de retour à domicile des patients victimes d'un AVC. Par contre, le type d'établissement de réadaptation n'était pas lié à la destination de sortie des patients hospitalisés en réadaptation.

Analyse en bref

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

Ces résultats peuvent aider à documenter les pratiques en matière de réadaptation des patients victimes d'un AVC aux fins de planification et d'affectation des ressources. Plus précisément, la présente analyse peut être utile aux cliniciens, gestionnaires, décideurs, planificateurs du système et responsables de l'élaboration des politiques pour :

- le perfectionnement des directives de pratique clinique et des cartes de soins pour le traitement des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC (p. ex. pour créer une carte de soins destinée aux patients « susceptibles de retourner à domicile » et une autre pour ceux qui ne font pas partie de ce groupe);
- l'affectation de ressources cliniques et de soutien à la réadaptation des patients hospitalisés à la suite d'un AVC et la planification des sorties de manière efficace et rentable (p. ex. l'aide à la prédiction de l'ampleur des services à domicile ou des soins de réadaptation communautaires requis);
- le soutien à l'évaluation des besoins pour la planification des ressources dans le continuum des soins dispensés aux patients victimes d'un AVC (p. ex. le fait de connaître le pourcentage de patients qui ne sont pas susceptibles de retourner à domicile peut aider à déterminer le nombre de lits requis en soins de longue durée).

Compte tenu des résultats et des limites de cette analyse, nous recommandons de poursuivre la recherche pour l'obtention de preuves supplémentaires sur d'autres facteurs prédictifs des résultats pour les patients victimes d'un AVC, ainsi que sur les relations entre ces facteurs. D'autres études pourraient par exemple établir un lien entre les patients qui, à la suite d'un AVC, retournent directement à domicile à leur sortie de l'établissement de soins de courte durée et ceux qui sont admis en réadaptation pour patients hospitalisés, de même que ceux qui sont transférés ailleurs directement après l'épisode de soins de courte durée, l'objectif étant de mieux cerner les facteurs prédictifs du rétablissement global d'un patient à la suite d'un AVC dans le continuum de soins.

Annexes

Source des données

La présente analyse se fonde sur des données tirées du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) de l'ICIS pour l'exercice 2007-2008.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de pouvoir analyser un groupe plus homogène, nous avons exclu plusieurs enregistrements du nombre total d'enregistrements de sortie de patients victimes d'AVC pour 2007-2008 en fonction de divers critères. Les raisons des exclusions et le nombre d'enregistrements visés figurent dans le tableau A. Il est à noter qu'un peu plus de 1 000 enregistrements ont été exclus parce que la destination de sortie était classée comme un milieu autre que le domicile, une résidence avec services ou un établissement de soins de longue durée. Dans la grande majorité des cas, la destination de sortie était désignée comme « autre ». D'après les pratiques de codification, on peut déduire que, dans un grand nombre de ces cas, le transfert se fait vers un autre établissement de réadaptation ou un établissement de soins autre qu'un établissement de soins de courte durée, une résidence avec services ou un établissement de soins de longue durée. Toutefois, comme nous ne connaissons pas précisément la destination de sortie, nous avons exclu les enregistrements. Les patients victimes d'un AVC classé comme « autre AVC » ont également été exclus puisqu'ils ne peuvent pas être classés comme étant atteints de déficiences corporelles unilatérales ou bilatérales.

Tableau A Enregistrements exclus de l'analyse sur les patients victimes d'AVC, 2007-2008

Raisons de l'exclusion de l'analyse	Nombre d'enregistrements soumis
L'admission en établissement de réadaptation pour patients hospitalisés n'est pas désignée comme une première admission à la suite d'un AVC	312
Ne provient pas directement d'un établissement de soins de courte durée	359
Le temps écoulé entre l'AVC et l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés dépasse les 365 jours	50
Le patient ne vivait pas à domicile avant l'AVC	374
La destination de sortie était autre que le domicile, une résidence avec services ou un établissement de soins pour bénéficiaires internes	1 010
L'AVC a été classé comme « autre AVC »	313
Les notes fonctionnelles à l'admission ou à la sortie sont incomplètes	397

Analyse en bref

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

Raisons de l'exclusion de l'analyse	Nombre d'enregistrements soumis
Le patient a déjà séjourné dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés à la suite d'un AVC	352
Les données insuffisantes ne nous permettent pas de déterminer si le patient a déjà séjourné dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés à la suite d'un AVC	22
Nombre total d'enregistrements exclus	2 083

Source

Système national d'information sur la réadaptation, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Ces critères d'exclusion n'étant pas mutuellement exclusifs, de nombreux enregistrements ont été exclus pour plus d'une raison. En limitant l'analyse en fonction de ces critères, nous avons exclu 36 % de tous les enregistrements de sortie de patients victimes d'AVC en 2007-2008.

Le tableau B compare les enregistrements inclus et exclus. Notez qu'il y avait des différences entre les deux groupes pour bon nombre des facteurs évalués dans cette analyse. Certaines de ces différences peuvent s'expliquer par les raisons de l'exclusion. Plus précisément, des enregistrements ont été exclus s'il manquait des variables importantes pour l'analyse (p. ex. la destination de sortie). Ces variables ne sont pas requises si le patient n'a pas atteint ses objectifs et qu'il est transféré à un autre établissement.

Tableau B Analyse des enregistrements inclus et exclus

Indicateur	Inclus	Exclus	Nombre d'exclus
Nombre total	3 752	2 083	2 083
Âge moyen (écart type)	69,5 (13,71)	71,4 (14,03)	2 083
Femmes (%)	45,0	45,5	2 083
Vivait avec un conjoint, un partenaire ou un membre de la famille avant l'admission (%)	71,5	59,2	2 083
Admis dans un établissement spécialisé (%)	44,8	38,0	2 083
Nombre moyen de jours entre l'AVC et l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés (écart type)	18,7 (18,01)	51,9 (215,27)	2 069
AVC unilatéral (%)	91,3	78,2	2 083
Note fonctionnelle moyenne à l'admission, FIM^{MC} (écart type)			
Total	78,9 (23,81)	70,2 (25,00)	2 004
Fonction motrice	53,3 (20,29)	46,1 (20,95)	2 004
Fonction cognitive	25,6 (7,31)	24,1 (7,81)	2 004

Analyse en bref

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

Indicateur	Inclus	Exclus	Nombre d'exclus
Note fonctionnelle moyenne à la sortie, FIM^{MC} (écart type)			
Total	103,0 (20,36)	89,6 (26,70)	1 686
Fonction motrice	74,4 (16,79)	62,9 (22,43)	1 692
Fonction cognitive	28,6 (6,09)	26,6 (7,09)	1 703
Retours à domicile (%)	85,2	50,2	1 447

Remarque

Le nombre de cas exclus pour différents indicateurs peut varier en raison de la nature des données du SNIR. Dans certains cas, par exemple, la raison de la sortie ou le type d'admission en réadaptation, certains éléments de données peuvent être facultatifs et non recueillis par le SNIR.

Source

Système national d'information sur la réadaptation, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Analyse

Le tableau C présente les résultats intégraux de l'analyse par régression logistique.

Tableau C Résultats des modèles de régression logistique relativement au retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un AVC, 2007-2008

Variable	Probabilités	Intervalle de Wald (intervalle de confiance) à 95 %	Valeur prédictive	Nombre	Retours à domicile (%)
Degré fonctionnel à l'admission					
Note — fonction motrice : 13 à 38	1,0	—	—	971	67,6
Note — fonction motrice : 39 à 50	3,0	2,21-4,09	< 0,0001	647	84,1
Note — fonction motrice : 51 à 91	6,1	4,69-7,98	< 0,0001	2,134	93,6
Note — fonction cognitive : 5 à 20	1,0	—	—	921	72,4
Note — fonction cognitive : 21 à 29	1,8	1,37-2,26	< 0,0001	1,456	86,1
Note — fonction cognitive : 30 à 35	2,6	1,90-3,51	< 0,0001	1,375	92,9

Analyse en bref

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

Variable	Probabilités	Intervalle de Wald (intervalle de confiance) à 95 %	Valeur prédictive	Nombre	Retours à domicile (%)
Conditions de vie avant l'admission					
Ne vivait pas avec un conjoint, un partenaire ou un membre de la famille	1,0	—	—	1 069	72,2
Vivait avec un conjoint, un partenaire ou un membre de la famille	4,0	3,18-5,06	< 0,0001	2 683	90,4
Groupe d'âge					
85 ans ou plus	1,0	—	—	379	71,5
65 à 84 ans	1,2	0,88-1,69	0,2290	2 119	83,2
Moins de 65 ans	3,1	2,08-4,60	< 0,0001	1 254	92,7
Déficience corporelle					
Bilatérale	1,0	—	—	327	86,5
Unilatérale	2,3	1,30-4,02	0,0039	3 425	85,1
Nombre de jours entre l'AVC et l'admission					
22 ou plus	1,0	—	—	1 022	79,0
8 à 21	1,5	1,18-1,93	0,0010	1 951	86,5
0 à 7	2,2	1,53-3,20	< 0,0001	779	90,4
Sexe					
Femmes	1,0	—	—	1 689	81,9
Hommes	1,3	1,03-1,61	0,0236	2 063	87,9
Type d'établissement					
Spécialisé	1,0	—	—	1 682	83,6
Général	1,2	0,95-1,50	0,1354	2 070	86,6

Remarques

La variable dépendante utilisée dans le modèle indique si le patient victime d'un AVC est retourné à la maison ou s'il a été transféré vers une résidence avec services ou un établissement de soins pour bénéficiaires internes. Les modèles de régression logistique ont permis d'expliquer 28,8 % de la variabilité.

Source

Système national d'information sur la réadaptation, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Limites des données

Certaines limites s'appliquant aux données doivent être considérées dans l'interprétation des résultats de cette analyse, notamment le fait que, dans la base de données du SNIR, la gravité des déficiences découlant de l'AVC est caractérisée par sa latéralité et les pertes fonctionnelles résultantes. Cette catégorisation ne permet toutefois pas de recueillir des données sur des facteurs plus précis ayant un effet sur la déficience, comme le type d'AVC et sa localisation, le fait qu'il soit attribuable à une hémorragie ou à un caillot ou encore d'autres distinctions semblables. Notre analyse nous permet donc de nous prononcer seulement sur les corrélations établies avec les facteurs analysés.

Une autre limite possible des données découle du fait que les établissements choisissent eux-mêmes leur type, c'est-à-dire que les établissements qui participent au SNIR se désignent eux-mêmes comme des établissements de soins généraux ou spécialisés. Selon la définition du SNIR, un établissement de réadaptation général est une unité ou un ensemble de lits de réadaptation faisant partie d'un hôpital général offrant des soins de multiples niveaux ou types; un établissement de réadaptation spécialisé dispense, quant à lui, des services de réadaptation pour patients hospitalisés plus complets et plus spécialisés et est habituellement situé dans un bâtiment autonome ou dans une unité spécialisée d'un hôpital. Il est à noter que ces définitions sont propres au SNIR. De plus, le type d'établissement n'est pas nécessairement indicateur de l'étendue ou du niveau des services offerts, pas plus que du degré de spécialisation en matière de soins aux victimes d'un AVC ou d'organisation de ces soins, qui est souvent décrit dans la documentation comme un prédicteur des résultats. Cette limite peut influencer la capacité de prédire le retour à domicile en fonction du type d'établissement indiqué dans le SNIR.

La présente analyse s'est limitée aux patients victimes d'un AVC qui sont passés directement des soins de courte durée à la réadaptation pour patients hospitalisés. Même si, comparativement, on compte peu de patients en réadaptation à la suite d'un AVC qui ne viennent pas directement des soins de courte durée, il faut souligner que les résultats présentés ici ne reflètent qu'un sous-groupe de la population de patients hospitalisés en réadaptation pour la même cause.

En dehors de l'Ontario, les établissements canadiens sont essentiellement libres de soumettre ou non des données au SNIR. Le SNIR ne contient donc pas des données sur tous les services de réadaptation pour patients hospitalisés au Canada. Par conséquent, l'information présentée dans cette Analyse en bref ne reflète pas nécessairement l'intégralité des résultats obtenus à la sortie des établissements de réadaptation pour patients hospitalisés. Précisons qu'une analyse annuelle de l'information fournie par des sources de chacun des ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé indique que le SNIR recevrait actuellement des données d'environ 75 % de tous les établissements que les provinces jugeraient conformes pour le SNIR. À mesure que la mise en œuvre pancanadienne du SNIR se poursuit, le système de collecte d'information devrait devenir une source de données de plus en plus complète pour étayer les analyses ultérieures d'un bout à l'autre du pays.

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 réalisation de la présente analyse est rendue possible grâce à l'apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada ou des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Références

1. M. Y. Hwang, R. M. Glass et J. Molter, « How Do You Know When Someone Is Having a Stroke? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, n° 16 (1998), p. 1324.
2. Fondation des maladies du cœur du Canada, *Stroke Statistics* (en ligne), Ottawa (Ont.), Fondation des maladies du cœur du Canada, 2009. Consulté le 27 janvier 2009. Internet : <<http://www.heartandstroke.com/site/c.iklQLcMWJtE/b.3483991/k.34A8/Statistics.htm>> .
3. Statistique Canada, *Mortality—Summary of List of Causes*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2004.
4. F. O'Rourke, N. Dean, N. Akhtar et A. Shuaib, « Current and Future Concepts in Stroke Prevention », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 7 (2004), p. 1123-1133.
5. Fédération des sciences neurologiques du Canada, Canadian Brain and Nerve Health Coalition et Institut canadien d'information sur la santé, *The Burden of Neurological Diseases, Disorders and Injuries in Canada [Le fardeau des maladies, troubles et traumatismes neurologiques au Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007, p. 98-105.
6. M. P. Alexander, « Stroke Rehabilitation Outcome. A Potential Use of Predictive Variables to Establish Levels of Care », *Stroke*, vol. 25, n° 1 (1994), p. 128-134.
7. M. Demchuk et A. M. Buchan, « Predictors of Stroke Outcome », *Neurological Clinics*, vol. 18, n° 2 (2000), p. 455-473.
8. V. Granger, B. B. Hamilton et R. C. Fiedler, « Discharge Outcome After Stroke Rehabilitation », *Stroke*, vol. 23, n° 7 (1992), p. 978-982.
9. J. E. Ween, M. P. Alexander, M. D'Esposito et M. Roberts, « Factors Predictive of Stroke Outcome in a Rehabilitation Setting », *Neurology*, vol. 47, n° 2 (1996), p. 388-392.
10. P. M. Smith, K. J. Ottenbacher, M. Cranley, S. S. Dittmar, S. B. Illig et C. V. Granger, « Predicting Follow-Up Living Setting in Patients With Stroke », *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 83, n° 6 (2002), p. 764-770.
11. J. E. Ween, S. T. Mernoff et M. P. Alexander, « Recovery Rates After Stroke and Their Impact on Outcome Prediction », *Neurorehabilitation & Neural Repair*, vol. 14, n° 3 (2000), p. 229-235.
12. S. D. Bagg, A. P. Pombo et W. M. Hopman, « Toward Benchmarks for Stroke Rehabilitation in Ontario, Canada », *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 85, n° 12 (2006), p. 971-976.
13. S. G. Brauer, P. G. Bew, S. S. Kuys, M. R. Lynch et G. Morrison, « Prediction of Discharge Destination After Stroke Using the Motor Assessment Scale on Admission: A Prospective, Multisite Study », *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 89, n° 6 (2008), p. 1061-1065.

14. K. Ohwaki, H. Hashimoto, M. Sato, H. Tokuda et E. Yano, « Gender and Family Composition Related to Discharge Destination and Length of Hospital Stay After Acute Stroke », *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, vol. 207, n° 4 (2005), p. 325-332.
15. X. Cifu et D. G. Stewart, « Factors Affecting Functional Outcome After Stroke: A Critical Review of Rehabilitation Interventions », *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 80, n° 5, suppl. 1 (1999), p. S35-S39.
16. J. Nuyen, P. M. Spreeuwenberg, P. P. Groenewegen, G. A. van den Bos et F. G. Schellevis, « Impact of Preexisting Depression on Length of Stay and Discharge Destination Among Patients Hospitalized for Acute Stroke: Linked Register-Based Study », *Stroke*, vol. 39, n° 1 (2008), p. 132-138.
17. T. A. Nguyen, A. Page, A. Aggarwal et P. Henke, « Social Determinants of Discharge Destination for Patients After Stroke With Low Admission FIM Instrument Scores », *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 88, n° 6 (2007), p. 740-744.
18. J. Y. Wee et W. M. Hopman, « Stroke Impairment Predictors of Discharge Function, Length of Stay, and Discharge Destination in Stroke Rehabilitation », *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 84, n° 8 (2005), p. 604-612.
19. K. J. Ottenbacher, P. M. Smith, S. B. Illig, R. C. Fiedler, V. Gonzales et C. V. Granger, « Characteristics of Persons Rehospitalized After Stroke Rehabilitation », *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 82, n° 10 (2001), p. 1367-1374.
20. K. McKenna, L. Tooth, J. Strong, K. Ottenbacher, J. Connell et M. Cleary, « Predicting Discharge Outcomes for Stroke Patients in Australia », *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 81, n° 1 (2002), p. 47-56.
21. M. Massucci, L. Perdon, M. Agosti, M. G. Celani, E. Righetti, E. Recupero, E. Todeschini et M. Franceschini, « Prognostic Factors of Activity Limitation and Discharge Destination After Stroke Rehabilitation », *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 85, n° 12 (2006), p. 963-970.
22. R. Meijer, L. J. van, B. Kriek, D. Ihnenfeldt, M. Vermeulen et R. de Haan, « Prognostic Social Factors in the Subacute Phase After a Stroke for the Discharge Destination From the Hospital Stroke-Unit. A Systematic Review of the Literature », *Disability & Rehabilitation*, vol. 26, n° 4 (2004), p. 191-197.
23. H. Yagura, I. Miyai, T. Suzuki et T. Yanagihara, « Patients With Severe Stroke Benefit Most by Interdisciplinary Rehabilitation Team Approach », *Cerebrovascular Diseases*, vol. 20, n° 4 (2005), p. 258-263.
24. L. Kalra et P. Langhorne, « Facilitating Recovery: Evidence for Organized Stroke Care », *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 39, n° 2 (2007), p. 97-102.
25. P. J. Somerford, A. H. Lee et K. K. Yau, « Ischemic Stroke Hospital Stay and Discharge Destination », *Annals of Epidemiology*, vol. 14, n° 10 (2004), p. 773-777.
26. H. F. Zhu, N. N. Newcommon, M. E. Cooper, T. L. Green, B. Seal, G. Klein, N. U. Weir, S. B. Coutts, T. Watson, P. A. Barber, A. M. Demchuk et M. D. Hill, « Impact of a Stroke Unit on Length of Hospital Stay and In-Hospital Case Fatality », *Stroke*, vol. 40, n° 1 (2009), p. 18-23.