

Cheminement du patient

transferts des soins de longue durée aux soins de courte durée



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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

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

ISBN 978-1-55465-478-9 (PDF)

© 2009 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Cheminement du patient : transferts des soins de longue durée aux soins de courte durée*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

This publication is also available in English under the title *Patient Pathways: Transfers From Continuing Care to Acute Care*.

ISBN 978-1-55465-476-5 (PDF)

Cheminement du patient : transferts des soins de longue durée aux soins de courte durée

Table des matières

À propos de l'ICIS	iii
Remerciements.....	v
Introduction	1
Principales constatations	3
Regard sur les personnes âgées de 75 ans ou plus	5
Variation dans les taux de transferts : affaire de pratiques ou de données?.....	7
Comparaison avec d'autres personnes âgées.....	9
Arrivée et admission à l'hôpital.....	9
Destination à la sortie et niveau de soins alternatif	10
Raisons principales des transferts	13
Admissions pour troubles respiratoires.....	14
Admissions pour troubles circulatoires	16
Admissions pour blessures traumatiques.....	18
Résidents de soins de longue durée à transferts multiples	20
Ce que nous savons.....	21
Ce que nous ignorons.....	21
Annexe	23
Références	25

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.

Depuis novembre 2008, le Conseil d'administration se compose des personnes suivantes :

- **Président**
M. Graham W.S. Scott, C.M., c.r.
Président, Graham Scott Strategies Inc.
- **M^{me} Glenda Yeates (d'office)**
Présidente-directrice générale, ICIS
- **D^r Peter Barrett**
Médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School
- **D^r Luc Boileau**
Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- **M^{me} Karen Dodds**
Sous-ministre adjointe,
Santé Canada
- **D^r Chris Eagle**
Chef des opérations, milieu urbain,
Alberta Health Services
- **M. Kevin Empey**
Chef de la direction,
Lakeridge Health Corporation
- **M. Donald Ferguson**
Sous-ministre, ministère de la Santé,
Nouveau-Brunswick
- **D^r Vivek Goel**
Président et chef de la direction,
Agence ontarienne de protection et de
promotion de la santé
- **M^{me} Alice Kennedy**
Chef des opérations, Soins de longue
durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-
Labrador
- **M. Gordon Macatee**
Sous-ministre, Ministry of Health
Services, Colombie-Britannique
- **D^r Cordell Neudorf**
Président, Conseil de l'ISPC;
médecin hygiéniste en chef,
Saskatoon Health Region
- **M. Roger Paquet**
Sous-ministre, ministère de la Santé et
des Services sociaux, Québec
- **D^r Brian Postl**
Vice-président du Conseil;
président-directeur général, Office
régional de la santé de Winnipeg
- **M. Ron Sapsford**
Sous-ministre, ministère de la Santé et
des Soins de longue durée, Ontario
- **M. Munir Sheikh**
Statisticien en chef du Canada,
Statistique Canada
- **M. Howard Waldner**
Président-directeur général, Vancouver
Island Health Authority

Remerciements

L'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aimerait remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport. Les membres des équipes d'analyse et de rédaction de Recherche en services de santé de l'ICIS qui ont préparé le rapport sont Brian Bailey, Heather Dawson, Kira Leeb, Michelle Martin-Rhee et Raymond Przybysz. Parmi les conseillers en matière de contenu, on retrouve des membres du Comité consultatif du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) de l'ICIS ainsi que du personnel du SISLD et des sections de la réadaptation et des banques de données clinico-administratives.

Introduction

En 2006-2007, près de 200 000 Canadiens vivaient dans des établissements de soins de longue durée, par exemple des foyers pour personnes âgées, des centres de soins infirmiers, des résidences pour personnes âgées et des maisons de repos¹. Des études récentes ont révélé que ces personnes sont plus âgées qu'auparavant et dans un état de santé exigeant des soins plus complexes que jamais^{2, 3}. Étant donné la population âgée et de santé fragile qui occupe les établissements de soins de longue durée, il arrive que les résidents soient transférés de façon imprévue à des hôpitaux pour des raisons comme l'exacerbation de problèmes cardiovasculaires ou respiratoires⁴ ainsi que les fractures résultant de chutes⁵.

Peu d'études ont porté sur les transferts de patients d'établissements de soins de longue durée à des hôpitaux de soins de courte durée³. Le présent rapport vise à mettre en évidence ce cheminement important des patients et porte une attention particulière aux patients de 75 ans ou plus. Il examine le profil des résidents transférés, notamment la raison de leur transfert et le temps qui s'est écoulé en attendant leur autorisation de sortie au terme de leur séjour en établissement de soins de courte durée. On y soulève par ailleurs des questions sur la sécurité des patients et les hospitalisations qui pourraient être évitées.

Face à l'attention accrue portée à l'obligation de rendre des comptes en matière de sécurité des patients, d'efficacité et d'affectation appropriée des ressources, il est important que les décideurs et les planificateurs de systèmes de santé tant dans la communauté qu'en milieu hospitalier se concentrent sur les voies empruntées par les patients, y compris les raisons qui motivent le transfert de patients.

Principales constatations

En 2007-2008, 35 % des personnes hospitalisées en soins de courte durée au Canada (à l'exclusion du Québec) étaient âgées de 75 ans ou plus et, parmi ces personnes, 10 % étaient des patients qui avaient été transférés d'un établissement de soins de longue durée.

Nos analyses de ce groupe de personnes âgées ont révélé que :

- Le quart de ces patients avaient été transférés deux fois ou plus au cours de la même année.
- La plupart (91 %) de ces patients ont été admis au service d'urgence de l'hôpital.
- Les troubles circulatoires et respiratoires ainsi que les fractures (découlant de chutes) représentent les principales raisons justifiant les sorties de ces patients des établissements de soins de longue durée et leur admission à l'hôpital. Ces données soulèvent des questions sur les admissions qui auraient pu être évitées et la sécurité des patients.
- La majorité (75 %) de ces patients sont retournés dans un établissement de soins de longue durée après leur séjour à l'hôpital de soins de courte durée.
- Un patient sur dix a été classé comme nécessitant un niveau de soins alternatif (NSA). En d'autres mots, les soins de courte durée avaient été prodigués et ces patients attendaient leur autorisation de sortie de l'hôpital pour être transférés dans un établissement qui répondrait mieux à leurs besoins.
- Seulement 4 % de ceux qui retournaient au même établissement de soins de longue durée ont attendu parce qu'ils exigeaient des NSA. En revanche, 60 % des aînés admis à partir du domicile et ayant reçu leur autorisation de sortie de l'hôpital à destination d'un établissement de soins de longue durée ont attendu en raison de NSA.
- Seize pour cent des résidents transférés sont décédés durant leur séjour dans un hôpital (contre 9 % des patients non transférés de 75 ans ou plus).

Regard sur les personnes âgées de 75 ans ou plus

Aux fins de la présente analyse, les **patients admis à la suite d'un transfert d'un établissement de soins de longue durée** désignent les résidents transférés au service d'urgence d'un hôpital puis admis aux soins de courte durée, ou admis directement dans une unité de personnes hospitalisées.

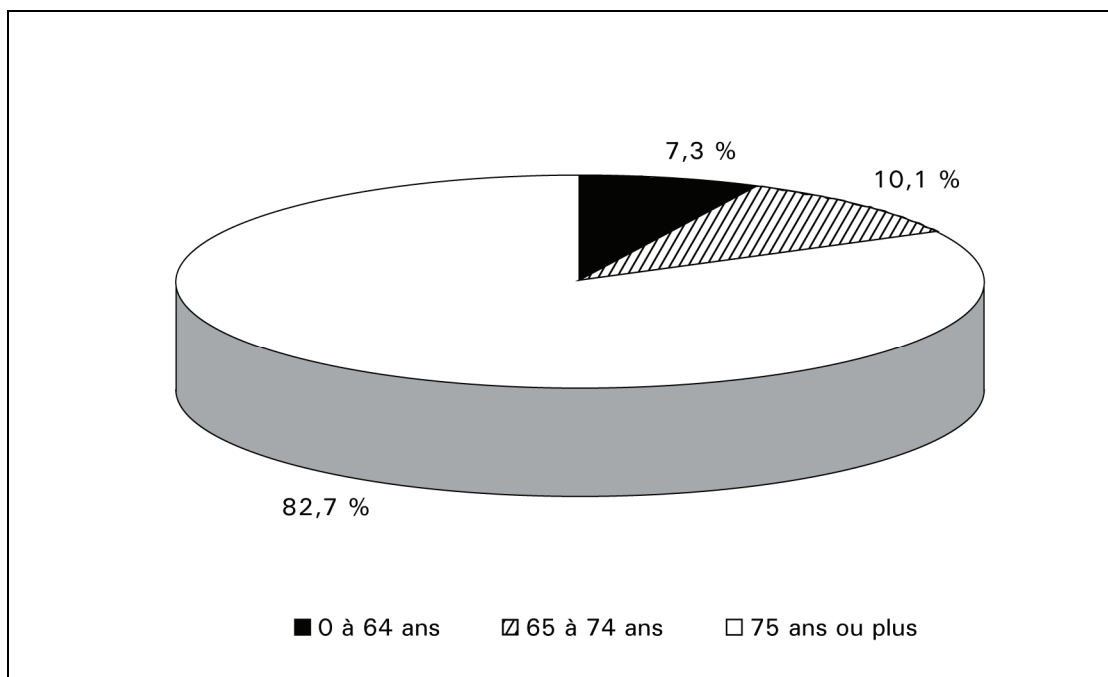
Les **établissements de soins de longue durée** désignent les établissements de soins en hébergement publics, privés ou mixtes, y compris les centres de soins infirmiers, les résidences pour personnes âgées et les établissements pour malades chroniques (ou unités ou lits dans le même hôpital ou un autre hôpital). Notre analyse ayant montré des profils de patients et des raisons de transferts semblables pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, nous avons également inclus dans cette définition les établissements de soins complexes de longue durée autonomes ou de lits désignés pour ce type de soins en Ontario dans le même hôpital ou un autre hôpital.

Les **patients admis à partir du domicile ou d'un établissement autre qu'un établissement de soins de longue durée** désignent les personnes admises dans une unité de soins de courte durée, soit directement, soit en passant par le service d'urgence.

En 2007-2008, 35 % des personnes hospitalisées en soins de courte durée au Canada (à l'exclusion du Québec) étaient âgées de 75 ans ou plus et, parmi ces personnes, 10 % étaient des patients qui avaient été transférés d'un établissement de soins de longue durée.

Les établissements de longue durée au Canada ont pour but d'offrir un milieu sûr aux personnes nécessitant des services en tout temps comme des soins de santé, des soins personnels, des repas et autres services d'aide familiale^{2, 6}. On pense habituellement à ces établissements comme à des centres de soins infirmiers ou des résidences pour personnes âgées. Toutefois, ces établissements portent différents noms au Canada et peuvent offrir des soins très variés à des personnes de tous âges. Par exemple, le rapport publié récemment sur les normes de dotation en personnel et de soins dans les établissements de soins de longue durée en Ontario indique que, en raison des changements survenus dans le secteur hospitalier, les résidents nécessitant de multiples soins et qui étaient auparavant soignés dans des hôpitaux pour malades chroniques le sont maintenant dans des établissements de soins de longue durée².

Figure 1 Transferts des soins de longue durée aux soins de courte durée par groupe d'âge



Remarque

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Source

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

La majorité des résidents transférés (82,7 %) sont âgés de 75 ou plus et :

- ont souvent un état de santé qui requiert de nombreux soins complexes et seront probablement hospitalisés à un moment donné^{2, 7, 8} si l'établissement de soins de longue durée dans lequel ils résident n'est pas équipé pour répondre à certains de leurs besoins les plus complexes;
- sont souvent admis à l'hôpital en passant par le service d'urgence — les personnes âgées constituent le groupe qui attend le plus longtemps au service d'urgence pour avoir accès à un lit⁹;
- retournent souvent plusieurs fois à l'hôpital et la durée de leur séjour fait en sorte qu'ils peuvent mobiliser de nombreuses ressources^{10, 11}.

C'est en comprenant bien le cheminement des résidents des établissements de soins de longue durée, y compris leur utilisation des services de soins de courte durée, que les décideurs et les responsables de l'affectation des ressources pourront s'assurer que des services adéquats sont offerts dans les établissements de soins appropriés au moment où ces résidents en ont besoin.

Variation dans les taux de transferts : affaire de pratiques ou de données?

Notre analyse révèle des écarts dans les taux de transferts entre les provinces et les territoires. Toutefois, comme les définitions de soins de longue durée et la façon d'organiser les services varient également d'un endroit à un autre au Canada, il s'avère difficile d'établir des comparaisons entre les provinces et territoires. En effet, nous ne savons pas dans quelle mesure exactement ces écarts reflètent de véritables différences dans le taux de transferts ou bien des différences dans la méthode de collecte de données.

Variation fondée sur les pratiques

Une étude pancanadienne a récemment été menée afin d'examiner les différences interprovinciales en ce qui a trait à la dotation et à la prestation de soins dans les établissements de soins de longue durée. Il en est ressorti qu'il est particulièrement difficile d'établir des comparaisons directes entre les provinces et territoires canadiens parce que ceux-ci n'adoptent pas tous la même approche de prestation de services de santé aux personnes qui doivent disposer à toute heure de soins infirmiers et de supervision dans un milieu de vie sécuritaire². Les modèles de prestation de services (y compris en matière de dotation), les cadres de financement et la méthode d'évaluation des besoins des résidents figurent parmi les principaux points de divergence entre les provinces².

Hormis la présence d'une infirmière en tout temps et la nomination d'un directeur des soins infirmiers et personnels dans chaque établissement de soins de longue durée, l'Ontario n'impose actuellement aucune norme à ce type d'établissement, et les normes en matière de dotation varient à l'échelle du pays². De même, aucune norme ou directive précise ne définit le nombre d'heures de soins que le personnel infirmier et de soutien personnel doit prodiguer.

Les études montrent que les modèles de dotation ont une incidence sur le taux d'admission aux soins de courte durée. Selon les résultats d'une étude documentaire aux États-Unis, par exemple, les résidents d'établissements de soins de longue durée étaient moins susceptibles d'être admis aux soins de courte durée si des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées ou des médecins étaient disponibles sur place ou si on en augmentait le nombre¹².

Variation fondée sur les données

Conformément aux normes de déclaration de l'ICIS, les hôpitaux sont tenus de faire le suivi des transferts de patients et doivent notamment prendre note du genre d'établissement de soins de santé duquel le patient a été transféré¹³. Étant donné cette déclaration obligatoire, nous devrions disposer de renseignements adéquats sur les transferts d'établissements de soins de longue durée financés par le secteur public. Une certaine sous-déclaration persiste toutefois, et ce, pour les raisons suivantes :

- la façon dont les provinces et les territoires définissent et identifient les autres cadres de soins, comme les soins à domicile ou de longue durée, peut varier;

- les patients qui arrivent d'établissements privés ne sont peut-être pas déclarés comme des transferts;
- des ententes officielles et officieuses peuvent être conclues entre des établissements de soins de longue durée et des hôpitaux de soins de courte durée, ce qui peut entraîner des méthodes de codage différentes des transferts de patients au sein de ces établissements.

Comparaison avec d'autres personnes âgées

Arrivée et admission à l'hôpital

Plus de quatre-vingts pour cent (83,4 %) des résidents en soins de longue durée ont été transférés en ambulance. La plupart d'entre eux (90,5 %) ont été admis en passant par le service d'urgence. Nous savons, grâce à des études menées par l'ICIS⁹, que les aînés admis par le service d'urgence attendent longtemps aux urgences avant d'avoir un lit d'hospitalisation.

La plupart des patients des soins de longue durée ont été admis dans un hôpital de taille moyenne (de 100 à 399 lits) ou d'enseignement (47,4 % et 26,2 % respectivement). Nous avons constaté des résultats semblables concernant les patients admis à partir du domicile ou d'un autre type d'établissement (voir le tableau 8 de l'annexe).

Représentatif de la répartition de la population au sein des établissements de soins de longue durée, le groupe de personnes transférées d'un établissement de soins de longue durée comprenait en proportion plus de femmes que celui des personnes admises du domicile ou d'autres types d'établissements (66,1 % contre 54,1 % respectivement). Les personnes transférées d'établissements de soins de longue durée étaient aussi légèrement plus âgées (âge médian de 86 ans contre 81 ans respectivement). Par contre, les deux groupes affichaient la même durée de séjour (DS) aux soins de courte durée (six jours pour les admissions d'un établissement de soins de longue durée et cinq jours pour celles du domicile ou d'un autre type d'établissement).

Tableau 1 Comparaison des modes d'arrivée et d'admission et des caractéristiques

Patients de 75 ans et plus	Admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	Admis à partir du domicile ou autre
Nombre d'hospitalisations	51 730	385 762
Patients arrivés par ambulance (pourcentage)	83,4 %	42,9 %
Patients admis par le service d'urgence (pourcentage)	90,5 %	74,7 %
Nombre de femmes (pourcentage)	66,1 %	54,1 %
Âge médian (en années)	86	81
DS médiane aux soins de courte durée (en jours)	6	5

Remarque

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Source

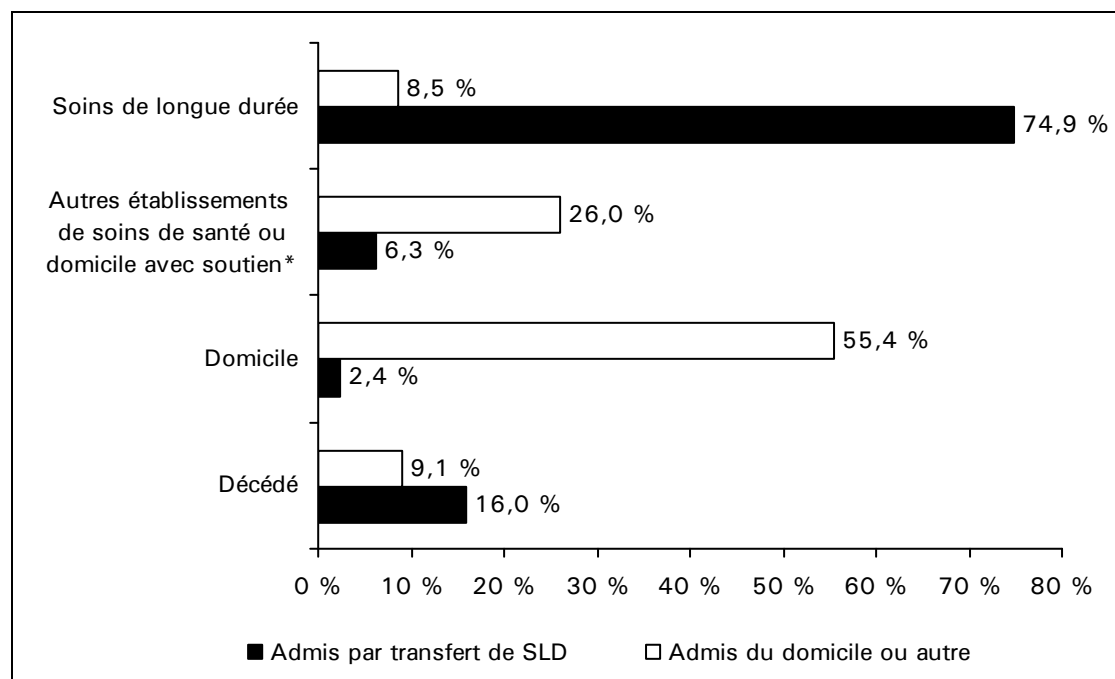
Base de données sur les congés des patients, 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Destination à la sortie et niveau de soins alternatif

La principale différence entre les deux groupes (patients transférés à partir d'établissements de soins de longue durée (SLD) et patients admis en provenance du domicile ou d'autres types d'établissements) a trait à leur destination au terme de leur séjour en établissement de soins de courte durée et à la durée d'attente pour obtenir leur autorisation de sortie.

Les trois quarts (74,9 %) des patients admis en provenance des soins de longue durée ont été réacheminés à un établissement de soins de longue durée, tandis que plus de la moitié (55,4 %) des autres personnes âgées sont retournées à leur domicile après leur hospitalisation.

Figure 2 Comparaison de la destination à la sortie



Remarques

* Comprend les autres centres de soins de courte durée, de traitement de pathologies subaiguës et de symptômes psychiatriques, de réadaptation et oncologiques ou les foyers avec services de soutien.

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Les patients qui ont signé leur autorisation de sortie contre l'avis du médecin ou ont été transférés à d'autres types d'établissements (soins palliatifs, centre de traitement de la toxicomanie, etc.) ne sont pas présentés ici car ils ne correspondent qu'à 0,4 % des admissions par transfert de SLD et à 1,0 % des admissions du domicile ou d'autres types d'établissements.

Source

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

Un patient sur dix seulement a été classé comme nécessitant un niveau de soins alternatif (NSA). En d'autres mots, les soins de courte durée avaient été prodigués et ces patients attendaient leur autorisation de sortie de l'hôpital pour être transférés dans un établissement qui répondrait mieux à leurs besoins. En comparaison, une proportion beaucoup plus grande (59,9 %) des personnes âgées admises à l'hôpital en provenance du

domicile ou d'un autre type d'établissement et acheminées en soins de longue durée à leur sortie ont attendu pour un niveau de soins alternatif. Six de ces personnes âgées sur dix a attendu deux semaines ou plus pour obtenir un lit en soins de longue durée. Cette donnée semble concorder avec les résultats contenus dans une analyse récemment publiée par l'ICIS, *Niveaux de soins alternatifs au Canada*¹⁴, qui montre que la principale destination des patients NSA après le congé est un établissement de soins de longue durée.

Tableau 2 Comparaison des niveaux de soins alternatifs

Patients de 75 ans et plus	Admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	Admis à partir du domicile ou autre
Nombre de patients acheminés en soins de longue durée (pourcentage)	38 741 (74,9 %)	32 936 (8,5 %)
Nombre de patients comptant des jours NSA (pourcentage)*	3 894 (10,4 %)	18 858 (59,9 %)
DS NSA médiane (en jours)*	12	15

Remarques

* Uniquement parmi les patients NSA (à l'exclusion du Manitoba).

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Source

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

D'après les lignes directrices sur les courtes périodes d'absence autorisée dans les établissements de soins de longue durée financés par le secteur public, on peut s'attendre à ce que les résidents en provenance d'établissements de soins de longue durée soient plus susceptibles que les autres personnes âgées de retrouver un lit et le niveau de soins approprié au terme de leur séjour à l'hôpital. Ainsi, en Ontario, en Alberta et à l'Île-du-Prince-Édouard, un établissement de soins de longue durée gardera le lit d'un résident pendant une période donnée lorsque ce résident est transféré dans un établissement de soins de courte durée.

Pour 50,6 % des patients transférés qui sont considérés ici, il a été possible de déterminer, grâce aux codes utilisés par les établissements, à partir de quel établissement ils avaient été transférés et vers quel établissement ils avaient été acheminés après avoir obtenu leur congé au terme de leur séjour en soins de courte durée. L'analyse de ce sous-ensemble de patients a révélé une distinction importante : seuls 4,2 % d'entre eux avaient connu des jours NSA, la durée moyenne étant de six jours.

Raisons principales des transferts

Une catégorie clinique principale (CCP) est attribuée aux patients enregistrés dans la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'ICIS en fonction du diagnostic principal ou de la raison qui explique la plus grande partie de leur séjour à l'hôpital. Dans chaque CCP, les patients sont regroupés en fonction de leurs caractéristiques cliniques les plus fréquentes. Ces petits groupes sont appelés Groupes de maladies analogues (GMA).

Les troubles circulatoires et respiratoires ainsi que les fractures (découlant de chutes) représentent les principales raisons justifiant les sorties de ces patients des établissements de soins de longue durée et leur admission à l'hôpital. La situation est différente dans le cas des patients admis en provenance du domicile ou d'un autre type d'établissement.

Tableau 3 Comparaison des raisons d'admission

Patients de 75 ans et plus	Admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	Admis en provenance du domicile ou autre
Diagnostic ou problème le plus courant	Troubles respiratoires (19,8 %)	Troubles circulatoires (22,8 %)
Trois plus fréquentes caractéristiques cliniques	pneumopathie virale ou non précisée	insuffisance cardiaque sans cathéter cardiaque
	maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	arythmie sans cathéter cardiaque
	pneumopathie par aspiration	infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque sans cathéter cardiaque
Deuxième diagnostic ou problème le plus courant	Troubles circulatoires (17,7 %)	Troubles digestifs (12,7 %)
Trois plus fréquentes caractéristiques cliniques	insuffisance cardiaque sans cathéter cardiaque	hémorragie gastro-intestinale
	infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque sans cathéter cardiaque	signe ou symptôme de l'appareil digestif
	arythmie sans cathéter cardiaque	entérite non grave
Troisième diagnostic ou problème le plus courant	Blessures traumatiques (12,3 %)	Troubles respiratoires (12,5 %)
Trois plus fréquentes caractéristiques cliniques	fixation ou réparation de la hanche ou du fémur	maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
	arthroplastie du genou ou de la hanche avec lésion ou complication due à un traitement	pneumopathie virale ou non précisée
	fracture du fémur	tumeur maligne de l'appareil respiratoire

Remarque

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Source

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

Admissions pour troubles respiratoires

Près d'un patient en soins de longue durée sur cinq a été transféré aux soins de courte durée pour un problème respiratoire, le plus souvent une pneumonie ou une MPOC.

La MPOC est considérée comme un problème de santé pouvant nécessiter des soins ambulatoires chez les personnes de moins de 75 ans vivant dans la collectivité. Cette maladie est également jugée comme hautement discrétionnaire, en ce sens que beaucoup d'incertitude entoure la décision des médecins d'hospitaliser les patients atteints d'une MPOC plutôt que d'opter pour d'autres formes de traitement¹⁵. Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) visent habituellement les patients de moins de 75 ans. Le taux d'hospitalisation élevé pour MPOC (selon notre étude) pourrait donc découler d'une prévalence de MPOC accrue chez les adultes de plus de 75 ans¹⁶.

Tableau 4 Hospitalisations pour troubles respiratoires

Patients de 75 ans et plus	Admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	Admis à partir du domicile ou autre
Nombre d'hospitalisations (pourcentage)	10 218 (19,8 %)	48 032 (12,5 %)
Patients admis par le service d'urgence (pourcentage)	95,5 %	90,2 %
DS médiane aux soins de courte durée (en jours)	6	6
Nombre de patients comptant des jours NSA (pourcentage)*	697 (7,1 %)	4 027 (8,9 %)
DS NSA médiane (en jours)*	8	9

Remarques

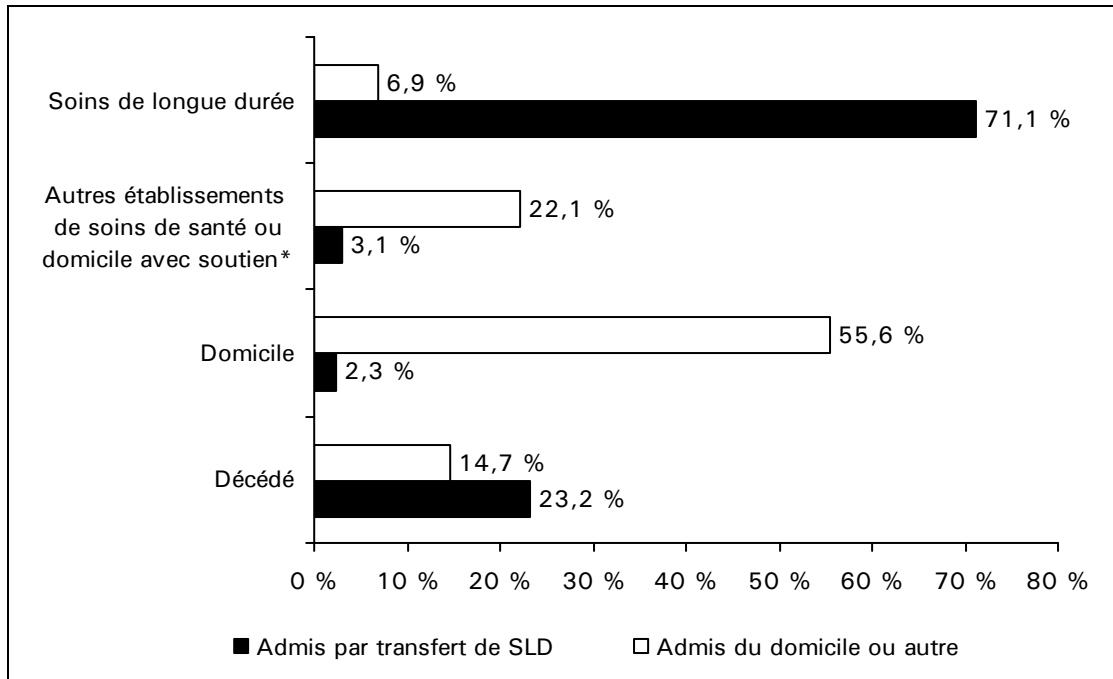
* Uniquement parmi les patients NSA (à l'exclusion du Manitoba).

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Source

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

Figure 3 Destination à la sortie des hospitalisations pour troubles respiratoires



Remarques

* Comprend les autres centres de soins de courte durée, de traitement de pathologies subaiguës, de symptômes psychiatriques, de réadaptation et oncologiques ou les foyers avec services de soutien.

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Les patients qui ont signé leur autorisation de sortie contre l'avis du médecin ou ont été transférés à d'autres types d'établissements (soins palliatifs, centre de traitement de la toxicomanie, etc.) ne sont pas présentés ici car ils ne correspondent qu'à 0,3 % des admissions par transfert de SLD et à 0,8 % des admissions du domicile ou d'autres types d'établissements.

Source

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

Admissions pour troubles circulatoires

Près d'un patient sur cinq a été transféré des soins de longue durée aux soins de courte durée en raison d'un trouble circulatoire émergent, comme une insuffisance cardiaque ou un infarctus aigu du myocarde (IAM). Cela n'a rien d'étonnant, car, hormis les accouchements et les grossesses, les maladies cardiovasculaires sont la cause la plus courante d'hospitalisation au Canada¹⁷. Qui plus est, le taux d'hospitalisation pour IAM par 100 000 Canadiens augmente considérablement après 75 ans¹⁸. Un groupe d'experts en gériatrie a remarqué que les résidents d'établissements de soins infirmiers ayant subi un IAM sont les plus susceptibles d'être hospitalisés parce qu'ils ont besoin de soins médicaux immédiats et intensifs¹⁹. La proportion de patients provenant des soins de longue durée qui sont décédés aux soins de courte durée est presque le double de celle des patients admis de leur domicile (16,1 % contre 7,7 % respectivement).

Tableau 5 Hospitalisations pour troubles circulatoires

Patients de 75 ans et plus	Admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	Admis à partir du domicile ou autre
Nombre d'hospitalisations (pourcentage)	9 145 (17,7 %)	87 861 (22,8 %)
Patients admis par le service d'urgence (pourcentage)	93,4 %	83,4 %
DS médiane aux soins de courte durée (en jours)	5	5
Nombre de patients comptant des jours NSA (pourcentage)*	654 (7,4 %)	4 779 (5,8 %)
DS NSA médiane (en jours)*	8	9

Remarques

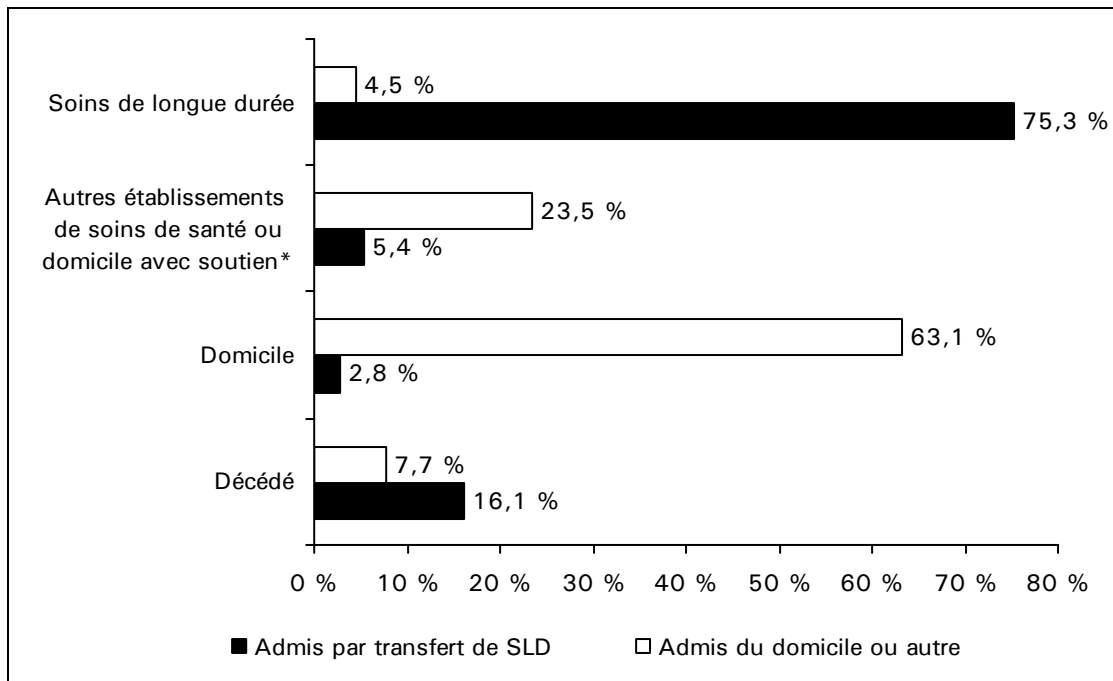
* Uniquement parmi les patients NSA (à l'exclusion du Manitoba).

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Source

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

Figure 4 Destination à la sortie des hospitalisations pour troubles circulatoires



Remarques

* Comprend les autres centres de soins de courte durée, de traitement de pathologies subaiguës, de symptômes psychiatriques, de réadaptation et oncologiques ou les foyers avec services de soutien.

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Les patients qui ont signé leur autorisation de sortie contre l'avis du médecin ou ont été transférés à d'autres types d'établissements (soins palliatifs, centre de traitement de la toxicomanie, etc.) ne sont pas présentés ici car ils ne correspondent qu'à 0,4 % des admissions par transfert de SLD et à 1,2 % des admissions du domicile ou d'autres types d'établissements.

Source

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

Admissions pour blessures traumatiques

Les chutes étaient à l'origine de blessures tant chez les patients admis en provenance des soins de longue durée que chez ceux admis de leur domicile (90,3 % et 76,2 % respectivement). Les chutes ont été reliées à divers facteurs de risque tels que l'âge, des antécédents de chutes, le degré de mobilité, une déficience cognitive et des erreurs de médicaments^{5, 20}.

Un rapport de l'Institut canadien de la sécurité du patient désigne les chutes comme l'un des événements indésirables les plus souvent signalés dans le domaine des soins de longue durée et une cause fréquente de visites au service d'urgence chez les personnes âgées³. D'aucuns suggèrent qu'il vaudrait peut-être mieux mettre l'accent sur la prise en charge des chutes, plutôt que sur leur prévention, car cela permettrait d'atteindre le délicat équilibre entre, d'une part, le maintien de la mobilité et de la fonctionnalité grâce à l'exercice chez ces résidents et, d'autre part, l'atténuation de certains facteurs de risque associés aux chutes²¹.

Les hospitalisations pour fracture de la hanche et les fractures de la hanche survenant à l'hôpital ont également fait l'objet d'un suivi dans des rapports annuels sur les indicateurs de santé, et ce, afin de recenser les secteurs qui permettraient d'améliorer le rendement du système de santé canadien au chapitre de la sécurité des patients. Depuis le début de ce suivi, le nombre d'hospitalisations en raison de fractures de la hanche chez les personnes âgées au Canada a connu une baisse, passant à 13 % entre 2000-2001 et 2005-2006²².

Tableau 6 Hospitalisations pour blessures traumatiques

Patients de 75 ans et plus	Admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	Admis à partir du domicile ou autre
Nombre d'hospitalisations (pourcentage)	6 381 (12,3 %)	26 544 (6,9 %)
Patients admis par le service d'urgence (pourcentage)	94,7 %	90,6 %
DS médiane aux soins de courte durée (en jours)	7	7
Nombre de patients comptant des jours NSA (pourcentage)*	925 (15,1 %)	5 495 (21,8 %)
DS NSA médiane (en jours)*	10	9

Remarques

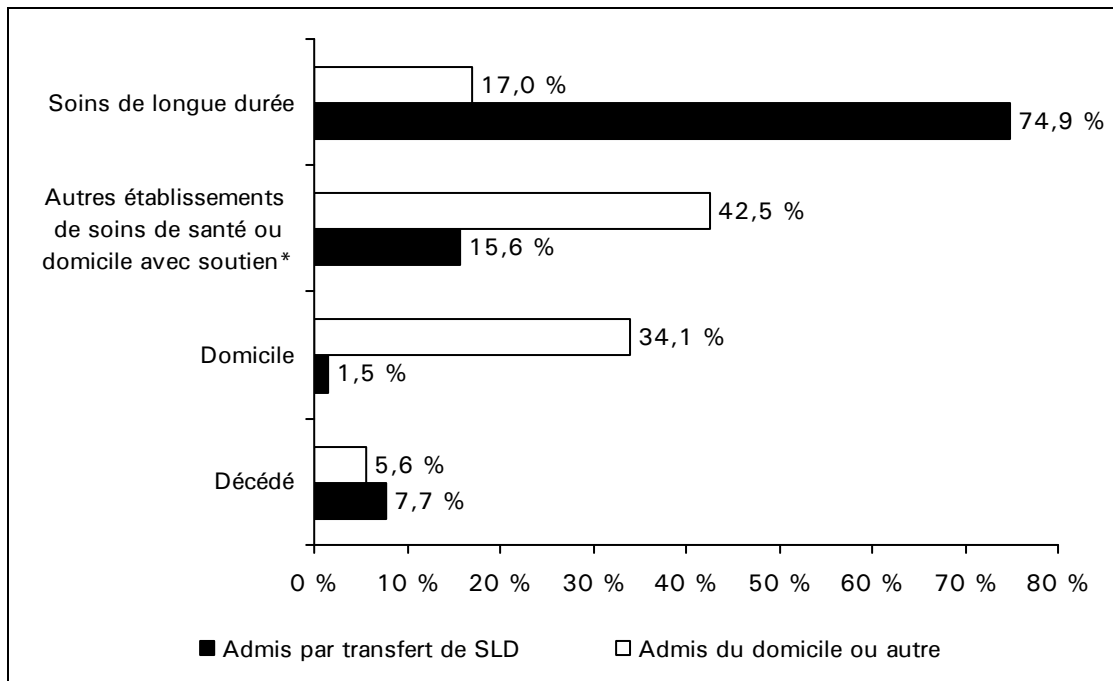
* Uniquement parmi les patients NSA (à l'exclusion du Manitoba).

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec.

Source

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

Figure 5 Destination à la sortie des hospitalisations pour blessures traumatiques



Remarques

* Comprend les autres centres de soins de courte durée, de traitement de pathologies subaiguës et de symptômes psychiatriques, de réadaptation et oncologiques, ou les foyers avec services de soutien. Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec. Les patients qui ont signé leur autorisation de sortie contre l'avis du médecin ou ont été transférés à d'autres types d'établissements (soins palliatifs, centre de traitement de la toxicomanie, etc.) ne sont pas présentés ici car ils ne correspondent qu'à 0,3 % des admissions par transfert de SLD et à 0,8 % des admissions du domicile ou d'autres types d'établissements.

Source

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

Résidents de soins de longue durée à transferts multiples

Comme les résidents de soins de longue durée forment une population vulnérable, ils courent davantage le risque de subir des hospitalisations multiples que les personnes âgées vivant dans la collectivité^{10, 11}. Afin d'étudier la fréquence des transferts des soins de longue durée aux soins de courte durée, nous avons ciblé une cohorte de patients qui avaient été transférés à partir d'un établissement de soins de longue durée en 2006-2007 et nous avons suivi chaque résident pendant une période allant jusqu'à un an. Environ 35 000 résidents de soins de longue durée avaient été transférés au moins une fois en soins de courte durée pendant cette période, et plus de 9 000 d'entre eux (25,9 %) avaient été transférés de nouveau au cours des 365 jours ayant suivi le premier transfert. Ces patients ressemblaient beaucoup, eu égard à la proportion des sexes, l'âge moyen et la durée des séjours, aux patients ayant connu un seul transfert au cours de l'année. Les raisons les plus courantes expliquant le transfert initial en soins de courte durée étaient les troubles respiratoires (22,0 %), circulatoires (19,0 %) et digestifs (12,6 %). Les visites subséquentes étaient attribuables aux mêmes raisons.

Tableau 7 Caractéristiques des patients des SLD à transferts multiples

Patients de 75 ans et plus	Admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	
	Premier transfert	Tous les transferts subséquents
Nombre de patients	9 050	
Nombre de femmes (pourcentage)	64,4 %	
Âge médian (en années)	86	
DS médiane aux soins de courte durée (en jours)	6	6
Nombre de patients comptant des jours NSA (pourcentage)*	754 (8,7 %)	295 (7,9 %)
DS NSA médiane (en jours)*	10	10

Remarques

* Uniquement parmi les patients NSA (à l'exclusion du Manitoba).
Basé sur les patients au Canada (à l'exclusion du Québec).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2006-2007 et 2007-2008, Institut canadien d'information sur la santé.

Ce que nous savons

Les causes des transferts de patients des établissements de soins de longue durée aux soins de courte durée ainsi que les ressources de soins de santé utilisées par ces patients n'ont pas fait l'objet d'enquêtes approfondies au Canada. Cependant, certaines initiatives ciblées ont porté sur différents aspects de cette population de patients.

- Pendant la vague de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, le suivi des déplacements des patients en Ontario a revêtu une importance capitale, et le centre d'autorisation des transferts de patients a été mis sur pied afin de s'assurer que tous les transferts de patients étaient enregistrés²³. La politique actuellement en vigueur exige que les patients soient soumis à un test de dépistage de maladies respiratoires infectieuses avant chaque transfert d'un établissement à un autre.
- Un rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario réclame une amélioration au chapitre de l'accroissement du personnel, de la planification et de l'évaluation au niveau local, ainsi qu'un renforcement de l'obligation de rendre des comptes pour une meilleure qualité des résultats des pensionnaires².

Ce que nous ignorons

Il existe un point important sur lequel cette analyse ne nous apprend rien, soit le caractère approprié ou non des transferts et les variations en ce domaine d'une province ou d'un territoire à l'autre. Par ailleurs, au-delà de la dotation, que peut-on faire pour réduire ou minimiser le besoin de transfert et d'admission ultérieure?

Finalement, en raison des problèmes que posent la codification actuelle, nous ne savons pas :

- si des ententes entre les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux de soins de courte durée ont un impact sur les pratiques de codification;
- jusqu'à quel point les transferts d'établissements de soins de longue durée appartenant au secteur privé et exploités par celui-ci dans chaque province et territoire contribuent au nombre total de transferts, puisque ces établissements ne sont pas bien identifiés dans nos données;
- l'ampleur des variations dans les taux de transferts entre les provinces et territoires, compte tenu des différences dans la façon de définir les établissements de soins de longue durée.

Annexe

Tableau 8 Distribution des hospitalisations

Type d'établissement de soins de courte durée	Patients de 75 ans et plus admis par transfert d'un établissement de soins de longue durée	Patients de 75 ans et plus admis en provenance du domicile ou autre
	Nombre (pourcentage)	
Jusqu'à 99 lits	10 460 (20,2 %)	92 702 (24,0 %)
De 100 à 399 lits	24 531 (47,4 %)	163 586 (42,4 %)
400 lits et plus	3 209 (6,2 %)	22 049 (5,7 %)
Hôpital d'enseignement	13 530 (26,2 %)	107 425 (27,8 %)
Hôpital pédiatrique	–	–
Tous	51 730	385 762

Remarques

Basé sur les hospitalisations (et non sur les patients) au Canada, à l'exclusion du Québec. Les hôpitaux ont été groupés en cinq catégories à l'aide du Programme de comparaison de l'activité des hôpitaux (CHAP) national.

Source

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

Références

1. Statistique Canada, *Residential Care Facilities 2006-2007*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada 2008. N° 83-237-X au catalogue.
2. S. Sharkey, *People Caring for People: Impacting the Quality of Life and Care of Residents of Long-Term Care Homes—A Report of the Independent Review of Staffing and Care Standards for Long-Term Care Homes in Ontario* (en ligne), Toronto (Ont.), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2008. Consulté le 18 novembre 2008. Internet : <http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/staff_care_standards/staff_care_standards.pdf>.
3. L. M. Wagner et T. B. Rust, *Safety in Long-Term Care Settings*, Alberta, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2008.
4. J. D. Walker et collab., « Identifying Potentially Avoidable Hospital Admissions From Canadian Long-Term Care Facilities », *Medical Care*, vol. 47, n° 2 (février 2009), p. 1-5.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *La sécurité des pensionnaires : caractéristiques associées aux chutes dans les établissements de soins complexes de longue durée en Ontario*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
6. Santé Canada, *What Is Long-Term Facilities-Based Care?* (en ligne), Ottawa (Ont.), Santé Canada, 10 janvier 2004. Consulté le 26 novembre 2008. Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index-eng.php>>.
7. S. Jayasinghe et collab., « Hospital Care of People Living in Residential Care Facilities: Profile, Utilization Patterns and Factors Impacting on Quality and Safety of Care », *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 7 (12 décembre 2006), p. 271-278.
8. L. Robichaud et collab., « Quality of Life Indicators in Long Term Care: Opinions of Elderly Residents and Their Families », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 73, n° 4 (2006), p. 245-251.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Les enfants et les services d'urgence en Ontario*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
10. G. Warshaw, S. Mehdizadeh et R. A. Applebaum, « Infections in Nursing Homes: Assessing Quality of Care », *Journal of Gerontology*, vol. 56A, n° 2 (2001), p. M120-M123.
11. H. Y. Cheng et collab., « Inpatient Care for Nursing Home Patients: An Opportunity to Improve Transitional Care », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 7, n° 6 (juillet 2006), p. 383-387.

12. R. T. Konezka, W. Spector et M. R. Limcangco, « Reducing Hospitalizations From Long-Term Care Settings », *Medical Care Research and Review*, vol. 65, n° 1 (février 2008), p. 40-66.
13. Institut canadien d'information sur la santé, *Manuel de saisie de l'information, édition 2007-2008*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
14. Institut canadien d'information sur la santé, *Niveaux de soins alternatifs au Canada*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
15. M. W. Carter, « Variations in Hospitalization Rates Among Nursing Home Residents: The Role of Discretionary Hospitalizations—Methods—Illustrations », *Health Services Research*, vol. 38, n° 4 (2003), p. 1177-1205.
16. Agence de la santé publique du Canada, *Life and Breath: Respiratory Disease in Canada*, Ottawa (Ont.), ASPC, 2007.
17. Centre for Chronic Disease Prevention and Control et collab., *The Growing Burden of Heart Disease and Stroke in Canada 2003*, Ottawa (Ont.), Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003.
18. Santé Canada et collab., *The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada 2000*, Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999.
19. A. J. O'Malley et collab., *Deriving a Model of the Necessity to Hospitalize Nursing Home Residents* (en ligne), SAGE, 2007. Consulté le 17 novembre 2008. Internet : <<http://roa.sagepub.com/cgi/content/abstract/29/6/606>> .
20. E. Fonad et collab., « Fall and Fall Risk Among Nursing Home Residents », *Journal of Clinical Nursing* (1^{er} février 2008), p. 126-134.
21. E. M. J. Burland, « An Evaluation of a Fall Management Program in a Personal Care Home Population », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, numéro spécial (2008), p. 137-140.
22. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2007*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
23. Provincial Transfer Authorization Centre (en ligne). Consulté en novembre 2008. Internet : <https://hospitaltransfers.com/Transfer/about_ptac.aspx> .

