



**Octobre 2007**

## Retours en réadaptation pour patients hospitalisés

### Sommaire

De 2003 à 2007, 11 % des clients admis en réadaptation pour patients hospitalisés sont retournés en réadaptation après avoir reçu leur congé. Ceux qui sont retournés pour un deuxième séjour en réadaptation en raison de la même affection présentaient souvent un niveau de fonctionnement supérieur à leur sortie. Par contre, si leur deuxième séjour était lié à un second épisode ou à un épisode subséquent, leur état fonctionnel ne s'était pas amélioré autant au cours du deuxième séjour. Ces résultats pourraient alimenter les discussions sur les pratiques exemplaires et les politiques liées au cheminement des clients, et confirmer l'importance du rôle de la prévention secondaire dans la réadaptation.

### Introduction

La présente Analyse en bref se penche sur les caractéristiques cliniques et démographiques des clients qui sont admis de nouveau en réadaptation pour patients hospitalisés. L'analyse est fondée sur une cohorte de clients qui ont obtenu leur congé après une réadaptation pour patients hospitalisés pour la première fois au cours des années 2003-2004 ou 2004-2005 et qui sont par la suite retournés en réadaptation pour patients hospitalisés. Cette cohorte a fait l'objet d'un suivi de 24 mois après la sortie suivant le premier séjour en réadaptation.

Dans la présente analyse, le terme « retour en réadaptation » désigne les clients qui ont été admis de nouveau dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés à la suite d'un premier séjour en réadaptation. Il exclut les clients qui ont été admis ultérieurement à d'autres niveaux de soins ou qui ont obtenu leur congé sans retourner en réadaptation par la suite.

Bien qu'un retour en réadaptation puisse être considéré comme une indication de la gravité de la maladie, tous les retours ne sont pas nécessairement évitables ou indésirables. Il est important de prendre note que certains retours en réadaptation sont des événements planifiés. Il est possible, par exemple, que certains clients ayant subi une amputation soient admis en réadaptation pour patients hospitalisés afin de suivre un programme préalable d'entraînement à la marche, qu'ils obtiennent ensuite leur congé, puis qu'ils soient réadmis ultérieurement pour suivre un entraînement intensif à la marche une fois que la peau est guérie et qu'ils sont aptes à utiliser une prothèse.

Il s'agit là d'un exemple de l'incidence que peuvent avoir les différents programmes de soins sur les taux de retour en réadaptation pour patients hospitalisés. De plus, dans le contexte de la gestion des maladies chroniques, les admissions multiples en réadaptation sur une longue période peuvent s'inscrire dans un processus normal de soins.

Le faible taux de retour en réadaptation, quelle qu'en soit la raison, peut nous renseigner sur les pratiques, les modèles de soins ou d'autres facteurs qui contribuent aux bons résultats. De même, un taux élevé pourrait donner lieu à une analyse plus approfondie des facteurs potentiels (par exemple, les caractéristiques propres au client et les soins de suivi après la sortie) et de leur contribution relative au retour en réadaptation. Ces taux doivent être considérés à la lumière d'autres données, telles que les caractéristiques propres au client et à la collectivité, ainsi que les services dispensés pendant la réadaptation pour patients hospitalisés et après la sortie.

Les résultats de la présente analyse fournissent des données sur les profils démographiques, le niveau de fonction et la durée du séjour des groupes de clients qui présentent des taux élevés de retour en réadaptation pour patients hospitalisés. L'analyse met également en contexte les différents programmes de soins et le rôle de la prévention secondaire des retours subséquents en réadaptation pour patients hospitalisés pour la même raison ou en raison d'un problème différent.

## Méthodes

La présente Analyse en bref donne un aperçu des profils démographiques et cliniques des clients qui retournent en réadaptation dans les 24 mois suivant un premier séjour. Elle porte sur les clients de trois groupes de clients en réadaptation<sup>i</sup> (GCR) [affection orthopédique, accident vasculaire cérébral (AVC) et amputation] qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés plus souvent ou dont le taux de retour est plus élevé. En outre, l'analyse permet d'étudier attentivement les distinctions entre les clients qui sont retournés pour le même problème ou pour un problème différent parmi ces trois groupes de clients. Le GCR et la date de début ont servi à déterminer si le problème de santé au retour en réadaptation était le « même » ou « différent ». Si les clients étaient retournés en réadaptation dans le même GCR, la date de début des deux séjours servait à déterminer si le deuxième séjour était relié au même problème que le premier séjour ou à un problème ultérieur.

---

i. Les groupes de clients en réadaptation mentionnés, ont été adaptés, avec permission, des codes de déficience de la UDSMR. Copyright 1997 Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de UB Foundation Activities, Inc., tous droits réservés.

La cohorte soumise à l'analyse se définissait comme suit : toute personne admise pour la première fois entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2005 et déclarée dans le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR). La cohorte a été suivie jusqu'au 31 mars 2007 afin de déterminer quels clients sont retournés en réadaptation. Pour les besoins de la présente analyse, seuls les clients qui avaient obtenu leur congé afin de retourner à leur domicile après le premier séjour ont été pris en considération. Les tableaux 6 à 8 présentés dans la section Notes techniques de la présente Analyse en bref contiennent de plus amples renseignements sur la sélection de la cohorte qui a fait l'objet d'une analyse.

## À propos du SNIR

L'ICIS a élaboré le SNIR en 2001 pour aider les hôpitaux à recueillir des données sur les clients en réadaptation pour patients hospitalisés principalement âgés de 18 ans ou plus. Les services de réadaptation sont dispensés dans des établissements spécialisés en réadaptation ainsi que dans les hôpitaux généraux qui disposent d'unités, de programmes ou de lits en réadaptation. En date de 2006-2007, la base de données du SNIR comptait plus de 156 000 paires d'évaluations d'admission et de sortie (épisodes) soumises par 95 hôpitaux répartis dans 7 provinces. Ces paires d'évaluations couvrent toute une gamme d'états de santé, notamment les accidents vasculaires cérébraux, les affections orthopédiques et les amputations.

Au total, 6 010 clients qui avaient obtenu pour la première fois leur congé d'un programme de réadaptation pour patients hospitalisés en 2003-2004 ou en 2004-2005 sont retournés en réadaptation au moins une fois dans les 24 mois suivant leur sortie, ce qui représente 12 % de tous les clients du SNIR pendant cette période. À titre de comparaison, au cours de la même période, 45 191 clients au total (88 %) ne sont pas retournés en réadaptation pour patients hospitalisés à la suite de leur séjour initial. Compte tenu des différences entre les clients qui retournent à leur domicile et ceux qui sont transférés à un autre niveau de soins hospitaliers, l'analyse porte exclusivement sur les clients qui sont retournés à leur domicile entre leur séjour initial en réadaptation pour patients hospitalisés et leur retour. Lorsqu'on a limité l'analyse aux clients qui ont obtenu leur congé afin de regagner leur domicile après leur séjour initial en réadaptation, les proportions étaient similaires (11 % sont retournés en réadaptation et 89 % n'y sont pas retournés).

## À propos de l'instrument FIM<sup>MC</sup> et des notes fonctionnelles totales

Pour les besoins du SNIR, l'état fonctionnel du patient à son admission en réadaptation pour patients hospitalisés et à sa sortie est évalué au moyen de l'instrument FIM<sup>MC</sup>.<sup>ii</sup> L'instrument FIM<sup>MC</sup> mesure le degré d'incapacité et le fardeau du soignant associé au niveau d'incapacité. Il se compose de 18 éléments (dont 13 sur la fonction motrice et 5 sur la fonction cognitive) sur une échelle à 7 niveaux allant de l'autonomie (7) à la dépendance fonctionnelle (1). L'addition des résultats à ces 18 éléments donne une note fonctionnelle totale<sup>iii</sup>; la note maximale est de 126 (18 éléments x 7). La norme du SNIR exige que l'instrument FIM<sup>MC</sup> soit utilisé à l'admission et à la sortie de tous les clients dont le séjour est de quatre jours ou plus dans une unité ou un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés.

## Caractéristiques des clients qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés

Comme l'indique le tableau 1, les clients qui sont retournés en réadaptation étaient, en moyenne, un peu plus âgés que ceux qui n'y sont pas retournés (70 ans contre 69 ans). Une proportion élevée des clients qui sont retournés étaient des femmes (64 % contre 57 % pour les clients qui ne sont pas retournés). De plus, davantage de clients qui sont retournés en réadaptation avaient vécu seuls à la suite de l'obtention de leur premier congé (29 % contre 27 %).

**Tableau 1. Profils démographiques des clients en réadaptation pour patients hospitalisés qui sont retournés ou non en réadaptation, 2003 à 2007**

Profils démographiques	Retournés en réadaptation (n = 4 228)	Non retournés en réadaptation (n = 35 343)
Âge moyen à la première admission (années)	69,9	68,6
Sexe (%)		
Femmes	2 689 (63,6)	20 264 (57,3)
Hommes	1 538 (36,4)	15 075 (42,7)
Milieu de vie après le premier congé		
Avec conjoint/partenaire/famille (%)	2 989 (70,7)	25 888 (73,3)
Seul (%)	1 238 (29,3)	9 447 (26,7)

Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

- ii. L'instrument FIM<sup>MC</sup> auquel on fait référence dans le présent document est la propriété de la Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de UB Foundation Activities, Inc.
- iii. Les notes fonctionnelles auxquelles on fait référence dans ce document sont fondées sur les données recueillies à l'aide de l'instrument FIM<sup>MC</sup>.

Le tableau 2 compare la répartition par GCR de tous les clients qui ont regagné leur domicile après leur premier séjour et de ceux qui sont retournés en réadaptation. Comme nous l'avons mentionné précédemment, près de 11 % des clients en réadaptation pour patients hospitalisés qui ont regagné leur domicile en 2003-2004 et en 2004-2005 sont retournés en réadaptation au moins une fois dans les 24 mois qui ont suivi leur sortie. De tous les clients qui ont regagné leur domicile après un premier séjour, 8 % sont retournés dans le même GCR, alors que 3 % sont retournés dans un autre GCR. Les clients admis à l'origine en raison d'affections orthopédiques représentaient le nombre le plus important de clients qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés (63 %); ils constituaient aussi le nombre le plus important de clients de toute la cohorte (54 %). À titre de comparaison, les clients admis initialement pour un AVC représentaient 15 % de tous les clients de la cohorte, mais seulement 8 % des clients qui sont retournés en réadaptation. Les clients admis pour une amputation représentaient seulement 3 % de l'ensemble des clients de la cohorte, mais 5 % des clients qui sont retournés en réadaptation.

**Tableau 2. Distribution par GCR de tous les clients en réadaptation pour patients hospitalisés qui ont regagné leur domicile et de tous les clients qui sont retournés en réadaptation, 2003 à 2007**

Groupe de clients en réadaptation (GCR)	Tous les clients ayant regagné leur domicile (n = 39 571)		Clients qui sont retournés en réadaptation (n = 4 228)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Affection orthopédique	21 217	53,6	2 685	63,5
AVC	5 958	15,1	341	8,1
Trouble médicalement complexe	2 469	6,2	241	5,7
Amputation	1 218	3,1	218	5,1
Maladie pulmonaire	999	2,5	132	3,1
Débilité	1 180	3,0	127	3,0
Dysfonctionnement de la moelle épinière	1 257	3,2	105	2,5
Maladie cardiaque	1 141	2,9	104	2,5
Affection neurologique	901	2,3	79	1,9
Dysfonctionnement cérébral	1 637	4,1	72	1,7
Arthrite	400	1,0	53	1,2
Autre	1 194*	3,0	71†	1,7
<b>Total</b>	<b>39 571</b>	<b>100,0</b>	<b>4 228</b>	<b>100,0</b>

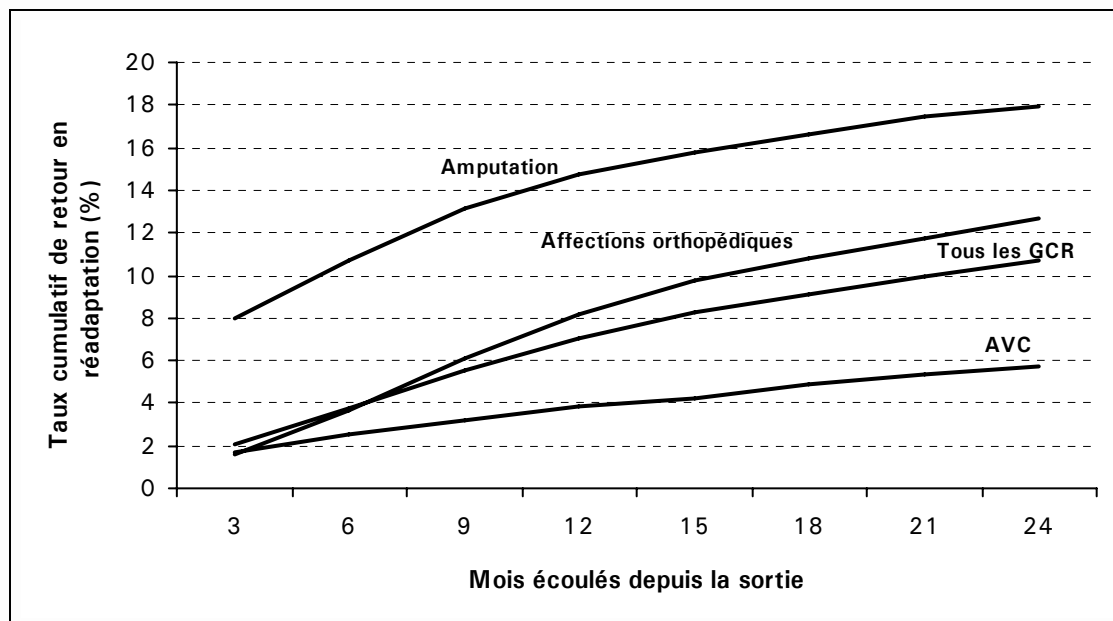
**Remarques :**

\* Inclut les lésions traumatiques multiples graves, les syndromes algiques, les brûlures, les malformations congénitales, les autres déficiences incapacitantes et la déficience développementale.

† Inclut les syndromes algiques, les lésions traumatiques multiples graves, les autres déficiences incapacitantes et les malformations congénitales.

Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

**Figure 1. Taux cumulatif de retour<sup>iv</sup> en réadaptation pour patients hospitalisés pour tous les GCR, AVC, affection orthopédique et amputation, 2003 à 2007**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

La figure 1 indique le taux cumulatif de retour en réadaptation pour patients hospitalisés de tous les clients ainsi que des cas d'affections orthopédiques, d'AVC et d'amputations. Si les clients du GCR amputation représentent une plus petite proportion des clients qui sont retournés en réadaptation, ils retournent toutefois plus fréquemment en réadaptation. Par conséquent, ils présentent le taux cumulatif le plus élevé comparativement aux GCR affection orthopédique et AVC. Dans les trois mois suivant la sortie, les clients des GCR AVC ou affection orthopédique étaient moins susceptibles de retourner en réadaptation que les clients du GCR amputation (2 % contre 8 %). Dans les 24 mois suivant le congé initial, le taux de retour des clients des GCR amputation et affection orthopédique était plus élevé que celui des clients du GCR AVC. Après 24 mois, 18 % des clients du GCR amputation étaient retournés en réadaptation, comparativement à 13 % et 6 % des clients des GCR affection orthopédique et AVC, respectivement.

<sup>iv</sup> Le taux cumulatif de retour en réadaptation pour patients hospitalisés est défini comme le nombre de personnes qui retournent en réadaptation au moins une fois dans les 24 mois suivant leur congé initial, en proportion du nombre de personnes qui ont été admises en réadaptation pour la première fois entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2005.

Les pages suivantes de l'Analyse en bref portent sur les différences des caractéristiques démographiques, des notes fonctionnelles et de la durée du séjour entre les clients qui sont retournés en réadaptation et ceux qui n'y sont pas retournés pour chacun des trois groupes de clients choisis pour l'analyse (affection orthopédique, AVC et amputation). De plus, pour chacun des groupes, l'analyse des clients qui retournent en réadaptation a ensuite été scindée en deux volets : les clients qui retournent pour le même état qu'à la première admission et ceux qui retournent en réadaptation pour une affection différente.

## Clients souffrant d'affections orthopédiques

Près de 13 % des clients admis en réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'affections orthopédiques sont retournés en réadaptation dans les 24 mois suivant leur premier séjour (voir le tableau 3). Les clients de ce GCR qui sont retournés étaient plus susceptibles de retourner en réadaptation pour patients hospitalisés pour une affection orthopédique (87 %) que pour toute autre affection. Les clients qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés étaient également plus jeunes, en moyenne, que ceux qui n'y sont pas retournés (69 ans contre 72 ans).

**Tableau 3. Proportion des retours en réadaptation des clients souffrant d'affections orthopédiques, 2003 à 2007**

Clients souffrant d'une affection orthopédique	Nombre	Pourcentage
Ne sont pas retournés en réadaptation	18 532	87,3
Sont retournés en réadaptation une fois ou plus :		
Raison : Même affection orthopédique	1 574	7,4
Raison : Affection orthopédique subséquente	760	3,6
Raison : Autre affection	351	1,7
<b>Total</b>	<b>21 217</b>	<b>100,0</b>

Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

Un examen plus attentif des clients qui sont retournés en réadaptation permet de constater que 32 % d'entre eux avaient été admis à l'origine à la suite d'une arthroplastie de la hanche et 37 % à la suite d'une arthroplastie du genou. Pour près de la moitié des clients du GCR affection orthopédique (45 %), le problème de santé responsable du retour en réadaptation était l'arthrose. De plus, 72 % étaient des femmes et 28 % étaient des hommes.



Les raisons pour lesquelles certaines personnes souffrant d'affections orthopédiques doivent retourner en réadaptation après un séjour initial sont nombreuses. Il peut s'agir de complications à la suite d'une chirurgie, d'un état chronique sous-jacent comme l'arthrite ou d'un nouvel état non relié au premier épisode. Les sections suivantes portent sur les différences quant aux notes fonctionnelles et à la durée du séjour que présentent les clients admis à l'origine en réadaptation pour une affection orthopédique et qui sont retournés en réadaptation pour la même affection orthopédique, comparativement à ceux qui sont retournés pour une affection orthopédique différente et à ceux qui ne sont pas retournés en réadaptation.

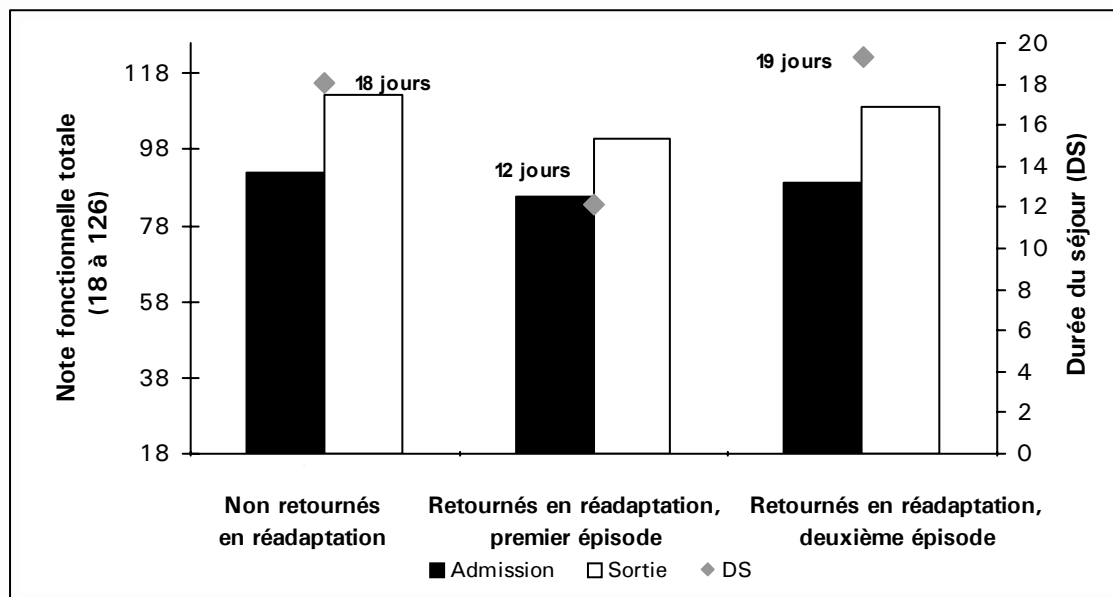
## **Clients souffrant d'une affection orthopédique qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés en raison de la même affection orthopédique**

Les caractéristiques fonctionnelles et la durée du séjour des clients qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés pour la même affection orthopédique étaient différentes de celles des clients qui n'y sont pas retournés. Les clients qui sont retournés en réadaptation pour la même affection orthopédique obtenaient, à la première admission et sortie, des notes fonctionnelles totales considérablement inférieures à celles des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation (figure 2). Cette différence était presque entièrement attribuable aux notes inférieures obtenues dans la sous-échelle motrice de l'instrument FIM<sup>MC</sup> à l'admission et à la sortie. Le premier séjour des clients souffrant d'affections orthopédiques qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés était beaucoup plus court que celui des clients qui n'y sont pas retournés (12 jours contre 18 jours). Leur séjour subséquent était toutefois généralement beaucoup plus long que le premier (19 jours comparativement à 12 jours).

Comme l'indique la figure 2, l'état fonctionnel des clients qui sont retournés en réadaptation pour la même affection orthopédique semblait généralement avoir diminué depuis leur sortie. Cependant, ils étaient en mesure d'améliorer leur état fonctionnel au cours du deuxième séjour en réadaptation et présentaient à leur sortie un niveau de fonctionnement supérieur comparativement à leur première sortie. De plus, leur niveau de fonctionnement à la sortie du second séjour était similaire à celui des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation.



**Figure 2. Moyenne des notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie et de la durée du séjour des clients souffrant d'affections orthopédiques qui ne sont pas retournés en réadaptation et des clients qui sont retournés en réadaptation pour la même affection orthopédique, 2003 à 2007 (n = 18 941)**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

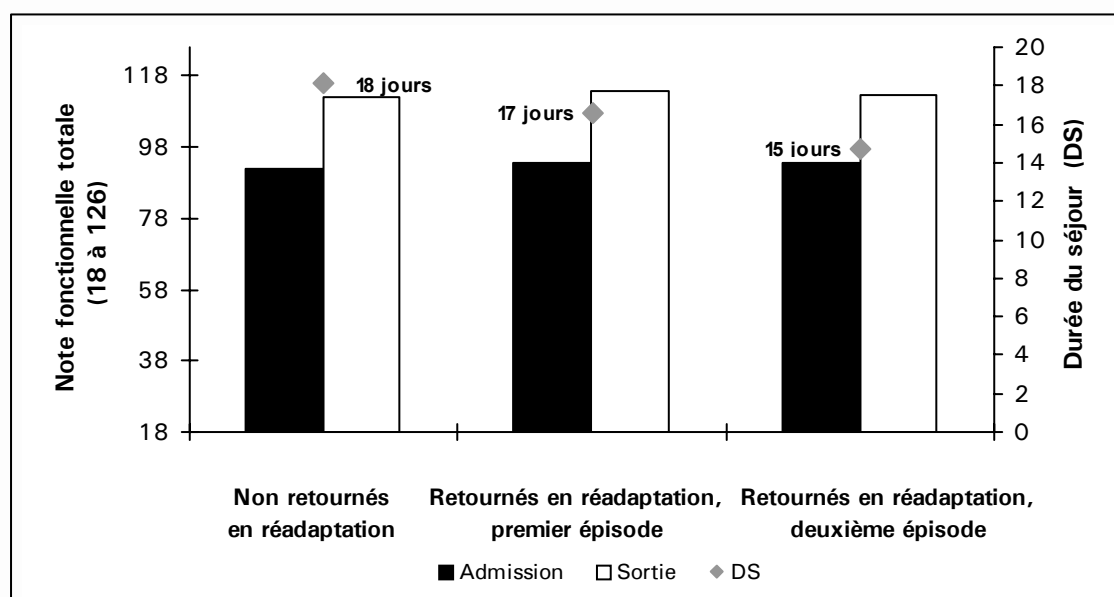
## Clients souffrant d'une affection orthopédique qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'une affection orthopédique différente

Certains clients traités en orthopédie sont retournés en réadaptation pour une affection orthopédique différente comme le suggère la date différente de début. Ces clients sont susceptibles de retourner en réadaptation pour la reprise d'un remplacement articulaire, un autre remplacement articulaire ou une autre affection orthopédique liée ou non. Les clients qui sont retournés en réadaptation pour une autre affection orthopédique et les clients qui sont retournés en réadaptation pour le même état orthopédique présentaient des caractéristiques fonctionnelles différentes.

La figure 3 montre que les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie du premier et deuxième séjour des clients qui sont retournés pour une affection orthopédique différente étaient similaires à celles des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation. Cette constante des notes fonctionnelles totales d'un séjour à l'autre peut soutenir l'idée que chaque séjour était relativement indépendant; par conséquent, bien que la maladie chronique sous-jacente (p. ex. l'arthrite) demeure présente, les admissions en réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'affections orthopédiques peuvent être de nature épisodique. Les changements fonctionnels qui ont tendance à se répéter pourraient donc refléter la nature souvent post-chirurgicale des séjours. Cependant, les clients présentaient généralement des notes fonctionnelles

totales légèrement inférieures à la sortie de leur second séjour comparativement au premier séjour. Des études plus approfondies des multiples retours en réadaptation pourraient contribuer à donner une meilleure vue d'ensemble. La durée moyenne du séjour subséquent des clients qui retournent en réadaptation pour une affection orthopédique différente était beaucoup plus courte que la première durée moyenne du séjour (15 jours contre 17 jours).

**Figure 3. Moyenne des notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie et de la durée du séjour des clients traités en orthopédie qui ne retournent pas en réadaptation et des clients traités en orthopédie qui retournent en réadaptation pour une affection orthopédique différente, 2003 à 2007 (n = 21 152)**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

## Victimes d'un AVC

Près de 6 % des clients qui ont bénéficié de services de réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'un AVC sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés dans les 24 mois qui ont suivi leur première sortie de la réadaptation (voir le tableau 4). Dans la plupart des cas, le retour des clients en réadaptation était attribuable à une affection autre qu'un AVC (p. ex. affections orthopédiques, troubles médicalement complexes et débilité). Toutefois, un peu plus de la moitié des victimes d'un AVC qui sont retournés en réadaptation y sont retournés pour une affection liée à un AVC.

Les victimes d'AVC qui sont retournées en réadaptation pour le même AVC étaient beaucoup plus jeunes que celles qui n'y sont pas retournées (61 ans contre 69 ans) et que celles qui y sont retournées pour un autre AVC (70 ans). Ces victimes étaient majoritairement des hommes (78 %) comparativement à celles qui ne sont pas retournées en réadaptation (55 %) et à celles qui sont retournées pour un autre AVC (52 %).

**Tableau 4. Proportion des retours en réadaptation chez les victimes d'AVC, 2003 à 2007**

<b>Victimes d'AVC</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Ne sont pas retournées en réadaptation	5 617	94,3
Sont retournées en réadaptation une fois ou plus :		
Raison : Même AVC	46	0,8
Raison : AVC subséquent	131	2,2
Raison : Autre affection	164	2,7
<b>Total</b>	<b>5 958</b>	<b>100,0</b>

Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

La réadaptation pour patients hospitalisés à la suite d'un AVC comprend souvent des soins interdisciplinaires exhaustifs axés à la fois sur les fonctions physiques et cognitives. Lors de leur retour en réadaptation, les clients qui ont subi un AVC subséquent peuvent avoir des besoins différents de ceux qui sont retournés en réadaptation à la suite du même AVC. Les sections suivantes illustrent les capacités et les changements fonctionnels, ainsi que la durée du séjour de ces deux groupes en réadaptation pour patients hospitalisés.

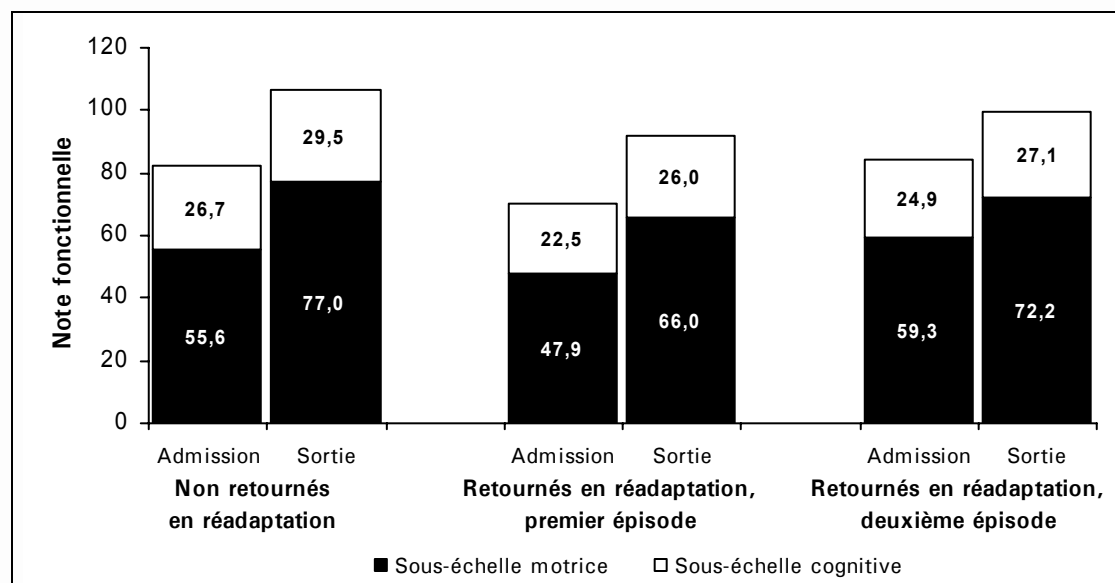
## **Victimes d'un AVC qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés pour le même AVC**

Dans 14 % des cas, le retour en réadaptation des victimes d'AVC était attribuable à l'AVC responsable du séjour initial. En comparaison des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation à la suite d'un AVC, les clients qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés pour le même AVC présentaient à l'admission et à la sortie de leur premier séjour des notes beaucoup plus faibles dans les fonctions motrices et cognitives (voir la figure 4). Cependant, lors de leur deuxième séjour, les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie de ces clients étaient généralement plus élevées que lors de leur séjour initial. En fait, à leur deuxième sortie, les victimes d'AVC qui sont retournées pour le même AVC présentaient en moyenne des notes similaires dans les fonctions motrices et cognitives à celles des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation. Les clients qui sont retournés pour le même AVC sont demeurés en réadaptation plus longtemps lors du premier séjour (41 jours) et du deuxième (40 jours) que les clients qui ne sont pas retournés

en réadaptation (38 jours). Ces résultats suggèrent que les victimes d'AVC qui retournent en réadaptation continuent d'améliorer leurs capacités fonctionnelles au fil du temps, mais qu'il leur faut plus de temps pour atteindre des niveaux fonctionnels comparables à ceux qui n'y retournent pas.

Ces résultats peuvent soutenir l'utilisation de l'instrument FIM<sup>MC</sup> dans les établissements de soins de courte durée afin de déterminer quel type de programme de réadaptation serait le plus approprié pour un client individuel. Certains clients peuvent bénéficier d'une thérapie plus intensive rapidement après l'AVC alors que d'autres améliorent leurs capacités fonctionnelles plus lentement et bénéficient davantage d'une thérapie plus longue et moins intense.

**Figure 4. Notes fonctionnelles moyennes des victimes d'AVC qui ne retournent pas en réadaptation et épisodes (première et deuxième) des victimes d'AVC qui retournent en réadaptation pour le même AVC, 2003 à 2007 (n = 5 827)**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

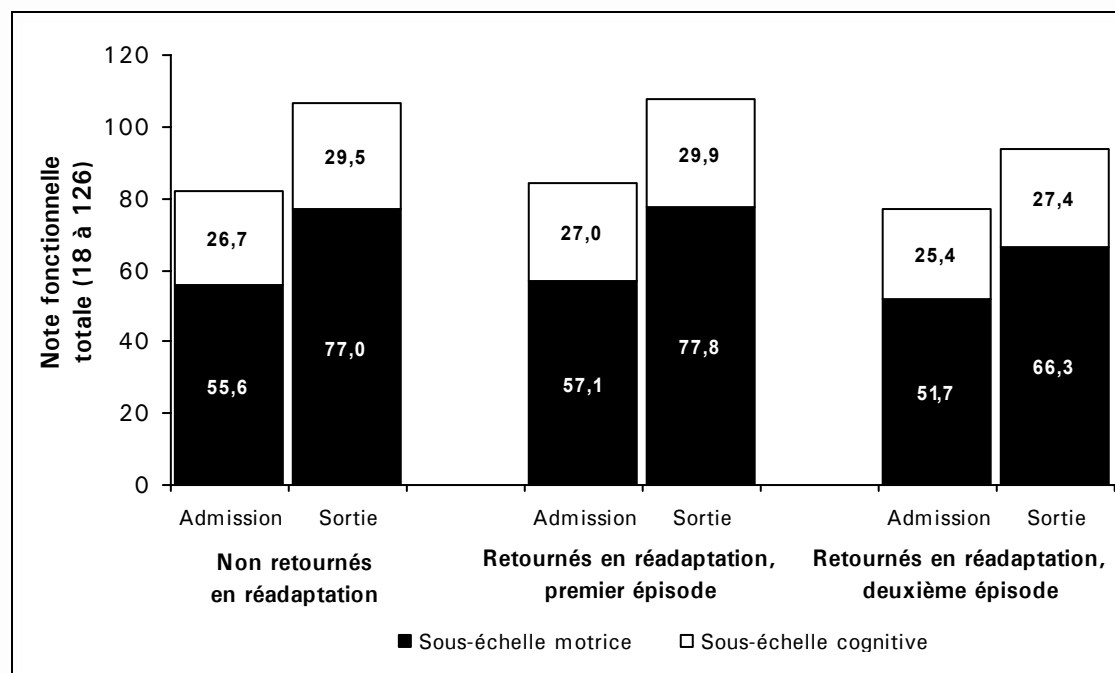
## Victimes d'AVC qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés pour un autre AVC

Parmi les clients qui sont retournés en réadaptation à la suite d'un AVC, environ 39 % avaient été victimes d'un autre AVC. Les AVC subséquents peuvent survenir sur le même côté, mais à un emplacement différent ou sur le côté opposé du cerveau. Lors du premier séjour des clients qui sont retournés en réadaptation pour un deuxième AVC, les notes fonctionnelles à l'admission et à la sortie ainsi que la durée du séjour étaient similaires à celles des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation. En d'autres termes, les clients qui sont retournés en réadaptation ont fait des progrès fonctionnels après le premier AVC qui sont comparables à ceux des clients qui n'y sont pas retournés.

Les victimes d'AVC qui sont retournées en réadaptation pour patients hospitalisés à la suite d'un AVC subséquent obtenaient toutefois des notes dans les fonctions motrices et cognitives inférieures à l'admission et à la sortie comparativement à leur séjour initial. En d'autres termes, comme on pouvait s'y attendre, elles n'ont pas fait autant de progrès fonctionnels qu'à la suite de leur premier AVC (figure 5). Des notes fonctionnelles inférieures peuvent signifier un changement des besoins en matière de soins de ces clients à la suite du deuxième congé. Par exemple, ces clients pourraient avoir besoin de plus d'aide de la part des membres de la famille ou d'autres personnes pour pouvoir vivre chez eux.

Comme le suggère l'analyse, les répercussions d'un deuxième AVC peuvent être importantes. Dans différentes provinces et différents territoires, de nombreuses initiatives visent la prévention d'un deuxième AVC. Par exemple, des cliniques de prévention secondaire sont implantées dans de plus en plus d'hôpitaux; les clients peuvent y obtenir des services de suivi réguliers et ainsi faire surveiller leur tension artérielle et leur taux de cholestérol. Des études plus approfondies sur le rôle que joue la réadaptation pour patients hospitalisés dans la prévention secondaire pourraient contribuer à dégager des pratiques exemplaires visant à réduire les risques d'un deuxième AVC ainsi que ses incidences.

**Figure 5. Notes fonctionnelles moyennes des victimes d'AVC qui ne retournent pas en réadaptation et épisodes (première et deuxième) des victimes d'AVC qui retournent en réadaptation pour un autre AVC, 2003 à 2007 (n = 5 912)**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

## Clients ayant subi une amputation

Les clients ayant bénéficié de services de réadaptation pour patients hospitalisés après avoir subi une amputation présentaient le taux cumulatif le plus élevé de retour en réadaptation dans les 24 mois suivant leur premier séjour (voir la figure 1). Sur les 18 % de clients qui sont retournés en réadaptation, 41 % sont retournés pour la même amputation, et la même proportion (41 %) sont retournés pour une autre amputation. Dix-huit pour cent (18 %) des clients sont retournés pour un état différent comme des affections orthopédiques et des troubles médicalement complexes.

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans les profils démographiques des clients ayant subi une amputation qui ne sont pas retournés en réadaptation, de ceux qui sont retournés pour la même amputation et de ceux qui sont retournés pour une autre amputation. Les clients ayant subi une amputation qui sont retournés en réadaptation étaient âgés en moyenne de 65 ans lorsqu'ils étaient admis en réadaptation pour patients hospitalisés pour la première fois. Ils étaient majoritairement des hommes (69 %), et la plupart d'entre eux vivaient avec des membres de leur famille à leur première sortie de la réadaptation (78 %).

**Tableau 5. Proportion des clients ayant subi une amputation qui retournent en réadaptation, 2003 à 2007**

Clients ayant subi une amputation	Nombre	Pourcentage
Ne sont pas retournés en réadaptation	1 000	82,1
Sont retournés en réadaptation une fois ou plus :		
Raison : Même amputation	90	7,4
Raison : Amputation subséquente	89	7,3
Raison : Autre affection	39	3,2
<b>Total</b>	<b>1 218</b>	<b>100,0</b>

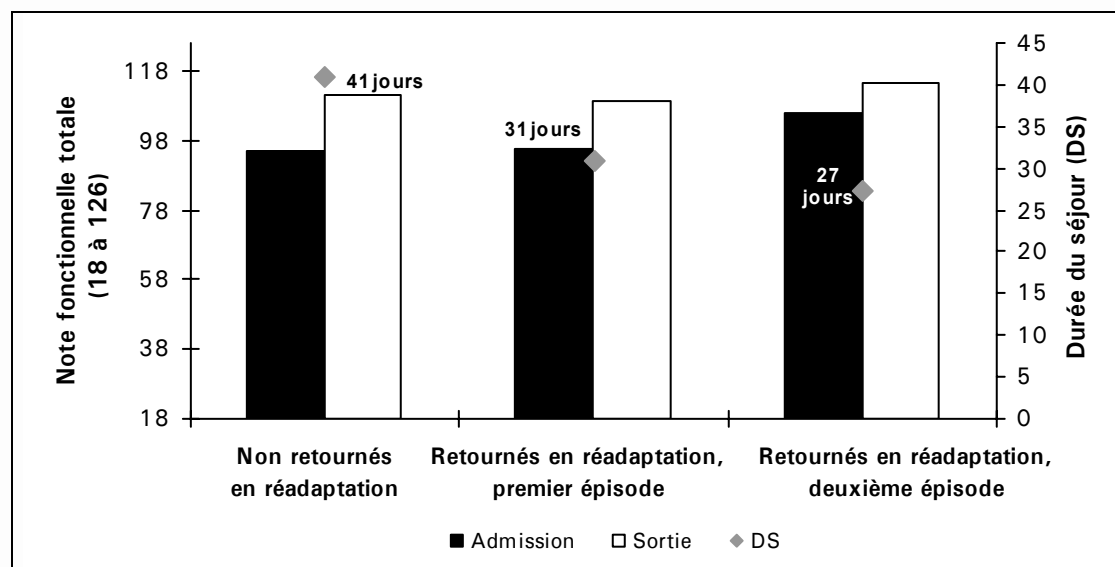
Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

Après une amputation, la réadaptation pour patients hospitalisés inclut souvent à la fois la formation visant à améliorer leur indépendance lors des activités de la vie quotidienne sans prothèse, et la formation axée sur les activités qui doivent être effectuées avec la prothèse. Les clients qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés pour la même amputation et pour une amputation subséquente peuvent avoir des besoins et des programmes de soins différents. Les pages qui suivent procurent une vue d'ensemble des différences quant aux notes fonctionnelles et à la durée du séjour.

## Clients ayant subi une amputation qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés en raison de la même amputation

Les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie du premier séjour des clients qui sont retournés en réadaptation pour la même amputation étaient similaires à celles des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation (figure 6). Cependant, les clients qui sont retournés en réadaptation présentaient généralement des notes fonctionnelles totales plus élevées à l'admission et à la sortie de leur second séjour comparativement au premier. La durée du séjour des clients qui sont retournés pour la même amputation était beaucoup plus courte lors du premier séjour (31 jours) et du deuxième (27 jours) que celle des clients qui n'y sont pas retournés (41 jours). Cependant, la durée totale de leurs deux séjours en réadaptation (58 jours) était évidemment beaucoup plus longue.

**Figure 6. Notes fonctionnelles totales moyennes à l'admission et à la sortie des clients ayant subi une amputation qui ne retournent pas en réadaptation et épisodes (première et deuxième) des clients qui retournent en réadaptation pour la même amputation, 2003 à 2007 (n = 559)**



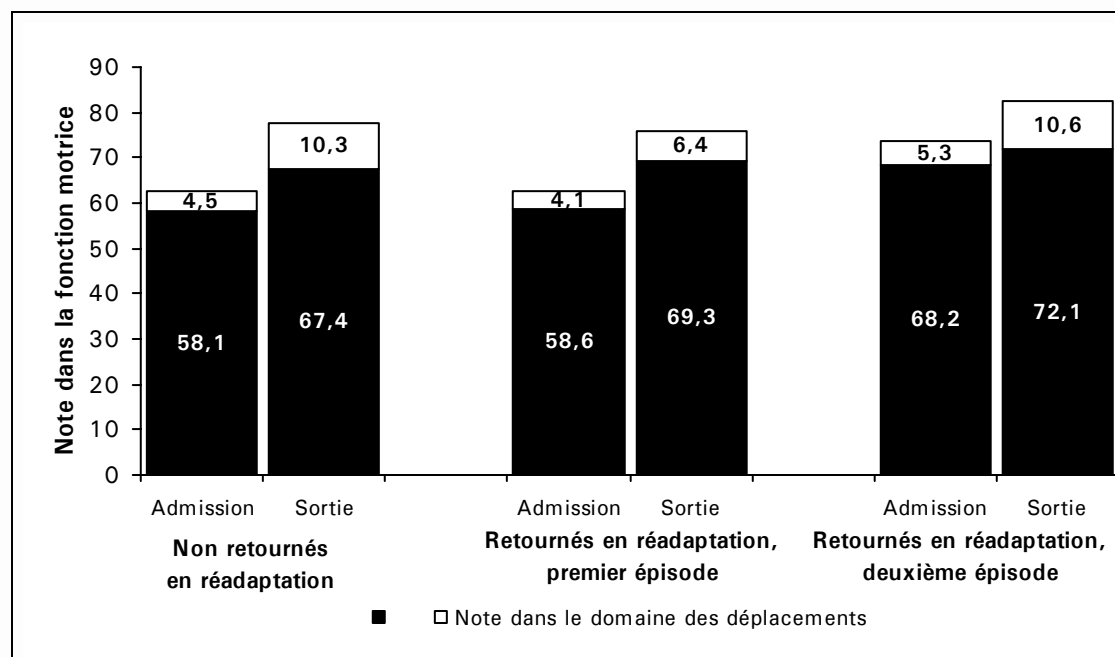
Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

La figure 7 met en évidence de façon distincte les notes de fonction motrice à l'admission et à la sortie ainsi que les changements dans les notes chez les clients amputés. Étant donné que l'entraînement est axé sur la marche et les déplacements à l'aide d'une prothèse, la note concernant le domaine des déplacements a également été mise en évidence. Le domaine des déplacements inclut deux éléments de l'instrument FIM<sup>MC</sup> : le déplacement (fauteuil roulant ou marche) et les escaliers. Les notes s'échelonnent donc de 2 à 14, 12 étant la note maximale possible des clients qui utilisent une prothèse.



Comparativement aux clients qui ne sont pas retournés en réadaptation, ceux qui sont retournés en raison de la même amputation obtenaient des notes beaucoup plus faibles à leur première sortie dans le domaine des déplacements. Lors de leur deuxième séjour, ces clients présentaient à l'admission des notes dans la fonction motrice plus élevées qu'à leur premier séjour et supérieures à celles des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation pour patients hospitalisés. De plus, au cours de leur second séjour, la majeure partie des progrès réalisés par ces clients à l'égard de la fonction motrice étaient liés au domaine des déplacements (qui représente 5,4 de la note de 7,8 dans le changement de la fonction motrice). De plus, à leur sortie, ils atteignaient des niveaux fonctionnels de déplacement similaires aux clients qui ne sont pas retournés en réadaptation (10,6 contre 10,3).

**Figure 7. Notes moyennes à l'admission et à la sortie et changement de la fonction motrice des clients ayant subi une amputation qui ne retournent pas en réadaptation et épisodes (première et deuxième) des clients ayant subi une amputation qui retournent en réadaptation pour la même amputation, 2003 à 2007 (n = 559)**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

Les résultats contenus dans la présente section à l'égard des clients qui ont subi une amputation soutiennent l'idée voulant que le retour des clients en réadaptation pour la même amputation soit un événement planifié. À titre d'exemple, un tel programme de soins peut exiger que les clients ayant subi une amputation et qui souffrent d'une maladie chronique retournent en réadaptation pour bénéficier d'un entraînement à la marche à l'aide d'une prothèse.

### **Un coup d'œil sur les différents programmes de soins offerts aux clients en réadaptation après une amputation**

L'amputation d'un membre est souvent liée à une maladie chronique comme le diabète ou la maladie vasculaire périphérique. Dans de nombreux cas, la guérison des plaies chirurgicales peut être longue.

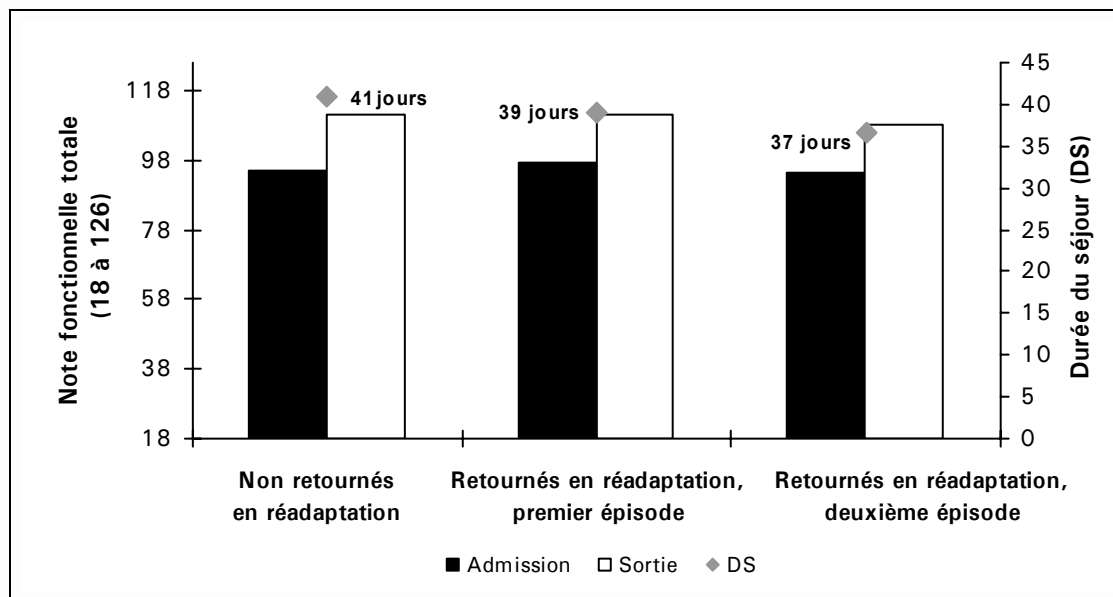
Au West Park Health Centre de Toronto, l'équipe de soins aux personnes amputées tient compte de cette importante caractéristique clinique lorsqu'elle détermine le programme de soins le plus approprié pour les clients admis en réadaptation à la suite d'une amputation. Étant donné que bon nombre de ces clients souffrent de diabète et que la guérison des plaies chirurgicales est longue, leur réadaptation est divisée en segments afin d'optimiser leurs résultats. Les clients sont admis en réadaptation pour patients hospitalisés immédiatement après leur séjour en chirurgie afin de bénéficier d'une réadaptation initiale qui leur permettra d'être indépendants dans les activités de la vie quotidienne, et ce, sans prothèse. Les clients peuvent regagner ensuite leur domicile pendant un certain temps. Pendant cette période, ils sont suivis à la clinique externe par l'équipe interdisciplinaire. Après la guérison, le moulage et la fabrication de la prothèse sont effectués en consultation externe. Lorsqu'ils sont prêts, certains clients retournent en réadaptation pour patients hospitalisés afin d'apprendre à marcher et à devenir indépendants avec leur nouvelle prothèse. D'autres clients peuvent suivre leur entraînement à l'aide de leur prothèse à titre de patient externe, selon leur situation personnelle.

Différents établissements de réadaptation peuvent déterminer d'autres programmes de soins pour répondre aux besoins complexes de certains clients, par exemple ceux qui subissent l'amputation des membres inférieurs. Les établissements peuvent surveiller les résultats de leurs propres programmes de soins et les comparer avec ceux de leurs pairs au moyen des rapports comparatifs trimestriels du SNIR.

### **Clients ayant subi une amputation qui retournent en réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'une amputation subséquente**

De tous les clients qui ont suivi une réadaptation pour patients hospitalisés après une amputation, environ 7 % sont retournés en réadaptation à la suite d'une amputation subséquente. Il peut s'agir de l'amputation du même membre, souvent à un niveau supérieur, ou d'un membre différent. Comme il fallait s'y attendre, les clients qui sont retournés en réadaptation à la suite d'une autre amputation ne présentaient pas les mêmes caractéristiques fonctionnelles que ceux qui sont retournés pour la même amputation.

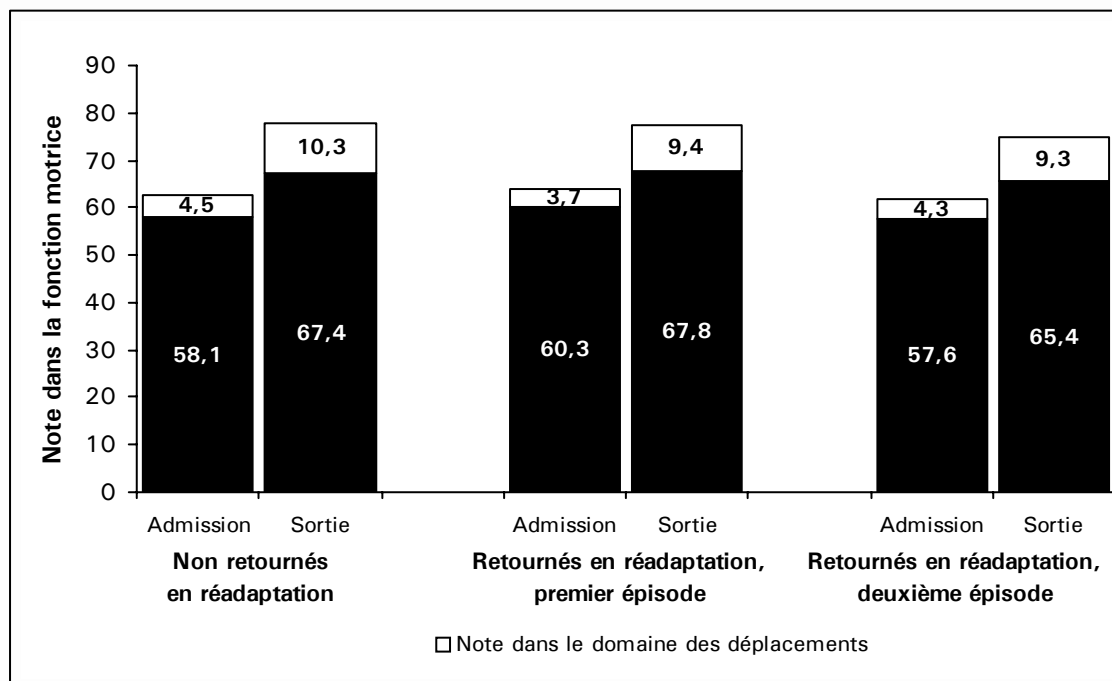
**Figure 8. Notes fonctionnelles totales moyennes à l'admission et à la sortie et durée du séjour des clients ayant subi une amputation qui ne retournent pas en réadaptation et épisodes (première et deuxième) des clients ayant subi une amputation et qui retournent en réadaptation pour une amputation subséquente, 2003 à 2007 (n = 551)**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

Il y avait peu de différences entre les notes fonctionnelles à l'admission et à la sortie des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation pour patients hospitalisés et ceux qui y sont retournés à la suite d'une première ou d'une deuxième amputation (figure 8). Il est toutefois à noter que les clients qui sont retournés en réadaptation ont amélioré leurs capacités fonctionnelles totales et présentaient à la sortie des niveaux fonctionnels comparables à ceux observés lors leur premier séjour. Ces résultats suggèrent également que les clients continuent de bénéficier de la réadaptation pour patients hospitalisés lors de leur deuxième séjour, puisqu'ils font des progrès similaires dans l'ensemble des fonctions.

**Figure 9. Notes moyennes à l'admission et à la sortie et changement de la fonction motrice des clients ayant subi une amputation qui ne retournent pas en réadaptation et épisodes (première et deuxième) des clients ayant subi une amputation qui retournent en réadaptation pour une amputation subséquente, 2003 à 2007 (n = 551)**



Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

Lors de leur premier séjour, les clients qui sont retournés en réadaptation à la suite d'une amputation subséquente ont réalisé des progrès dans les fonctions motrices, y compris le domaine des déplacements, qui étaient similaires à ceux réalisés par les clients qui ne sont pas retournés en réadaptation (figure 9). Les notes obtenues dans la fonction motrice de ces clients qui sont retournés et ont obtenu leur congé de la réadaptation pour patients hospitalisés pour la deuxième fois étaient similaires à celles obtenues lors de leur premier séjour. Aucune différence importante n'a été constatée à l'égard des gains dans la note relative à la fonction motrice entre le premier et le deuxième séjour en réadaptation pour patients hospitalisés.

Contrairement aux clients qui sont retournés pour la même amputation, les clients qui sont retournés après une amputation subséquente n'ont pas réalisé la majeure partie de leurs progrès pour la fonction motrice dans le domaine des déplacements. En fait, les clients qui retournent en réadaptation après une amputation subséquente avaient de faibles notes dans le domaine des déplacements à la sortie comparativement aux clients qui ne sont pas retournés en réadaptation.

Ces résultats viennent appuyer l'idée que les clients qui sont retournés en réadaptation après une amputation subséquente pourraient recommencer leur réadaptation physique à zéro. Il est possible qu'ils retournent en réadaptation après l'amputation d'une autre partie de la même jambe à un niveau supérieur (p. ex. amputation trans-fémorale à la suite d'une amputation trans-tibiale) ou après une amputation au niveau de l'autre jambe. Cette idée est également soutenue par la similarité entre la durée du séjour des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation (41 jours) et la durée du premier séjour (39 jours) et du deuxième séjour (37 jours) des clients qui sont retournés à la suite d'une amputation subséquente.

Ces résultats, qui sont semblables à ceux obtenus par les clients qui sont retournés en réadaptation après un autre AVC, soulèvent des questions au sujet du rôle actuel et éventuel de la prévention secondaire pendant la réadaptation pour patients hospitalisés. Y a-t-il, par exemple, possibilité d'établir des liens plus concrets entre les clients et la collectivité et les agences de soins primaires afin de faire le suivi de leurs maladies chroniques sous-jacentes et de prévenir les amputations subséquentes? Des études plus approfondies de tout le cheminement clinique, incluant les renseignements sur les soins ambulatoires, les soins de courte durée et les services à domicile, pourraient aider à répondre à ces questions.

## Conclusion

Cette analyse met en lumière les caractéristiques des clients qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés, lesquelles peuvent guider les pratiques cliniques, la planification et la gestion des programmes ou les politiques. Plus particulièrement, l'analyse est axée sur les clients en réadaptation pour patients hospitalisés qui souffrent d'affections orthopédiques, qui ont été victimes d'un AVC ou qui ont subi une amputation. Ces clients représentent les groupes qui retournent en réadaptation le plus souvent et sont les plus importants en nombre.

Les clients qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés pour la même affection orthopédique, le même AVC et la même amputation ont généralement des notes fonctionnelles inférieures lors de leur premier séjour. Lorsqu'ils retournent pour un deuxième séjour, ils améliorent leurs capacités fonctionnelles et leurs notes fonctionnelles à la sortie sont similaires, en moyenne, à celles des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation.

Lors de leur premier séjour, les clients qui sont retournés en réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'affections orthopédiques, d'amputation ou d'AVC subséquents avaient tendance à réaliser des progrès fonctionnels similaires à ceux qui n'y sont pas retournés. Cependant, lors de leur second séjour, ils présentaient en moyenne une plus faible amélioration fonctionnelle et à leur sortie, leur niveau fonctionnel était inférieur à celui observé lors du premier séjour et à celui des clients qui ne sont pas retournés en réadaptation.

## Analyse en bref

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

Bien que les retours en réadaptation pour patients hospitalisés ne sont pas nécessairement à éviter, et que dans certains cas, ils font partie intégrante de la prestation des soins, il importe aux cliniciens, aux gestionnaires et aux planificateurs du système de comprendre ces clients afin de :

- Mieux planifier la sortie (p. ex. le rôle de la réadaptation dans la prévention secondaire et le soutien de la collectivité) des clients en réadaptation en raison d'affections orthopédiques, d'un AVC ou d'une amputation;
- Rajuster les critères d'admission en réadaptation pour patients hospitalisés afin de s'assurer que les clients ont accès au niveau approprié de soins au moment opportun;
- Demander des analyses plus poussées des taux de retour dans des établissements en particulier afin de tirer parti des pratiques, des modèles de soins ou d'autres facteurs qui contribuent à l'obtention de bons résultats lorsque les taux de retour sont faibles et examiner les caractéristiques des patients, les soins de suivi à la sortie et les caractéristiques de la collectivité lorsque les taux de retour sont élevés.

***Pour de plus amples renseignements sur le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) et d'autres publications connexes, veuillez écrire à [readaptation@icis.ca](mailto:readaptation@icis.ca) ou visiter le site Web de l'ICIS au [www.icis.ca/snir](http://www.icis.ca/snir).***

## Notes techniques

**Tableau 6. Établissement du nombre de personnes distinctes dans la base de données du SNIR**

	Nombre
Admissions (2003-2004 à 2004-2005)	
Épisodes	63 790
Épisodes exclus*	-241
<b>Nombre total d'épisodes</b>	<b>63 549</b>
<b>Nombre total de personnes<sup>†</sup></b>	<b>56 406</b>

**Notes :**

\* Les épisodes dont le numéro de la carte d'assurance-maladie est inconnu sont exclus.

† Personnes distinctes identifiées à l'aide du numéro de la carte d'assurance-maladie, du code de province de la carte d'assurance-maladie et de la date d'admission.

Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

**Tableau 7. Critères d'exclusion de l'analyse**

	Nombre	Pourcentage
Total de personnes, 2003-2005	56 406	100,0
Exclure si le code de la première admission est Retour ou poursuite de la réadaptation	-979	1,7
Exclure si la date de la première sortie est manquante	-4 155	7,4
Exclure si la date de la deuxième admission précède la date de la première sortie	-71	0,1
Exclure si la destination à la sortie est autre que domicile	-11 630	20,6
<b>Total des personnes prises en compte pour l'analyse</b>	<b>39 571</b>	<b>70,2</b>

Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.

**Tableau 8. Proportion des clients qui sont retournés en réadaptation et destination après la sortie**

	Domicile		Autre*	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Ne sont pas retournés en réadaptation	35 343	89,3	9 848	84,7
Sont retournés en réadaptation :				
Raison : Même GCR	3 071	7,8	1 198	10,3
Raison : GCR différent	1 157	2,9	584	5,0
<b>Total</b>	<b>39 571</b>	<b>100,0</b>	<b>11 630</b>	<b>100,0</b>

**Remarque :**

\* Inclut résidences avec services, soins pour bénéficiaires internes, autre ou inconnu.

Source : SNIR, 2003-2004 à 2006-2007, ICIS.