



Département d'épidémiologie clinique et  
d'études communautaires

# Le congé sécuritaire des aînés du département d'urgence vers la communauté

## Rapport Final

### Chercheur principal

Jane McCusker, MD DrPH

### Co-chercheur principal

Danièle Roberge, PhD

### Co-chercheurs/Décideurs

Antonia Arnaert, RN MPA PhD

Bruce Brown, MD MPH

Jacques Brunet, MD

Antonio Ciampi, PhD

Danielle Larouche, MSc

Louise Mallet, PharmD CGS

Lise Poissant, PhD

Alain Vadeboncoeur, MD

Josée Verdon, MD MSc



Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie

Québec

Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires

Centre hospitalier de St-Mary

3830, Avenue Lacombe, Montréal (Québec), H3T 1M5, Canada

DRAFT 6 juin 2008

jane.mccusker@mcgill.ca • [www.smhc.qc.ca/epidemiology/index.html](http://www.smhc.qc.ca/epidemiology/index.html)

## LE CONGÉ SÉCURITAIRE DES AÎNÉS DU DÉPARTAMENT D'URGENCE VERS LA COMMUNAUTÉ

**Subvention:** Institut canadien pour la sécurité des patients, Centre hospitalier de St-Mary, Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 1<sup>er</sup> mars 2006 au 31 déc 2007.

**Chercheur principal:** Jane McCusker, MD DrPH  
Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires  
Centre hospitalier de St. Mary  
3830, avenue Lacombe  
Montréal, QC, H3T 1M5  
Tél. : (514) 345-3511 poste 5060  
Télec. : (514) 734-2652  
jane.mccusker@mcgill.ca

**Co-chercheur principal:** Danièle Roberge, PhD

**Co-chercheurs:** Antonia Arnaert, RN MPA PhD  
Antonio Ciampi, PhD  
Danielle Larouche, MSc  
Louise Mallet, PharmD CGS  
Lise Poissant, PhD  
Alain Vadeboncoeur, MD  
Josée Verdon, MD MSc

**Décideurs :** Bruce Brown, MD MPH  
Jacques Brunet, MD

**Remerciements:** Nous sommes reconnaissants pour la collaboration des personnes suivantes :  
Membres du comité aviseur : Louise Bélanger, Jocelyne Faille inf MSc, Judith Latour MD, Jacques Mornin MD, Hung Nguyen MSc, Michel Tassé MSc, André Tourigny MD;  
Collaborateurs : Raynald Pineault MD PhD, Nicole Guimond inf;  
Personnel : Eric Belzile MSc, Monica Cepoiu MD MSc, David Parry, Yue You MD MSc.

# **LE CONGÉ SÉCURITAIRE DES AÎNÉS DU DÉPARTAMENT D'URGENCE VERS LA COMMUNAUTÉ**

## **RAPPORT FINAL**

### **TABLE DE MATIÈRES**

RÉSUMÉ.....	1
SOMMAIRE EXÉCUTIF .....	2
RAPPORT TECHNIQUE .....	4
1. CONTEXTE.....	4
2. OBJECTIFS .....	5
3. MÉTHODOLOGIE .....	5
4. RÉSULTATS.....	7
5. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	9
6. CONCLUSIONS.....	9
7. IMPLICATIONS POUR DÉCIDEURS.....	11
Schéma 1: Diagramme de l'étude.....	14
Tableau 1 : Description de types de DU .....	16
Tableau 2 : Caractéristiques des patients âgés de 65 ans et plus par type de DU .....	17
Tableau 3 : Personnel et services par type de DU .....	18
Tableau 4 : Conséquences et processus sur 30 jours des patients par type de DU (N=172,927).....	19

# **LE CONGÉ SÉCURITAIRE DES AÎNÉS DU DÉPARTAMENT D'URGENCE À LA COMMUNAUTÉ**

## **RÉSUMÉ**

### **OBJECTIFS**

Cette étude porte sur la sécurité du congé des patients âgés (de 65 ans ou plus) dans la communauté après leur passage dans les départements d'urgence (DU) du Québec. Les objectifs étaient de décrire: 1) le personnel et les services disponibles pour les aînés lors de leur retour au domicile; 2) les caractéristiques des patients qui ont été vus; 3) les démarches et les résultats du processus de soins 30 jours suivant la visite des patients âgés au DU.

### **MÉTHODES**

Les données proviennent d'une enquête menée en 2006 auprès d'informateurs clés dans 103 DU non psychiatriques pour adultes au Québec. Cette enquête concernait le personnel et les services disponibles pour les personnes âgées qui ont obtenu leur congé de l'urgence. Ces données ont été reliées à celles d'un échantillon constitué de 172 927 personnes âgées ayant consulté l'urgence et qui sont retournées à leur domicile au cours de la période de l'étude (février 2004 – janvier 2005).

### **RÉSULTATS**

Au cours des 30 jours suivant leur visite au DU, 1,0% des patients sont décédés, 5,0% sont retournés au DU et ont été hospitalisés, 16,0% sont retournés au DU mais n'ont pas été hospitalisés, 31,5% ont visité leur médecin traitant et 29,2% ont reçu une prescription pour un médicament potentiellement inapproprié. Les DU de plus grande taille en milieu urbain reçoivent des patients à plus haut risque (plus âgés, comorbidité accrue) et avec des taux supérieurs de conséquences graves. Parmi tous les types de DU, seule une minorité d'entre eux procure systématiquement des services pouvant réduire les conséquences indésirables chez les personnes âgées.

### **CONCLUSIONS**

Une approche globale est nécessaire afin d'améliorer la sécurité du congé des patients âgés à haut risque ayant reçu leur congé de l'urgence. Il est essentiel d'améliorer les ressources et les services dans les DU qui desservent particulièrement ces populations à haut risque (ex. approches systématiques pour le dépistage et la gestion des personnes âgées à haut risque avec des références appropriées pour des services communautaires), à l'hôpital (accès accru à des lits de courte durée) et au sein de la communauté (accessibilité accrue aux soins à domicile, évaluation gériatrique pour les patients externes et soins médicaux primaires).

# **LE CONGÉ SÉCURITAIRE DES AÎNÉS DU DÉPARTAMENT D'URGENCE À LA COMMUNAUTÉ**

## **SOMMAIRE EXÉCUTIF**

### **CONTEXTE**

Bien que de nombreuses études aient été menées concernant la sécurité des patients dans l'environnement hospitalier, peu se sont intéressées plus particulièrement au service des urgences (DU). Le département de l'urgence constitue une interface critique entre l'hôpital et la communauté et comporte deux défis majeurs pour la sécurité des patients. Tout d'abord l'environnement d'un DU très actif favorise la rapidité du traitement et du congé au domicile des patients. La non-détection de problèmes sous-jacents potentiels du patient, nécessitant une évaluation ou une intervention, pourrait entraîner un congé prématuré de ce patient à son domicile et une augmentation du taux de retours au DU, ainsi que d'autres conséquences indésirables. L'accès limité aux informations du patient (obtenues auprès du médecin de première ligne, des services de soins à domicile, ou provenant d'hospitalisations antérieures ou de visites antérieures au DU) peut conduire à administrer un traitement potentiellement incorrect et à retourner le patient à son domicile alors que cela n'était peut-être pas approprié. De même, la non-communication d'informations par le personnel du DU au médecin de première ligne et aux services communautaires (par ex., le service de soins à domicile) en ce qui concerne la visite du patient au DU peut retarder l'évaluation et le traitement de ce patient ou la prestation de services. Ces problèmes de sécurité sont d'une importance primordiale pour les personnes âgées (définies dans le présent document comme étant âgées de 65 ans ou plus), rendues particulièrement vulnérables par des taux plus élevés de comorbidités, de troubles physiques et cognitifs et de polymédication.

Des essais contrôlés menés dans plusieurs pays (Canada, États-Unis, Royaume Uni et Australie) ont rapporté que les conséquences indésirables survenant fréquemment après la visite d'un patient âgé à un DU (déclin fonctionnel, mortalité) pourraient être prévenues ou améliorées par des interventions gériatriques directement au DU (ex. infirmière de liaison et planification du congé). Toutefois, dans quelle mesure ces approches ont été adoptées par les DU, quels sont leurs liens avec les caractéristiques des patients traités et quels sont les taux de risque de conséquences indésirables sont tous des aspects que nous ignorons.

### **OBJECTIFS**

Cette étude porte sur la sécurité du congé des patients âgés (de 65 ans ou plus) après une visite aux départements d'urgence (DU) du Québec. Les objectifs étaient de décrire : 1) le personnel et services à la disposition des aînés lors de leur retour au domicile; 2) les caractéristiques des patients qui ont été vus; 3) les résultats et les mesures du processus des soins dans les 30 jours suivant leur visite au DU.

### **MÉTHODES**

Une enquête a été menée durant l'été 2006 auprès d'informateurs clés dans 103 DU non psychiatriques pour adultes au Québec afin de recueillir des données concernant le personnel et les services disponibles pour les personnes âgées qui ont obtenu leur congé. Le taux de participation était de 90% pour les infirmiers(ères) chef et de 71% pour les médecins-chefs. Ces données ont été associées à celles provenant de bases de données administratives provinciales concernant un

échantillon constitué de 172 927 personnes âgées résidant dans la communauté ayant obtenu leur congé après leur visite dans l'un des DU durant la période d'étude (février 2004 – janvier 2005). Les conséquences et les mesures du processus de soins au cours des 30 jours suivant leur visite initiale au DU incluaient : le décès, le retour au DU avec hospitalisation, le retour au DU mais sans hospitalisation, une visite au médecin traitant et une prescription pour un médicament potentiellement inapproprié.

## **RÉSULTATS**

En résumé, au cours des 30 jours suivant la visite au DU, 1,0% des patients sont décédés, 5,0% sont retournés au DU et ont été hospitalisés, 16,0% sont retournés au DU, mais n'ont pas été admis, 31,5% ont visité leur médecin traitant et 29,2% ont reçu une prescription pour un médicament potentiellement inapproprié. Les DU de plus grande taille en milieu urbain servent une population plus importante de patients à haut risque (plus âgés, comorbidité et utilisation antérieure plus importante de services de santé) avec des résultats indésirables plus graves (taux plus élevés de décès et d'admissions à l'hôpital au cours des 30 jours suivant la visite initiale). Les DU de petite taille en milieu rural servent une population moins gravement malade, mais qui effectue des visites plus fréquentes au DU avant et après la visite initiale. Ces DU de petite taille semblent dispenser une bonne part de soins primaires, en plus des soins d'urgence. Une minorité de DU, peu importe leur taille et les caractéristiques des patients qu'ils servent, dispensent systématiquement des services qui ont eu pour effet de réduire les conséquences indésirables après une visite au DU (ex. le dépistage systématique et standardisé, l'évaluation gériatrique et la planification du congé).

## **CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

Une approche globale est nécessaire afin d'améliorer la sécurité du congé des patients âgés à haut risque après leur visite au DU. Il est essentiel d'améliorer les ressources et les services particulièrement dans les DU de grande taille dans les milieux urbains qui desservent ces populations à haut risque (ex. des infirmiers(ères) de liaison en gériatrie et des travailleurs sociaux pour implanter les approches systématiques pour le dépistage, une brève évaluation, des références pour des services communautaires pour les aînés à risque élevé et la présence d'un pharmacien pour étudier la prise de médicaments), à l'hôpital (accès accru aux lits de courte durée), et dans la communauté (accès accru aux soins à domicile, évaluation gériatrique pour patient externe, soins médicaux primaires et amélioration du transfert de l'information).

# LE CONGÉ SÉCURITAIRE DES AÎNÉS DU DÉPARTEMENT D'URGENCE À LA COMMUNAUTÉ

## RAPPORT TECHNIQUE

### 1. CONTEXTE

Bien que de nombreuses études aient été menées concernant la sécurité des patients dans l'environnement hospitalier, peu d'entre elles se sont intéressées plus particulièrement au service des urgences (DU). Celui-ci constitue une interface critique entre l'hôpital et la communauté et pose deux problèmes majeurs pour la sécurité des patients. Tout d'abord l'environnement d'un DU très actif favorise la rapidité du traitement et du congé accordé aux patients pour le retour à domicile. La non-détection de problèmes sous-jacents potentiels du patient nécessitant une évaluation ou une intervention pourrait entraîner un congé prématuré et une augmentation des taux de retours au DU, de même que d'autres conséquences indésirables.<sup>1-5</sup> L'accès limité aux informations relatives au patient (obtenues auprès du médecin de première ligne, des services de soins à domicile, ou provenant d'hospitalisations antérieures ou de visites antérieures au DU) peut conduire à l'administration d'un traitement potentiellement inapproprié et à un congé prématuré.<sup>6</sup> De même, la non-communication d'informations par le personnel du DU au médecin de première ligne et aux services communautaires (ex. soins à domicile) en ce qui concerne la visite du patient au DU peut retarder l'évaluation et le traitement de ce patient ou la prestation de services.<sup>7</sup> Ces problèmes de sécurité sont d'une importance primordiale pour les personnes âgées (définies dans le présent document comme étant âgées de 65 ans ou plus), rendues particulièrement vulnérables en raison de taux plus élevés de comorbidités, de troubles physiques et cognitifs et de polymédication.<sup>1</sup>

Des essais contrôlés menés dans plusieurs pays (Canada,<sup>8</sup> États-Unis,<sup>9</sup> Royaume-Uni<sup>10</sup> et Australie<sup>11</sup>) ont conclu que les conséquences indésirables survenant fréquemment après la visite d'un patient âgé à un DU (déclin fonctionnel, mortalité) pourraient être évitées ou améliorées par des interventions gériatriques offertes directement au DU (ex. infirmière de liaison et planification du congé).<sup>12</sup> Toutefois, la mesure dans laquelle ces approches sont adoptées par les DU, leurs relations avec les caractéristiques des patients traités et les taux de conséquences indésirables sont tous des aspects que nous ignorons.

Au Québec, particulièrement dans la région de Montréal, des séjours au DU de plus de 24 heures ou même de plusieurs jours ne sont pas inhabituels. L'engorgement de l'urgence et la surcharge de travail du personnel que cette situation entraîne posent un problème potentiel de sécurité pour lequel des mesures correctives ont récemment été mises en place dans les DU de Montréal.

Une étude menée antérieurement par notre groupe a associé des données provenant d'un sondage portant sur les outils de dépistage utilisés dans les DU au Québec<sup>13</sup> à des données sur les retours au DU, avec ou sans hospitalisation.<sup>14</sup> Dans la présente étude, nous avons rassemblé et analysé plus de données globales sur les services au DU et sur l'état de la santé des patients pour identifier des problèmes de sécurité pour les patients âgés qui ont obtenu leur congé du DU.

## 2. OBJECTIFS

Les principaux objectifs de cette étude des DU au Québec étaient les suivants :

1. décrire les caractéristiques organisationnelles des DU relativement aux soins des aînés qui ont obtenu leur congé et retournent à leur domicile;
2. décrire les caractéristiques démographiques des aînés qui ont obtenu leur congé et qui retournent à leur domicile (démographie, comorbidité, usage antérieur des soins de la santé);
3. décrire le processus de soins et l'état de santé des patients dans les 30 jours suivant leur visite au DU (décès, retour au DU avec et sans hospitalisation, prescription pour un médicament potentiellement inapproprié et visite au médecin traitant);
4. se pencher sur les liens entre les caractéristiques des DU et l'état de santé des patients.

## 3. MÉTHODOLOGIE

Cette étude à multi-niveaux utilise les bases de données suivantes, reliées au niveau du patient individuel, du DU ou de la communauté.

- Bases de données administratives provinciales : 3 bases de données administratives pour la population du Québec, pour la période de 2 ans allant du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2005, ont été reliées à l'aide du numéro d'assurance-maladie de chaque patient : base de données des sorties de l'hôpital (MedEcho), facturations des médecins et bases de données des prescriptions de médicaments (RAMQ).<sup>15</sup>
- Le registre de la salle d'urgence, relié au niveau du DU.
- L'enquête auprès des informateurs clés : une enquête a été menée durant l'été 2006 à l'aide de questionnaires adressés au médecin chef, à l'infirmier(ère) en chef, et à la personne responsable des soins aux personnes âgées (le cas échéant) dans chaque DU ; cette enquête a permis de mesurer les ressources hospitalières et celles du DU, ainsi que les caractéristiques organisationnelles de chaque DU. Les taux de réponse étaient les suivants : 71% pour les médecins, 90% pour le personnel infirmier et 88% pour les membres des équipes gériatriques (22 sur 25).
- D'autres informations sur les caractéristiques des DU ont été obtenues auprès du Ministère de la santé québécois (lieu, affiliation universitaire, nombre de civières et synthèse des ressources). La gravité des maladies des patients se présentant à chaque DU a été déterminé en utilisant un système non-validé d'évaluation d'intensité conçu pour les DU du Québec (Indexe NIRRU : niveau d'intensité relative des ressources utilisées, incorporant les diagnostics du DU et l'utilisation des ressources).<sup>16,17</sup>

Le protocole de l'étude a été approuvé par la Commission de l'accès à l'information et par le Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier de St-Mary.

L'échantillon étudié était composé de 172 927 patients non institutionnalisés âgés de 65 ans ou plus, ayant effectué une visite de référence au cours d'une période de 12 mois (entre le 1<sup>er</sup> février 2004 et le 31 janvier 2005) dans l'un des 103 DU non psychiatriques pour adultes du Québec (schéma 1).

Les données suivantes étaient disponibles pour les analyses :

- Conséquences : Les conséquences ont été mesurées sur une période de 30 jours : décès, hospitalisation d'urgence, retour au DU sans hospitalisation, visite auprès du médecin de première ligne et prescription d'un médicament potentiellement inapproprié (basé sur les critères modifiés Beers, mais excluant les œstrogènes).<sup>18</sup>
- Caractéristiques des patients : Les variables suivantes ont été dérivées des bases de données administratives : âge, sexe, statut socio-économique (en se basant sur le code postal du patient),<sup>19</sup> deux mesures de multimorbidité (dérivées des diagnostics de pathologies chroniques<sup>20</sup> et des prescriptions de médicaments,<sup>21</sup> diagnostic lors de la visite de référence, utilisation des services de soins de santé durant les 12 mois précédents (journées d'hospitalisation, visites au DU, visites au cabinet du médecin), et identification du médecin traitant (omnipraticien, autre généraliste, spécialiste, ou aucun car tous les patients n'ont pas nécessairement un médecin de famille).<sup>22</sup>
- Contexte des variables des visites : Ce groupe de variables situées au niveau du patient, dérivées de bases de données administratives, mesure les éléments suivants au moment de la visite de référence : jour de la visite (jour de semaine versus week-end), mois de la visite, ratio hospitalisations-visites au DU pour les patients âgés de 65 ans ou plus, et ratio patients-civiers.
- Questionnaire destiné à l'infirmier(ère) chef : Ce questionnaire incorporait des questions fermées et ouvertes portant sur les éléments suivants : personnel (nombre d'infirmiers(ères) et d'aides-infirmiers(ères) par roulement, utilisation d'aides-soignants(es), autres professionnels non médicaux dans le DU et leur participation au dépistage, à l'évaluation ou à la planification du congé pour les personnes âgées; disponibilité d'un pharmacien de garde); relation avec les CLSC (centres de santé communautaires – notamment, le type de collaboration et la satisfaction des services); services d'urgences gériatriques (utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation normalisés, protocole de planification du congé à domicile, suivi téléphonique après la visite au DU); et attitudes (évaluation des services dispensés par le DU pour les patients plus âgés ayant obtenu leur congé par le DU, disponibilité de services gériatriques pour patients externes, dotation en personnel suffisant au DU pour les soins gériatriques et perception du rôle du DU dans les soins dispensés aux personnes âgées) :
- Questionnaire destiné au médecin chef : Ce questionnaire comportait des questions fermées et ouvertes portant sur les éléments suivants : dotation en personnel (nombre de médecins sur les divers quarts de travail, proportion de médecins travaillant 50% de leur temps ou plus, proportion de médecins spécialisés dans la médecine d'urgence, résidents et étudiants en médecine dans le DU ; disponibilité d'une consultation gériatrique et psychogériatrique ; pharmacien et/ou technicien en pharmacie dans le DU) ; informatisation et communication (logiciels actuellement utilisés, logiciels administratifs, cliniques et pharmaceutiques, transfert des informations entre le DU et le médecin de famille) ; soins médicaux (utilisation de protocoles normalisés) ; disponibilité de solutions de remplacement à l'hospitalisation [services à domicile et de réadaptation, services en place au sein de l'hôpital (centre médical de jour/unité d'évaluation préopératoire), services pour patients externes (clinique de gériatrie pour patients externes, hôpital de jour)] ; arrangements avec les institutions en vue d'une hospitalisation directe (ne passant pas par le DU) ; attitudes (évaluation des services

fournis par le DU aux patients âgés ayant obtenu leur congé par celui-ci, disponibilité de services gériatriques pour les patients externes, suffisance du personnel du DU pour les soins gériatriques, et vision du rôle du DU dans les soins procurés aux personnes âgées).

- Questionnaire destiné au chef de l'équipe gériatrique : Si l'infirmier(ère) chef a indiqué qu'il y avait un membre du personnel, souvent un(e) infirmier(ère), responsable des services pour les aînés au DU, une demande a été adressée à cette personne de compléter la section sur les services gériatriques au DU sur le questionnaire destiné à l'infirmier(ère).

## **4. RÉSULTATS**

### **Classification des DU**

Une classification des DU a été développée en se basant sur les caractéristiques corrélées suivantes des DU : lieu, affiliation universitaire, nombre de civières et globalité des ressources. Trois types de DU ont été identifiés : 1) les DU de grande taille, disposant pour la plupart de 20 civières ou plus et situés dans la région de Montréal (n=30) ; 2) les DU de taille moyenne, disposant pour la plupart de 14 à 20 civières et situés dans les zones urbaines à l'extérieur de Montréal (n=29) ; 3) les DU de petite taille, souvent basés dans les centres de soins de santé plutôt que dans les hôpitaux, disposant pour la plupart de moins de 14 civières et situés dans des zones rurales (n=44). Le schéma 2 montre les lieux des 3 types de DU. Le tableau 1 montre certaines caractéristiques des 3 types de DU. En plus des facteurs décrits ci-dessus, on observait selon la taille des DU des différences significatives au niveau de la gravité de la maladie des patients traités et de la durée de séjour des patients sur civières au DU. (Noter que les deux dernières mesures n'ont pas pu être recueillies pour un sous-groupe substantiel des DU ruraux de petite taille, soit en raison d'une absence de données ou parce qu'elles n'étaient pas applicables). Comme le montre le tableau 1, les DU de plus grande taille desservent une population plus gravement atteinte et caractérisée par des séjours moyens plus longs au DU.

### **Populations de patients et services fournis dans les trois types de DU**

Des différences significatives ont été notées entre les trois types de DU concernant un grand nombre de caractéristiques des patients. Pour la plupart de celles-ci, on a observé un gradient entre les trois types de DU. Les personnes âgées ayant obtenu leur congé par les DU de plus grande taille étaient susceptibles d'être plus âgées, de sexe féminin, de présenter davantage de comorbidités, d'avoir eu un plus grand nombre de journées d'hospitalisation antérieures et de visites chez le médecin au cours de l'année écoulée (Tableau 2). Il est intéressant de noter que les patients qui ont visité les DU de petite taille avaient effectué un nombre de visites antérieures au DU sensiblement plus important que ceux traités par les DU de moyenne et grande taille. Les patients visitant les DU de plus grande taille étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer, de maladies cardiovasculaires, de troubles mentaux ou nerveux, ou de présenter des symptômes ou des signes de troubles mal définis, mais ils étaient moins susceptibles d'obtenir un diagnostic relatif à des problèmes respiratoires ou un problème de peau. Ces résultats indiquent que les personnes âgées ayant obtenu leur congé par les DU de plus grande taille sont non seulement plus gravement malades, mais on compte parmi elles une proportion plus importante de patients âgés à haut risque ou fragilisés qui sont susceptibles de nécessiter considérablement plus de services médicaux et de soutien dans la communauté.

Le tableau 3 ci-dessous illustre certains des services dispensés dans les trois types de DU. D'après le questionnaire complété par les infirmiers(ères) chef, le type de personnel et de services qui étaient beaucoup plus disponibles dans les DU de plus grande taille étaient notamment : les infirmiers(ères) de liaison, les infirmiers(ères) clinicien(nes) et le dépistage systématique. Toutefois, les infirmiers(ères) chef des DU de plus petite taille étaient plus satisfait(e)s des services communautaires et indiquaient une plus grande disponibilité de services de soins à domicile que celles et ceux qui travaillaient dans les DU de plus grande taille. D'après les questionnaires complétés par les médecins chefs, le personnel médical était sensiblement différent dans les trois types de DU : dans les DU de plus grande taille, le ratio de médecins par civière était inférieur et chaque médecin voyait plus de patients. Il était également plus probable que les médecins soient à temps complet, et qu'il s'agisse de médecins spécialistes plutôt que de médecins de famille. Les DU de plus grande taille étaient plus susceptibles de proposer une consultation gériatrique et psychogériatrique. Bien que les rapports infirmiers indiquaient la disponibilité de pharmaciens dans la plupart des DU (incluant ceux de garde), les informations reçues de la part des médecins indiquaient quant à elles qu'il était bien plus probable de pouvoir faire appel à un pharmacien sur place dans les DU de grande taille que dans les DU de moyenne et petite taille. Fait à noter, les infirmiers(ères) chef des DU de plus grande taille croyaient que le DU a un rôle important à jouer dans le dépistage, l'évaluation et les références communautaires pour les aînés à risque élevé, ce qui traduit leur intérêt pour améliorer les services offerts à la clientèle dans le DU.

### **Évolution de l'état de santé des patients**

Le tableau 4 montre la fréquence des résultats et les mesures du processus de soins obtenus sur une période de 30 jours et pour les personnes âgées ayant obtenu leur congé de la part des trois types de DU. Nos taux de mortalité, retours au DU avec et sans hospitalisation sont dans la moyenne indiquée dans la littérature portant sur les aînés.<sup>9,11,23,24</sup> Toutefois, nos taux de prescriptions potentiellement inappropriées semblent être plus élevés que ceux indiqués dans les rapports antérieurs (une étude a conclu que 12,6% des patients âgés de 65 ans et plus au DU ont reçu des médicaments inappropriés).<sup>25</sup> 42,7% des patients ont subi une ou plusieurs de ces conséquences indésirables ou mesures de processus et 31,5% ont visité leur médecin traitant.

Après avoir contrôlé statistiquement pour les caractéristiques des patients, des différences significatives ont été observées au niveau des conséquences entre les trois types de DU : les patients traités dans les DU de moyenne et grande taille étaient beaucoup plus susceptibles de décéder ou d'être hospitalisés, mais moins susceptibles de retourner au DU sans être hospitalisés, par rapport aux patients traités dans les DU de petite taille. Par contre, le type de DU n'avait pas de relation avec les visites chez le médecin de première ligne, ni avec la prescription d'un médicament potentiellement inapproprié, y compris après avoir contrôlé les caractéristiques des patients.

Après avoir effectué un ajustement statistique pour le type de DU, les caractéristiques des patients et le contexte de la visite, seulement trois services spécifiques ont été associés de manière significative à un taux réduit de conséquences indésirables graves (décès ou hospitalisation d'urgence) : la participation d'une travailleuse sociale à la prestation de soins aux personnes âgées, la disponibilité d'un pharmacien de garde et la perception par un médecin d'une plus grande disponibilité de soins à domicile. Après avoir effectué un ajustement en fonction du type de DU et des caractéristiques des patients, seuls deux services spécifiques ont été associés d'une manière significative à un taux réduit de retours au DU sans hospitalisation : la disponibilité d'un pharmacien de garde, et un plus grand

accès à des alternatives à l'hospitalisation (ex. centre de médecine de jour ou une unité d'évaluation préopératoire).

Les services dispensés au DU n'étaient pas associés aux autres conséquences et au processus de mesures (visites auprès du médecin de première ligne et prescription d'un médicament potentiellement inapproprié).

## 5. LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude était l'une des premières à aborder le sujet de la sécurité des aînés ayant obtenu leur congé des DU des hôpitaux et autres centres de soins de santé pour retourner à leur domicile. Un des points forts de cette étude est l'échantillon de différents types de DU au Québec. Par ailleurs, quelques restrictions sont à noter :

- Les données sur les caractéristiques et l'état de la santé des patients viennent de bases de données administratives qui contiennent des données limitées d'une validité indéterminée. Par exemple, les diagnostics principaux au DU ne sont pas standardisés; les diagnostics et codes utilisés peuvent varier d'un DU à l'autre.
- La conception de l'étude transversale veut que les associations trouvées entre les services spécifiques et l'état de santé des patients ne soient pas interprétées comme étant causales.
- Les données à partir du sondage sur la disponibilité de services propres à chaque DU n'indiquent pas quels services ont effectivement été utilisés, ni s'ils ont été utilisés pour des patients à risque élevé.
- Aucune mesure directe de précarité ou de statut fonctionnel (physique ou cognitif) n'était disponible.
- Il était impossible d'identifier les retours au DU planifiés.
- Il était impossible de déterminer quelles prescriptions ont été données aux patients lors de leur visite au DU. Des recherches supplémentaires pourraient cibler les changements de prescriptions avant et après les visites au DU (pour identifier quels médicaments ont été discontinués et lesquels ont été commencés).

## 6. CONCLUSIONS

Les conclusions principales tirées de cette étude populationnelle sur les aînés retournant à leur domicile après ayant obtenu leur congé du DU sont résumées ci-dessous.

- Les conséquences indésirables graves observées chez les personnes âgées dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé de la part du DU étaient notamment : le décès (1%) et l'hospitalisation d'urgence (5%). Les principaux facteurs de risque pour ces conséquences étaient notamment représentés par les caractéristiques des patients qui visitaient le DU, soit leur âge, le diagnostic médical principal, les comorbidités (nombre et gravité des autres problèmes médicaux), la fréquence des visites antérieures chez le médecin et les hospitalisations antérieures. Ces conséquences se reproduisaient plus fréquemment dans les DU de grande taille (principalement en milieu urbain), indiquant qu'ils reçoivent une

population à risque élevé avec de plus grands défis quant à la sécurité des patients qui ont obtenu leur congé.

- Retour au DU sans être hospitalisé au cours d'une période de 30 jours suivant la visite initiale (16% des patients dans cette étude) peut indiquer un traitement inadéquat à la visite initiale ou un retour planifié pour un suivi concernant un traitement administré. Ceci se produisait plus souvent dans les DU de petite taille (principalement en milieu rural), ce qui est conforme à la recherche qui suggère que les DU dans un milieu rural jouent un plus grand rôle dans la prestation de soins de santé de première ligne.<sup>26</sup>
- Prescription de médicaments potentiellement inappropriés : 29% des patients ont reçu une prescription pour un médicament qui est potentiellement inapproprié pour les aînés<sup>18</sup> et il se peut que ceci entraîne des effets secondaires néfastes. La plupart de ces patients prenaient déjà ces médicaments avant leur visite au DU.
- Médecins de première ligne : Seuls 32% des patients ont rendu visite à leur médecin de première ligne durant cette même période de 30 jours. Ce bas taux pourrait indiquer un manque d'accessibilité aux services de soins de première ligne et pourrait avoir des conséquences négatives sur la continuité des soins entre le DU et la communauté.<sup>22</sup>
- Dotation en personnel : Le personnel des DU de plus grande taille est composé souvent de médecins et d'infirmiers(ères) qui sont spécialisés dans les soins aux personnes âgées. Toutefois, même si les patients à risque élevé sont examinés à un DU de grande taille, le ratio personnel-civiliers ou personnel-visites de patients aînés n'augmente pas pour les infirmières mais est plus pire pour les médecins.
- Services fournis : Les types de services fournis par le DU qui peuvent améliorer les conséquences pour le patient ne sont pas systématiquement dispensés aux patients âgés qui reçoivent leur congé. Par exemple, la plupart des DU (y compris les DU de plus grande taille desservant des populations à haut risque) n'effectuent pas de dépistage systématique en vue d'identifier les personnes âgées à risque et la plupart ne disposent pas d'un protocole de congé à domicile pour les personnes âgées à haut risque. Les DU qui ont recours aux services des travailleurs(euses) sociales pour la prestation des soins aux personnes âgées, ou qui ont accès à des pharmaciens (soit au DU ou de garde), ont tendance à connaître moins de conséquences graves (décès ou hospitalisation).
- Services de soins à domicile : La disponibilité de ces services de soins à domicile est perçue comme étant moindre pour les DU de plus grande taille accueillant les populations à plus haut risque.
- Facteurs contextuels : Les circonstances entourant le moment de la visite au DU qui augmentent le risque de conséquences indésirables sont notamment : la saison de la visite (risque plus élevé durant les mois d'hiver), engorgement accru du DU et un ratio plus faible des admissions pour les visites au DU (indiquant possiblement une capacité réduite à hospitaliser les patients en provenance du DU).

## 7. IMPLICATIONS POUR DÉCIDEURS

Les résultats de cette étude ont des implications pour la sécurité des personnes âgées ayant obtenu leur congé à domicile par les DU au Québec. La généralisation de ces résultats à d'autres régions du Canada nécessiterait des études supplémentaires.

- Les services fondés sur des données probantes qui pourraient être implantés par un(e) infirmier(ère) de liaison ou un(e) travailleur(se) social(e) incluent le dépistage, l'évaluation et la planification de congés standardisés et systématiques au DU accompagnées de références nécessaires pour les services communautaires.<sup>12,27,28</sup> La priorité est d'assurer la disponibilité des services communautaires essentiels (soins à domicile, évaluation gériatrique, soins de première ligne) car le dépistage d'aînés à risque requiert un suivi dans la communauté.<sup>29</sup>
- La participation accrue des pharmaciens, dans le DU et dans la communauté, pourrait aider à réduire les conséquences indésirables liées à la médication après le congé.<sup>30</sup>
- L'augmentation du personnel au DU durant les mois d'hiver et plus de lits pour les soins de courte durée dans les hôpitaux urbains de grande taille sont des mesures qui pourraient contribuer à répondre à l'augmentation de la demande de soins et à la réduction des conséquences indésirables associées à la surcharge de patients.<sup>31</sup>

## Références

1. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: The ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999;47(10):1229-1237.
2. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile É. Return to the emergency department among elders: Patterns and predictors. *Academic Emergency Medicine* 2000;7(3):249-259 .
3. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the six months after an emergency department visit. *Annals of Emergency Medicine* 2000;36(5):438-445.
4. Kakuma R, Galbaud du Fort G, Arsenault L et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: Effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51(4):443-450.
5. Hohl MC, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2001;38(6):666-671.
6. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, van Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal* 2003;169(10):1023-1028.
7. McCusker J, Ardman O, Bellavance F, Belzile E, Cardin S, Verdon J. Use of community services by seniors before and after an emergency visit. *Canadian Journal on Aging* 2001;20(2):193-209.
8. McCusker J, Verdon J, Tousignant P, Poulin de Courval L, Dendukuri N, Belzile E. Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline: Results of a multi-centre randomized trial . *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49(10):1272-1281.
9. Mion LC, Palmer RM, Meldon SW et al. Case finding and referral model for emergency department elders: A randomized clinical trial. *Annals of Emergency Medicine* 2003;41(1):57-68.
10. Runciman P, Currie CT, Nicol M, Green L, McKay V. Discharge of elderly people from an accident and emergency department: Evaluation of health visitor follow-up. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24:711-718.
11. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - The DEED II Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(9):1417-1423.
12. Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 2005;12:978-986.
13. McCusker J, Verdon J, Veillette N, Berg K, Emond T, Belzile E. Standardized screening and assessment of older emergency department patients: A survey of implementation in Quebec. *Canadian Journal on Aging* 2007;26(1):49-57.
14. McCusker J, Ionescu-Ittu R, Ciampi A et al. Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. *Academic Emergency Medicine* 2007;14(5):426-433.
15. Dendukuri N, McCusker J, Bellavance F et al. Comparing the validity of different sources of information on emergency department visits: A latent class analysis. *Medical Care* 2005;43(3):266-275.

16. Direction de l'allocation des ressources, MSSS. APG des visites a l'urgence- CH retenus dans le modele d'efficience de l'urgence 2004-2005.
17. Santé et services sociaux Québec. La budgétisation et la performance financiere des centres hospitaliers. 2002.
18. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean RJ, Beers MH. Updating the Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Archives of Internal Medicine* 2003;163:2716-2724.
19. Pampalon R, Raymond G. A deprivation index for health and welfare planning in Quebec. *Chronic Diseases in Canada* 2000;21(3):104-113.
20. D'Hoore W, Bouckaert A, Tilquin C. Practical considerations on the use of the Charlson Comorbidity Index with administrative data bases. *Journal of Clinical Epidemiology* 1996;49(12):1429-1433.
21. Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992;45(2):197-203.
22. McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, Poulin De Courval L, Belzile E. Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: Impact on continuity of care. *Academic Emergency Medicine* 2003; 10(3):233-243.
23. Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Annals of Emergency Medicine* 2003;41 (5):668-677.
24. Lowenstein SR, Crescenzi CA, Kern DC, Steel K. Care of the elderly in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 1986;15(5):528-535.
25. Caterino JM, Emond JA, Camargo CAJ. Inappropriate medication administration to the acutely ill elderly: A nationwide emergency department study, 1992-2000. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52:1847-1855.
26. Haggerty JL, Roberge D, Pineault R, Larouche D, Touati N. Features of primary healthcare clinics associated with patients' utilization of emergency rooms: Urban-rural differences. *Healthcare Policy* 2007;3(2):72-85.
27. Verdon J, McCusker J. Intervention rapide en deux étapes, a l'urgence, pour les patients âgés: Impact sur la continuité de soins. *Info Urgence* 2005;33.
28. Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J. Identification of seniors at risk: Process evaluation of a screening and referral program for patients aged 75 and over in a community hospital emergency department. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2004;17(6):339-348.
29. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Canadian Medical Association Journal* 2007;177(11):1362-1368.
30. Forster AJ, Clark HD, Menard A et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal* 2004;170(3):345-349.
31. Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, van Walraven C. The effect of hospital occupancy on emergency departement length of stay and patient disposition. *Academic Emergency Medicine* 2003;10(2):127-133.

### Schéma 1: Diagramme de l'étude

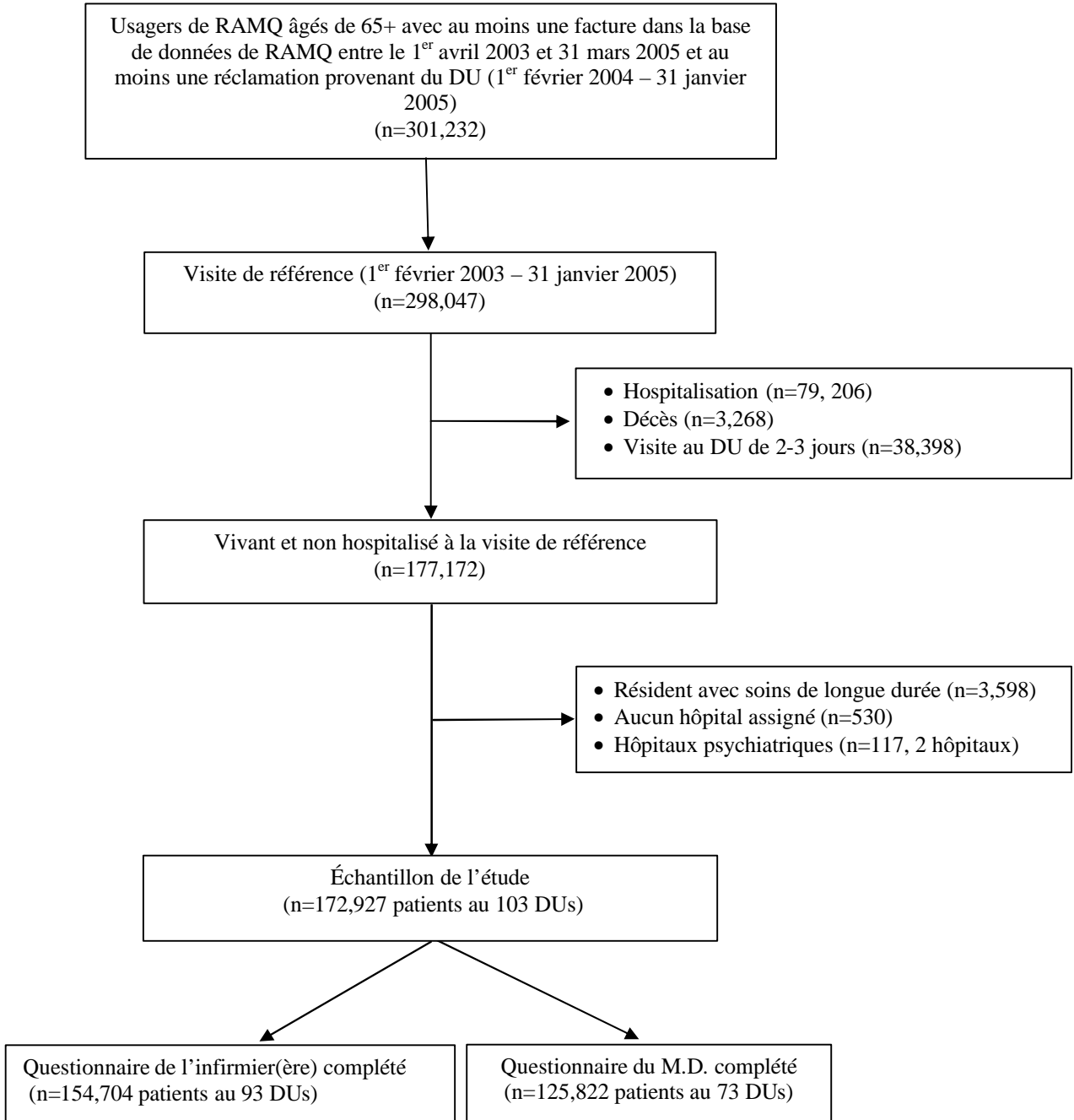
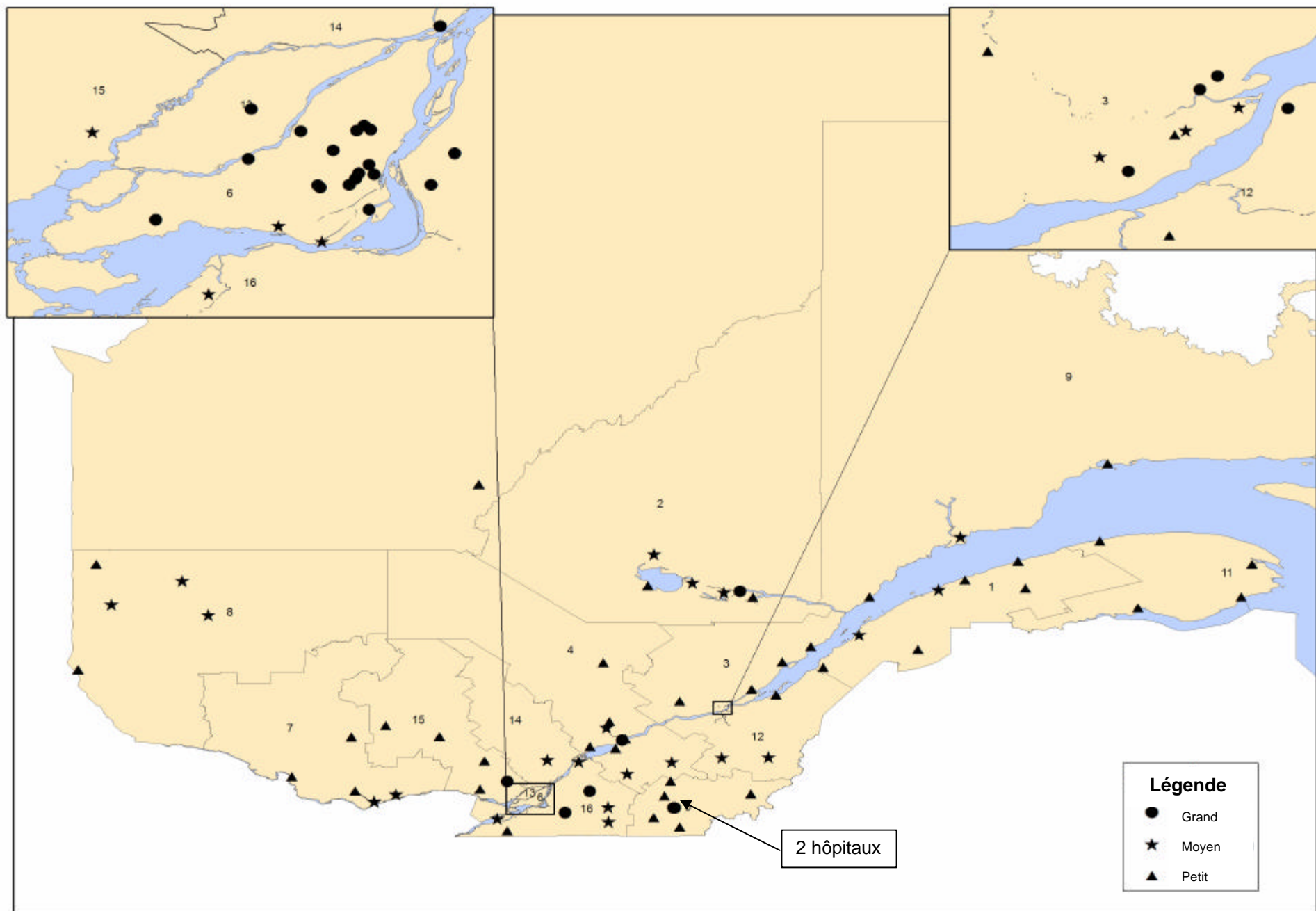


Schéma 2: Situation géographique des DUs au Québec



**Tableau 1 : Description de types de DU**

Variable	Grand	Moyen	Petit	Total
	(n=30) %	(n=29) %	(n=44) %	(n=103) %
Niveau de soins				
Tertiaire ou spécialisé	60	7	0	20
Secondaire	40	86	2	36
Primaire	0	7	50	24
Non classifié	0	0	48	21
Affilié à une université	73	52	7	39
Nombre de civières				
1-6	0	0	56	22
7-13	0	38	39	27
14-20	13	52	5	21
21-56	87	10	0	30
Lieu géographique				
Montréal/Laval	53	7	0	17
Autre urbain	47	93	23	50
Rural	0	0	77	33
Gravité de la maladie*				
0.67 to 0.80	0	11	69	25
0.80 to 0.98	3	43	27	24
0.98 to 1.08	37	39	4	27
1.08+(plus élevé)	60	7	0	24
Durée moyenne de séjour pour patients sur civière au DU (heures) *				
0-11	51	59	68	59
12-23	24	21	20	22
24-47	18	15	9	14
48+	7	6	3	5

\*Données manquantes sur 16 à 20 DU, notamment les DU de petite taille

DU : département d'urgence

**Tableau 2 : Caractéristiques des patients âgés de 65 ans et plus par type de DU**

<b>Variabes</b>	<b>Grand (n=79,880)</b>	<b>Moyen (n=49,540)</b>	<b>Petit (n=43,507)</b>	<b>Total (n=172,927)</b>
Âge (années, moyenne)	76,7	76,4	75,9	76,4
Femmes (%)	59,5	58,0	56,5	58,3
Score de comorbidité Charlson (moyenne)*	1,4	1,3	1,1	1,3
Jours à l'hôpital l'année précédente (moyenne)	2,7	2,6	1,9	2,5
Visites ambulatoires au médecin l'année précédente (moyenne)	10,8	8,7	7,0	9,2
Diagnostic à la visite au DU (%)				
Cardiovasculaire	10,8	10,1	7,9	9,9
Respiratoire	5,2	8,8	13,5	8,3
Digestif	5,3	6,0	5,1	5,4
Cancer	1,6	1,7	1,0	1,5
Peau	2,8	3,4	4,6	3,4
État mental ou nerveux	7,6	6,2	6,0	6,8
Symptômes, signes, conditions mal définies	25,4	21,1	16,6	22,0
Blessure	17,7	17,7	17,9	17,7
Autre	20,6	22,3	23,4	21,9
Manquant	3,0	2,7	4,0	3,1

\* Un score élevé signifie des conditions chroniques et plus graves

DU : département d'urgence

**Tableau 3 : Personnel et services par type de DU**

<b>Variable</b>	<b>Grand (n=30)</b>	<b>Moyen (n=29)</b>	<b>Petit (n=44)</b>	<b>Total (n=103)</b>
<b><u>Questionnaire des infirmières chef</u></b>	(n=26)	(n=26)	(n=41)	(n=93)
Ratio entre visites quotidiennes au DU (65+) et nombre d'infirmières qui travaillent de jour (moyenne)	2,6	2,4	2,8	2,7
Ratio entre les infirmières qui travaillent de jour et le # de civières au DU (moyenne)	0,5	0,5	0,6	0,5
Personnel impliqué dans les soins des personnes âgées qui ont obtenu leur congé de l'hôpital				
Infirmière de liaison	58%	46%	34%	44%
Infirmière clinicienne en gériatrie	15%	8%	5%	9%
Travailleur social	50%	46%	34%	42%
Pharmacien disponible ou de garde	81%	73%	83%	80%
Satisfaction avec les services de soins à domicile (moyenne, de 1 à 5)	3,1	3,6	3,9	3,6
Dépistage systématique des aînés	46%	39%	15%	30%
Protocole pour la planification du congé	12%	19%	10%	13%
Chef d'équipe pour les soins gériatriques	54%	23%	12%	27%
Disponibilité de l'équipe gériatrique				
Aucune équipe	42%	64%	71%	61%
Pas disponible	12%	8%	5%	8%
Disponible	46%	28%	24%	32%
Rôle perçu au DU (moyenne)	3,1	2,7	2,6	2,8
<b><u>Questionnaire du médecin en chef</u></b>	(n=20)	(n=23)	(n=30)	(n=73)
Ratio entre le nombre de visites quotidiennes au DU (65+) et les M.D. qui travaillent de jour (moyenne)	11,1	9,1	7,6	9,0
Ratio des M.D. qui travaillent de jour et le nombres de civières au DU (moyenne)	0,1	0,2	0,3	0,2
Consultation gériatrique/psycho gériatrique disponible	60%	22%	27%	34%
Pharmacien au DU	70%	17%	17%	32%

**Tableau 4 : Conséquences et processus sur 30 jours des patients par type de DU (N=172,927)**

<b>Résultats</b>	<b>Grand</b> (n=79,880) <b>%</b>	<b>Moyen</b> (n=49,540) <b>%</b>	<b>Petit</b> (n=43,507) <b>%</b>	<b>Total</b> (n=172,927) <b>%</b>
a) Décès	1,2	1,2	0,6	1,0
b) Retour au DU avec hospitalisation	5,5	5,0	4,0	5,0
c) Retour au DU sans hospitalisation	14,5	15,0	20,0	16,0
d) Prescription de médicaments potentiellement inappropriés	29,2	30,1	28,0	29,2
Décès ou hospitalisation (a ou b)	6,2	5,7	4,3	5,6
Décès, hospitalisation ou retour au DU (a, b, ou c)	19,5	19,8	23,2	20,5
Une des options ci-dessus (a, b, c, ou d)	41,9	43,0	43,6	42,7
Visite au médecin de première ligne	32,7	31,3	29,6	31,5

DU : département d'urgence