

Réadmission à l'hôpital, soins médicaux

Nom	Réadmission à l'hôpital, soins médicaux
Nom abrégé ou autre nom	Réadmission dans les 30 jours, soins médicaux
Description	Cet indicateur mesure le taux, ajusté selon les risques, de réadmissions urgentes pour le groupe des patients en soins médicaux. Pour plus de détails, consultez le document Notes méthodologiques générales .
Interprétation	Un faible taux est souhaitable.
Dimension du cadre de PSS	Extrants du système de santé : Services pertinents et efficaces
Nature des besoins	Aller mieux
Couverture géographique	Ensemble des provinces et des territoires
Niveau de déclaration et désagrégation	National, Provincial et territorial, Régional, Établissement, Quintile de revenu du quartier
Résultats de l'indicateur	Accès aux résultats des indicateurs sur Votre système de santé : En détail

Identification de l'indicateur

Nom	Réadmission à l'hôpital, soins médicaux
Nom abrégé ou autre nom	Réadmission dans les 30 jours, soins médicaux
Description et calcul de l'indicateur	Cet indicateur mesure le taux, ajusté selon les risques, de réadmissions urgentes pour le groupe des patients en soins médicaux.

Description

Pour plus de détails, consultez le document [Notes méthodologiques générales](#).

Taux ajusté selon les risques = nombre de réadmissions observé ÷ nombre de réadmissions prévu x taux de réadmission moyen au Canada

Unité d'analyse : épisode de soins

Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites successives en chirurgie d'un jour. Dans le cas des épisodes avec transferts entre établissements ou au sein même d'un établissement, les transactions ont été couplées sans égard aux diagnostics. Pour former un épisode de soins, on suppose qu'un transfert a eu lieu si l'une des conditions suivantes s'applique :

a) Une hospitalisation en soins de courte durée ou une visite en chirurgie d'un jour a lieu moins de sept heures suivant la fin de l'hospitalisation en soins de courte durée ou de la visite en chirurgie d'un jour précédente, peu importe si le transfert est codifié ou non.

Calcul :

description b) Une hospitalisation en soins de courte durée ou une visite en chirurgie d'un jour a lieu dans les 7 à 12 heures suivant la fin de l'hospitalisation en soins de courte durée ou de la visite en chirurgie d'un jour précédente, et le transfert est codifié pour au moins une des hospitalisations ou des visites.

Remarques

- Résultats diffusés au grand public : Les résultats régionaux, et provinciaux et territoriaux sont calculés selon le lieu de résidence et les résultats des établissements sont calculés selon l'endroit où les services sont offerts.
- Résultats diffusés aux établissements : Pour les épisodes de soins qui ont donné lieu à un transfert, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

Calcul :

affectation géographique Lieu de résidence ou endroit où les services sont offerts

Calcul :

type de mesure Taux - Taux par 100

Calcul :

ajustement Covariables utilisées pour l'ajustement selon les risques: Pour une liste détaillée des covariables utilisées, consulter les [Spécifications du modèle](#).

Calcul :

méthode d'ajustement Régression logistique

Description :

Nombre d'épisodes de soins médicaux s'étant terminés entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice

Inclusions :

1. Épisodes comprenant des soins aux patients hospitalisés (type d'établissement = 1). Un épisode peut commencer ou se terminer dans une unité de chirurgie d'un jour. Les épisodes qui commencent et se terminent dans une unité de chirurgie d'un jour sont exclus.

2. Épisodes comprenant des soins médicaux aux patients hospitalisés (code de partition des catégories cliniques principales [CCP] = D [Diagnostic])

3. Sortie entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'année suivante (la période de sélection des cas prend fin le 1^{er} mars de l'année suivante, ce qui permet un suivi de 30 jours)

4. Âge à l'admission : 18 ans et plus

5. Sexe inscrit : homme ou femme

Exclusions :

1. Enregistrements comportant un numéro d'assurance maladie non valide

2. Enregistrements comportant un code non valide pour la province émettrice du numéro d'assurance maladie

Dénominateur 3. Enregistrements comportant une date ou une heure d'admission non valide

4. Enregistrements comportant une date ou une heure de sortie non valide

5. Enregistrements comportant la catégorie d'admission Donneur décédé ou Mortinaissance (catégorie d'admission = R ou S)

6. Épisodes dont la sortie correspond à un décès (code de la BDCP : État à la sortie = 07, 72*, 73*, 74*; code du SNISA : Issue de la visite = 10, 11, 71*, 72*, 73*, 74*)

7. Épisodes comprenant au moins un enregistrement dont la CCP est Troubles mentaux et du comportement (CCP = 17)

8. Épisodes comprenant au moins un enregistrement dont la CCP est Grossesse et accouchement (CCP = 13)

9. Présence d'au moins un enregistrement de chirurgie durant l'épisode (code de partition des CCP = I [Intervention])

10. Épisodes comprenant au moins un enregistrement dont le diagnostic principal (DxP) est Soins palliatifs (CIM-10-CA : Z51.5). Dans le cas des données du Québec, Z51.5 codifié comme un DxP, ou un cancer (C00-C97) codifié comme un DxP et Z51.5 codifié dans tout champ de diagnostic secondaire.

Remarque

*Données de 2018-2019 et des années suivantes

Pour une illustration du choix du dénominateur, consulter le diagramme dans les [Notes méthodologiques générales](#).

Description :

Cas inclus dans le dénominateur et associés à une réadmission urgente qui s'est produite dans les 30 jours suivant la sortie, après l'épisode de référence

Inclusions :

1. Réadmission très urgente ou urgente dans un hôpital de soins de courte durée (catégorie d'admission = U et type d'établissement = 1)

2. (Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) (Date de sortie sur le dernier enregistrement de l'épisode de référence) = inférieur ou égal à 30 jours

Exclusions :

Épisodes comprenant au moins un enregistrement avec l'un des codes suivants :

Numérateur 1. Accouchement (CIM-10-CA : O10-O16, O21-O29, O30-O37, O40-O46, O48, O60-O69, O70-O75, O85-O89, O90-O92, O95, O98, O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2; ou Z37 inscrit dans tout champ de diagnostic)

2. Chimiothérapie pour une tumeur (CIM-10-CA : Z51.1) consignée comme diagnostic de type M, 1, C, W, X ou Y

3. Admission pour maladie mentale (CCP = 17)

4. Admission pour soins palliatifs (CIM-10-CA : Z51.5) comme DxP. Dans le cas des données du Québec, Z51.5 codifié comme un DxP, ou un cancer (C00-C97) codifié comme un DxP et Z51.5 codifié dans tout champ de diagnostic secondaire.

5. Données de 2018-2019 et des années suivantes : Aide médicale à mourir (AMAM) (État à la sortie = 73)

6. Enregistrements comportant une date d'admission non valide

Contexte, interprétation et points de référence

Les réadmissions urgentes dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité des soins et la coordination des soins dans un établissement ou une région.

Justification

Divers facteurs, comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins, ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge de la maladie, peuvent influencer sur les taux de réadmission. Bien que les réadmissions urgentes ne puissent pas toutes être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire le taux de réadmission.

Interprétation Un faible taux est souhaitable.

Dimension du cadre de PSS
Extrants du système de santé : Services pertinents et efficaces

Nature des besoins et points de référence
Aller mieux
Sans objet

Ashton CM, Wray NP. A Conceptual Framework for the Study of Early Readmission as an Indicator of Quality of Care. *Soc Sci Med* 1996;(43):1533-1541.

Feudtner C. State-Level Child Health System Performance and the Likelihood of Readmission to Children's Hospitals. *The Journal of Pediatrics*. 2010;(157):98-102.

Références
Jencks SF, et al. Rehospitalizations Among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med* 2009;(360):1418-1428.

Jiang HJ, Wier LM. All-Cause Hospital Readmissions Among Non-Elderly Medicaid Patients, 2007. HCUP Statistical Brief #89. Rockville, Maryland : AHRQ; 2010.

Liu S, Heaman M, Joseph KS, et al. Risk of Maternal Postpartum Readmission Associated With Mode of Delivery. *Obstet Gynecol Int* 2005;(105):836-842.

Stone J, Hoffman G J. Medicare Hospital Readmissions: Issues, Policy Options and PPACA. Washington, DC : CRS; 2010.

Disponibilité des sources de données et résultats

Sources des données
BDPC, BDMH, SNISA

Type d'année :

Exercice

Années de données disponibles

Première année de données disponibles :

2010

Dernière année de données disponibles :

2018

Couverture géographique
Ensemble des provinces et des territoires

Niveau de déclaration et désagrégation National, Provincial et territorial, Régional, Établissement, Quintile de revenu du quartier

Mise à jour des résultats

Fréquence de mise à jour
Chaque année

Outil Web :

Votre système de santé : En détail

Résultats de l'indicateur

URL :

[Accès aux résultats des indicateurs sur Votre système de santé : En détail](#)

Mises à jour

Sans objet

Énoncé de qualité

Mises en garde et limites
Sans objet

Problèmes relatifs à l'

établissement des
Sans objet

tendances

Les résultats de cet indicateur sont aussi disponibles dans

- la publication en ligne Indicateurs de santé (résultats à l'échelle régionale, provinciale, territoriale et nationale, calculés selon le lieu de résidence), à partir de 2010-2011 (<http://yourhealthsystem.cih.ca/epub/?language=fr>)

Commentaires

- l'[outil Votre système de santé : En profondeur](#), mis à jour chaque mois à partir de 2014-2015 (les résultats sont disponibles selon le lieu de résidence et selon l'endroit où les services sont offerts)