

RÉADMISSIONS IMPRÉVUES À L'HÔPITAL

RECENSION SOMMAIRE DES ÉCRITS

Pascale Navert
Courtière de connaissances

Direction de la planification, de la performance,
des connaissances et des ressources humaines réseau

Mars 2015



RÉDACTION

Pascale Navert, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

COORDINATION DES TRAVAUX

Claire Harrisson, chef d'équipe, courtage de connaissances, ASSS de la Montérégie

Jacques Fortin, directeur de la planification, de la performance et des connaissances, ASSS de la Montérégie

MISE EN PAGE

Marie-Eve Bouchard, agente administrative, ASSS de la Montérégie

Citation suggérée :

Navert, Pascale (2015). Réadmissions imprévues à l'hôpital – Recension sommaire des écrits. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 17 pages.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet Performance et innovation, sous Gestion des connaissances/Produits de courtage. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. De plus, les auteurs ne peuvent être tenus responsables de l'évolution des contextes d'organisation des services, des lois et des règlements qui pourraient influencer la transférabilité de ce produit de courtage de connaissances.



Ce document peut être reproduit pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES CLÉS	5
MISE EN CONTEXTE ET DÉMARCHÉ	7
INTRODUCTION	8
LES RÉADMISSIONS IMPRÉVUES À L'HÔPITAL : PERSPECTIVE CANADIENNE	9
1. CIRCONSCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE	9
2. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS, DE LA COMMUNAUTÉ ET DE L'HÔPITAL ASSOCIÉES AUX RÉADMISSIONS IMPRÉVUES	10
3. RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTION SUSCEPTIBLES DE DIMINUER LES RÉADMISSIONS IMPRÉVUES « ÉVITABLES »	
À L'HÔPITAL	12
INITIATIVES DE RÉDUCTION DES RÉADMISSIONS IMPRÉVUES À L'HÔPITAL	14
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	17

MESSAGES CLÉS

- 1) Les réadmissions imprévues à l'hôpital, soit les hospitalisations de patients dans les 30 jours suivant le congé initial, sont fréquentes, coûteuses et potentiellement évitables. La réduction de ces réadmissions représente donc un potentiel important pour l'amélioration de la qualité des soins et pour une meilleure utilisation des ressources en santé.
- 2) La plus grande proportion de toutes les réadmissions, soit près des deux tiers, est constituée du groupe de patients en soins médicaux;
- 3) L'instauration de mesures d'amélioration de la transition des soins constitue une stratégie prometteuse de réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital.
- 4) Parmi les types d'initiatives susceptibles de réduire les réadmissions imprévues à l'hôpital, les plus fréquemment mentionnées ont trait :
 - Au dépistage des patients à risque de réadmissions imprévues au moyen d'outils/indices éprouvés;
 - À l'amélioration des communications entre tous les professionnels de la santé et des services sociaux concernés;
 - À l'éducation du patient et de ses proches aidants quant à la maladie, aux soins à assurer et aux symptômes à surveiller;
 - À l'augmentation des compétences du patient en matière d'autogestion de la maladie;
 - Au bilan comparatif des médicaments;
 - À la coordination centralisée des suivis relatifs aux soins de santé et aux services sociaux appropriés;
 - À la prise de rendez-vous avant le congé de l'hôpital.

MISE EN CONTEXTE ET DÉMARCHE

La réduction du nombre de réadmissions imprévues à l'hôpital, soit les hospitalisations de patients dans les 30 jours suivant le congé initial, représente un volet important pour l'amélioration de la qualité des soins et de l'utilisation des ressources en santé.

Dans le cadre d'activités vouées à l'amélioration de la qualité, la Direction de la planification, de la performance, des connaissances et des ressources humaines réseau de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie a choisi d'effectuer une recension sommaire des écrits sur les réadmissions imprévues à l'hôpital. La nature succincte du présent mandat visait à offrir une série de références vers des initiatives jugées prometteuses en matière de réduction des réadmissions évitables.

Le repérage de la documentation a été effectué en exploitant les bases de données Medline et PubMed, de même que le moteur de recherche Google Scholar. La méthode dite « boule de neige » a également permis l'identification de plusieurs références. La recherche s'est limitée aux sources francophones et anglophones des dix dernières années en raison de l'abondance de publications sur le sujet, particulièrement aux États-Unis depuis l'adoption en 2010 du *Patient Protection and Affordable Care Act*, qui prévoit notamment l'imposition de pénalités financières aux établissements de santé qui affichent des taux trop élevés de réadmissions imprévues à l'hôpital, et en Grande-Bretagne depuis l'entrée en vigueur en 2011 de la *Policy of Non Payment for Emergency Readmissions* du *National Health Service* qui empêche le remboursement aux hôpitaux pour toutes réadmissions d'urgence à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé initial.

.

INTRODUCTION

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), sur les 2,1 millions d'hospitalisations en soins de courte durée ayant eu lieu au Canada sur une période de onze mois entre 2010 et 2011, 181 551 des patients étaient réadmis de façon imprévue dans les 30 jours suivant leur congé. Ceci équivaut à un taux de réadmission de 8,5 % qui engendre des coûts estimés à 1,8 milliard de dollars, ou 11 % des coûts liés à l'ensemble des soins pour patients hospitalisés durant cette période (excluant la rémunération à l'acte des médecins) (Institut canadien d'information sur la santé, 2012).

Les réadmissions imprévues à l'hôpital sont analysées depuis plusieurs décennies par un bon nombre de chercheurs, gestionnaires et décideurs des réseaux de services de santé, tant au niveau national qu'international. Un nombre considérable d'études démontrent que les réadmissions imprévues à l'hôpital sont courantes, coûteuses et potentiellement évitables. En plus de représenter un fardeau pour le système de santé canadien ainsi que pour les patients et leurs familles, ces dernières remettent en question la qualité des services de santé offerts à la population, particulièrement dans leur dimension de continuité et de globalité des soins.

Bien que certaines réadmissions imprévues à l'hôpital soient inévitables, notamment lorsqu'elles découlent de nouveaux problèmes de santé ou d'une détérioration de l'état de santé du patient, certaines sont considérées comme évitables par l'instauration de mesures d'amélioration dans la transition des soins de l'hôpital à la communauté. À ce sujet, une revue systématique publiée dans le Journal de l'Association canadienne médicale recensant des études menées spécifiquement sur les réadmissions imprévues évitables, conclut en leur proportion médiane de 27,1 % pour une variation de 5 à 79 %, l'absence d'une définition commune de la notion «d'évitabilité» et de ses critères pouvant notamment expliquer les écarts. Selon cette revue, une importante part d'incertitude demeure difficilement contournable lorsqu'il s'agit de déterminer la proportion réelle des réadmissions évitables par rapport à l'ensemble des réadmissions imprévues à l'hôpital (Walraven, 2011).

Malgré cette incertitude inhérente, la réduction du nombre de réadmissions imprévues à l'hôpital en ciblant celles considérées comme potentiellement évitables constitue une démarche importante pour l'amélioration de la qualité des soins et l'utilisation plus efficace des ressources en santé. C'est dans cette optique que l'Agence désire explorer cette problématique.

La présente recension sommaire des écrits propose de situer la question des réadmissions imprévues à l'hôpital et d'offrir une série de références vers plusieurs initiatives jugées prometteuses en matière de réduction des réadmissions évitables.

LES RÉADMISSIONS IMPRÉVUES À L'HÔPITAL : PERSPECTIVE CANADIENNE

Devant l'abondance de littérature sur le sujet des réadmissions imprévues à l'hôpital, nous proposons que cette première partie porte une attention particulière à deux rapports canadiens parus ces dernières années : *Améliorer le continuum de soins*, publié en 2011 par le comité consultatif concernant les hospitalisations évitables du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO), et *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues* publié en 2012 par l'ICIS. En plus d'offrir une perspective globale de la problématique des réadmissions imprévues à l'hôpital dans un contexte canadien, ces rapports reposent sur la littérature nationale et internationale publiée sur le sujet depuis les trente dernières années. Ils exposent d'une manière complémentaire les caractéristiques des patients, de la communauté et de l'hôpital qui influencent la probabilité de réadmission imprévue, et avancent des recommandations/pistes d'action reliées à la transition de soins qui pourraient contribuer à diminuer leur part évitable.

1. CIRCONSCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE

Le rapport de l'ICIS porte sur les réadmissions imprévues à l'hôpital, soit l'hospitalisation de patients dans les 30 jours suivant leur congé initial. Le rapport du MSSLDO rétrécit l'angle d'analyse aux réadmissions imprévues considérées comme évitables. Les informations contenues dans les deux rapports sont ainsi complémentaires, au même titre que les vocables « réadmission imprévue » et « réadmission évitable ». Le premier terme, plus large, inclut le deuxième, mais est moins fiable du point de vue de sa représentation statistique. Nous ferons appel aux deux notions tout au long du présent document.

Les deux rapports démontrent une compréhension macrocausale de la problématique lorsqu'ils évoquent la prévention des maladies chroniques, l'accès aux soins de première ligne, les modes de financement des établissements ou encore la formation des ressources humaines en santé comme des enjeux ayant un impact important sur les réadmissions imprévues à l'hôpital et leur part évitable. Cependant, l'essentiel de leurs propos est plus restrictif. En effet, tous deux concentrent leur étude à la dimension de transition de soins, voire à ce qui se passe au moment de la préparation des patients vers le prochain milieu de soins dans la communauté (avant le congé) et au cours des 30 jours suivant le congé de l'hôpital (après le congé). Nous adopterons les mêmes limites pour la présente recension sommaire des écrits. Ce choix méthodologique n'est cependant pas sans reconnaissance de la complexité de la question, de ses ramifications à des enjeux relevant de la santé publique, des politiques sanitaires en vigueur ou des structures du système de santé propres à chaque province.

2. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS, DE LA COMMUNAUTÉ ET DE L'HÔPITAL ASSOCIÉES AUX RÉADMISSIONS IMPRÉVUES

Dans son rapport *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*, l'ICIS analyse sur une période de onze mois, soit entre avril 2009 et mars 2010, les taux de réadmissions imprévues dans les hôpitaux de soins courte durée pour l'ensemble des provinces canadiennes. Il utilise sa *Base de données sur les congés des patients* (BDCP), de même que le *Fichier des hospitalisations MED-ECHO* du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSSQ). Il nous renseigne sur les groupes de patients pouvant être considérés plus à risque de réadmissions imprévues en raison de leur profil clinique. Il explore des liens entre les réadmissions imprévues et certaines caractéristiques de la communauté tel le niveau de soins postactifs disponibles ou le niveau de revenus par quartier, de même qu'entre les réadmissions imprévues et certaines données hospitalières telles la durée de séjour et la taille de l'établissement. En bref, le rapport de l'ICIS jette les bases statistiques du questionnement sur la part évitable des réadmissions imprévues et des initiatives visant à la diminuer.

Voici les principaux constats :

- Le groupe de patients hospitalisés en soins médicaux affiche le plus haut taux de réadmission (13,3 %), suivi du groupe de patients en soins chirurgicaux (6,5 %), du groupe des patients en soins pédiatriques (6,5 %), puis du groupe de patients en soins obstétricaux (2,0 %);
- De toutes les réadmissions imprévues, le groupe de patients en soins médicaux affichait la plus grande proportion, soit près des deux tiers (64.9%);
- Les données sur la santé mentale n'étant pas recueillies de façon uniforme par l'ensemble des provinces, le rapport exclut les réadmissions pour des raisons reliées à la maladie mentale. Cependant, les indicateurs de santé 2011 de l'ICIS avancent un taux de réadmission des patients atteints de maladie mentale de 11,4 % (Institut canadien d'information sur la santé, 2011);
- Soins médicaux : les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et pneumonie virale, insuffisance cardiaque et arythmie sans angiographie coronaire, de même que les signes et symptômes de l'appareil digestif sont parmi les affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale du groupe de patients en soins médicaux. Ils sont généralement réadmis pour des raisons semblables ou identiques;
- Soins chirurgicaux : les interventions coronariennes percutanées et implant/retrait d'un stimulateur cardiaque, colostomie/entérostomie, arthroplastie unilatérale du genou et hystérectomie avec diagnostic de tumeur bénigne sont parmi les affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale du groupe de patients en soins chirurgicaux. Ils sont généralement réadmis pour des complications postopératoires sauf hémorragie, notamment des infections pour 9,3 % d'entre eux;

- Soins pédiatriques : les infections des voies respiratoires, pneumonie virale, admissions pour chimio/radiothérapie pour tumeur, entérite non sévère et trouble épileptique sont parmi les affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale du groupe de patients en soins pédiatriques. Ils sont généralement réadmis pour des raisons semblables ou identiques, à l'exception des patients atteints de cancer qui sont généralement réadmis pour une agranulocytose ou une fièvre;
- Soins obstétricaux : les troubles ante-partum traités médicalement, accouchement vaginal et par forceps ou ventouse et césarienne primaire et avec cicatrice utérine antérieure sont parmi les affections les plus fréquentes lors de l'hospitalisation initiale du groupe de patients en soins obstétricaux. Ils sont réadmis pour des affections ante-partum (complications durant la grossesse, faux travail avant 37 semaines de gestation et travail à terme sans accouchement) et post-partum traitées médicalement, chirurgicalement ou avec intervention mineure;
- Pour tous les groupes de patients à l'exception du groupe de patients en soins médicaux, les coûts associés à la réadmission sont moindres que ceux de l'hospitalisation initiale;
- Le risque de réadmission des groupes de patients en soins médicaux et chirurgicaux augmente avec l'âge et selon le sexe, les hommes étant à risque plus élevé que les femmes;
- Le risque de réadmission des groupes de patients en soins médicaux, chirurgicaux et pédiatriques augmente avec l'indice de comorbidité de Charlson (complexité des cas);
- Les facteurs suivants sont des prédicteurs de réadmissions chez tous les groupes de patients :
 - Le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée dans les six mois précédant l'hospitalisation initiale (antécédents d'admission),
 - L'hospitalisation initiale en soins de courte durée par les services d'urgence¹,
 - La résidence en région rurale²⁻³,
 - La résidence dans un quartier appartenant au quintile de revenus le plus faible⁴⁻⁵;
- Après ajustement, la durée de séjour plus courte est associée à un taux de réadmission plus élevé⁶;
- Les plus petits hôpitaux affichent un taux de réadmission plus élevé (12,4 %), en comparaison avec les hôpitaux de taille moyenne (8,9 %), les hôpitaux d'enseignement (8,7 %) et les grands hôpitaux (7,6 %).

¹ Fait à noter, près des trois quarts des patients qui sont retournés au service d'urgence dans les sept jours suivant le congé d'une hospitalisation ont été classés au triage comme des cas urgents ou très urgents, une indication de nécessité de soins immédiats justifiés (ICIS, 2012).

² Le lieu de résidence est utilisé par les auteurs du rapport à défaut de données probantes permettant d'établir un lien direct entre le risque de réadmission et le niveau de soins communautaires postactifs disponibles (c'est-à-dire l'accès à un médecin de famille, à des services communautaires ou à des soins à domicile).

³ La plus grande rareté des services communautaires, la disponibilité de lits d'hospitalisation et la proportion de personnes âgées en région rurale pourraient contribuer à l'influence de la résidence en région rurale sur le risque de réadmission.

⁴ *Idem* - lieu de résidence.

⁵ La moindre accessibilité à des soins de santé primaire pourrait contribuer à l'influence de la résidence dans un quartier défavorisé sur le risque de réadmission.

⁶ Les auteurs du rapport soulignent que l'allongement de la durée de séjour ne serait pas une mesure appropriée de diminution des réadmissions, notamment en raison du risque d'infections nosocomiales ou de détérioration fonctionnelle (particulièrement chez les personnes âgées).

3. RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTION SUSCEPTIBLES DE DIMINUER LES RÉADMISSIONS IMPRÉVUES « ÉVITABLES » À L'HÔPITAL

Afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et de contribuer à la viabilité de son système de santé, le gouvernement de l'Ontario s'est donné comme priorité la réduction des réadmissions à l'hôpital dites évitables, voire « les réadmissions pouvant être évitées grâce à de meilleures pratiques en matière de congé d'hôpital et de transitions de soins » (Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, 2011). Selon le rapport *Améliorer le continuum de soins* du comité consultatif (2011) concernant les hospitalisations évitables du MSSLDO, ces réadmissions sont en fait représentatives de la complexité des transitions au sein d'un système où les soins sont fractionnés et prodigués par de nombreux dispensateurs aux responsabilités différentes.

De ce constat découle des recommandations systémiques d'ordre général, de même que plusieurs pistes d'action spécifiques susceptibles de diminuer les réadmissions évitables, ce qui rend la transition de l'hôpital vers la communauté « plus efficiente, efficace, sécuritaire et axée sur le patient (Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, 2011) ».

Recommandations :

- Une responsabilisation partagée en matière de transitions de soins de qualité par l'ensemble des acteurs du système de santé;
- Une clarification de la responsabilité en matière de soins prodigués au patient au moment où il transite vers un dispensateur communautaire de soins de santé, voire l'élargissement de la période de soins de l'hôpital à la communauté (en fonction du niveau de risque de réadmission du patient);
- La mise en œuvre d'une politique de financement en matière de réadmission, voire des incitatifs financiers aux hôpitaux afin qu'ils investissent dans des initiatives d'amélioration de la transition de soins;
- Un renforcement des ressources humaines en matière de soins à domicile;
- La diffusion de pratiques exemplaires en matière de transition de soins,
- Le suivi d'indicateurs de résultats et de progrès dans le cadre d'une vision provinciale axée sur la réduction des réadmissions.

Pistes d'action :

- Améliorer le dépistage des patients à risque de réadmissions imprévues et leur offrir des services supplémentaires appropriés (non seulement en raison de facteurs cliniques, mais également en fonction de besoins sociaux);
- Améliorer la communication entre les cliniciens de l'hôpital et les dispensateurs communautaires de services de santé (médecin de famille, pharmacien, infirmière, soins spécialisés, soins à domicile);
- Améliorer la communication entre les cliniciens de l'hôpital et les dispensateurs communautaires de services sociaux (travailleur social, aide à la vie domestique);
- Assurer un partage d'information optimal entre les cliniciens de l'hôpital et le patient, de même qu'entre les cliniciens de l'hôpital et les proches aidants (en fonction de leur niveau de littéracie et de leur origine culturelle);
- Assurer l'éducation du patient et des proches aidants quant à l'autogestion de la maladie (soins, prises de médicaments, signes et symptômes à surveiller);
- Fournir un sommaire du congé détaillé au patient et aux proches aidants, de même qu'aux dispensateurs communautaires de services de santé et de services sociaux appropriés;
- Fournir un bilan comparatif des médicaments au patient et aux proches aidants, de même qu'aux dispensateurs communautaires de services de santé et de services sociaux appropriés;
- Assurer un suivi rapide/prise de rendez-vous auprès des dispensateurs communautaires de services de santé appropriés;
- Coordonner les services sociaux en fonction des risques liés au retour à domicile (soutien social, chutes);
- Assurer un minimum d'appels téléphoniques de suivi;
- Fournir des ressources d'assistance claires au patient et aux proches aidants (où appeler, quoi faire devant certains signes et symptômes).

INITIATIVES DE RÉDUCTION DES RÉADMISSIONS IMPRÉVUES À L'HÔPITAL

Ici encore, l'abondance de littérature portant sur des initiatives de réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital témoigne de l'importance accordée à la problématique par les observateurs, les acteurs et les dirigeants des réseaux de services de santé à travers le monde. Les articles publiés analysent tantôt les liens entre un modèle de réingénierie du congé de l'hôpital et le risque de réadmission de certains groupes de patients (ex. soins médicaux, chirurgicaux) ou de patients ayant des diagnostics apparentés (ex. : MPOC, insuffisance cardiaque congestive), tantôt les liens entre un programme de transition des soins et le groupe d'âge auxquels appartiennent les patients (ex. : clientèles 65 ans et plus, pédiatriques) ou encore entre un modèle d'autogestion des soins et le profil socioéconomique des patients (ex. : niveau de revenu, origine culturelle, urbain vs rural), etc. Ainsi, les recherches effectuées sur la question sont aussi nombreuses que le sont les variables ou la combinaison de variables étudiées. Nous proposons donc que cette deuxième partie décrive de façon succincte divers documents phares qui recensent l'essentiel des données probantes sur les initiatives jugées les plus prometteuses quant à leur potentiel de réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital. La liste des références qui suit n'est évidemment pas exhaustive.

Sélection de références :

1. *JAMA Internal Medicine*

[*Preventing 30-Day Hospital Readmissions : A systematic Review and Meta-Analysis of Randomized*](#)

(Leppin et al., 2014)

Revue systématique d'études portant sur des initiatives de réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital, publiée en anglais et en espagnol depuis 1990. Conclusion : les initiatives jugées efficaces sont généralement complexes, axées sur les besoins et le contexte social du patient, orientées vers l'accroissement des capacités d'autogestion des patients et l'accès opportun à des soins postcongé.

2. *King's Fund*

[*Avoiding hospital admissions. Lessons from evidence and experience*](#)

(Ham, Imison, & Jennings, 2010)

Sommaire d'une conférence portant sur les initiatives de réduction des hospitalisations de façon générale. Des études de cas traitant plus spécifiquement des réadmissions imprévues à l'hôpital y sont par ailleurs discutées, notamment celles du *National Health Service/Wandsworth community virtual wards* (Angleterre) et du *Kaiser Permanente* (États-Unis). Une liste de types d'initiatives jugées efficaces, une autre pour des types d'initiatives considérées non efficaces figurent en fin de document.

3. Commonwealth Fund et Institute for Healthcare Improvement

[Effective Interventions to Reduce Rehospitalization : A Survey of Published Evidence](#)

(Boutwell, Griffin, Hwu, & Shannon, 2009)

Recension des écrits sur les initiatives d'amélioration des soins de transition et la réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital. Issu de la collaboration de plusieurs médecins/chercheurs, ce document analyse la littérature scientifique publiée aux États-Unis entre 1998 et 2008. Les études retenues y sont discutées et classées selon l'une ou l'autre des quatre catégories suivantes : l'amélioration des soins de transition, l'amélioration de l'éducation et des compétences d'autogestion du patient, les équipes de soins multidisciplinaires, les soins axés sur le patient en fin de vie.

4. Commonwealth Fund et Institute for Healthcare Improvement

[Effective Interventions to Reduce Rehospitalization : A Compendium of 15 Promising Interventions,](#)

(Boutwell et al., 2009)

Accompagnement de la recension d'écrits précédente, ce document présente sommairement 15 initiatives américaines jugées prometteuses de réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital en raison de leurs résultats probants et de leur potentiel de transférabilité/adaptabilité à divers types d'établissements. Les initiatives y sont classées selon leur efficacité en fonction de la robustesse de leurs résultats.

En complément des deux documents du *Commonwealth Fund* et de *l'Institute for Healthcare Improvement* :

- **[How-To Guide : Improving transitions from the Hospital to the Clinical Office Practice to Reduce Avoidable Rehospitalisations](#)** (Burke & Coleman, 2013)
- **[How-To Guide : Improving transitions from the Hospital to Skilled Nursing Facilities to Reduce Avoidable Rehospitalizations](#)** (Herndon, Bones, Kurapati, Rutherford, & Vecchioni, 2012)
- **[How-To Guide : Improving transitions from the Hospital to Home Health Care to Reduce Avoidable Rehospitalizations](#)** (Sevin et al., 2012)
- **[How-To Guide : Improving transitions from the Hospital to Community Settings to Reduce Avoidable Rehospitalizations](#)** (Rutherford, Nielsen, Taylor, Bradke, & Coleman, 2012)
- **[Hospital Readmissions : Measuring for Improvement, Accountability, and Patients](#)** (Marks, Loehrer, & McCarthy, 2013)

5. *Agency for Health Care Research and Quality*

[Innovation Exchange](#)

Site internet rassemblant plusieurs références sur l'amélioration des services de santé, dont plusieurs sur des initiatives américaines de réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital. Des fiches synthèses, des guides de réduction des réadmissions destinés aux hôpitaux, de même que des outils d'évaluation du risque de réadmission imprévue y sont proposés.

6. *Health Quality Ontario*

[Hospitalisations potentiellement évitables](#)

Page Web offrant diverses informations sur la problématique des réadmissions imprévues à l'hôpital. Outre une introduction générale de la problématique et une analyse de performance du système de santé ontarien par rapport à plusieurs indicateurs de suivi (incluant des comparaisons interprovinciales), le site offre la rubrique « Idées d'amélioration » qui énumère sous forme de « pense-bête » des types d'initiatives susceptibles de contribuer à la réduction des réadmissions imprévues à l'hôpital, de même que la rubrique « Que se passe-t-il en Ontario? » qui brosse un tableau d'initiatives concrètes en cours sur le territoire ontarien. Le tout est abondamment référencé.

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Agency for Health Care Research and Quality Innovations. en ligne [<http://www.ahrq.gov/>] (page consultée le 23 mars 2015).
- Boutwell, A., Griffin, F., Hwu, S., & Shannon, D. (2009). Effective interventions to reduce rehospitalizations: a compendium of 15 promising interventions. *Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement*.
- Burke, R. E., & Coleman, E. A. (2013). Interventions to decrease hospital readmissions: keys for cost-effectiveness. *JAMA internal medicine, 173*(8), 695-698.
- Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables. (2011). Améliorer le continuum de soins - Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. En ligne [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf] (document consulté le 23 mars 2015).
- Ham, C., Imison, C., & Jennings, M. (2010). Avoiding Hospital Admissions: Lessons from evidence and experience. *The Kings Fund, UK*.
- Herndon, L., Bones, C., Kurapati, S., Rutherford, P., & Vecchioni, N. (2012). How-to guide: Improving transitions from the hospital to skilled nursing facilities to reduce avoidable rehospitalizations. *Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement*.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues. Ottawa: [En ligne] [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf] (document consulté en mars 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Health Indicators 2011. Ottawa: ICIS.
- Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Kessler, M., Brito, J. P., Mair, F. S., Gallacher, K., . . . Boehmer, K. (2014). Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA internal medicine, 174*(7), 1095-1107.
- Marks, C., Loehrer, S., & McCarthy, D. (2013). Hospital readmissions: measuring for improvement, accountability, and patients. *Commonwealth Fund Issue Brief, 24*, 1-8.
- Rutherford, P., Nielsen, G., Taylor, J., Bradke, P., & Coleman, E. (2012). How-to guide: Improving transitions from the hospital to community settings to reduce avoidable rehospitalizations. *Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement*.
- Sevin, C., Evdokimoff, M., Sobolewski, S., Taylor, J., Rutherford, P., & Coleman, E. (2012). How-to guide: Improving transitions from the hospital to home health care to reduce avoidable rehospitalizations. *Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement*.
- Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P. C., Forster, A. J. . (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ, 183*(7), E391-402.

