

S
M
I
R

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada

2003-2004

Point de mire sur
la population âgée



Système national d'information sur la réadaptation



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Tous droits réservés.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou diffusée sous quelque forme que ce soit ou par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies, les enregistrements ou tout système de stockage d'information et de recherche documentaire présent ou futur, à moins d'avoir l'autorisation écrite de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de courts passages pour une publication dans un magazine, 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
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

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

ISBN 1-55392-578-5 (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title :
Inpatient Rehabilitation in Canada, 2003–2004, ISBN 1-55392-577-7 (PDF)

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désire remercier les personnes qui ont collaboré à l'élaboration du présent rapport.

Nous désirons exprimer notre sincère reconnaissance aux clients et aux équipes de réadaptation des hôpitaux participants. Leur rôle est primordial dans le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) et est un précurseur essentiel et nécessaire à toutes les activités de l'ICIS en matière de communication de l'information sur la réadaptation.

Sommaire

Le document *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004* constitue le deuxième rapport public fondé sur les données du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR), créé et tenu à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Le rapport vise à donner des éclaircissements sur les services de réadaptation dispensés dans les hôpitaux canadiens participants et sur les types de clients qui bénéficient de tels services. De plus, il présente les caractéristiques des diverses activités de réadaptation de même que leurs résultats cliniques. Dans le rapport de cette année, on porte une attention particulière aux clients de plus de 74 ans en réadaptation, qui représentaient près de la moitié de toutes les admissions en réadaptation pour patients hospitalisés en 2003-2004.

Les analyses figurant dans le rapport sont fondées sur les données de 26 800 clients qui sont sortis des 79 hôpitaux participants dans sept provinces en 2003-2004 et dont les évaluations d'admission et de sortie complètes ont été soumises à l'ICIS.

Les chapitres 1 et 2 présentent le contexte du SNIR, un aperçu de la méthode d'analyse et quelques statistiques sommaires sur les types de clients en réadaptation. On y trouve aussi des données administratives sur des aspects tels que la durée du séjour et les modes d'orientation. Le chapitre 3 compare les caractéristiques de groupes de clients définis et présente de l'information plus précise sur les groupes qui représentent le plus d'épisodes de réadaptation dans le SNIR.

Les chapitres 4 à 6 portent sur une sous-population particulière du SNIR : les clients de 75 ans et plus qui ont reçu des services pour patients hospitalisés en réadaptation dans les établissements participants du SNIR en 2003-2004. On y trouve de l'information sur les caractéristiques démographiques, de la santé et sur les résultats cliniques pour ce groupe de clients âgés. Cet exercice a pour but de mettre en évidence les distinctions entre ce groupe de clients et les groupes plus jeunes et de soulever les besoins spécifiques de ces clients en réadaptation.

Les données administratives et cliniques décrites dans le rapport portent sur des aspects tels que le nombre de jours pendant lesquels les clients attendent d'être admis en réadaptation, les raisons de la sortie, l'amélioration de l'état fonctionnel et les caractéristiques démographiques. Les orientations possibles des prochaines activités analytiques du SNIR et les sujets des futures éditions de ce rapport annuel sont également mis en évidence.

Le présent rapport est ponctué de figures et de tableaux basés sur des données agrégées. Les lecteurs intéressés peuvent consulter les tableaux sources sur le site Web de l'ICIS, à l'adresse www.icis.ca, sous le lien « Statistiques éclair ». Les références aux tableaux se trouvent à la fin des paragraphes ou des sections pertinentes.

Principales constatations

Voici les principales constatations qui se dégagent du présent rapport.

- L'âge moyen des patients hospitalisés en réadaptation était de 70 ans. (chapitre 2)
- Parmi les clients pour qui on connaissait la date à laquelle ils étaient cliniquement prêts à l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés, 52 % ont été admis le jour même. (chapitre 2)
- En 2003-2004, la majorité des clients atteints d'un trouble orthopédique étaient des femmes âgées, tandis que la majorité des clients atteints d'un dysfonctionnement traumatique de la moelle épinière ou d'un dysfonctionnement traumatique cérébral étaient des hommes jeunes. (chapitre 3)
- La durée médiane du séjour de tous les patients hospitalisés en réadaptation du SNIR se chiffrait à 20 jours. Par contre, les durées du séjour varient d'un groupe de clients en réadaptation à l'autre. (chapitre 3)
- Deux tiers des clients de plus de 74 ans ont été hospitalisés en réadaptation en raison de troubles orthopédiques ou d'un accident vasculaire cérébral. (chapitre 4)
- Plus de la moitié des clients âgés hospitalisés en réadaptation présentaient un diagnostic d'hypertension avant l'admission. (chapitre 4)
- Les clients de plus de 84 ans qui ont subi une fracture de la hanche affichaient la durée médiane du séjour la plus longue parmi tous les clients âgés atteints de troubles orthopédiques. (chapitre 6)
- En 2003-2004, près de la moitié des clients âgés du SNIR ont été orientés, à leur sortie de la réadaptation, vers des services de soins à domicile. (chapitre 6)

Le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)

Le SNIR vise principalement à appuyer les hôpitaux dans la collecte de données sur les clients en réadaptation âgés de 18 ans et plus. Les services de réadaptation consignés sont offerts dans des hôpitaux de réadaptation spécialisés et dans des hôpitaux généraux qui possèdent des unités, des programmes ou des lits de réadaptation désignés.

En facilitant la collecte de données standards, le SNIR ouvre la porte à l'amélioration des connaissances sur les services de réadaptation pour patients hospitalisés de l'ensemble du pays. À ce jour, en raison de son caractère volontaire, le SNIR ne couvre pas tous les services de réadaptation pour patients hospitalisés. Par conséquent, les renseignements dérivés du SNIR ne brossent pas le portrait complet des services de réadaptation pour patients hospitalisés en milieu hospitalier au Canada.

On obtiendra de plus amples renseignements sur le SNIR à l'adresse www.icis.ca/snir ou en envoyant un courriel à readaptation@icis.ca.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme pancanadien autonome et sans but lucratif qui œuvre à améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en fournissant une information de qualité sur la santé. Le mandat de l'ICIS, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de coordonner le développement et l'entretien d'un système commun d'information sur la santé au Canada. À cette fin, l'ICIS est chargé de diffuser en temps opportun l'information appropriée et nécessaire en vue d'établir des politiques de santé avisées, de gérer avec efficacité le système de santé canadien et de sensibiliser le public aux facteurs déterminants pour la santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez le site Web de l'ICIS à l'adresse www.icis.ca.

Avis important

Les notes fonctionnelles auxquelles on fait référence dans le présent rapport reposent sur les données recueillies au moyen de l'instrument FIM^{MD} (Functional Independence Measure). Ce dernier compte 18 éléments et appartient à la *Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR)*, une division de *U B Foundation Activities, Inc.*

Les groupes clients en réadaptation ont été adaptés des codes de déficiences de *UDSMR*, avec la permission de *U B Foundation Activities, Inc.* Copyright © 1997 *Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR)*, une division de *U B Foundation Activities, Inc.*, tous droits réservés.

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004

Table des matières

Remerciements.....	i
Sommaire	iii
Chapitre 1. Introduction et contexte	1
Objectifs du rapport	1
Les Canadiens âgés	1
Structure du rapport.....	2
Le Système national d'information sur la réadaptation	3
Notes méthodologiques	5
Chapitre 2. Caractéristiques des clients en réadaptation pour patients hospitalisés	13
Type d'établissement	13
Catégorie d'admission	14
Source de l'orientation vers la réadaptation	15
Nombre de jours en attente de l'admission	16
Caractéristiques démographiques.....	18
Conditions de logement avant l'admission.....	20
Soutien informel reçu avant l'admission	21
Durée du séjour	22
Raisons de la sortie.....	24
Services d'accueil à la sortie	24
Conditions de logement avant l'admission et après la sortie.....	26
Sommaire	27
Chapitre 3. Groupes de clients en réadaptation	29
Répartition générale des groupes de clients en réadaptation	29
Groupes de clients en réadaptation par type d'établissement	30
Caractéristiques démographiques.....	33
Conditions de logement avant l'admission.....	37
Notes fonctionnelles totales	38
Notes fonctionnelles totales à l'admission	38
Notes fonctionnelles totales à la sortie.....	40
Différences entre les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie	41
Durée du séjour	43
Efficacité de la durée du séjour	44
Clients qui éprouvent de la douleur	44

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004

Table des matières (suite)

Raisons de la sortie	46
Conditions de logement avant l'admission et après la sortie.....	48
Sommaire	49
Chapitre 4. Caractéristiques des patients âgés hospitalisés en réadaptation	51
Groupes de clients en réadaptation chez les patients âgés.....	52
Caractéristiques démographiques des clients âgés.....	53
États comorbides avant l'admission.....	55
États comorbides avant l'admission par groupe de clients en réadaptation.....	56
Clients âgés et soutien informel	58
Sommaire	59
Chapitre 5. Établissements prestataires de soins de réadaptation aux patients âgés hospitalisés.....	61
Établissements prestataires de soins aux clients âgés	61
Contexte démographique des établissements du SNIR prestataires de soins aux clients âgés	63
Types de dispensateurs de services.....	64
Sommaire	67
Chapitre 6. Résultats en réadaptation chez les clients âgés	69
Sous-groupes de clients en réadaptation	69
Durée du séjour	71
Note fonctionnelle totale à l'admission et durée du séjour	73
Variation de la note fonctionnelle totale entre l'admission et la sortie.....	76
Variation de la note fonctionnelle totale entre la sortie et le suivi.....	79
Orientation à la sortie vers les services	82
Soutien informel pour les clients âgés après leur sortie	84
Sommaire	86
Chapitre 7. Discussion	89
Mesure de la capacité fonctionnelle et des résultats	90
Clients âgés signalés dans le Système national d'information sur la réadaptation.....	91
Vers la déclaration complète	91
Conclusion.....	92

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004

Table des matières (suite)

Annexe A – Glossaire du SNIR	A-1
Annexe B – Les groupes de clients en réadaptation (GCR).....	B-1
Annexe C – Éléments de l'instrument FIM ^{MD}	C-1
Annexe D – Liste des tableaux	D-1

Liste des figures

Figure 2.1	Catégorie d'admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon le type d'établissement, 2003-2004	14
Figure 2.2	Source d'orientation pour patients hospitalisés en réadaptation selon le type d'établissement, 2003-2004	15
Figure 2.3	Répartition selon le nombre de jours en attente de l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés, par type d'établissement, 2003-2004.....	17
Figure 2.4	Nombre médian de jours en attente de l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon la source de l'orientation, 2003-2004.....	18
Figure 2.5	Âge des clients au moment de leur admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon le type d'établissement, 2003-2004	19
Figure 2.6	Proportion d'hommes et de femmes hospitalisés en réadaptation selon l'âge, 2003-2004.....	20
Figure 2.7	Patients hospitalisés en réadaptation qui présentaient un besoin de soutien informel avant l'admission selon le type d'établissement, 2003-2004	22
Figure 2.8	Répartition de la durée du séjour des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004	23
Figure 2.9	Services vers lesquels les patients hospitalisés ont été orientés à la sortie de la réadaptation, 2003-2004.....	26
Figure 2.10	Conditions de logement des patients hospitalisés en réadaptation avant l'admission et après la sortie, 2003-2004.....	27
Figure 3.1	Répartition des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	30
Figure 3.2	Répartition des patients hospitalisés en réadaptation selon le type d'établissement et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	31
Figure 3.3	Nombre médian de jours en attente de l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	32

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004

Table des matières (suite)

Liste des figures (suite)

Figure 3.4	Sexe des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	33
Figure 3.5	Âge des patients hospitalisés en réadaptation au moment de l'admission selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	34
Figure 3.6	Âge et sexe des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	35
Figure 3.7	Répartition des patients hospitalisés en réadaptation en raison d'un dysfonctionnement de la moelle épinière selon l'âge et le sexe, 2003-2004 .	36
Figure 3.8	Conditions de logement avant l'admission des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	37
Figure 3.9	Répartition de la note fonctionnelle totale à l'admission des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004.....	39
Figure 3.10	Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	39
Figure 3.11	Variation de la note fonctionnelle moyenne totale des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004.....	42
Figure 3.12	Durée médiane du séjour* des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	43
Figure 3.13	Patients hospitalisés en réadaptation qui ont déclaré de la douleur à l'admission selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	45
Figure 3.14	Patients hospitalisés en réadaptation qui ont déclaré une diminution de la douleur à la sortie selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004....	46
Figure 3.15	Patients hospitalisés en réadaptation qui avaient atteint leurs objectifs de service au moment de la sortie selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	47
Figure 3.16	Clients qui ont reçu des services de santé payés à la maison ou dans leur appartement après le programme de réadaptation pour patients hospitalisés selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	49
Figure 4.1	Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004.....	52
Figure 4.2	Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004.....	53
Figure 4.3	Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le sexe, l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	54

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004

Table des matières (suite)

Liste des figures (suite)

Figure 4.4	États comorbides avant l'admission chez les patients âgés hospitalisés en réadaptation, 2003-2004.....	56
Figure 4.5	États comorbides avant l'admission chez les clients âgés, selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004.....	57
Figure 4.6	Patients âgés hospitalisés en réadaptation qui ont reçu un soutien informel avant l'admission, 2003-2004	58
Figure 5.1	Répartition des clients âgés comparativement à tous les clients selon le type d'établissement dans le Système national d'information sur la réadaptation, 2003-2004	62
Figure 5.2	Répartition des clients âgés selon le groupe d'âge et le type d'établissement dans le Système national d'information sur la réadaptation, 2003-2004	62
Figure 5.3	Patients âgés hospitalisés en réadaptation dans des établissements urbains ou ruraux dans le Système national d'information sur la réadaptation, 2003-2004	63
Figure 5.4	Catégories de dispensateurs qui offrent des services aux patients âgés hospitalisés en réadaptation, 2003-2004.....	65
Figure 5.5	Nombre moyen de dispensateurs qui offrent des services aux patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	66
Figure 6.1	Répartition des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon l'âge et par sous-groupe, 2003-2004	70
Figure 6.2	Durée médiane du séjour ¹ des patients hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	72
Figure 6.3	Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et durée médiane du séjour des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004.....	74
Figure 6.4	Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et durée médiane du séjour des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon le sous-groupe, 2003-2004.....	75
Figure 6.5	Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et durée médiane du séjour des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « accident vasculaire cérébral » selon le sous-groupe, 2003-2004	76
Figure 6.6	Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et celle à la sortie des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004	77

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004

Table des matières (suite)

Liste des figures (suite)

Figure 6.7	Variation entre les notes fonctionnelles moyennes totales des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon l'âge et le sous-groupe, 2003-2004.....	78
Figure 6.8	Variation entre les notes fonctionnelles moyennes totales des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « accident vasculaire cérébral » selon l'âge et le sous-groupe, 2003-2004.....	79
Figure 6.9	Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à la sortie et celle du suivi des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004.....	80
Figure 6.10	Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à la sortie et celle du suivi des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon le sous-groupe, 2003-2004.....	81
Figure 6.11	Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à la sortie et celle du suivi des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « accident vasculaire cérébral » selon le sous-groupe, 2003-2004.....	82
Figure 6.12	Services vers lesquels on a orienté les patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe d'âge, 2003-2004.....	83
Figure 6.13	Patients âgés hospitalisés en réadaptation qui s'attendent de recevoir un soutien informel après leur sortie, 2003-2004.....	85

Chapitre 1. Introduction et contexte

Objectifs du rapport

Le document *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004* constitue le deuxième rapport public fondé sur les données du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR). L'Institut canadien d'information sur la santé a mis au point le SNIR en 2001 afin d'appuyer les activités de planification des services et d'élaboration de politiques liées à la réadaptation des patients hospitalisés.

Le rapport de cette année donne de l'information sur les services de réadaptation physique qui ont été dispensés à des patients hospitalisés, entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 mars 2004, dans les établissements de réadaptation participants. Il a été élaboré par l'ICIS afin de fournir des données supplémentaires aux personnes concernées ou intéressées par la prestation de services de réadaptation pour patients hospitalisés, ce qui comprend les cliniciens, les gestionnaires d'hôpitaux, les responsables de l'élaboration des politiques et les organismes qui représentent les clients en réadaptation. En plus de l'aperçu général, le rapport *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004* contient une série de chapitres axés sur les « clients âgés », c'est-à-dire les clients du SNIR de plus de 74 ans qui ont bénéficié de services de réadaptation à titre de patient hospitalisé en 2003-2004.

Avant tout, le rapport vise à approfondir les connaissances sur les services de réadaptation pour patients hospitalisés dans les établissements participants du pays. En procédant ainsi, l'ICIS espère favoriser la discussion sur l'état actuel de la réadaptation en milieu hospitalier, sur les enjeux à venir et sur les possibilités qui pointent à l'horizon.

Voici les objectifs du rapport :

- Décrire le contexte général du SNIR;
- Présenter des données agrégées de 2003-2004 provenant du SNIR décrivant les caractéristiques de la population en réadaptation, les services que reçoit cette population et les résultats de ces services;
- Faire rapport sur les Canadiens âgés, c'est-à-dire les clients de 75 ans et plus, qui ont reçu des services de réadaptation dans les établissements participants en 2003-2004;
- Encourager la discussion sur les besoins en information du domaine de la réadaptation pour patients hospitalisés et l'amélioration du SNIR.

Les Canadiens âgés

Les professionnels des soins de santé et les responsables de l'élaboration des politiques du Canada savent que les clients gériatriques recourent considérablement aux services de santé. Les données du SNIR confirment que c'est également le cas pour les services de réadaptation. En 2003-2004, les Canadiens et Canadiennes de plus de 74 ans faisaient l'objet de la moitié des épisodes consignés dans le SNIR (47 %). Il importe de mentionner que le recensement de 2004 de Statistique Canada révèle que cette population ne représentait alors que 6,1 % de la population¹. Compte tenu de la situation, il a paru

¹ Statistique Canada, *Population selon le sexe et le groupe d'âge*, 2004.

probant d'explorer les données disponibles de l'année dernière sur ce groupe d'âge. Les chapitres 4, 5 et 6 du rapport portent donc sur les caractéristiques de la santé des patients de plus de 74 ans en réadaptation, sur les ressources professionnelles qui participent à la réadaptation de ce groupe et sur les résultats de l'intervention en réadaptation.

Par le passé, on estimait qu'une personne de 65 ans ou plus était « âgée ». Or, les progrès en soins de santé et les autres déterminants de la santé ont amélioré la qualité de vie et ont prolongé l'espérance de vie à un point tel que bon nombre de personnes dans ce groupe d'âge mènent toujours une vie active sans complication de santé ou avec peu de complications. Voilà pourquoi les chercheurs en gériatrie voient de plus en plus la catégorie des 75 ans et plus comme la « vraie population gériatrique ». Dans un rapport de 2001 rédigé pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, les auteurs ont formulé la recommandation suivante : « La planification provinciale des ressources en réadaptation devrait prévoir des repères appropriés pour la réadaptation des patients gériatriques de 75 ans et plus » [traduction]². Compte tenu de cette tendance ainsi que du pourcentage élevé de données du SNIR sur les clients de 75 ans et plus, le présent rapport s'attardera particulièrement sur ce groupe (les « clients âgés »). En examinant les données disponibles pour ce groupe, l'ICIS espère :

- Faire ressortir les caractéristiques sur l'état de santé spécifiques et les besoins en réadaptation des clients âgés;
- Déterminer, dans la mesure du possible, les domaines dans lesquels les besoins des patients âgés et les ressources qui leur sont consacrées sont différents de ceux du reste des patients en réadaptation;
- Favoriser la discussion au sein du secteur de la réadaptation quant aux meilleures pratiques de prestation de soins à ces clients en réadaptation.

Structure du rapport

Le rapport *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004* se compose de sept chapitres. Les trois premiers chapitres sont présentés sous un format semblable à celui du rapport de l'an dernier, *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2002-2003*. Cette reprise de la disposition est intentionnelle : elle facilitera la comparaison de l'information entre les rapports. L'ICIS reconnaît qu'il y aura probablement très peu de changements dans les tendances de réadaptation au cours d'une même année. Toutefois, il est d'avis que ce sont les données annuelles, soumises au cours des prochaines années, qui donneront une valeur accrue aux analyses de tendances. Aussi certains aspects du rapport seront-ils présentés tous les ans.

Le chapitre 1 constitue l'introduction du rapport : il contient un bref historique du SNIR et donne de l'information sur son état actuel. Il présente également un survol de la méthodologie des analyses et de la déclaration. Ce chapitre traite aussi du rôle du SNIR dans l'appui à la collecte, à l'analyse et à la diffusion des données. Il donne également de l'information contextuelle sur les programmes des établissements qui participent au SNIR afin de favoriser une meilleure compréhension du domaine. Le nom des établissements qui ont soumis des données au SNIR n'est pas mentionné dans le présent rapport.

² M. Borrie, P. Stolee, F. Knoefel et J. Wells, *Synthesis Research in Geriatric Rehabilitation*, rapport final soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, août 2001.

Le chapitre 2 porte sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes sorties des établissements participants après y avoir reçu des services de réadaptation au cours de l'exercice 2003-2004. Il contient des statistiques sommaires sur des aspects tels que le milieu de vie, le soutien informel et la répartition selon l'âge et le sexe, cela afin de brosser le portrait des patients en réadaptation. Des données administratives, telles que celles liées à la durée du séjour et aux modes d'orientation, y sont également exposées.

Le chapitre 3 présente des données sur les groupes de clients en réadaptation (GCR) du SNIR. Les clients sont regroupés en GCR selon le diagnostic ou la déficience fonctionnelle qui a mené à l'admission en réadaptation. Des indicateurs sont présentés pour chacun des groupes, y compris les jours d'attente avant l'admission en réadaptation et les raisons de la sortie. Par ailleurs, ce chapitre introduit des analyses de résultats cliniques évalués au cours de la réadaptation. Les cliniciens, les gestionnaires et les responsables de l'élaboration des politiques seront indubitablement intéressés par cette section, qui articule certains résultats de haut niveau et les facteurs susceptibles de les influencer.

Les chapitres 4, 5 et 6 portent sur les clients âgés du SNIR, c'est-à-dire les patients hospitalisés en réadaptation de 75 ans et plus qui ont bénéficié de services dans les établissements participant au SNIR en 2003-2004. Les caractéristiques sont analysées selon les cinq GCR les plus communs pour ce groupe d'âge en 2003-2004, soit les groupes « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral », « troubles médicalement complexes », « débilité » et « troubles cardiaques ». Le chapitre 4 présente quelques caractéristiques sociodémographiques et de santé des clients de ce groupe d'âge. Le chapitre 5 donne de l'information sur les établissements qui dispensent des services de réadaptation à ce groupe ainsi que sur les caractéristiques spécifiques des services dispensés par les professionnels qui participent à la réadaptation de ces clients. Enfin, le chapitre 6 examine différents indicateurs liés aux résultats pour ce groupe d'âge, en fonction des GCR susmentionnés.

Le chapitre 7 résume les principaux résultats du rapport de 2003-2004. On y présente aussi les orientations possibles et les activités analytiques à venir du SNIR de même que les sujets des prochains rapports annuels.

Bien que de nombreux lecteurs connaissent peut-être bien les concepts utilisés dans le présent rapport, les données du SNIR peuvent être des éléments nouveaux pour d'autres. Un glossaire des termes (annexe A) figure donc à la fin du rapport. De plus, l'annexe B propose une brève description de chacun des groupes de clients en réadaptation (GCR). Ces annexes aideront les lecteurs à comprendre les termes et les définitions usuels du SNIR.

Le Système national d'information sur la réadaptation

La section qui suit fournit un aperçu du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR), y compris son contexte, son développement, sa portée et ses processus de collecte des données.

Les soins de réadaptation prodigués aux patients hospitalisés constituent un élément important du continuum des services de santé au Canada. En facilitant la collecte de données normalisées sur les clients en réadaptation, le SNIR laisse place à l'approfondissement des connaissances entourant les services de réadaptation au pays.

Le SNIR a été conçu pour appuyer les établissements dans la collecte de données sur les patients adultes hospitalisés en réadaptation. Les services de réadaptation signalés sont ceux offerts dans des établissements de réadaptation spécialisés et dans des hôpitaux généraux qui possèdent des unités, des programmes ou des lits de réadaptation.

Les patients hospitalisés en réadaptation reçoivent des services de la part de professionnels de la santé comme des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des médecins spécialisés dans la physiatrie et la réadaptation. Ces professionnels aident les clients à optimiser leurs capacités physiques et leur fonction cognitive à l'aide d'exercices et d'éducation et les préparent à réintégrer leur collectivité à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Les clients enregistrés dans le SNIR ne comprennent que ceux dont le problème de santé primaire est de nature physique. Pour cette raison, le terme « réadaptation », dans le contexte de la déclaration de données pour le SNIR, n'inclut ni les services de réadaptation offerts dans le contexte de la santé mentale ni ceux destinés aux personnes qui ont des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Le concept de la capacité fonctionnelle de l'être humain et l'objectif de la réadaptation — soit d'aider les personnes à atteindre un maximum d'autonomie dans la vie quotidienne, que ce soit à la maison ou dans une résidence avec services — constituent des pierres angulaires du SNIR. Les indicateurs et les rapports du SNIR représentent une source d'information pour la définition et la description des résultats des services de réadaptation en termes de capacité fonctionnelle des clients. Afin de faciliter la comparaison, cette information est classée en groupes définis selon la nature de la maladie ou de la blessure. Ces groupes, qui servent de base à la déclaration au SNIR, sont appelés « groupes de clients en réadaptation » ou « GCR ». On compte 17 GCR principaux qui regroupent des troubles tels que « accident vasculaire cérébral », « amputation d'un membre » et « dysfonctionnement cérébral ». La liste complète des GCR se trouve à l'annexe B.

Le Système national d'information sur la réadaptation : Développement et mise en œuvre

L'ICIS fait la promotion des normes d'information sur la santé au chapitre des services de réadaptation en milieu hospitalier pour patients hospitalisés depuis 1995, année qui a marqué le lancement d'une étude pilote nationale visant à élaborer et à évaluer des indicateurs, un fichier minimum et une méthodologie d'établissement des groupes clients. L'étude pilote de l'ICIS, portant sur plus de 2 000 adultes en réadaptation, a permis de recueillir des données sur les caractéristiques et l'efficacité des services de réadaptation dans six provinces.

En avril 2000, un prototype de système national d'information pour les services de réadaptation pour patients hospitalisés a vu le jour. Le développement de ce système faisait partie des plans du Carnet de route de l'information sur la santé, un effort conjoint entre l'ICIS, Statistique Canada, Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et plusieurs autres intervenants.

À la suite du lancement du SNIR, plus précisément en février 2001, l'ICIS a commencé à produire des rapports comparatifs pour les établissements, en mettant l'accent sur les principaux indicateurs qui avaient été définis au cours de l'étude pilote originale de l'ICIS. Ces rapports comparatifs fournissent aux établissements des renseignements qui leur permettent d'évaluer les résultats pour les clients, d'étudier l'accès à la réadaptation pour patients hospitalisés et d'évaluer les programmes et les services.

Fichier de données du Système national d'information sur la réadaptation

Le SNIR se compose d'éléments de données regroupés en grandes catégories :

- **Identificateurs du client** : Ce sont les éléments de données qui servent à identifier les épisodes en propre. Le nom des clients associés à chaque épisode n'apparaît nulle part dans le SNIR.
- **Données sociodémographiques** : L'information sur la date de naissance, le sexe, les milieux de vie et le statut d'emploi fournit de l'information importante sur les types de clients admis dans les programmes de réadaptation.
- **Données administratives** : Les données sur les temps d'attente, à l'admission et à la sortie, sur les interruptions de service et sur les types de dispensateurs permettent de mieux comprendre l'accès aux services de réadaptation, l'utilisation des ressources et les facteurs qui influencent la durée du séjour.
- **Caractéristiques de santé** : Les diagnostics et les comorbidités connexes à l'admission donnent de l'information sur les problèmes les plus communs en réadaptation et sur ceux qui peuvent avoir des répercussions sur les aptitudes des patients à faire des progrès dans le programme de réadaptation.
- **Activités et participation** : Il s'agit de la plus vaste section du fichier de données. On y retrouve des données cliniques sur les capacités fonctionnelles motrices et cognitives des clients en réadaptation. Les données sont recueillies à l'aide des 18 éléments de l'instrument FIM^{MD} (Functional Independence Measure) ainsi qu'à l'aide d'autres éléments de données qui fournissent d'autres renseignements détaillés sur les fonctions cognitives des clients en réadaptation. L'annexe C traite en profondeur de l'instrument FIM^{MD}, un outil d'évaluation normalisé mis au point par la *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDS_{MR}).

Les établissements réalisent l'évaluation lorsqu'un client est admis à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés et lorsqu'il en sort. Les établissements qui le désirent peuvent également rendre compte du suivi qu'ils réalisent auprès de leurs clients dans les trois à six mois après la sortie du programme. La collecte de renseignements de suivi permet d'évaluer la durabilité des résultats fonctionnels découlant de la réadaptation ainsi que le degré de réintégration du client au sein de la collectivité.

Notes méthodologiques

L'information suivante donne un aperçu des mesures de qualité des données au sein du SNIR et des analyses pratiquées aux fins du présent rapport. Des commentaires supplémentaires sur la méthodologie et la qualité des données ponctuent le rapport.

La qualité des données et le Système national d'information sur la réadaptation

L'Institut canadien d'information sur la santé a incorporé cinq dimensions de la qualité des données à son Cadre de la qualité des données, mis en oeuvre au cours de l'exercice 2000-2001. Utilisées comme cadre conceptuel, ces dimensions peuvent faciliter l'évaluation de la qualité des données pour de nombreux types de banques de données qui alimentent des systèmes d'information.

La mise en œuvre du Cadre fait partie d'un cycle de qualité des données plus vaste dans lequel les enjeux sont périodiquement définis, résolus, documentés et revus. Elle normalise également l'information sur la qualité des données et aide à définir les interventions prioritaires, ce qui favorise l'amélioration continue.

Voici les cinq dimensions de la qualité des données :

1. *Exactitude* : Indique jusqu'à quel point l'information contenue dans une base de données reflète les données qui sont censées être recueillies;
2. *Comparabilité* : Indique dans quelle mesure une base de données peut être convenablement intégrée à des systèmes d'information sur la santé plus vastes;
3. *Actualité* : Indique si les données sont mises à la disposition des utilisateurs dans un temps raisonnable;
4. *Convivialité* : Indique si la logique derrière le stockage et la documentation des données facilite l'utilisation;
5. *Pertinence* : Renvoie dans une certaine mesure à toutes les dimensions ci-dessus, mais porte particulièrement sur la valeur et l'adaptabilité.

L'ICIS effectue régulièrement des évaluations de la qualité des données du SNIR en s'attachant particulièrement aux directives de codification, aux spécifications sur les logiciels de collecte de données et aux autres processus de validation afin de cerner toutes les forces et les faiblesses sur le plan de la qualité des données. Les cinq dimensions susmentionnées servent à guider l'évaluation continue. Tout élément à améliorer est dûment consigné. L'ICIS utilise cette information tant à l'interne, pour planifier l'amélioration de la qualité des données, qu'à l'externe, pour répondre aux demandes des intervenants.

Dans chacun des rapports annuels du SNIR, l'ICIS examine quelques enjeux sur le plan de la qualité des données. L'intention derrière cet examen est de donner au lecteur une idée du niveau d'évaluation de la qualité des données à l'ICIS et d'indiquer les domaines pour lesquels l'interprétation des données présentées doit être faite sous toutes réserves. Les éléments de qualité des données examinés dans le rapport du SNIR de 2002-2003 incluaient l'étendue et la couverture du SNIR, la saisie et la collecte des données ainsi que les éléments sans réponse. Certains de ces concepts seront revisités dans le présent rapport et les nouveaux points ci-dessous seront abordés dans les pages subséquentes :

- Unités sans réponse
- Révisions au cours du traitement des données
- Actualité des données au moment de la publication

Étendue de la participation au Système national d'information sur la réadaptation

En janvier 2005, 87 établissements de réadaptation pour patients hospitalisés de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique soumettaient des données au SNIR. Depuis la création du SNIR en 2000, le nombre de participants n'a cessé de croître. L'information que propose le présent rapport est fondée sur les données fournies par les 79 établissements de réadaptation pour patients hospitalisés d'un bout à l'autre du Canada qui ont consigné des épisodes dans le SNIR au cours de la période de déclaration allant du mois d'avril 2003 au mois de mars 2004.

Les établissements de toutes les provinces canadiennes soumettent des données au SNIR sur une base volontaire, à l'exception des établissements de l'Ontario. Dans cette province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a rendu obligatoire, en octobre 2002, la soumission des données au SNIR pour tous les établissements provinciaux ayant des lits de réadaptation désignés pour adultes hospitalisés. Aucun autre ministère provincial de la Santé ou régie régionale de la santé n'a obligé les établissements à participer en 2003-2004.

En raison de son caractère principalement volontaire, le SNIR ne couvre pas tous les services de réadaptation pour patients hospitalisés au Canada. Par conséquent, les renseignements du présent rapport ne dressent pas nécessairement un portrait complet. Toutefois, ils constituent un excellent point de départ à l'enrichissement des connaissances entourant les services de réadaptation pour patients hospitalisés dans l'ensemble du pays de même qu'à la planification et à la gestion dans ce domaine.

Données comprises dans le rapport

Une paire « évaluation d'admission complète » et « évaluation de sortie complète » constitue ce qu'on appelle un « épisode » dans le SNIR. Les données du présent rapport sont fondées sur les 26 800 épisodes de réadaptation consignés dans le SNIR au cours de l'exercice financier 2003-2004. Les données sur les clients qui n'avaient pas encore quitté les services de réadaptation en date du mois de mai 2004, échéance de la soumission pour l'exercice financier de 2003-2004, sont exclues. Les clients qui ont passé moins de trois jours au service de réadaptation sont également exclus du rapport. De façon générale, l'épisode de soins pour ces clients s'est terminé de façon inattendue p. ex. par un transfert d'urgence aux soins de courte durée, par un décès ou par une sortie de l'hôpital malgré l'avis contraire d'un professionnel. Étant donné qu'il est habituellement difficile de réaliser une évaluation complète sur les séjours courts aux fins du SNIR, ces clients sont exclus des analyses. Inversement, les données des clients qui n'avaient pas encore obtenu leur congé lors de la préparation du rapport de 2002-2003, donc exclus des analyses pour cet exercice financier, sont inclus dans le présent rapport à condition que les clients aient obtenu leur congé en 2003-2004 et que l'évaluation de sortie complète ait été soumise avant mai 2004. Le nombre total d'évaluations pour chacun de ces cas est indiqué ci-dessous.

Données dans le rapport *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004*

1	Clients admis en 2003-2004	28 441
2	Clients admis en 2003-2004 et sortis en moins de trois jours	1 165
3	Clients admis en 2003-2004 et toujours hospitalisés en mai 2004	2 505
4	Clients admis en 2002-2003 et sortis en 2003-2004	2 029
5	Total net Évaluations complètes d'admission et de sortie retenues pour le rapport de 2003-2004	26 800

Remarque : Pour arriver au total net de la ligne « 5 », on a soustrait du chiffre de la première ligne celui des deuxième et troisième lignes puis on a ajouté le chiffre de la quatrième ligne.

Unités sans réponse

Le rapport du SNIR de l'an dernier traitait des *éléments* sans réponse. Le rapport de cette année traitera plutôt des *unités* sans réponse. Les *unités* sans réponse sont différentes des *éléments* sans réponse : les éléments sans réponse font référence aux éléments de données particuliers, dans les évaluations, qui ont été laissés vides, tandis que les unités sans réponse font référence au nombre d'évaluations complètes qui manquent dans la base de données.

Une « unité », au sens du SNIR, est soit un établissement participant soit une évaluation soumise au SNIR. Selon cette définition, les unités sans réponse peuvent être déterminées en dénombrant les établissements qui n'ont pas soumis de données pour la période de déclaration de 2003-2004 ou en définissant le nombre d'évaluations complètes qui n'ont pas été soumises pour cette même période.

Dans le cas du SNIR, chaque établissement enregistré qui soumet activement des données est réputé faire partie du « cadre du SNIR ». Ce cadre est mis à jour régulièrement afin de refléter les changements dans le nombre d'établissements déclarants, c'est-à-dire qu'il tient compte des nouveaux établissements, des fusions d'hôpitaux, des défusions et des fermetures. Le taux d'unités sans réponse pendant une année de déclaration s'exprime par la proportion des établissements qui faisaient partie du cadre mais qui n'ont pas soumis de données au cours de l'exercice financier. L'ICIS surveille les taux d'unités sans réponse tous les trimestres et communique avec les établissements qui n'ont pas soumis de données afin de mitiger le phénomène. Dans le SNIR, le taux d'unités sans réponse est corrélé au *taux de réponse* :

$$\frac{\text{Nombre d'établissements qui ont soumis des données}}{\text{Nombre d'établissements qui font partie du cadre}} * 100$$

Taux de réponse des établissements pour l'exercice financier 2003-2004, par trimestre

Exercice financier 2003-2004 par trimestre	T1	T2	T3	T4
Nombre d'établissements <i>déclarants</i>	79	76	78	77
Nombre d'établissements dans le <i>cadre</i>	81	81	81	81
Taux de réponse des unités	97,5 %	93,8 %	96,3 %	95,1 %

L'estimation des unités sans réponse en termes du nombre d'évaluations de clients manquantes constitue un processus passablement complexe, qui suppose l'approximation du nombre d'évaluations qu'on s'attend à recevoir de la part des établissements au cours de la période de déclaration. L'ICIS ne dispose actuellement pas d'un processus pour évaluer ces chiffres. Toutefois, afin d'avoir une idée du nombre d'unités sans réponse en termes d'évaluations manquantes, l'ICIS surveille le nombre d'évaluations reçues de chacun des établissements tous les trimestres et cible les différences considérables du nombre d'évaluations reçues d'un trimestre à l'autre. Les établissements qui affichent une hausse soudaine ou une baisse abrupte du nombre d'évaluations soumises recevront un appel afin de déterminer les raisons de cette variation. L'ICIS fait le suivi du nombre total d'évaluations soumises tous les trimestres afin de surveiller les changements et de respecter son engagement à la qualité des données. Le tableau ci-dessous présente, par trimestre, les tendances de soumission de données au SNIR de 2002-2003 (trimestres 3 et 4) à 2003-2004 (trimestre 4).

Nombre d'évaluations reçues pour le Système national d'information sur la réadaptation de 2002-2003 à 2003-2004, par trimestre

	T3 2002-2003	T4 2002-2003	T1 2003-2004	T2 2003-2004	T3 2003-2004	T4 2003-2004
Nombre d'évaluations d'admission	7 220	7 038	6 808	7 160	7 503	6 970
% de changement entre les trimestres		-2,52	-3,27	5,17	4,79	-7,10
Nombre d'évaluations de sorties	6 171	6 370	6 267	6 288	7 367	6 878
% de changement entre les trimestres		3,22	-1,62	0,34	17,16	-6,64

On constate que le nombre d'admissions entre les trimestres de 2002-2003 à 2003-2004 est relativement stable mais qu'il y a une hausse marquée du nombre de sorties entre les trimestres 2 et 3 de 2003-2004 (17 %). Cela peut s'expliquer en partie par le fait que le nombre de sorties était constamment inférieur au nombre d'admissions pour chacun des trimestres qui précédaient le troisième trimestre de 2003-2004.

Révisions au cours du traitement des données

La révision consiste à cerner les données manquantes ou incorrectes, tandis que l'imputation consiste à les ajouter ou à les corriger, selon le cas. Dans la mesure du possible, la validité des données est assurée par le processus de collecte.

La vérification de la validité est pratiquée sur chacune des variables du SNIR au moins à deux étapes : tout d'abord, au cours de la collecte de données à l'aide de contrôles de logique et d'uniformité intégrés aux logiciels de collecte de données; ensuite, pendant le traitement des données à l'aide de contrôles de la validité intégrés à la base de données du SNIR à l'ICIS. Les spécifications du logiciel de collecte de données SNIR de l'ICIS et des logiciels des fournisseurs sont conçues pour prévenir, dans la mesure du possible, la sauvegarde de données invalides ou incomplètes. Par exemple, au moment de codifier les éléments de données sur le « milieu de vie » (la personne avec qui le patient vit), les contrôles ne permettent pas de codifier simultanément pour un même client « vit seul » et « vit avec un conjoint ou un partenaire ». Les données dont le format est incorrect ou qui sont invalides selon les spécifications du SNIR ne sont pas acceptées dans la base de données. Les spécifications de contrôle des éléments de données sont vérifiées continuellement afin d'en assurer l'uniformité et la logique. Des modifications sont apportées au moins une fois par année, selon les incohérences soulevées.

L'ICIS ne supprime ni ne corrige de son propre chef les données manquantes ou erronées. Un rapport de soumission qui contient la liste des erreurs est automatiquement produit pour chacun des fichiers traités. Le rapport électronique est ensuite accessible en ligne par l'établissement visé, sur un site Web sécuritaire. Les rapports de soumission contiennent l'information suivante pour chacune des erreurs, ce qui permet aux établissements de déterminer la raison du rejet de données : le type d'évaluation; le numéro de dossier; le numéro d'assurance-maladie; la date d'admission; le numéro de l'élément de données; le nom de l'élément de données; la valeur soumise; le numéro de l'erreur ainsi que le message d'erreur. Il incombe aux établissements qui reçoivent un rapport d'erreur de corriger les données invalides et de soumettre les données à nouveau à l'ICIS. Les évaluations jugées incomplètes ou qui contiennent des données erronées ne sont pas versées dans la base de données et ne sont donc pas utilisées pour le calcul des indicateurs présentés dans les rapports comparatifs trimestriels destinés aux établissements participants.

Actualité des données au moment de la publication

Cette caractéristique définit le degré d'actualité (le « caractère récent ») des données du SNIR au moment de la publication des rapports trimestriels comparatifs et des rapports annuels. L'actualité des données est une composante importante du caractère opportun et elle est évaluée en fonction de la différence entre la date de publication et la date à laquelle les données font référence. L'actualité vise donc à déterminer si l'écart entre ces dates est suffisamment court pour que les données conservent toujours leur pertinence selon le type de rapport publié. Un autre aspect de l'actualité des données consiste à déterminer si les méthodes de traitement et d'affichage des données sont aussi efficaces que possible.

À l'ICIS, les rapports trimestriels comparatifs sont offerts aux établissements dans les huit à neuf semaines suivant la fin de chaque période de référence ou trimestre. Cette échéance tient compte de la période de quatre semaines qui suit la fin d'un trimestre au cours de laquelle les établissements soumettent les évaluations complètes pour le trimestre en question, la période de deux semaines allouée pour corriger les erreurs des données et pour soumettre les données à nouveau et, finalement, la période de deux semaines durant laquelle l'ICIS effectue le calcul des indicateurs et affiche les rapports électroniques. Le tableau ci-dessous donne un exemple d'un échéancier. L'ICIS est d'avis que l'échéancier est suffisamment court pour assurer l'actualité des données des rapports comparatifs.

Exemple d'un échéancier de soumission par trimestre du Système national d'information sur la réadaptation

Trimestre	Période de déclaration	Échéance des soumissions	Échéance de la correction des erreurs	Rapports diffusés aux établissements
Trimestre 1	Du 1 ^{er} avril au 30 juin	31 juillet	15 août	31 août

Dans un avenir prévisible, on s'attend à ce que le rapport annuel soit produit chaque printemps et qu'il représente les données reçues au cours de l'exercice financier précédent. Le présent rapport, publié au printemps 2005, contient des données de l'exercice financier 2003-2004 dont la dernière soumission a été faite en mai 2004. Ce délai n'est pas considéré comme excessif en vertu des spécifications de l'ICIS en matière de qualité des données du SNIR.

Tableaux et statistiques

Les lecteurs qui désirent accéder aux données agrégées utilisées dans les figures et les tableaux du présent rapport peuvent consulter les tableaux sources sur le site Web de l'ICIS à l'adresse www.icis.ca sous le lien « Statistiques éclair ». Ils peuvent également les trouver sous « Réadaptation pour patients hospitalisés » s'ils effectuent une recherche « Par sujet » ou sous « Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) » s'ils effectuent une recherche « Par source ». Tous les tableaux sont numérotés. Les références aux tableaux pertinents de statistiques éclair présentés tout au long du rapport se trouvent à la fin de chaque paragraphe ou section. La liste complète des tableaux du rapport apparaît à l'annexe D.

Suppression de données

Le présent rapport respecte les politiques de l'ICIS qui régissent la publication et la diffusion d'information sur la santé. Ces politiques visent à protéger les renseignements personnels et à préserver la confidentialité des données confiées à l'ICIS. Conformément aux directives, les cellules des tableaux comprenant des valeurs oscillant entre un et quatre ont été combinées avec d'autres cellules, au besoin. Si l'agrégation des données s'avérait inadéquate ou impossible, les cellules et les statistiques s'y rattachant ont été supprimées. Dans certains cas, on a également effacé certaines cellules comprenant des valeurs supérieures à cinq. On a procédé ainsi dans les situations où il aurait été possible de déterminer la valeur supprimée par simple soustraction. Dans ces cas, on a effacé au moins une autre valeur dans chaque rangée et colonne contenant une valeur de un à quatre supprimée.

La suppression de cellules a pour but de protéger l'anonymat et d'éviter la diffusion de renseignements personnels et identifiables. Dans certains cas, le nombre de clients aux données incomplètes ou ceux que l'on a codifiés « inconnu » ou « non précisé » se chiffre entre un et quatre. Ces valeurs n'ont pas été supprimées si les risques d'identification par recoupement étaient minimes.

Calculs

Les statistiques présentées dans le présent rapport sont généralement des nombres entiers, et les pourcentages des tableaux sur le Web contiennent une décimale. En raison de l'arrondissement des pourcentages, le total peut se situer entre 99 et 101 %. Le rapport présente aussi les valeurs moyennes de certaines caractéristiques à l'admission et à la sortie, ainsi que le changement moyen entre l'admission et la sortie. Une fois de plus, en raison de l'arrondissement des pourcentages, la différence entre les valeurs moyennes à l'admission et à la sortie ainsi que le changement moyen présenté peut varier entre -1 et + 1.

Le présent rapport a recours à deux mesures statistiques pour décrire le point central d'une répartition : la médiane et la moyenne (arithmétique). La médiane se définit comme un point qui divise une répartition en deux; les valeurs sont réparties de façon égale sous et au-dessus de la médiane. On calcule la moyenne en additionnant toutes les valeurs de la répartition et en divisant la somme par le nombre de valeurs présentées. Les valeurs extrêmes peuvent influencer sur une moyenne. Par conséquent, dans le cas des répartitions hautement asymétriques, on se sert généralement de la médiane, car elle est moins influencée par les valeurs. Tout au long du rapport, on fait référence à la moyenne arithmétique par la « moyenne » et à la médiane par son nom même.

Chapitre 2. Caractéristiques des clients en réadaptation pour patients hospitalisés

Le présent chapitre donne de l'information sur tous les clients qui ont reçu des services de réadaptation pour patients hospitalisés dans les établissements ayant participé au Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) au cours de la période de déclaration 2003-2004. Toute l'information présentée s'appuie sur les données du SNIR. En date de mai 2004, soit l'échéance des soumissions de l'exercice financier 2003-2004, 79 établissements de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique avaient soumis des données à l'ICIS. Environ 89 % des données utilisées dans le présent rapport ont été soumises par des établissements de l'Ontario qui ont participé au SNIR.

Les établissements participants soumettent des données saisies à l'admission des clients en réadaptation et juste avant le congé. Comme on le mentionne dans le chapitre 1, les analyses du présent rapport s'appuient sur l'information relative à un peu moins de 26 800 clients sortis d'un établissement participant au cours de l'exercice 2003-2004 et dont les évaluations d'admission et de sortie étaient complétées.

Type d'établissement

Tout établissement participant au SNIR est classé comme « général » ou « spécialisé ». Cette classification est propre au SNIR et vise à faciliter la production de rapports comparatifs; elle n'est pas nécessairement conforme aux méthodes de classification des établissements utilisées dans diverses provinces ou régions. Conformément à la définition du SNIR, un établissement général de réadaptation correspond habituellement à une unité de réadaptation ou à un ensemble de lits destinés à la réadaptation qui fait partie d'un hôpital général offrant plusieurs niveaux de soins de santé. Pour sa part, l'établissement spécialisé en réadaptation dispense des services plus spécialisés et plus vastes de réadaptation pour patients hospitalisés. Il s'agit souvent d'un établissement autonome de réadaptation ou d'une unité spécialisée dans un hôpital. L'équipe de réadaptation de l'établissement décide lequel des deux profils reflète le mieux ses programmes de réadaptation et choisit une catégorie, soit « général » ou « spécialisé », avant de commencer à soumettre des données au SNIR. Le tableau ci-dessous montre que 70 % des établissements qui ont soumis des données au SNIR en 2003-2004 étaient des établissements « généraux » et les 30 % restants, des établissements « spécialisés ». En 2003-2004, environ deux tiers (64 %) de tous les clients ont été hospitalisés dans des établissements généraux de réadaptation et un tiers dans des établissements spécialisés de réadaptation.

	Établissements généraux		Établissements spécialisés		Tous les établissements	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Établissements qui ont soumis des données au SNIR en 2003-2004	55	69,6 %	24	30,4 %	79	100,0 %
Clients *	17 260	64,4 %	9 540	35,6 %	26 800	100,0 %

* Ces chiffres font référence aux clients sortis en 2003-2004 et dont les évaluations d'admission et de sortie étaient complétées.

Catégorie d'admission

La figure 2.1 montre que 86 % des clients sortis d'un programme de réadaptation pour patients hospitalisés en 2003-2004 ont été classés dans la catégorie « réadaptation initiale », soit un premier séjour en réadaptation pour patients hospitalisés dans n'importe quel hôpital en raison d'un problème de santé particulier. Dix pour cent des clients répondaient aux critères de « séjour de courte durée », c'est-à-dire que leur admission a duré entre 4 et 10 jours. Trois pour cent des clients ont été classés dans la catégorie « réadmission », ce qui signifie qu'ils ont reçu des services de réadaptation en relation avec un problème pour lequel ils avaient déjà été hospitalisés en réadaptation. Enfin, un pour cent des clients ont été transférés directement à un établissement de réadaptation depuis une autre unité ou un autre programme de réadaptation pour patients hospitalisés en vue de la poursuite du traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces clients ont été classés dans la catégorie « réadaptation continue ».

La figure 2.1 révèle également que les établissements généraux affichent une proportion légèrement inférieure de clients en réadaptation initiale : 83 % comparativement à 90 % pour les établissements spécialisés. La majorité des clients classés dans la catégorie « séjour de courte durée » ont été admis dans un établissement général et représentaient plus de 15 % de toutes les admissions dans ces établissements. Par contre, la plupart des clients de la catégorie « réadmission » ou « réadaptation continue » ont été admis dans un établissement spécialisé. Ensemble, ils représentaient 8 % de toutes les admissions dans ces établissements. (*Statistiques éclair, tableau 1*)

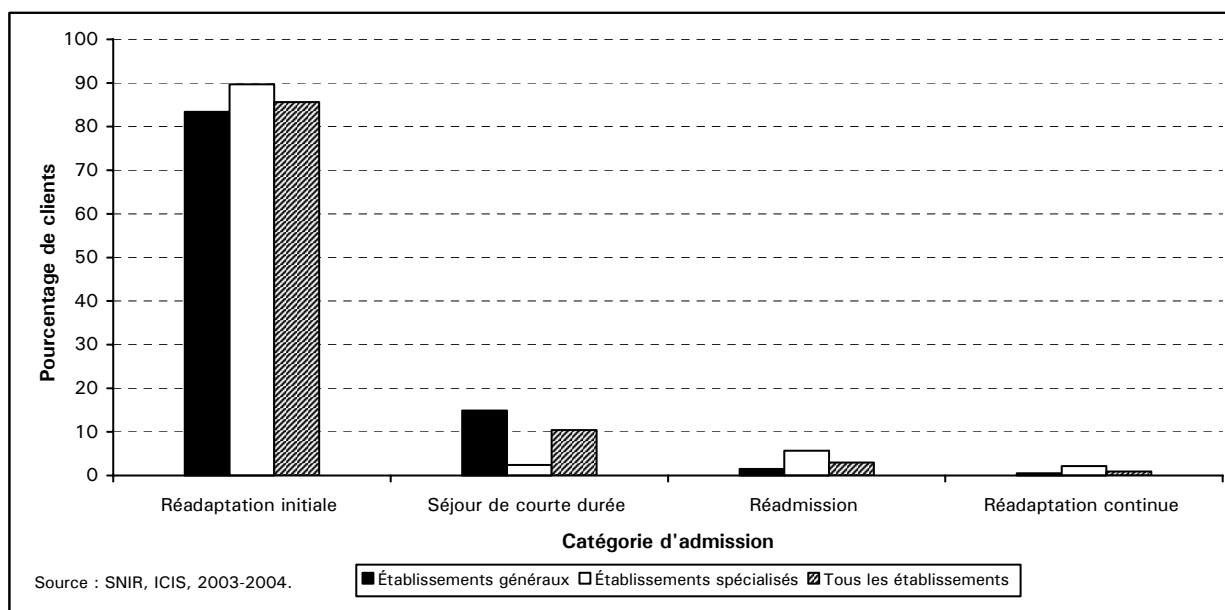


Figure 2.1 Catégorie d'admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon le type d'établissement, 2003-2004

Source de l'orientation vers la réadaptation

La source de l'orientation, selon le SNIR, correspond à l'établissement, l'agence ou la personne à l'origine de l'orientation du client vers des services de réadaptation. Plus de 9 clients sur 10 (92 %) admis dans une unité de réadaptation pour patients hospitalisés ont été orientés par des unités de soins de courte durée pour patients hospitalisés qui appartenaient soit à l'établissement même (48 %) soit à un autre établissement (44 %). Les clients que les praticiens en cabinet privé (tels que les médecins de famille ou les physiothérapeutes) ont orientés vers la réadaptation représentaient seulement 3 % des clients admis en réadaptation; ceux orientés par les services de soins ambulatoires en milieu hospitalier (p. ex. clinique de dialyse ou programme de jour en gériatrie) représentaient 2 % de tous les clients. Les autres clients (4 %) ont eu l'une des sources d'orientation suivantes : des unités de réadaptation d'autres établissements; des établissements de soins pour bénéficiaires internes (centres de soins infirmiers, établissements de soins de longue durée ou de soins prolongés, par exemple); un membre de la famille ou eux-mêmes.

Comme l'indique la figure 2.2, il existait certaines différences entre les sources d'orientation des clients admis dans un établissement de réadaptation général et spécialisé. Soixante-huit pour cent des clients admis dans un établissement général ont été orientés par une unité de soins de courte durée pour patients hospitalisés appartenant à l'établissement même et 28 %, par une unité appartenant à un autre établissement. Par contre, seulement 10 % des personnes admises dans un établissement spécialisé provenaient d'une unité de soins de courte durée pour patients hospitalisés appartenant à l'établissement même et 74 %, de l'unité de soins de courte durée pour patients hospitalisés appartenant à un autre établissement. Ces données correspondent à la définition d'un établissement « spécialisé », qui est généralement un établissement autonome qui dispense des services de réadaptation plutôt que des services de soins de courte durée et qui reçoit habituellement la majorité de ses clients d'autres établissements. (*Statistiques éclair, tableau 2*)

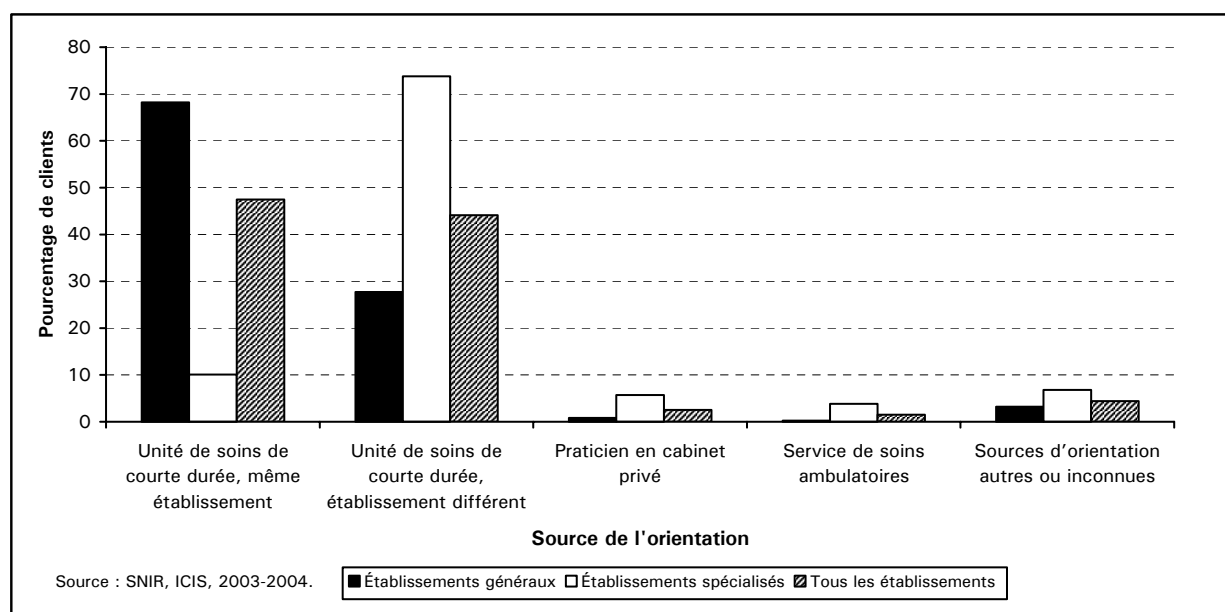


Figure 2.2 Source d'orientation pour patients hospitalisés en réadaptation selon le type d'établissement, 2003-2004

Les données du SNIR suggèrent également que la plupart des clients (92 %) orientés vers une hospitalisation en réadaptation par les cliniques de soins ambulatoires en milieu hospitalier ont été hospitalisés dans des établissements spécialisés de réadaptation, tandis que 68 % des clients qui se sont orientés eux-mêmes ou qui ont été orientés par un membre de leur famille vers une hospitalisation en réadaptation ont été admis dans un établissement général.

Nombre de jours en attente de l'admission

Cet indicateur fait référence au nombre de jours qui séparent la date à laquelle on juge que le client est prêt pour son admission en réadaptation et la date à laquelle il est admis. La date à laquelle le client est prêt pour son admission est la date à laquelle le client est prêt sur le plan clinique à commencer un programme de réadaptation et à laquelle il répond aux critères d'admission de l'établissement de réadaptation. Il ne s'agit pas de la date à laquelle le client est inscrit sur une liste d'attente, si cela se produit avant que le client ne soit cliniquement prêt pour sa réadaptation. La date à laquelle le client est prêt pour son admission est déterminée soit par le programme de réadaptation qui accueille le client soit par l'établissement qui oriente le patient, selon le processus d'admission de l'établissement.

Le SNIR tient compte du fait que la date à laquelle le patient est prêt pour son admission en réadaptation n'est pas toujours facile à déterminer. Ainsi, les établissements peuvent indiquer, sur l'évaluation d'admission, que la date à laquelle le patient était prêt pour son admission n'était pas connue. Au cours de l'exercice financier 2003-2004, la date à laquelle les patients étaient prêts pour l'admission a été définie comme étant « inconnue » pour un cinquième des épisodes (20 %) de patients qui ont obtenu leur congé au cours de l'exercice financier. Ce pourcentage représente une baisse par rapport au 23 % déclaré dans le rapport annuel de 2002-2003. Les épisodes dont la date à laquelle le patient était prêt pour son admission était inconnue ne sont pas compris de la calcul des jours en attente de l'admission. Il faut donc faire preuve d'une certaine précaution dans l'interprétation des résultats de cette section. Les pourcentages des paragraphes suivants sont fondés sur 21 375 épisodes pour lesquels la date à laquelle le patient était prêt pour son admission était connue (80 % des 26 800 épisodes consignés).

La figure 2.3 montre que 52 % des clients pour lesquels on connaissait la date à laquelle ils étaient cliniquement prêts pour leur admission ont été admis en réadaptation pour patients hospitalisés ce jour-là. Seize pour cent des clients ont attendu une journée. Dix pour cent des clients ont attendu une semaine et 2 % ont dû attendre plus de 30 jours. (*Statistiques éclair, tableau 3*)

La figure 2.3 compare également le nombre de jours en attente de l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés par type d'établissement. Tel que la figure en fait foi, une proportion plus élevée de clients hospitalisés dans des établissements généraux semblent avoir été admis en réadaptation le jour où on les a jugés prêts : 60 % pour les établissements généraux comparativement à 39 % pour les établissements spécialisés. Cette tendance semble refléter le fait que la plupart des clients admis dans les établissements généraux sont orientés par les unités de soins de courte durée aux patients hospitalisés de l'établissement même, tandis que les établissements spécialisés reçoivent souvent leurs

patients d'un autre hôpital. Le processus d'admission en réadaptation des établissements spécialisés exige souvent plus d'information pour l'admission ainsi que pour les transferts d'un établissement à l'autre, ce qui peut contribuer aux variations. (*Statistiques éclair, tableau 3*)

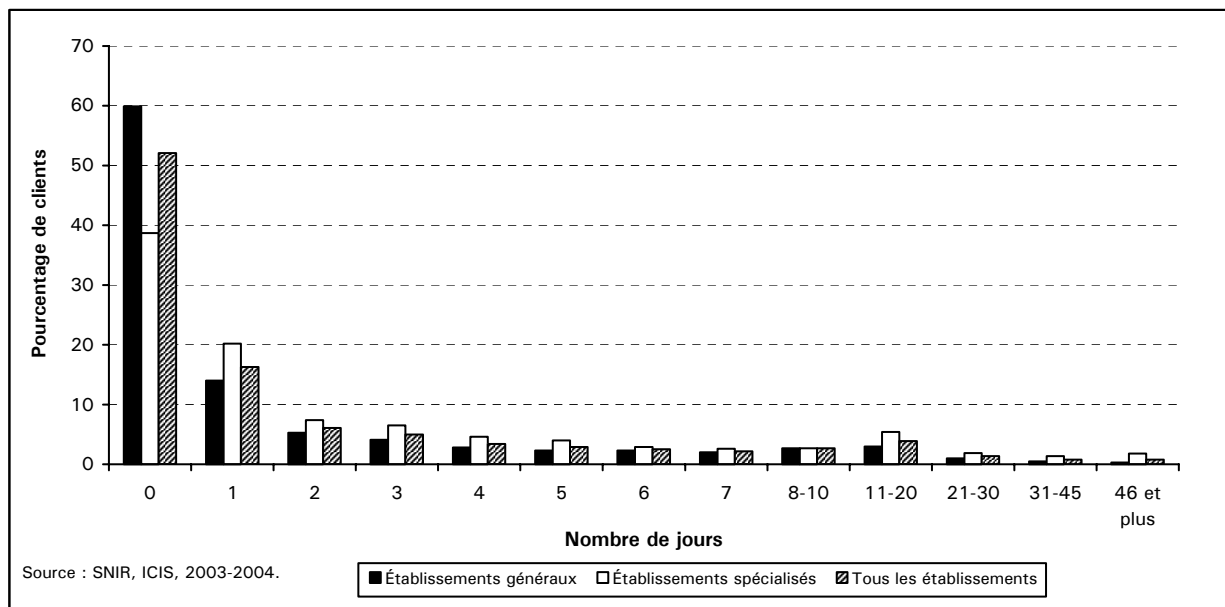


Figure 2.3 Répartition selon le nombre de jours en attente de l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés, par type d'établissement, 2003-2004

Le nombre médian de jours que les clients devaient attendre avant d'être hospitalisés en réadaptation lorsqu'ils étaient jugés cliniquement prêts à la réadaptation se chiffrait à zéro jour, c'est-à-dire que la moitié des clients ont été admis le jour même où ils ont été jugés prêts pour l'admission. Dans le présent rapport, on utilise la médiane au lieu de la moyenne pour décrire les jours en attente de l'admission car la répartition est asymétrique : la majorité des clients ont attendu moins d'une semaine avant d'être hospitalisés dans un établissement de réadaptation³.

La figure 2.4 présente le nombre médian de jours d'attente des clients selon la source d'orientation. Elle montre que les clients orientés vers la réadaptation depuis l'unité de soins de courte durée pour patients hospitalisés de l'hôpital même (46 % de tous les clients) ou depuis l'unité de réadaptation de l'établissement même (moins de 0,5 % de tous les clients) affichaient une attente médiane de zéro jour. En d'autres mots, au moins la moitié de ces clients ont été admis dans une unité ou un programme de réadaptation depuis ces sources d'orientation le jour même où ils en ont été jugés prêts.

³ Veuillez vous référer à la section « Calculs » du premier chapitre pour en savoir davantage sur le calcul de la médiane et sur celui de la moyenne.

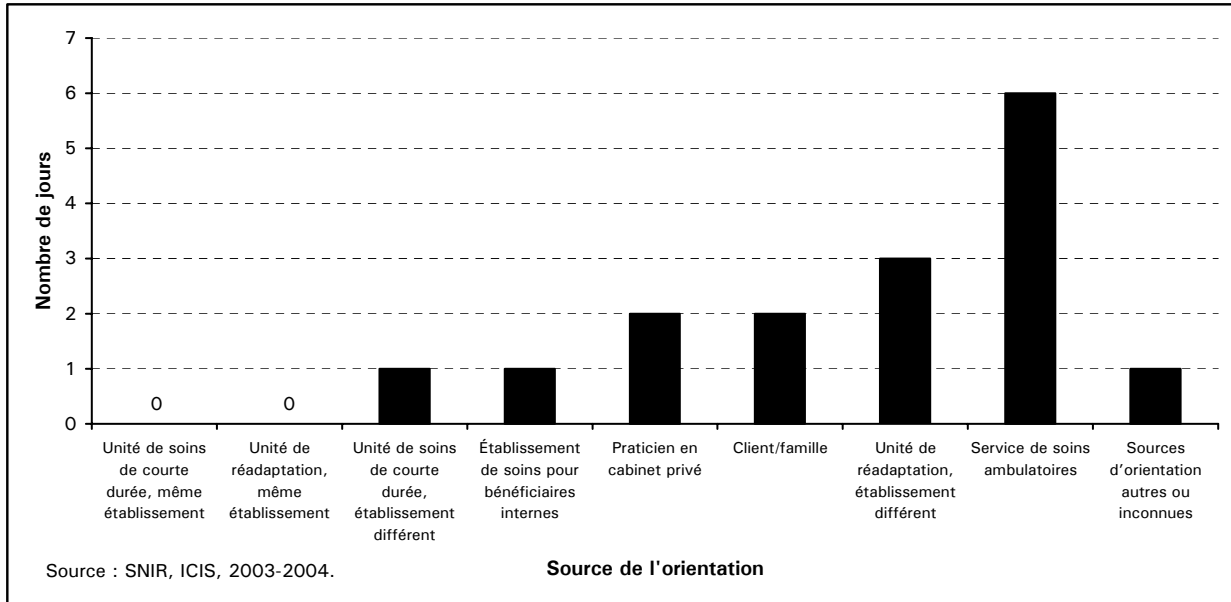


Figure 2.4 Nombre médian de jours en attente de l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon la source de l'orientation, 2003-2004

Les clients orientés vers la réadaptation depuis une unité de soins de courte durée pour patients hospitalisés d'un autre établissement (46 % de tous les clients) ou d'un établissement de soins pour bénéficiaires internes (un peu plus de 1 % de tous les clients) affichaient une attente médiane d'une journée avant d'être admis. Les autres sources d'orientation affichaient des temps d'attente médians plus longs : client/famille, deux jours; praticien en cabinet privé, deux jours; unités de réadaptation d'un autre établissement, trois jours et services de soins ambulatoires, six jours. Toutefois, ces autres sources d'orientation ne représentaient que 6 % de tous les épisodes consignés dans le SNIR en 2003-2004. (*Statistiques éclair, tableau 4*)

Bien que de nombreux clients du SNIR semblent attendre moins d'une semaine avant d'être admis en réadaptation, certains groupes de clients attendent en moyenne plus longtemps que d'autres avant d'être hospitalisés en réadaptation. Le phénomène est examiné au chapitre 3. Les répercussions des attentes de l'admission en réadaptation sont de natures diverses : elles peuvent, par exemple, être financières (p. ex. dans le cas où le client occupe un lit coûteux) ou sociologiques (p. ex. dans le cas où le client éprouve de la difficulté à vivre en collectivité et dépend énormément du soutien familial en attendant son admission). Bien que les données signalent des variations entre les temps d'attente, la détermination des raisons derrière ces différences exigera davantage de recherche.

Caractéristiques démographiques

La figure 2.5 montre la majorité (72 %) de tous les clients hospitalisés en réadaptation en 2003-2004 avaient 65 ou plus. Ainsi, un quart des clients (25 %) étaient âgés de 65 à 74 ans; un tiers des clients (34 %), de 75 à 84 ans; et 14 % des clients, de 85 ans et plus. L'âge moyen des patients hospitalisés en réadaptation était de 70 ans.

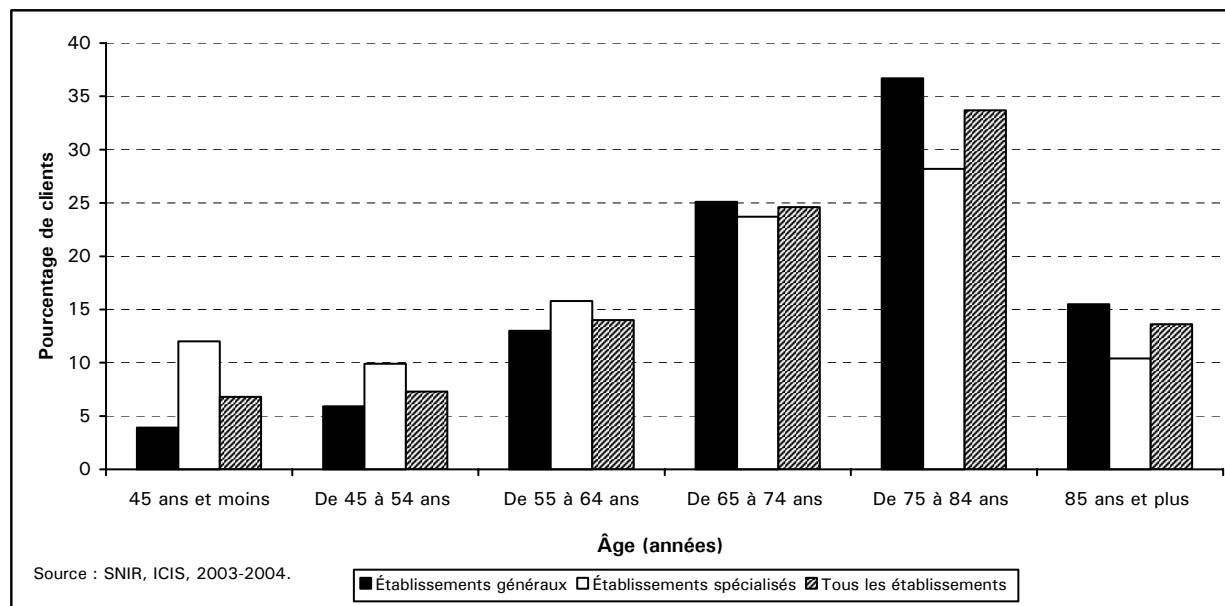


Figure 2.5 Âge des clients au moment de leur admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon le type d'établissement, 2003-2004

Les données indiquent que les clients admis dans un établissement général étaient habituellement plus âgés que ceux admis dans un établissement spécialisé. L'âge moyen des clients admis dans les établissements généraux en 2003-2004 était de 73 ans comparativement à 66 ans pour ceux admis dans les établissements spécialisés. Plus de trois quarts (77 %) des clients admis dans les établissements généraux de réadaptation avaient 65 ans et plus comparativement à 62 % des clients admis dans les établissements spécialisés de réadaptation. Le chapitre 3 montre que les clients des groupes d'âge plus jeunes (soit de moins de 45 ans) sont plus fréquemment hospitalisés en réadaptation en raison de troubles traumatiques aigus, tels que les blessures à la moelle épinière ou à la tête, que les clients âgés, qui sont plus souvent hospitalisés pour des troubles chroniques. La réadaptation pour les blessures aiguës semble être offerte plus fréquemment dans les établissements autonomes qui ont des programmes spécialisés axés sur les clients plus jeunes, ce qui explique en partie la moyenne d'âge inférieure des clients admis dans les établissements spécialisés. (*Statistiques éclair, tableau 5*)

La figure 2.6 montre que, en général, le rapport entre femmes et hommes augmentait avec l'âge des clients. Le groupe d'âge le plus jeune (celui des moins de 45 ans) possédait la proportion la plus importante d'hommes et la proportion la plus petite de femmes (60 % et 40 % respectivement). Les hommes et les femmes étaient représentés en proportion pour ainsi dire égale dans les groupes d'âge de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans. Par contre, 28 % des clients âgés de 85 ans ou plus étaient des hommes. Ces différences se transposent dans l'âge moyen des hommes et des femmes signalé dans le SNIR : 67 et 72 ans respectivement. (*Statistiques éclair, tableau 5*)

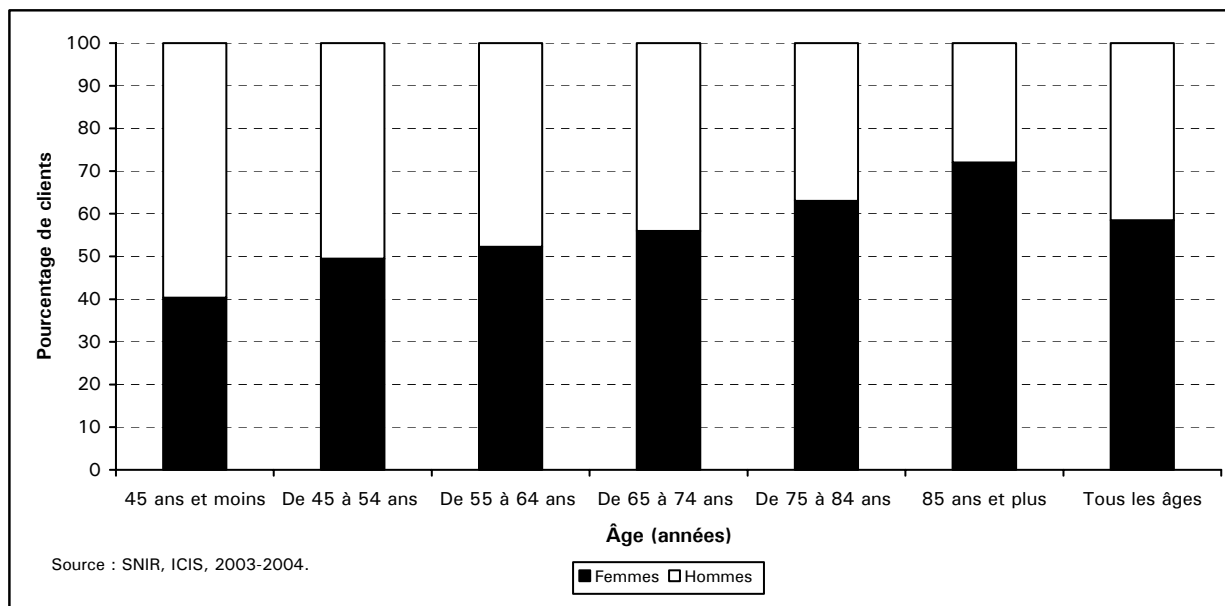


Figure 2.6 Proportion d'hommes et de femmes hospitalisés en réadaptation selon l'âge, 2003-2004

Tout comme l'âge, la répartition des sexes est différente entre les établissements généraux et spécialisés (aucune figure à l'appui). Dans les établissements généraux, 61 % des clients étaient des femmes et 39 %, des hommes; dans les établissements spécialisés, les pourcentages de femmes et d'hommes étaient presque égaux (53 % et 47 % respectivement). (*Statistiques éclair, tableau 5*)

Conditions de logement avant l'admission

Dans le SNIR, les conditions de logement font référence au milieu physique dans lequel le client vit, p. ex. un appartement ou un établissement de soins de longue durée. À l'admission, on saisit l'information sur le type de conditions de logement dans lequel le client vivait au moment d'entrer dans le système de soins de santé. À la sortie, on inscrit l'information sur les conditions de logement selon la destination prévue à la sortie du programme de réadaptation.

En 2003-2004, 93 % des clients admis en réadaptation pour patients hospitalisés vivaient dans une maison ou un appartement avant leur admission. Quatre pour cent vivaient dans une résidence avec services, comme un foyer de groupe, une maison de retraite ou une résidence supervisée, et 2 % demeuraient dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes (p. ex. un établissement de soins de longue durée ou un centre de soins infirmiers). (*Statistiques éclair, tableau 6*)

Parmi ceux qui habitaient dans une maison ou un appartement avant leur admission, 68 % vivaient avec un conjoint, un membre de leur famille ou un ami et 31 % vivaient seuls. Seize pour cent des clients qui habitaient une maison ou un appartement bénéficiaient d'une certaine forme de services de santé payés avant leur admission (services de soutien à domicile obtenus à leurs propres frais ou remboursés par l'assurance, par exemple). Il faut noter que ces services pouvaient être reliés ou non à l'état pour lequel le client avait été admis en réadaptation pour patients hospitalisés.

Soutien informel reçu avant l'admission

Bon nombre des personnes qui vivent à la maison bénéficient, à divers degrés, d'un soutien informel qui leur permet de mener à bien leurs activités quotidiennes. Il s'agit du réseau des membres de la famille, d'amis et de voisins qui viennent en aide aux clients, sans être rémunérés, afin que ces derniers puissent vaquer à leurs occupations quotidiennes et rester au sein de la collectivité. Ces tâches peuvent comprendre les visites pour s'assurer que tout va bien, la participation aux tâches ménagères telles que le ménage, la cuisine et les courses. Elles peuvent aussi exiger un certain niveau d'aptitudes (p. ex. superviser la prise des médicaments).

Le SNIR contient des éléments de données pour évaluer si un client présente un besoin de soutien informel ou non et, dans l'affirmative, si ce besoin est comblé pleinement, partiellement ou pas du tout. Le qualificatif « pleinement », « partiellement » ou « pas du tout » est attribué par l'équipe clinique à la lumière d'entrevues auprès des clients, de la famille ou des amis. L'information est saisie à l'admission en fonction des soins reçus dans les sept jours avant l'admission. On en fait également la saisie à la sortie, selon les besoins prévus et les ressources de soutien informel disponibles à la sortie.

En 2003-2004, la moitié (51 %) des clients ont déclaré avoir reçu tout le soutien informel dont ils avaient besoin avant leur admission, 12 % ont déclaré avoir reçu une partie de l'aide dont ils avaient besoin et 3 % ont déclaré n'avoir bénéficié d'aucun soutien informel même s'ils en éprouvaient le besoin. Un peu plus d'un tiers (34 %) des clients n'ont pas nécessité de soutien informel, soit parce qu'ils étaient capables de prendre soin d'eux-mêmes, soit parce qu'ils avaient reçu tout le soutien nécessaire de la part des dispensateurs de services formels. (figure 2.7)

L'information sur le soutien informel constitue une façon d'évaluer le niveau de soutien non rémunéré et non professionnel offert aux clients dans une collectivité. Bien que les données du SNIR donnent un aperçu des exigences et de la disponibilité du soutien informel en relation avec les patients hospitalisés en réadaptation, elles ne donnent pas d'information sur la nature du soutien exigé et reçu ni sur les raisons pour lesquelles certains besoins de soutien informel ne sont pas comblés.

La figure 2.7 montre une certaine variation de la quantité de soutien informel nécessaire reçu selon le type d'établissement où le client a été admis. Chez les clients hospitalisés dans les établissements spécialisés, une proportion inférieure ont reçu tout le soutien informel dont ils avaient besoin avant leur admission (42 % comparativement à 56 % pour ceux admis dans les établissements généraux) et une proportion supérieure ont reçu seulement une partie du soutien informel dont ils avaient besoin (23 % comparativement à 6 % dans les établissements généraux). Les prochaines activités d'analyse du SNIR examineront peut-être plus en détail la variation des caractéristiques démographiques entre les établissements généraux et spécialisés qui pourraient influencer sur cet indicateur. (*Statistiques éclair, tableau 7*)

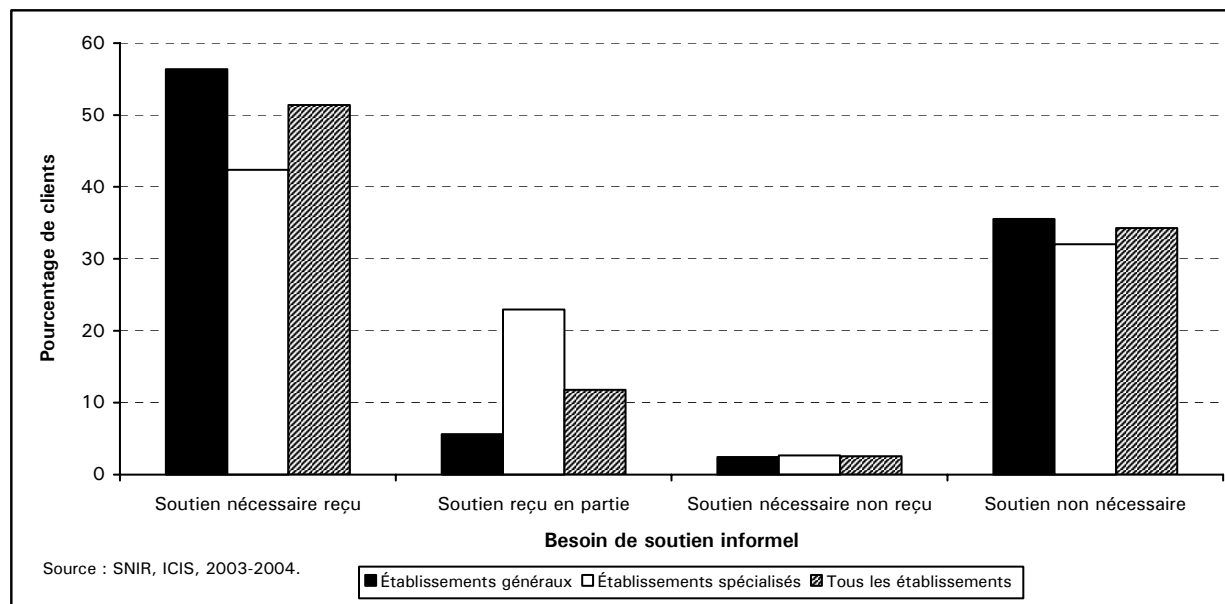


Figure 2.7 Patients hospitalisés en réadaptation qui présentaient un besoin de soutien informel avant l'admission selon le type d'établissement, 2003-2004

Durée du séjour

Dans le contexte du SNIR, on calcule la durée du séjour des clients comme étant le nombre de jours entre leur admission et leur sortie de l'établissement de réadaptation, y exclus les interruptions de service. Une interruption de service est enregistrée lorsque les services de réadaptation sont temporairement suspendus en raison d'un changement de l'état de santé du client. Ces interruptions sont exclues des calculs de la durée du séjour afin de définir plus précisément le nombre de jours durant lesquels les clients ont pu participer au programme de réadaptation. En 2003-2004, seulement 3 % des clients ont vécu une interruption de service au cours de leur séjour en réadaptation. En fait, les interruptions de service ne semblent pas avoir eu de répercussions sur la durée médiane du séjour chez les clients du SNIR : celle-ci se chiffrait à 20 jours, avec ou sans les interruptions de service.

La figure 2.8 fait état de la répartition de la durée du séjour des clients en réadaptation pour patients hospitalisés. Tel qu'indiqué, la plus grande proportion de clients (23 %) ont passé entre 8 et 14 jours dans des établissements de réadaptation pour patients hospitalisés, 16 % y ont passé moins de 7 jours et 15 % y ont passé entre 15 et 21 jours. Le reste des clients du SNIR (46 %) ont séjourné en réadaptation plus de trois semaines. (*Statistiques éclair, tableau 8*)

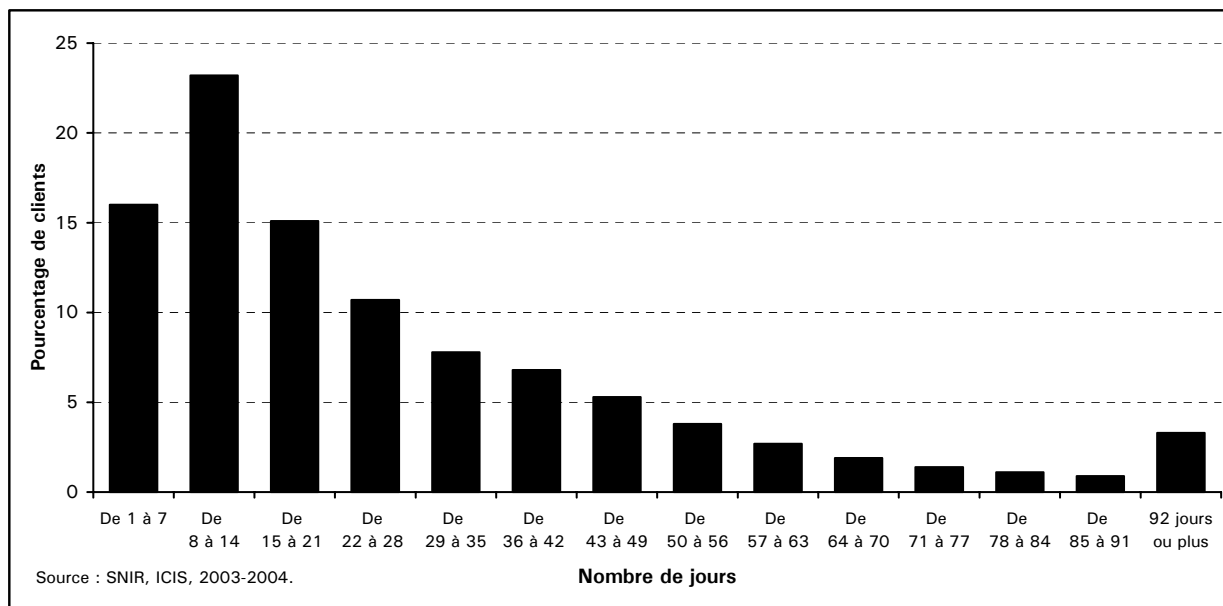


Figure 2.8 Répartition de la durée du séjour des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004

Tel que mentionné au chapitre 1, en plus de ceux dont les évaluations du SNIR à l'admission et à la sortie n'étaient pas complètes, les clients dont la durée totale du séjour en réadaptation était inférieure à trois jours ont été exclus des analyses aux fins du présent rapport.

Conformément aux définitions sur les types d'admission du SNIR (décrites en début de chapitre), les clients qui répondaient aux critères de séjour de courte durée affichaient une durée médiane du séjour inférieure à celle des autres (6 jours), tandis que ceux classés à titre de clients en réadaptation initiale avaient une durée médiane de 22 jours. Les clients classés dans la catégorie « réadmission » affichaient une durée médiane du séjour de 24 jours et ceux dans la catégorie « réadaptation continue », la durée médiane du séjour la plus longue : 41 jours. Le chapitre 3 présente de l'information sur les variations dans la durée du séjour entre les différents groupes de clients en réadaptation (GCR).

La durée médiane du séjour des clients admis dans un établissement spécialisé était plus longue que celle des clients admis dans un établissement général (29 jours et 15 jours respectivement). Les durées médianes du séjour de certains types d'admission changeaient également en fonction du type d'établissement. Par exemple, les clients classés dans la catégorie « réadaptation initiale » affichaient une durée médiane du séjour de 30 jours s'ils étaient hospitalisés dans les établissements spécialisés, comparativement à 18 jours s'ils étaient hospitalisés dans les établissements généraux. (*Statistiques éclair, tableau 9*)

Raisons de la sortie

Le SNIR renferme des données sur la raison de la sortie d'un client d'un établissement de réadaptation participant. Ces données permettent de savoir si les objectifs d'un client en réadaptation (déterminés en collaboration avec l'équipe spécialisée en réadaptation et le client et consignés au moment de l'admission) ont été atteints ou non. Elles servent également à savoir si le client a obtenu son congé et a regagné la collectivité ou s'il a été transféré ou orienté vers une autre unité ou dans un autre établissement (soit pour des soins de courte durée ou pour occuper une place dans un lit transitoire en attente d'un placement). Les autres raisons de la sortie comprennent la décision du patient de quitter les services de réadaptation malgré l'avis du professionnel ou encore la mort du client.

Il a été déterminé que 9 clients sur 10 (90 %) ont atteint de façon suffisamment satisfaisante leurs objectifs de réadaptation à la sortie; 79 % de tous les clients ont atteint leurs objectifs et ont réintégré la collectivité (soit leur maison ou leur appartement, la pension ou une résidence avec services), tandis que 11 % de tous les clients ont atteint leurs objectifs mais ont été orientés ou transférés vers d'autres unités au sein du même établissement ou vers d'autres établissements. Neuf pour cent de tous les clients n'ont pas atteint leurs objectifs de réadaptation. Ceux-ci ont obtenu leur congé et réintégré la collectivité ou ont été transférés dans une autre unité ou dans un autre établissement. (*Statistiques éclair, tableau 10*)

Le fait d'atteindre les objectifs de réadaptation ne signifie pas nécessairement que le patient revient à son état fonctionnel d'avant sa blessure ou sa maladie. Les objectifs que l'équipe spécialisée en réadaptation et le client établissent visent à maximiser l'autonomie fonctionnelle du client compte tenu de ses circonstances. Le niveau d'autonomie est ce qui détermine le plus souvent le type de conditions de logement souhaitable à la sortie. Par exemple, à l'admission, il peut paraître évident que le client qui a souffert d'un accident vasculaire cérébral grave ne pourra pas recouvrer assez de fonctions pour vivre seul à nouveau, mais un objectif raisonnable de réadaptation serait que le client soit capable de se mettre au lit ou d'en sortir avec l'aide d'une seule personne. L'atteinte ou la non-atteinte de cet objectif dictera le type de conditions de logement qui subviendra aux besoins de ce client. Aux fins du SNIR, on considère que tous les clients qui ont atteint leurs objectifs de réadaptation de façon satisfaisante ont complété « avec succès » le programme de réadaptation, peu importe si le client a recouvré la totalité de ses fonctions physiques antérieures.

Services d'accueil à la sortie

Alors que la section précédente traitait des différentes raisons pour lesquelles les clients ont obtenu leur congé d'un programme de réadaptation, la présente section porte sur les types de services ou sur les soins vers lesquels les clients ont le plus souvent été orientés à la sortie. Ces services comprennent les soins à domicile, les soins communautaires et les soins ambulatoires, pour les clients qui ont obtenu leur congé et réintégré la collectivité, et les soins pour bénéficiaires internes ou pour patients hospitalisés, pour les clients toujours dans le système de soins de santé après le séjour en réadaptation.

Au cours de 2003-2004, plus de quatre clients sur cinq (84 %) ont été orientés ou transférés vers des établissements ou d'autres agences à la suite de l'obtention du congé de réadaptation dans le but de recevoir des services supplémentaires relatifs aux troubles pour lesquels ils étaient en réadaptation. Les données du SNIR suggèrent que 16 % des clients n'ont été transférés ou orientés vers aucun service ou n'avaient pas d'information de cette nature associée à leur épisode pour d'autres raisons, p. ex. la décision unilatérale de quitter le programme de réadaptation.

Parmi les clients orientés vers des services après leur sortie, 38 % ont été orientés vers des agences de soins à domicile, 15 % vers des services de soins ambulatoires en établissement et 14 % vers un praticien en cabinet privé, comme un médecin de famille ou un physiothérapeute. Les autres clients ont été transférés vers différents types de soins en milieu hospitalier. Par exemple, 8 % des clients ont été orientés vers des unités de soins de courte durée et 4 % vers d'autres unités de réadaptation pour patients hospitalisés. *(Statistiques éclair, tableau 11)*

Comme l'illustre la figure 2.9, il existait certaines différences entre les services vers lesquels on a orienté les clients au moment de leur sortie selon le type d'établissement duquel ils sont sortis. Les clients qui ont obtenu leur congé d'un établissement général étaient plus susceptibles d'être orientés vers des agences de soins à domicile que ceux qui ont obtenu leur congé d'un établissement spécialisé (45 % par rapport à 26 %). L'inverse était vrai chez les clients orientés vers les services de soins ambulatoires ou vers les praticiens en cabinet privé. Parmi les clients qui ont obtenu leur congé d'un établissement spécialisé, un sur cinq (20 %) a été orienté vers les services de soins ambulatoires et une proportion semblable de clients ont été orientés vers les praticiens en cabinet privé. Par opposition, un client sur huit (13 %) qui a obtenu son congé d'un établissement général a été orienté vers les services de soins ambulatoires et un client sur dix (10 %), vers les praticiens en cabinet privé. Les prochains rapports du SNIR jetteront peut-être la lumière sur les répercussions de la composition des groupes de clients sur les écarts possibles entre les établissements spécialisés et généraux.

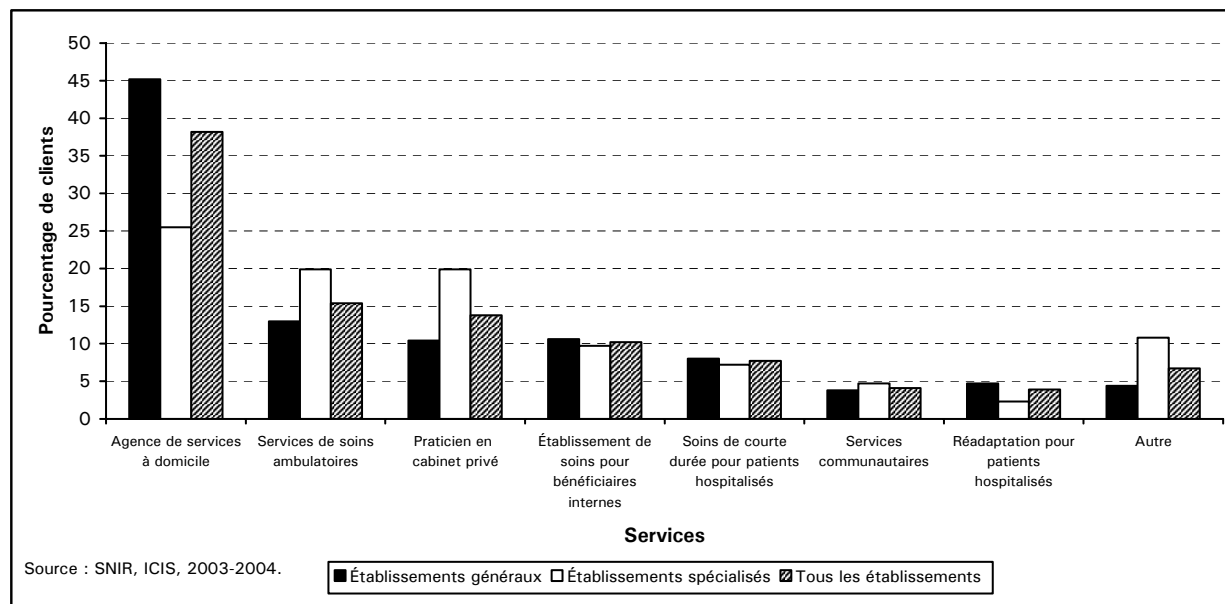


Figure 2.9 Services vers lesquels les patients hospitalisés ont été orientés à la sortie de la réadaptation, 2003-2004

Conditions de logement avant l'admission et après la sortie

Dans les sections précédentes du présent chapitre, on a passé en revue les conditions de logement des clients avant l'admission dans un établissement pour patients hospitalisés en réadaptation. La présente section traite des différents types de conditions de logement des clients en réadaptation en 2003-2004 après l'obtention du congé d'un programme de réadaptation. Souvent, le processus par lequel on trouve un nouveau milieu de vie pour un client incapable de réintégrer le milieu qu'il occupait avant son admission exige d'importantes ressources (tant humaines que financières). L'indicateur examiné ici donne de l'information sur le taux de retour en collectivité à la suite d'un traitement en réadaptation et sur le taux de transfert dans un établissement qui dispense des services de soins, tels que les résidences avec services ou les établissements de soins pour bénéficiaires internes.

La figure 2.10 fait état des conditions de logement après la sortie des clients en fonction de leurs conditions de logement avant l'admission. La figure montre que la plupart des clients ont regagné leurs conditions de logement initiales après avoir obtenu leur congé de l'établissement de réadaptation, ce qui suggère qu'ils ont au moins pu retrouver le minimum des fonctions exigées pour vivre dans ce milieu. Par exemple, 60 % de tous les clients qui vivaient dans une résidence avec services avant d'entrer dans le système de soins de santé sont retournés dans le même milieu après leur séjour en réadaptation, tandis que 20 % ont été placés dans un milieu de soins pour bénéficiaires internes. Veuillez noter que la catégorie « autre/inconnu » englobent les clients qui sont soit décédés, soit déménagés dans un autre type de résidence ou pour qui on ne connaissait pas les conditions de logement après la sortie (p. ex. parce qu'ils avaient été transférés dans un autre hôpital).

Les clients qui avaient reçu des services de santé payés avant leur admission étaient moins susceptibles de réintégrer leur domicile à la sortie comparativement à ceux qui n'en avaient pas reçu. Par exemple, 73 % des clients qui avaient reçu des services de santé payés avant leur admission sont retournés à la maison ou dans un appartement (avec ou sans services payés) à la sortie, tandis que 15 % ont déménagé dans une résidence avec services ou dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. Par comparaison, 84 % des clients qui n'avaient pas reçu de services de santé payés ont réintégré leur domicile, tandis que seulement 8 % sont déménagés dans une résidence avec services ou dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. (*Statistiques éclair, tableau 12*)

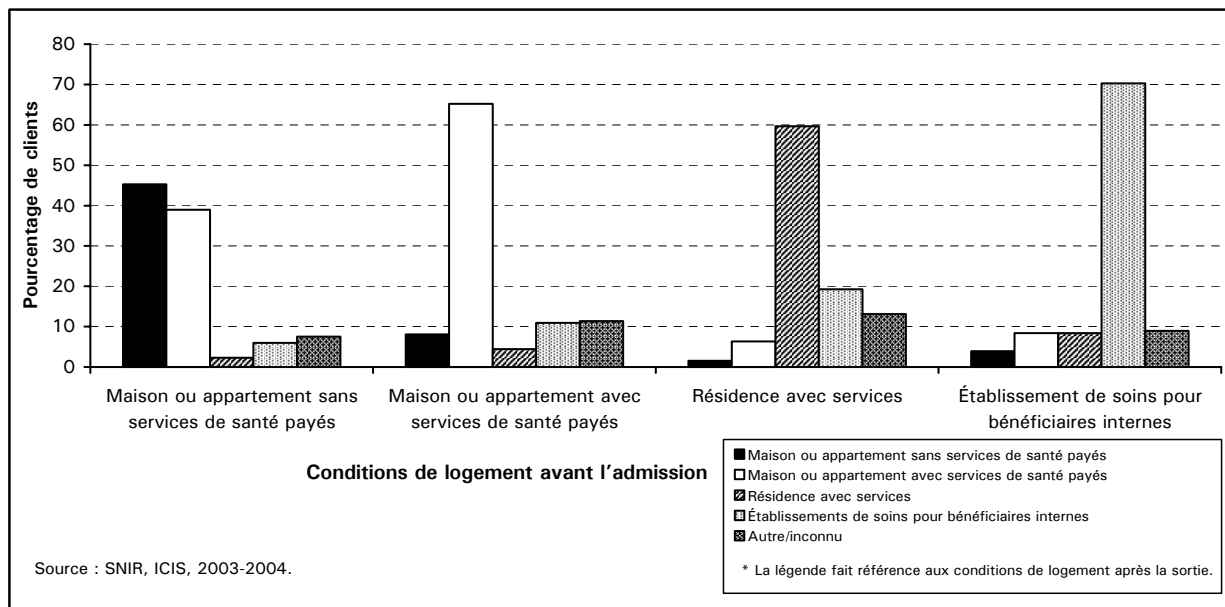


Figure 2.10 Conditions de logement des patients hospitalisés en réadaptation avant l'admission et après la sortie, 2003-2004

Sommaire

Des évaluations complètes d'admission et de sortie pour 26 800 clients qui ont obtenu leur congé des établissements de réadaptation pour patients hospitalisés en 2003-2004 ont été soumis au SNIR. Ce chapitre a souligné les caractéristiques des clients, des établissements et des épisodes de réadaptation signalés dans le SNIR. Quelques différences notables dans les types d'établissements, les caractéristiques démographiques et les modes d'orientation ont été présentées dans le but de faire le survol des services pour patients hospitalisés dans les établissements participants au Canada.

Ce que nous savons

- En 2003-2004, l'âge moyen des patients hospitalisés en réadaptation était de 70 ans.
- La proportion de femmes augmentait avec l'âge des clients.
- Plus de 9 clients sur 10 ont été orientés vers des services de réadaptation pour patients hospitalisés depuis des établissements de soins de courte durée.
- Parmi les clients pour qui on connaissait la date à laquelle ils étaient cliniquement prêts pour leur admission à la réadaptation pour patients hospitalisés, 52 % ont été admis le jour même. Seulement deux pour cent des clients ont dû attendre plus de 30 jours pour leur admission.
- Soixante-six pour cent des clients ont déclaré avoir eu besoin d'un certain niveau de soutien informel afin de mener à bien leurs activités quotidiennes avant l'admission en réadaptation.
- La majorité des clients ont été orientés vers les services d'un établissement ou d'une agence après avoir obtenu leur congé de la réadaptation. Près de 60 % des clients ont été orientés vers des agences de services à domicile et 20 %, vers des services de soins ambulatoires.

Ce que nous ignorons

- Les raisons qui expliquent les variations entre la date à laquelle le patient est jugé prêt à être admis en réadaptation et la date à laquelle il est réellement admis en réadaptation. Ces raisons varient d'un établissement à l'autre et peuvent être liées à des facteurs tels le processus d'admission, la dotation, la disponibilité des lits ou la composition des groupes de clients.
- La nature précise et l'ampleur des services de réadaptation vers lesquels les clients ont été orientés après leur sortie ainsi que la disponibilité de ces services. Davantage d'information dans ce domaine faciliterait la planification dans l'ensemble des soins au fur et à mesure que les clients obtiennent leur congé de soins en milieu hospitalier.

Chapitre 3. Groupes de clients en réadaptation

Les clients sont orientés vers les programmes de réadaptation afin d'améliorer leurs capacités fonctionnelles qui se sont détériorées à la suite d'une blessure, d'une maladie ou d'une chirurgie. Les problèmes de santé qui donnent lieu à un recours aux services de réadaptation, p. ex. les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrite et les lésions traumatiques de la moelle épinière, requièrent des ressources de santé et des méthodes de réadaptation qui varient considérablement. Le regroupement de clients par problème de santé et la comparaison de données au sein de ces groupes et entre ceux-ci donnent de l'information qui permet de mieux comprendre les variations dans la prestation des services de réadaptation et dans les résultats des clients.

Dans le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR), on classe un client en réadaptation dans l'un des 17 groupes de problèmes de santé, appelés « groupes de clients en réadaptation » (GCR). Le GCR choisi pour un client en particulier est fondé sur le problème qui décrit le mieux la raison principale de l'admission du client à l'unité ou à l'établissement de réadaptation pour patients hospitalisés, par exemple un accident vasculaire cérébral ou l'amputation d'un membre. Certains GCR sont divisés en sous-groupes, ce qui facilite la réalisation d'une analyse plus précise des groupes qui renferment un nombre considérable de clients. Ainsi, le GCR « amputation d'un membre » est subdivisé en groupes qui reflètent le membre amputé et le niveau de l'amputation. La liste des GCR du SNIR se trouve à l'annexe B. Aux fins du présent rapport, seuls les 17 groupes principaux et certains sous-groupes choisis sont discutés. Dans la plupart des tableaux et figures du présent rapport, les GCR sont présentés en ordre décroissant du nombre de clients. Lorsqu'on utilise le terme « Autres groupes de clients en réadaptation » dans une figure ou un tableau, il s'agit d'un regroupement de deux ou de plusieurs GCR qui a été fait en raison du faible nombre de clients à l'intérieur de ces groupes.

Répartition générale des groupes de clients en réadaptation

Deux GCR, soit « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral », englobaient les deux tiers (66 %) de tous les clients en réadaptation pour patients hospitalisés sortis des établissements participants en 2003-2004. La figure 3.1 montre que près de la moitié des clients (49 %) ont reçu des services de réadaptation à la suite de troubles orthopédiques, comme une fracture de la hanche ou une arthroplastie de la hanche ou du genou, tandis que près d'un cinquième de tous les clients (17 %) ont reçu ces services à la suite d'un accident vasculaire cérébral.

Les autres GCR représentaient une proportion considérablement moindre de clients : « troubles médicalement complexes », 7 % de tous les clients; « dysfonctionnement cérébral », 4 %; « débilite », 4 % et « amputation d'un membre », 4 %. Trois pour cent des clients ont reçu des services de réadaptation à la suite d'un dysfonctionnement de la moelle épinière, ce qui comprend la paraplégie et la quadriplégie non traumatiques ou traumatiques, ainsi que d'autres lésions de la moelle épinière. Les 12 % qui restent ont reçu des services de réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'autres problèmes, comme l'arthrite, les troubles cardiaques, les lésions traumatiques multiples graves, les syndromes algiques et les troubles pulmonaires. (*Statistiques éclair, tableau 13*)

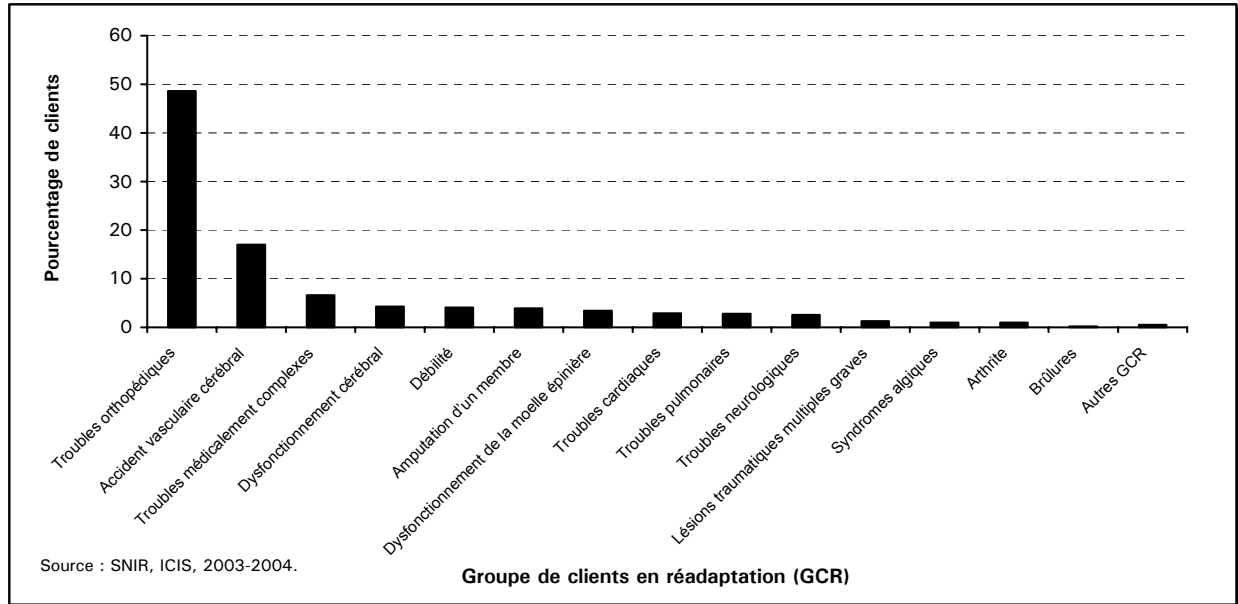


Figure 3.1 Répartition des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Groupes de clients en réadaptation par type d'établissement

Bien que les clients en orthopédie ou ceux qui ont subi un AVC aient constitué de loin les deux plus grands groupes dans les établissements de réadaptation généraux et spécialisés en 2003-2004, certaines différences caractérisaient la répartition des clients dans les GCR selon le type d'établissement dispensateur de services de réadaptation.

Les établissements généraux présentaient des proportions d'admission relativement plus élevées pour les clients des groupes « troubles orthopédiques », « troubles médicalement complexes » et « débilité ». Ainsi, 54 % des clients admis dans les établissements généraux ont reçu des services de réadaptation en raison de troubles orthopédiques comparativement à 40 % des clients admis dans les établissements spécialisés. Par opposition, les établissements spécialisés affichaient une proportion relativement élevée d'admissions en raison d'un « dysfonctionnement cérébral », d'un « dysfonctionnement de la moelle épinière » et d'une « amputation d'un membre ». Par exemple, les admissions pour un « dysfonctionnement de la moelle épinière » représentaient seulement 1 % de toutes les admissions dans les établissements généraux, comparativement à 7 % de toutes les admissions dans les établissements spécialisés. Les établissements généraux et spécialisés affichaient des proportions semblables de clients admis en réadaptation pour patients hospitalisés à la suite d'un accident vasculaire cérébral (17 %). (*Statistiques éclair, tableau 13*)

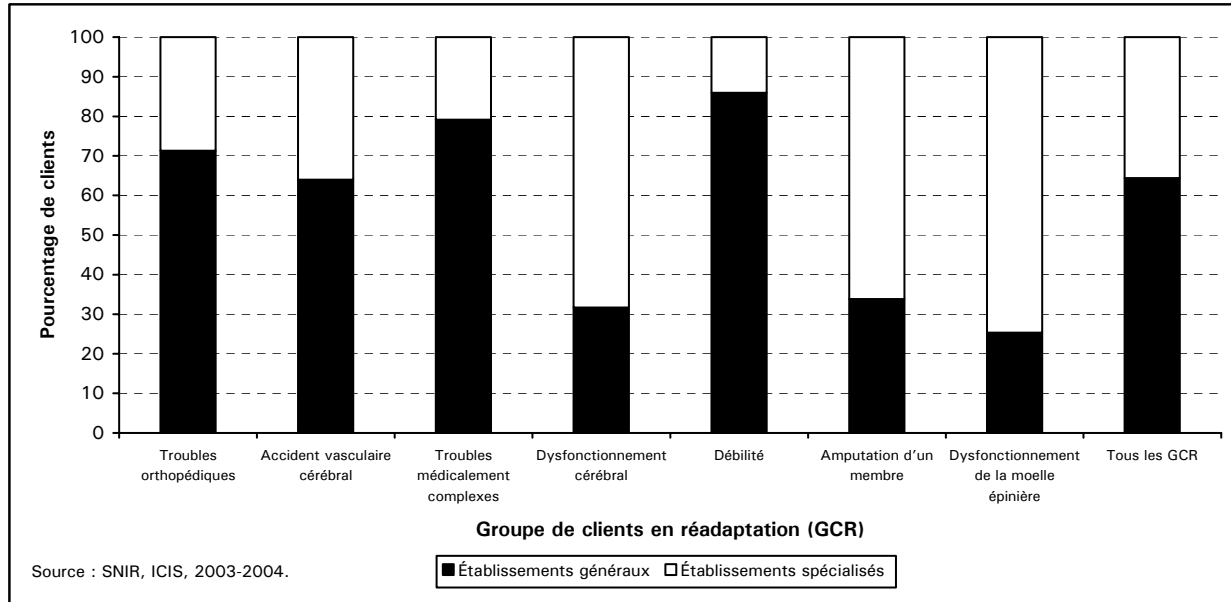


Figure 3.2 Répartition des patients hospitalisés en réadaptation selon le type d'établissement et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

La figure 3.2 est une représentation graphique des proportions d'admissions des GCR par type d'établissement. Les GCR « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral », « débilité » et « troubles médicalement complexes » représentaient une proportion considérable de clients admis dans les établissements généraux. Par exemple, 71 % des clients du GCR « troubles orthopédiques » ont été admis dans des établissements généraux tandis que seulement 29 % ont été admis dans des établissements spécialisés. Ces données sur les clients orthopédiques, qui sont majoritairement âgés, correspondent aux données démographiques du chapitre 2 selon lesquelles les clients âgés du SNIR (de 75 ans et plus) ont été admis plus fréquemment dans les établissements généraux. Les sections subséquentes du présent chapitre montreront que les clients âgés le plus souvent admis en réadaptation font partie des GCR « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral », « débilité » et « troubles médicalement complexes ». Les GCR « dysfonctionnement cérébral », « amputation d'un membre » et « dysfonctionnement de la moelle épinière », troubles davantage fréquent chez les jeunes clients, représentaient les proportions les plus grandes de clients admis dans les établissements spécialisés. Par exemple, les trois quarts (75 %) de tous les clients présentant un dysfonctionnement de la moelle épinière ont été admis dans des établissements spécialisés, comparativement à seulement un quart (25 %) dans des établissements généraux. (*Statistiques éclair, tableau 14*)

Nombre de jours en attente de l'admission

Comme on le mentionne dans le chapitre précédent, la date à laquelle les clients étaient prêts à être admis en réadaptation était inconnue pour un cinquième (20 %) des clients signalés dans le SNIR en 2003-2004. Ces clients ont donc été exclus de l'analyse qui suit. Cette exclusion devrait être prise en considération au moment d'interpréter les résultats des données sur les jours en attente de l'admission présentés ci-dessous.

En général, les clients du SNIR pour lesquels on connaissait la date à laquelle ils étaient prêts pour l'admission en réadaptation affichaient une attente médiane de zéro jours avant d'être admis en réadaptation pour patients hospitalisés. Comme le révèle la figure 3.3, les clients des GCR « troubles orthopédiques », « troubles médicalement complexes » et « troubles pulmonaires » avaient l'attente médiane la plus courte, soit zéro jour (c.-à-d. que la moitié de ces clients ont été admis le jour même où ils ont été jugés prêts à recevoir des services de réadaptation). Le temps d'attente médian pour les clients des GCR « accident vasculaire cérébral », « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière » se chiffrait à une journée. Les clients des GCR « amputation d'un membre » et « brûlures » avaient tendance à attendre le plus longtemps avant d'être admis à un établissement de réadaptation, avec une médiane de deux jours. Tel que mentionné au chapitre 2, on utilise la médiane au lieu de la moyenne en raison du vaste écart de valeurs déclarées en ce qui a trait au nombre de jours en attente de l'admission. (*Statistiques éclair, tableau 15*)

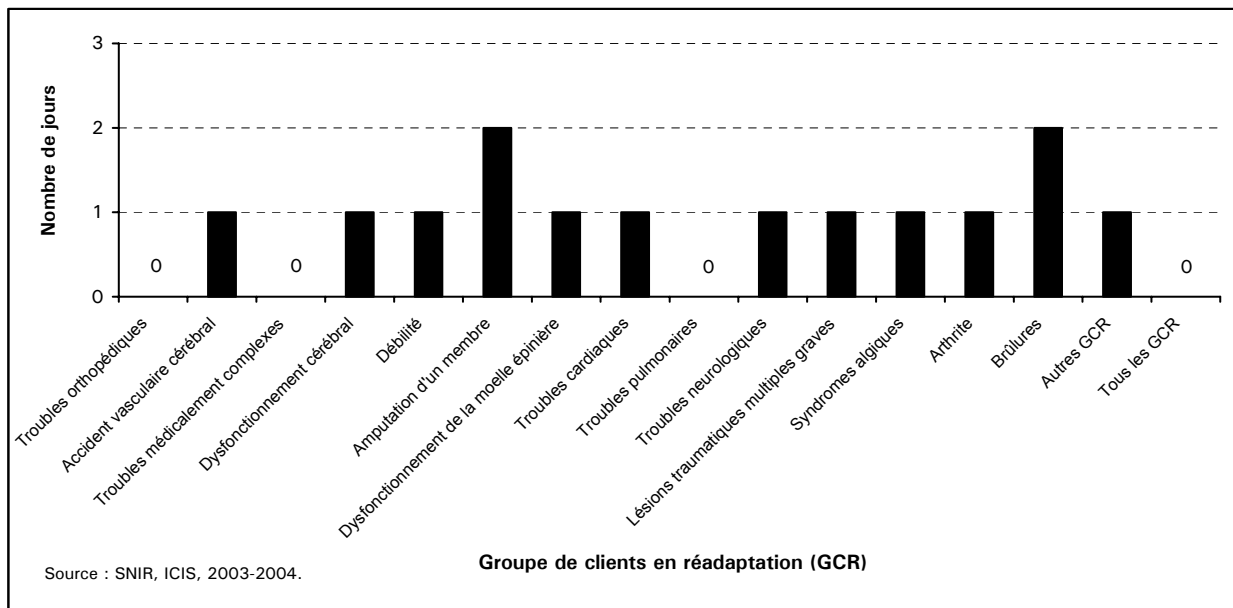


Figure 3.3 Nombre médian de jours en attente de l'admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Caractéristiques démographiques

Le chapitre 2 décrivait la répartition selon l'âge et le sexe des clients qui ont reçu des services de réadaptation pour patients hospitalisés dans les établissements participants en 2003-2004. Dans le présent chapitre, les caractéristiques sur l'âge et le sexe des clients sont présentées en fonction des sept GCR les plus fréquents : « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral », « troubles médicalement complexes », « dysfonctionnement cérébral », « débilite », « amputation d'un membre » et « dysfonctionnement de la moelle épinière ». Quatre-vingt-huit pour cent de tous les épisodes signalés dans le SNIR en 2003-2004 étaient associés à ces GCR.

La figure 3.4 montre que le GCR « troubles orthopédiques » affichait la plus forte proportion de femmes en 2003-2004, soit 69 % comparativement à 31 % pour les hommes. Le GCR « débilite » se classait au deuxième rang avec des proportions de 61 % et de 39 % respectivement. L'écart entre la proportion femmes-hommes des GCR « troubles médicalement complexes » et « accident vasculaire cérébral » était moindre. En effet, le GCR « accident vasculaire cérébral » se composait de 46 % de femmes et de 54 % d'hommes; le GCR « troubles médicalement complexes », de 54 % de femmes et de 46 % d'hommes. En revanche, les clients des GCR « amputation d'un membre », « dysfonctionnement cérébral » ou « dysfonctionnement de la moelle épinière » étaient le plus souvent des hommes. La proportion d'hommes dans ces GCR variait de 61 à 68 %. (*Statistiques éclair, tableau 16*)

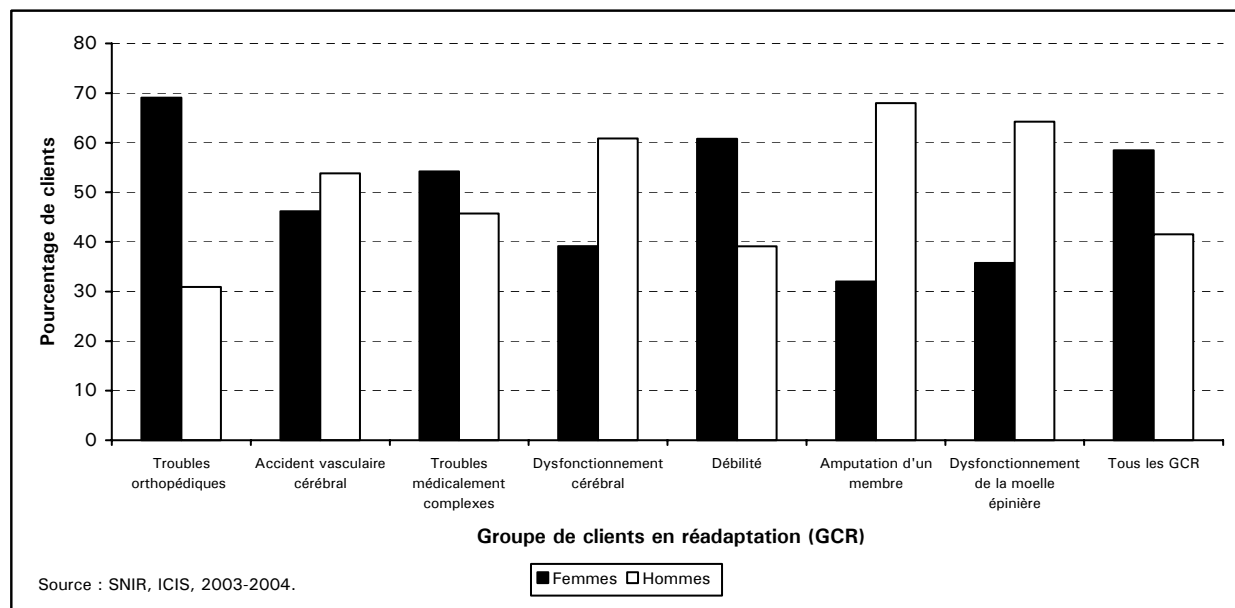


Figure 3.4 Sexe des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Bien que les GCR « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral », « débilite » et « troubles médicalement complexes » présentent des variations entre les sexes, la figure 3.5 révèle certaines ressemblances entre les répartitions selon l'âge pour ces groupes. Chacun de ces groupes est caractérisé par une grande proportion de clients de 75 ans et plus mais le GCR « débilite » affiche la proportion la plus élevée : 65 %. Les clients classés dans le GCR « débilite » sont habituellement admis en réadaptation à la suite d'une perte générale des fonctions sans problème médical distinct ni facteur de causalité. Les clients de ce groupe, en règle générale, sont souvent plus âgés. Conformément aux données démographiques présentées antérieurement, la plus forte représentation du GCR « débilite » est celle des femmes de 75 ans et plus.

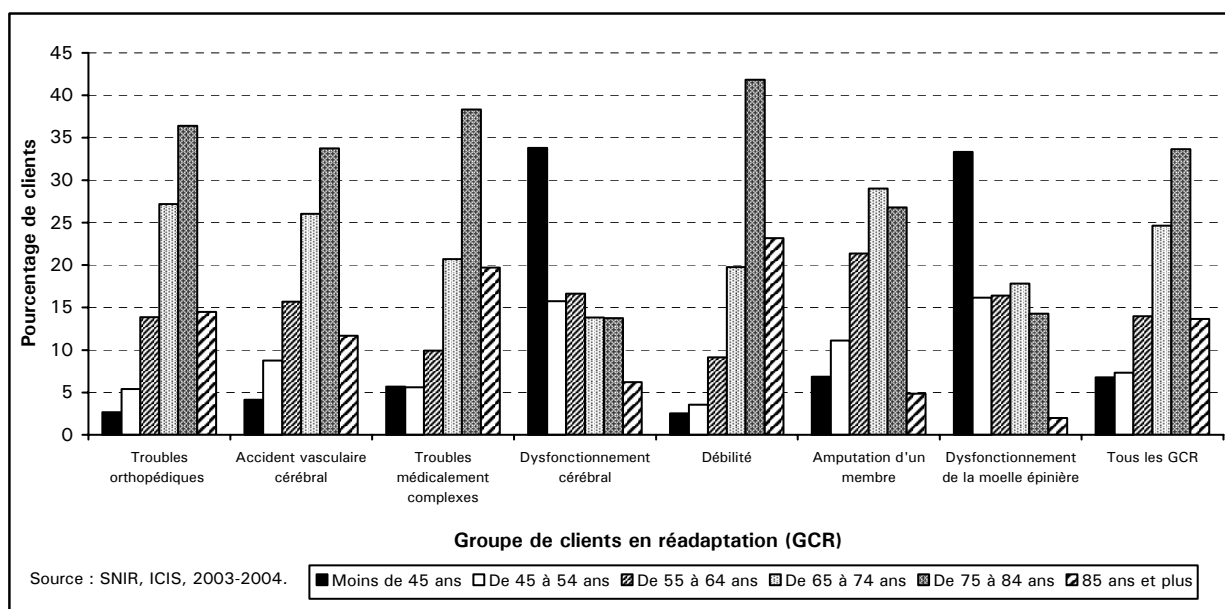


Figure 3.5 Âge des patients hospitalisés en réadaptation au moment de l'admission selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Les autres GCR qui affichent des proportions élevées de clients de plus de 75 ans sont « troubles médicalement complexes » : 58 %; « troubles orthopédiques » : 51 % et « accident vasculaire cérébral » : 45 %. Les clients ayant subi une amputation étaient généralement légèrement plus jeunes que les clients en orthopédie ou que ceux ayant subi un accident vasculaire cérébral. Les plus fortes proportions de clients se trouvaient dans les groupes d'âge de 65 à 74 ans et de 75 à 84 ans (29 et 27 % respectivement). La répartition par âge des GCR « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière » était semblable et ces GCR affichaient des proportions relativement élevées de clients dans le groupe d'âge le plus jeune (moins de 45 ans) : 34 et 33 % respectivement. (*Statistiques éclair, tableau 17*)

L'analyse de l'âge et du sexe des clients de chaque GCR a permis de constater que, pour les GCR « troubles orthopédiques », « débilite », « amputation d'un membre », « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière », les hommes ou les femmes dans un ou deux groupes d'âge représentaient une proportion considérable de clients dans chacun de ces GCR. La figure 3.6 indique que les clients en orthopédie étaient généralement des femmes âgées : 38 % des clients en orthopédie étaient des femmes de 75 ans ou plus, alors que les hommes du même groupe d'âge ne formaient que 13 % des clients. Dans la même veine, les femmes de 75 ans et plus composaient la majorité du GCR « débilite » : elles représentaient 42 % de tous les clients de ce GCR. En revanche, parmi les clients qui ont subi une amputation, les hommes âgés entre 65 et 84 ans constituaient le groupe prédominant, représentant les deux cinquièmes (39 %) de ce groupe de clients. Les femmes du même groupe d'âge totalisaient seulement 17 % des clients de ce GCR. Le groupe des hommes de moins de 45 ans prédominait dans les GCR « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière » et représentait 24 et 23 % de ces GCR respectivement.

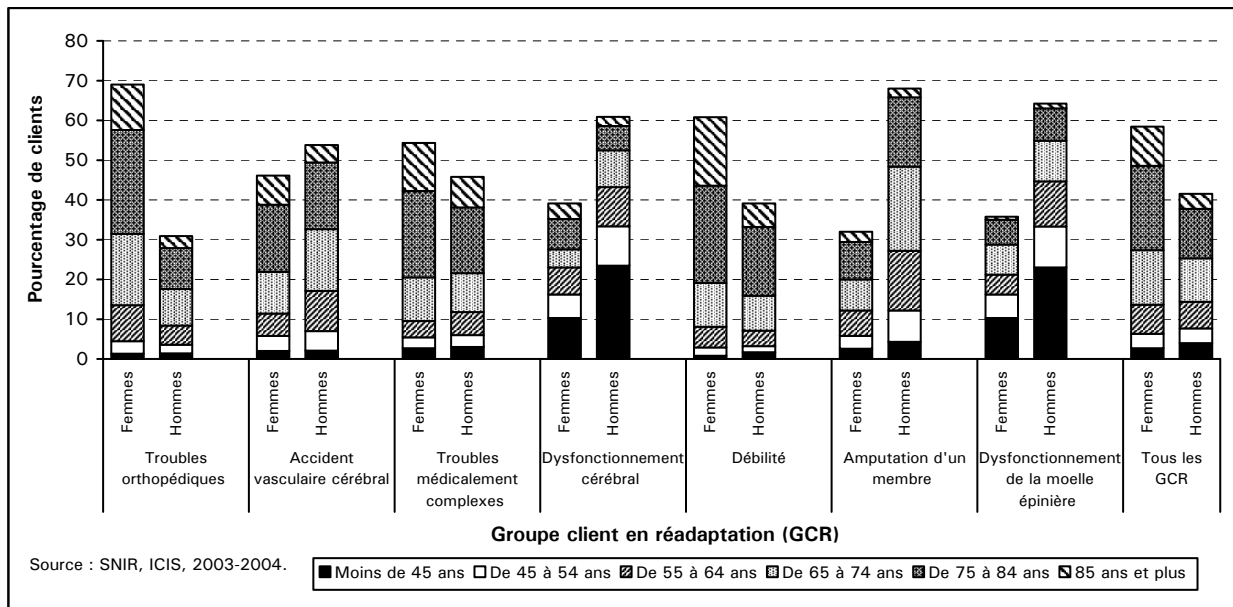


Figure 3.6 Âge et sexe des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Dans les GCR « accident vasculaire cérébral » et « troubles médicalement complexes », les proportions selon le sexe étaient semblables. Par exemple, la proportion la plus élevée de clients ayant subi un AVC revenait au groupe des 75 à 84 ans, dans lequel la représentation des deux sexes était presque la même : 17 % pour tous les clients qui ont subi un AVC. (*Statistiques éclair, tableau 18*)

Clients des GCR « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière » du Système national d'information sur la réadaptation

Dans la base de données du SNIR, les GCR « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière » sont subdivisés selon que le problème de santé découle ou non d'un traumatisme. L'examen des données de ces GCR en fonction des deux catégories, soit traumatiques ou non traumatiques, révèle certaines tendances dans la présence de ces problèmes en fonction de l'âge et du sexe. Consultez, à titre d'exemple, la figure 3.7, qui rend compte du GCR « dysfonctionnement de la moelle épinière ».

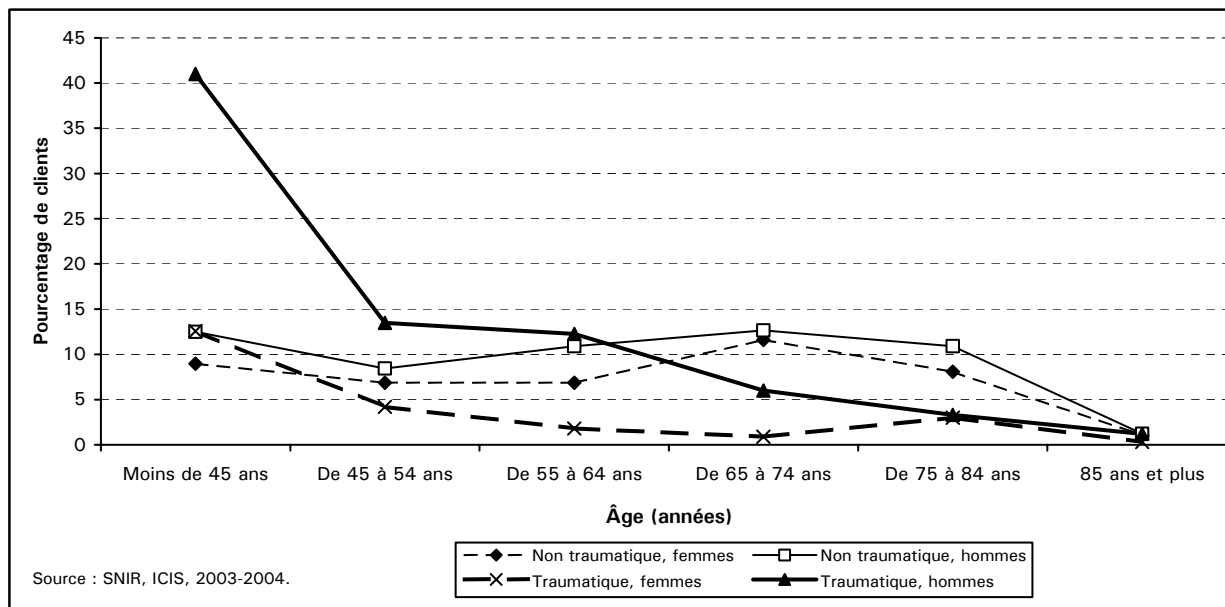


Figure 3.7 Répartition des patients hospitalisés en réadaptation en raison d'un dysfonctionnement de la moelle épinière selon l'âge et le sexe, 2003-2004

Si on examine la figure 3.7, on remarque que les hommes de moins de 45 ans qui souffrent d'un dysfonctionnement traumatique de la moelle épinière représentent une proportion considérable des clients de ce GCR ainsi que la proportion la plus élevée de clients dans l'ensemble du GCR « dysfonctionnement de la moelle épinière ». Pour leur part, les femmes qui souffrent d'un dysfonctionnement traumatique de la moelle épinière représentent également la plus importante proportion de clients dans ce groupe d'âge, bien qu'elles soient encore loin du nombre d'hommes.

En général, la proportion de clients qui ont un dysfonctionnement traumatique de la moelle épinière diminue avec l'âge. Une tendance semblable est constatée chez les clients qui souffrent de dysfonctionnement cérébral (aucune figure à l'appui). Cette tendance suggère que toute analyse en profondeur des clients des GCR « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière » devrait établir une distinction entre les groupes traumatiques et non traumatiques de manière à obtenir un portrait précis des clients les plus fréquents dans chacun de ces groupes. (*Statistiques éclair, tableaux 19 et 20*)

Conditions de logement avant l'admission

En 2003-2004, plus des neuf dixièmes (93 %) des clients en réadaptation pour patients hospitalisés habitaient dans une maison ou un appartement avant leur admission en milieu hospitalier. Cette proportion s'échelonnait de 85 % pour les clients dans le GCR « troubles neurologiques » à 95 % pour les clients dans les GCR « lésions traumatiques multiples graves », « arthrite » et « dysfonctionnement de la moelle épinière ».

Dans le SNIR, lorsqu'un client vivait dans une maison ou un appartement, on a également inscrit s'il avait reçu des services de santé payés ou non avant son admission. Les services de santé payés font référence aux services de soins de santé que le client paie lui-même ou que son assurance paie et qui sont dispensés à domicile. Ces services ne comprennent pas ceux couverts par un régime provincial d'assurance-maladie. Selon la figure 3.8, la proportion de clients qui vivaient dans une maison ou un appartement *et* qui avaient reçu des services de santé payés variait d'un GCR à l'autre. Cette proportion se faisait plus importante chez les clients des GCR « débilité » et « amputation d'un membre » (33 % et 39 % respectivement) et plus faible chez les clients des GCR « lésions traumatiques multiples graves » et « dysfonctionnement cérébral » (4 % et 7 % respectivement). Le GCR « accident vasculaire cérébral » présentait également une proportion relativement faible de clients (11 %) qui avaient reçu des services de santé payés dans leur maison ou leur appartement avant l'admission. (*Statistiques éclair, tableau 21*)

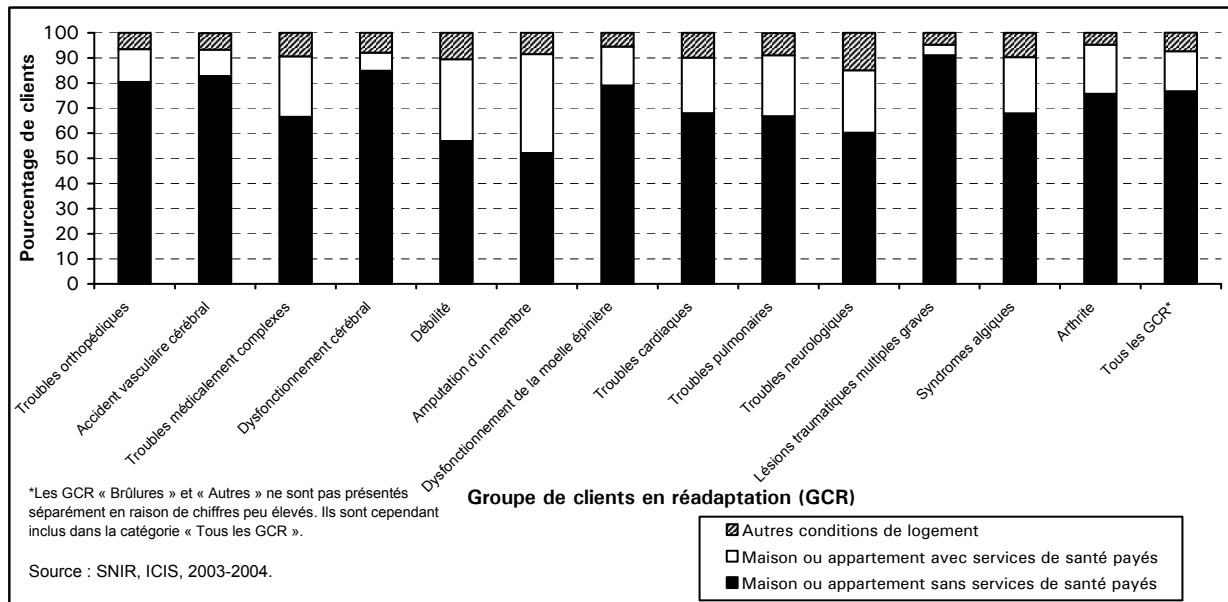


Figure 3.8 Conditions de logement avant l'admission des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Notes fonctionnelles totales

Lorsque les clients sont admis dans un établissement de réadaptation qui participe au SNIR, on évalue leurs fonctions motrices et cognitives dans les 72 heures suivant l'admission au moyen de l'instrument FIM^{MD}, mis au point par la *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDS_{MR}). Dans la mesure du possible, on effectue une évaluation semblable lorsque le client sort de l'établissement. L'instrument FIM^{MD} contient 18 éléments : 13 de ces éléments servent à l'évaluation des fonctions motrices, comme l'alimentation et la marche (appelées « éléments moteurs »), et 5 éléments évaluent les fonctions cognitives, comme la communication et l'interaction sociale (appelées « éléments cognitifs »). La liste complète de ces éléments apparaît à l'annexe C. Les 18 éléments de l'instrument FIM^{MD} sont tous notés sur une échelle de 1 à 7. La note la plus élevée signifie que le client possède des capacités fonctionnelles élevées et qu'il est capable d'accomplir les tâches associées à l'élément. En additionnant les notes des 18 éléments, on obtient la « note fonctionnelle totale »⁴, qui sert de mesure générale des capacités fonctionnelles globales du client. La note fonctionnelle totale varie de 18 à 126 et plus la note est élevée, meilleur sera l'état fonctionnel général du client. Bien que la note fonctionnelle totale soit souvent divisée en notes distinctes pour les aspects moteur et cognitif, dans le présent rapport, on fait référence seulement aux notes fonctionnelles totales agrégées pour chacun des GCR.

Notes fonctionnelles totales à l'admission

La figure 3.9 donne la répartition des notes fonctionnelles totales à l'admission de tous les clients admis dans les établissements de réadaptation participants en 2003-2004. La répartition des notes fonctionnelles totales à l'admission révèle que relativement peu de clients affichaient des notes faibles et que la majorité des clients présentaient des notes élevées. Les notes fonctionnelles totales moyenne et médiane se chiffraient à 85 et à 89 respectivement.

⁴ Les notes fonctionnelles auxquelles on fait référence dans le présent rapport reposent sur les données recueillies au moyen de l'instrument FIM^{MD}. L'instrument FIM^{MD} dont il est question, qui compte 18 éléments, appartient à la Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR), une division de U B Foundation Activities, Inc.

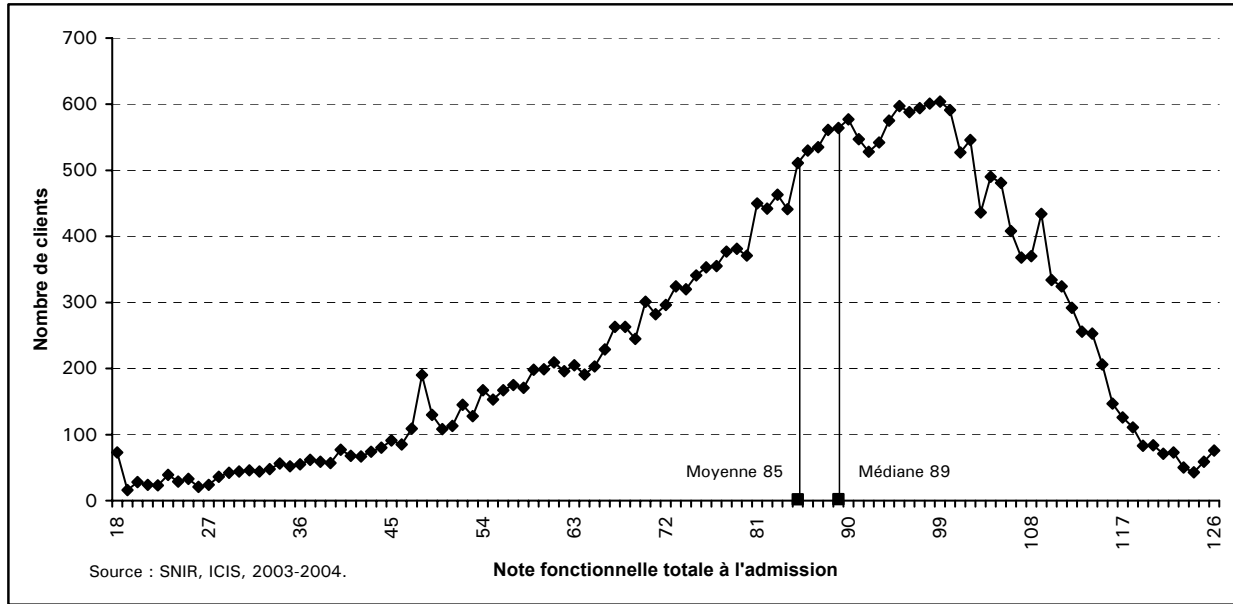


Figure 3.9 Répartition de la note fonctionnelle totale à l'admission des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004

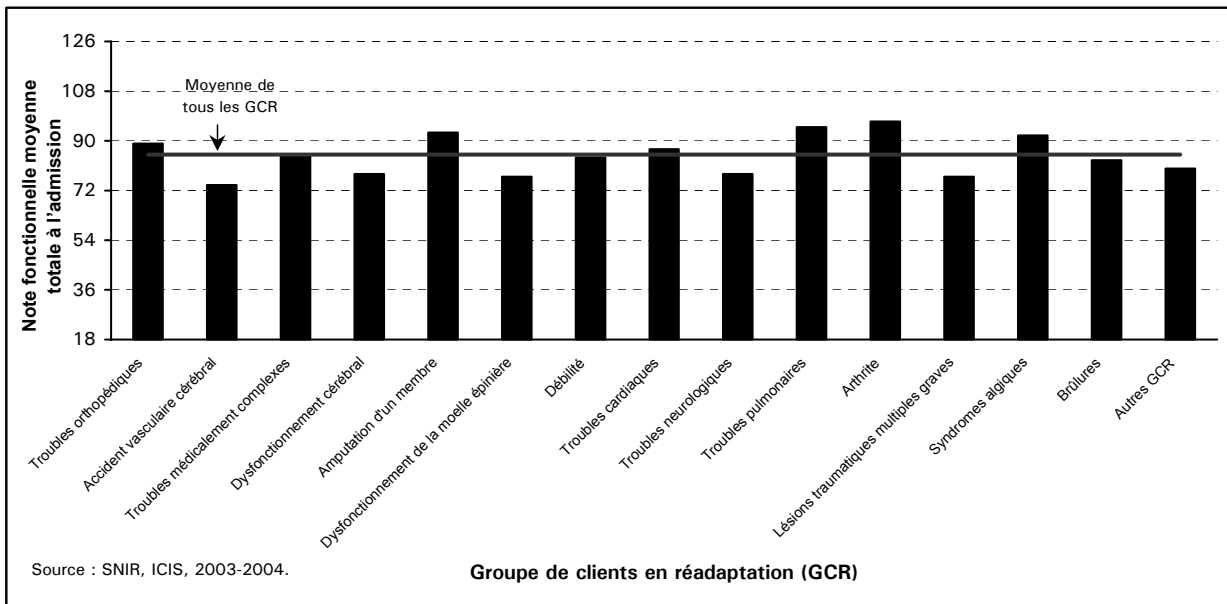


Figure 3.10 Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Comme le montre la figure 3.10, les clients du GCR « arthrite » avaient la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission la plus élevée (97). Les notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission de trois autres GCR s'établissaient dans les 90 : « troubles pulmonaires » (95), « amputation d'un membre » (93) et « syndromes algiques » (92). Les GCR qui possédaient les notes fonctionnelles moyennes totales les plus élevées à l'admission après les groupes susmentionnés étaient « troubles orthopédiques » (89), « troubles cardiaques » (87) et « troubles médicalement complexes » (84). Les GCR qui affichaient les notes fonctionnelles moyennes totales les plus faibles à l'admission étaient « troubles neurologiques » (78), « dysfonctionnement cérébral » (78), « dysfonctionnement de la moelle épinière » (77), « lésions traumatiques multiples graves » (77) et « accident vasculaire cérébral » (74). (*Statistiques éclair, tableau 22*)

L'étude des notes fonctionnelles totales à l'admission des clients et de leurs conditions de logement avant l'admission (voir la section précédente) révèle que les clients qui vivaient dans une maison ou dans un appartement sans bénéficier de services de santé payés avant l'admission semblaient présenter des capacités fonctionnelles plus élevées que les clients qui avaient bénéficié de tels services à leur domicile. Les notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission de tous les clients n'ayant pas bénéficié de services de santé payés se chiffraient à 87 comparativement à 81 pour ceux ayant bénéficié de tels services. Cette tendance se manifestait dans tous les GCR, à l'exception du GCR « lésions traumatiques multiples graves ». Les clients qui n'avaient pas reçu de services de santé payés présentaient également des notes fonctionnelles totales à l'admission plus élevées que les clients qui vivaient dans des conditions de logement différentes avant leur admission, p. ex. dans une résidence avec services ou dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. (*Statistiques éclair, tableau 23*)

Notes fonctionnelles totales à la sortie

Ce ne sont pas tous les patients hospitalisés en réadaptation qui ont obtenu une évaluation fonctionnelle complète du SNIR à la sortie. En effet, certains ont été transférés de façon inattendue dans une autre unité ou dans un autre établissement, d'autres sont morts. Parmi les clients sortis en 2003-2004, 4 % n'ont pas subi d'évaluation à la sortie au moyen de l'instrument FIM^{MD} et n'ont donc pas obtenu de note fonctionnelle totale à la sortie. La proportion de clients n'ayant pas reçu de note fonctionnelle totale à la sortie variait d'un GCR à l'autre, passant de 3 % pour les clients des GCR « troubles orthopédiques », « dysfonctionnement cérébral », « amputation d'un membre » et « troubles neurologiques » à 12 % pour les clients du GCR « débilité ». L'analyse de la note fonctionnelle totale à la sortie n'inclut que les clients pour lesquels on a évalué les capacités fonctionnelles au moyen de l'instrument FIM^{MD} à l'admission et à la sortie. Ce fait devrait être pris en considération au moment d'interpréter les résultats qui font l'objet du présent rapport.

Il est intéressant de souligner que les notes fonctionnelles totales à l'admission des clients évalués à l'admission et à la sortie se révélaient plus élevées, en moyenne, que celle des clients évalués à l'admission uniquement (c.-à-d. dont on ne connaissait pas la note fonctionnelle totale à la sortie). La note fonctionnelle moyenne totale à l'admission des clients évalués uniquement à l'admission atteignait 73 comparativement à 86 pour les personnes évaluées à l'admission et à la sortie. Des recherches plus approfondies seront nécessaires pour définir les facteurs susceptibles d'expliquer cette différence. Toutefois, il

est possible que les clients qui n'ont pas pu être évalués à la sortie en raison d'un transfert inattendu ou de leur mort aient eu davantage de problèmes de santé ou présentaient une faible note fonctionnelle à l'admission comparativement aux clients qui ont pu compléter leur séjour en réadaptation et passer l'évaluation à la sortie. (*Statistiques éclair, tableau 24*)

Dans l'ensemble, les clients qui sont sortis des établissements de réadaptation participants en 2003-2004 et dont l'évaluation de sortie a été effectuée au moyen de l'instrument FIM^{MD} affichaient une note fonctionnelle moyenne totale à la sortie de 104. Les clients admis dans les établissements pour une réadaptation en raison de brûlures ou d'arthrite affichaient les notes fonctionnelles moyennes totales à la sortie les plus élevées (110 pour les deux groupes). La note fonctionnelle moyenne totale la plus basse à la sortie revenait aux clients admis à la suite d'un trouble neurologique (94), d'un accident vasculaire cérébral (96), d'une déficience (97) ou d'un dysfonctionnement de la moelle épinière (98). (*Statistiques éclair, tableau 25*)

Différences entre les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie

L'amélioration des fonctions du client, tant physiques que cognitives, est l'objectif sous-jacent de la réadaptation. Que le client retrouve ou non le niveau fonctionnel qu'il avait avant sa maladie ou sa blessure, l'objectif de l'équipe clinique est de maximiser les fonctions du client afin qu'il puisse vivre de façon aussi autonome que possible. En réadaptation, on mesure les niveaux fonctionnels à l'aide d'une panoplie d'outils quantitatifs d'évaluation. Dans le SNIR, les fonctions sont surtout évaluées à l'aide de l'instrument FIM^{MD}. L'analyse des notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie donne de l'information sur les différences entre les capacités fonctionnelles des clients des divers GCR. Les comparaisons des groupes de clients fondées sur les *différences* entre les notes fonctionnelles à l'admission et à la sortie jettent la lumière sur les améliorations des fonctions motrices et cognitives constatées au cours de la réadaptation. Une augmentation prononcée entre la note fonctionnelle totale à l'admission et celle à la sortie indique que le client a atteint un niveau fonctionnel élevé (par rapport à celui constaté à l'admission). La présente section traite de la différence moyenne entre la note fonctionnelle totale à l'admission et celle à la sortie pour les différents groupes de clients en réadaptation du SNIR.

Dans l'ensemble, la différence entre les notes fonctionnelles moyennes totales de tous les clients au cours de 2003-2004 se chiffrait à 19 (note moyenne totale à l'admission : 86; à la sortie : 104). L'analyse des différences entre les notes fonctionnelles totales par GCR peut fournir de la précieuse information qui permettrait de définir les variations en matière d'améliorations fonctionnelles chez les clients qui souffrent de problèmes de santé distincts. La figure 3.11 affiche le changement dans la note fonctionnelle moyenne totale des clients de chaque GCR de l'admission à la sortie. Les clients souffrant de lésions traumatiques multiples graves ont enregistré le changement moyen le plus important dans la note fonctionnelle totale, soit 31 points, passant de 77 à l'admission à 108 à la sortie. Les clients des GCR « dysfonctionnement cérébral », « accident vasculaire cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière » présentaient des augmentations semblables, par contre elles étaient de l'ordre des 21 ou 22 points. Les clients souffrant d'un trouble pulmonaire affichaient le changement moyen le plus faible dans la note fonctionnelle totale,

avec une augmentation de 11 points. En raison de l'arrondissement des chiffres, la différence absolue entre la note fonctionnelle totale à l'admission et celle à la sortie peut ne pas correspondre aux différences entre les notes fonctionnelles totales présentées dans les autres figures et les tableaux. (*Statistiques éclair, tableau 25*)

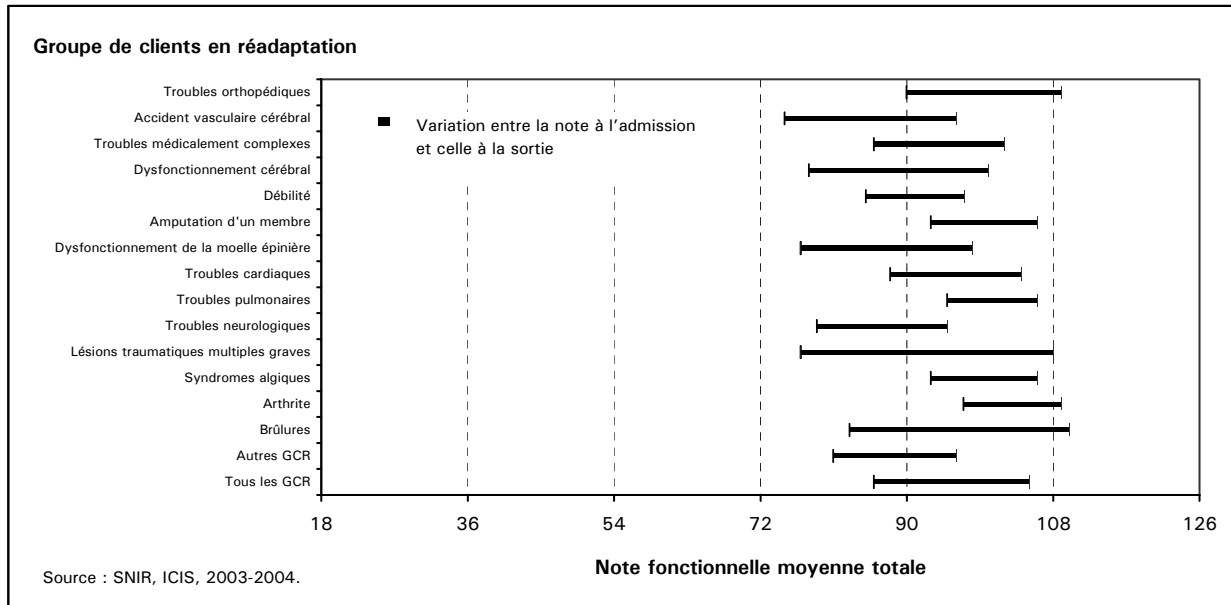


Figure 3.11 Variation de la note fonctionnelle moyenne totale des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

La différence entre les notes fonctionnelles est toujours relative aux notes fonctionnelles totales à l'admission et elle ne devrait pas être interprétée sans tenir compte de ce fait. Lorsqu'on examine la figure ci-dessus, il faut tenir compte des points relatifs « de commencement » et « de fin » (soit les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie). Le GCR « arthrite », par exemple, présente une différence relativement modeste de 13 points entre les notes fonctionnelles totales à l'admission et celles à la sortie. Ceci pourrait s'expliquer en partie par la nature chronique et progressive des nombreux diagnostics liés à l'arthrite. Toutefois, les clients du GCR « arthrite » affichaient également la note fonctionnelle moyenne totale la plus élevée à l'admission (97 points), ce qui réduit la marge d'amélioration possible telle qu'elle est mesurée à l'aide de l'instrument FIM^{MD}. De même, les clients dans les GCR « brûlures » et « débilité » affichaient, à l'admission, des notes fonctionnelles moyennes totales semblables (83 et 85 points respectivement). Or, les données sur les clients du GCR « brûlures » suggèrent que ces clients semblent, en moyenne, avoir fait plus de progrès que les clients du GCR « débilité ». Les différences en termes d'amélioration fonctionnelle parmi les différents GCR peuvent être influencées par des facteurs tels que l'âge, l'état fonctionnel avant la blessure ou la maladie et la durée du séjour en réadaptation, pour ne nommer que ceux-ci. Des recherches plus approfondies seront nécessaires pour déterminer l'incidence de ces facteurs sur les variations entre les notes fonctionnelles totales des différents groupes de clients.

Durée du séjour

De nombreux facteurs peuvent jouer sur la durée du séjour dans un programme ou dans une unité de réadaptation, notamment l'âge du client, le nombre de lits dans un établissement, la dotation et la disponibilité des ressources nécessaires pour les soins après la sortie, pour ne nommer que ceux-ci. Aussi peut-il être difficile de comparer de façon significative les durées du séjour des clients en réadaptation. Cela étant, il peut tout de même s'avérer intéressant de soulever certaines différences entre les durées du séjour des différents groupes de clients.

La figure 3.12 présente la durée médiane du séjour des clients de chaque GCR, interruptions de service exclues. Les clients des GCR « dysfonctionnement de la moelle épinière » et « brûlures » affichaient les durées médianes du séjour les plus longues (44 et 43 jours respectivement). Pour leur part, les clients des GCR « arthrite » et « troubles orthopédiques » présentaient tous deux la durée médiane du séjour la plus courte, soit 14 jours. Les clients du GCR « troubles cardiaques » affichaient également une durée médiane du séjour relativement courte : 15 jours. Certaines de ces différences peuvent être attribuables, en partie, aux différents niveaux de soins dont ces groupes de clients ont besoin. À titre d'exemple, les clients du GCR « dysfonctionnement de la moelle épinière » ont fréquemment besoin de soins spécialisés en réadaptation et font des progrès fonctionnels plus lents en raison du degré de handicap lié à la lésion traumatique de la moelle épinière. Par opposition, les clients des GCR « troubles orthopédiques » et « troubles cardiaques » sont plus susceptibles d'avoir subi une intervention normalisée et élective, par exemple une arthroplastie ou un pontage aortocoronarien, et présentent souvent des gains fonctionnels relativement rapides. (*Statistiques éclair, tableau 26*)

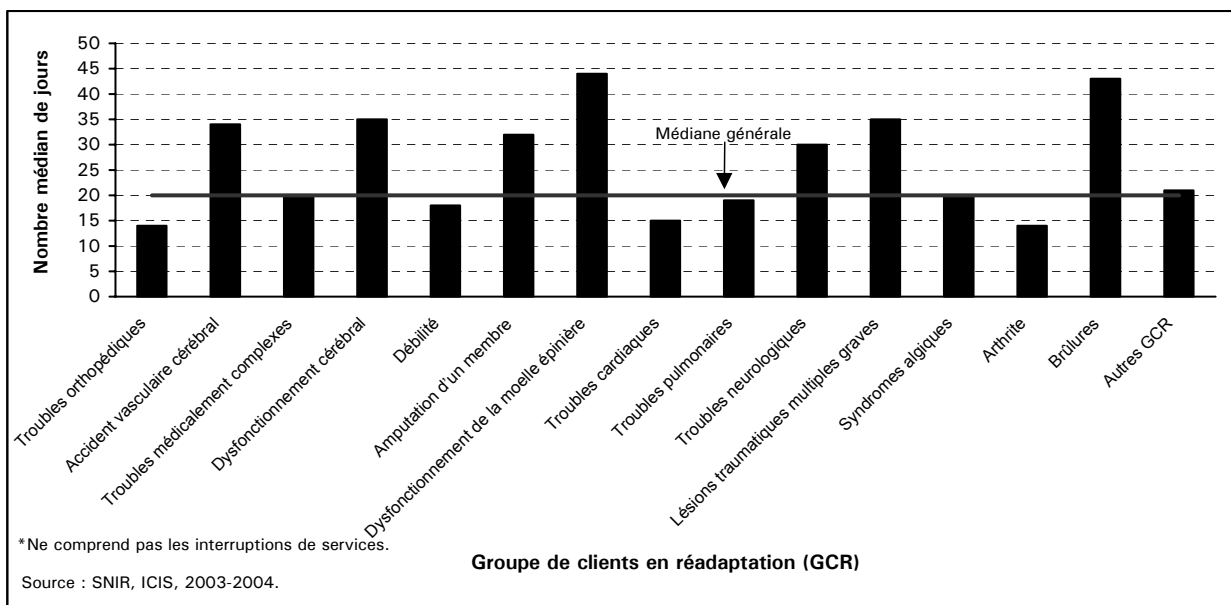


Figure 3.12 Durée médiane du séjour* des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Efficacité de la durée du séjour

Le concept du SNIR appelé « efficacité de la durée du séjour » constitue une façon de mesurer le *taux de changement* de l'état fonctionnel du client en réadaptation entre l'admission et la sortie. L'efficacité moyenne de la durée de séjour se calcule en divisant la différence de la note fonctionnelle totale par la durée du séjour de chacun des clients et en établissant la moyenne de chacune des valeurs. Comme c'est le cas pour la durée du séjour, les jours d'interruption de service sont exclus du calcul. L'efficacité de la durée du séjour mesure le progrès fonctionnel que le client a fait en relation avec la durée de son séjour en réadaptation. Il fait état de la progression de la note fonctionnelle totale (selon la mesure de l'instrument FIM^{MD}) *par jour* pour le client en réadaptation. En général, une valeur élevée d'efficacité de la durée du séjour indique une amélioration marquée de l'état fonctionnel du patient sur une courte période.

L'efficacité moyenne de la durée du séjour des clients sortis d'un établissement de réadaptation en 2003-2004 s'établissait à 1,2. En d'autres termes, pour chacun des jours durant lesquels le client a participé à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés, sa note fonctionnelle totale augmentait, en moyenne, d'un peu plus d'un point. L'efficacité moyenne de la durée du séjour variait de 0,4, pour les clients qui ont subi une amputation, à 1,6 pour ceux en orthopédie. (*Statistiques éclair, tableau 26*)

La prudence est de mise lorsqu'on examine les valeurs de l'efficacité de la durée du séjour. Tel que mentionné antérieurement, les différences entre les notes fonctionnelles totales et les durées du séjour, deux données utilisées dans le calcul de l'efficacité de la durée du séjour, peuvent être influencées par une pléiade de facteurs. Cet indicateur ne doit pas être pris isolément, mais plutôt mis en contexte avec d'autres renseignements tels que la disponibilité des ressources, la répartition de l'âge et les notes fonctionnelles totales à l'admission des différents groupes de clients en réadaptation, ceci afin de mieux définir les raisons qui expliquent les différences d'efficacité de la durée du séjour parmi les GCR.

Clients qui éprouvent de la douleur

Dans le milieu de la réadaptation, la manifestation de la douleur peut gêner le client dans son progrès. Dans le SNIR, on demande aux clients, à leur admission, s'ils ressentent de la douleur. Il s'agit d'un des deux éléments de données saisis dans le SNIR qui sont fondées sur la déclaration du *client* et non sur l'observation du clinicien. En 2003-2004, deux tiers des clients (67 %) ont dit qu'ils ressentaient un certain degré de douleur à l'admission, 29 % ont dit ne pas en ressentir et 4 % n'étaient pas en mesure de répondre.

La figure 3.13 permet de constater que la proportion de clients qui ont déclaré de la douleur variait d'un GCR à l'autre. Les GCR chez lesquels on trouvait la plus grande proportion de clients qui éprouvaient de douleur à l'admission étaient « syndromes algiques » (91 %), « arthrite » (90 %), « lésions traumatiques multiples graves » (84 %) et « troubles orthopédiques » (84 %). Les GCR qui affichaient les proportions les plus faibles de clients qui ressentaient de la douleur à l'admission étaient « accident vasculaire cérébral » (37 %), « troubles pulmonaires » (44 %) et « dysfonctionnement cérébral » (45 %). On remarque que le GCR « dysfonctionnement cérébral » présentait les proportions les plus élevées de clients incapables de répondre (7 %). (*Statistiques éclair, tableau 27*)

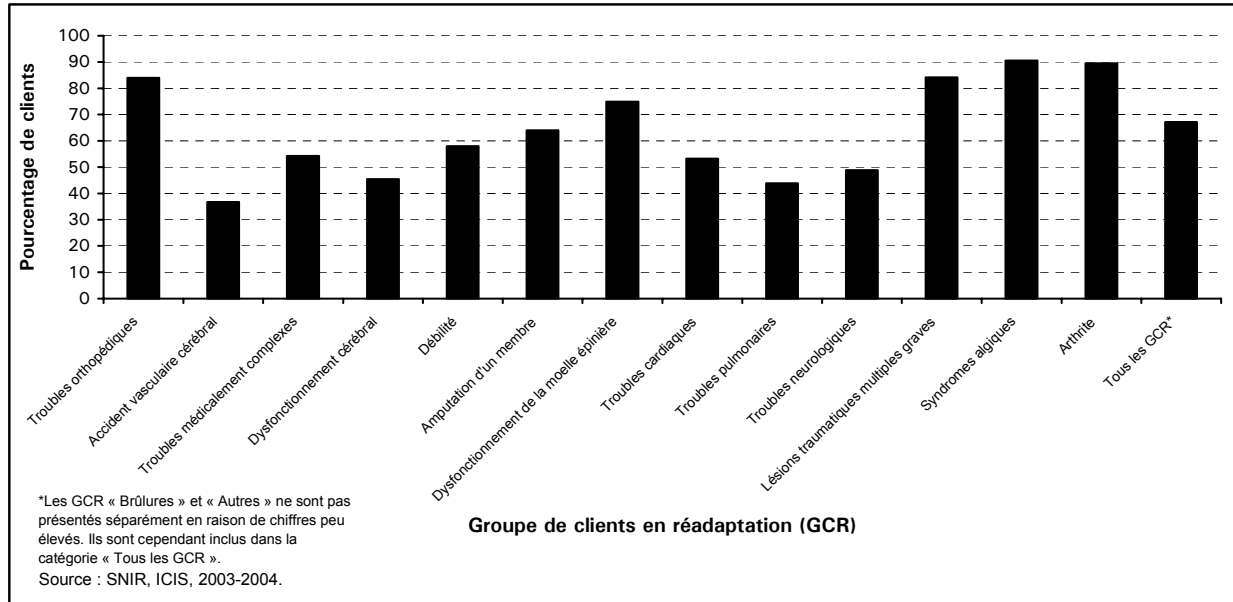


Figure 3.13 Patients hospitalisés en réadaptation qui ont déclaré de la douleur à l'admission selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Les clients qui ont déclaré de la douleur à l'admission ont été priés d'en évaluer l'intensité au moment de l'admission et de la sortie (faible, moyenne, forte) et d'estimer le nombre d'activités pour lesquelles ils éprouvaient de la douleur (aucune, quelques-unes, plusieurs ou la plupart). On a estimé que les clients affichaient une diminution de la douleur si, comparativement à leur état à l'admission, ils ressentaient moins de douleur à la sortie, ils pouvaient pratiquer plus d'activités à la sortie ou ils ne ressentaient plus aucune douleur à la sortie.

Au cours de 2003-2004, parmi les clients qui avaient dit ressentir de la douleur au moment de l'admission et qui étaient en mesure d'en évaluer l'intensité à l'admission et à la sortie (63 % de tous les clients), deux tiers (66 %) ont dit ressentir moins de douleur et être capables de pratiquer plus d'activités à la fin de leur séjour en réadaptation. La figure 3.14 rend compte de la proportion des clients qui ont déclaré une diminution de la douleur par GCR. La proportion de clients qui ont déclaré une diminution de la douleur s'échelonnait de 47 %, pour les clients souffrant de débilité, à 70 %, pour les clients en orthopédie. (*Statistiques éclair, tableau 28*)

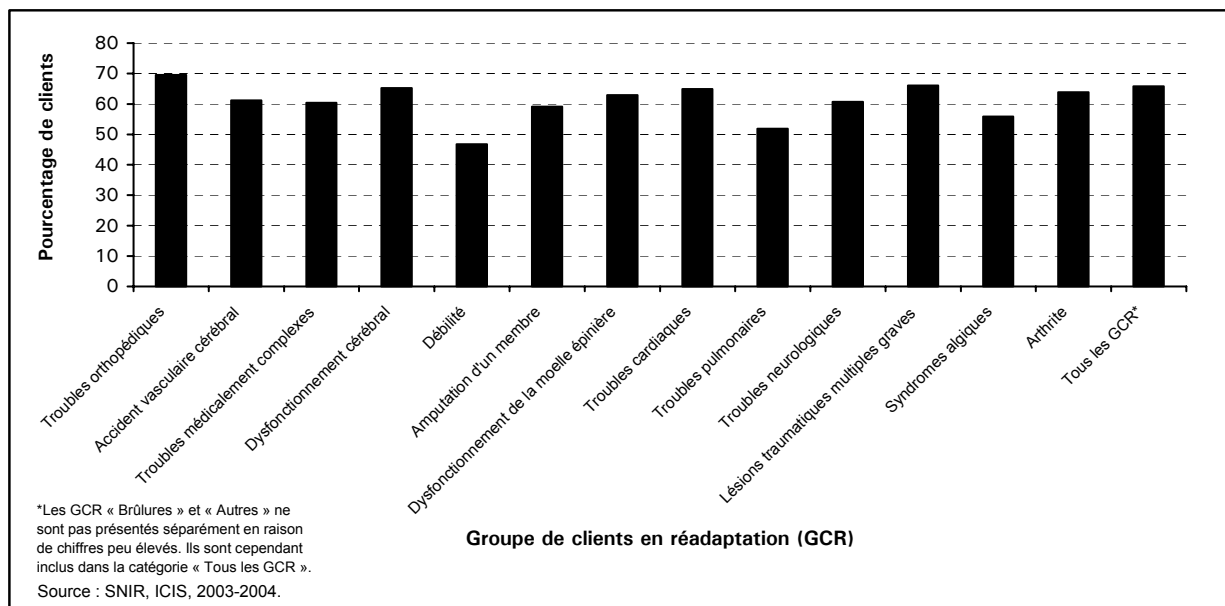


Figure 3.14 Patients hospitalisés en réadaptation qui ont déclaré une diminution de la douleur à la sortie selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Raisons de la sortie

Le chapitre 2 traitait de certaines des raisons de la sortie des clients du milieu de la réadaptation pour patients hospitalisés. Les clients ont été classés selon qu'ils avaient atteint ou non leurs objectifs à la sortie, qu'ils avaient obtenu leur congé pour retourner au sein de la collectivité ou qu'ils avaient été transférés ou orientés vers un autre établissement ou une autre agence. En 2003-2004, 79 % de tous les clients du SNIR avaient atteint leurs objectifs de réadaptation, tels qu'ils avaient été établis, à l'admission et ont regagné la collectivité. Onze pour cent avaient atteint leurs objectifs, mais ont été orientés ou transférés vers une unité du même établissement ou vers un autre établissement. De leur côté, 9 % des clients n'avaient pas atteint leurs objectifs de service au moment de leur sortie, peu importe la destination à la sortie. Dans la présente section, cette information est ventilée par GCR.

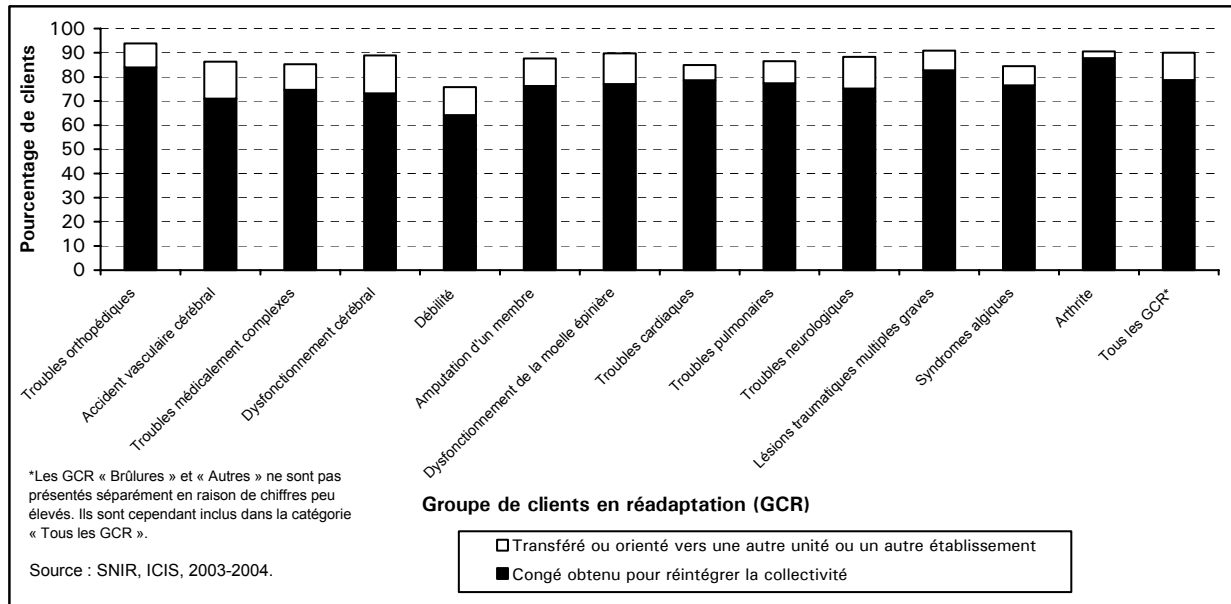


Figure 3.15 Patients hospitalisés en réadaptation qui avaient atteint leurs objectifs de service au moment de la sortie selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

La figure 3.15 montre que les raisons de la sortie dans le SNIR variaient d'un GCR à l'autre. Bien que la majorité des clients dans chacun des GCR aient atteint leurs objectifs de service et soient retournés dans la collectivité, les proportions de clients dans cette situation variaient de 64 % pour le groupe « débilité » à 90 % pour le groupe du GCR « brûlures ». Les GCR qui affichaient les proportions les plus élevées de clients qui avaient atteint leurs objectifs et qui sont retournés vivre au sein de la collectivité étaient « arthrite » (88 %), « troubles orthopédiques » (84 %) et « lésions traumatiques multiples graves » (83 %). Les GCR qui affichaient les proportions les plus faibles étaient « débilité » (64 %), « accident vasculaire cérébral » (71 %) et « dysfonctionnement cérébral » (73 %).

Les GCR « dysfonctionnement cérébral » et « accident vasculaire cérébral » avaient aussi des proportions relativement élevées de clients qui avaient atteint leurs objectifs de services, mais qui ont été transférés ou orientés vers une autre unité ou un autre établissement à leur sortie (16 et 15 % respectivement). Les autres GCR qui présentaient des proportions semblables de clients qui ont atteint leurs objectifs en réadaptation mais qui sont restés dans un milieu pour patients hospitalisés ou dans un établissement étaient « troubles neurologiques » (13 %), « dysfonctionnement de la moelle épinière » (13 %), « débilité » (12 %), « amputation d'un membre » (11 %) et « troubles médicalement complexes » (11 %). (*Statistiques éclair, tableau 29*)

Conditions de logement avant l'admission et après la sortie

Selon les données du SNIR, au cours de 2003-2004, 82 % de tous les clients qui vivaient dans une maison ou un appartement avant leur admission dans un milieu pour patients hospitalisés sont retournés à la maison après leur sortie. Toutefois, cette proportion variait d'un GCR à l'autre. Ainsi, les GCR « troubles orthopédiques » et « arthrite » ont enregistré les proportions les plus importantes de clients qui sont retournés à la maison ou dans leur logement après la sortie (89 et 88 % respectivement) mais les GCR « accident vasculaire cérébral » et « débilité » ont enregistré les proportions les plus faibles (soit 71 et 67 % respectivement).

Le chapitre 2 traitait des clients en réadaptation pour patients hospitalisés qui sont retournés à la maison ou dans leur appartement après leur sortie et ont commencé ou continué à recevoir des services de santé payés à domicile. Parmi les clients qui vivaient dans une maison ou dans un appartement avant l'admission, moins de la moitié (44 %) sont retournés à leur domicile en prévision de l'obtention de services de santé payés à la suite de leur sortie. Un huitième (11 %) des clients avaient reçu des services de santé payés avant l'admission, tandis qu'un tiers des clients (32 %) ont reçu des services seulement après leur sortie.

La figure 3.16 fait état des variations entre les proportions des clients qui ont reçu des services de santé payés d'un GCR à l'autre. Au moins la moitié des clients des GCR « débilité », « troubles médicalement complexes », « amputation d'un membre » et « troubles cardiaques » ont reçu des services de santé payés à leur retour à la maison ou dans leur appartement. Le GCR « amputation d'un membre » affichait aussi l'une des proportions les plus élevées de clients ayant reçu des services payés avant et après leur réadaptation pour patients hospitalisés (26 % avant l'admission et 25 % après la sortie). Bien que les clients des GCR « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral », « dysfonctionnement cérébral » et « lésions traumatiques multiples graves » aient affiché des proportions relativement élevées de clients qui ont reçu des services de santé payés à la suite de la réadaptation pour patients hospitalisés (entre 31 % et 42 %), ces GCR affichaient les proportions les plus faibles de clients ayant reçu des services de santé payés avant et après la réadaptation pour patients hospitalisés (entre 2 % et 10 %). Parmi ces GCR, « lésions traumatiques multiples graves » se classait au dernier rang des GCR dont les clients avaient reçu des services de santé payés avant leur réadaptation pour patients hospitalisés (2 %). Toutefois, 42 % de ces clients avaient pris des dispositions pour recevoir des services de santé à leur retour à la maison à la suite de leur séjour à l'hôpital. (*Statistiques éclair, tableau 30*)

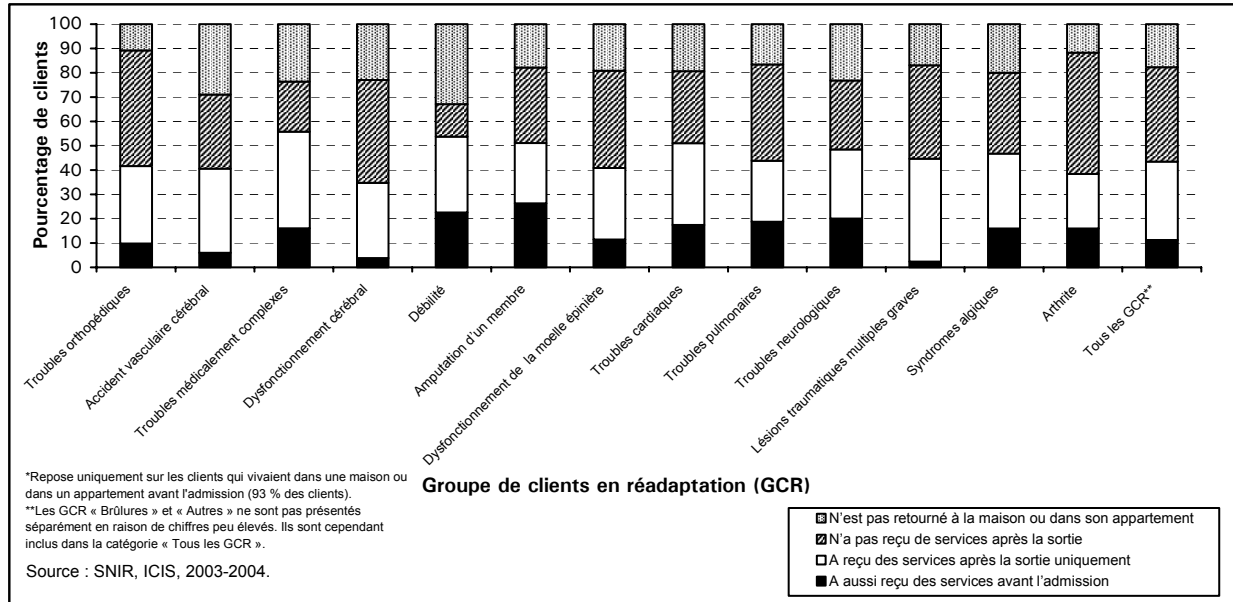


Figure 3.16 Clients qui ont reçu des services de santé payés à la maison ou dans leur appartement après le programme de réadaptation pour patients hospitalisés* selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Sommaire

Le fait de séparer les clients de la réadaptation en groupes selon le diagnostic principal qui les a menés à l'orientation vers la réadaptation aide à donner du sens aux données agrégées du SNIR. Le chapitre 3 a repris l'information présentée au chapitre 2 mais l'a structurée par GCR. Il a ainsi été possible de mettre en évidence certaines variations et tendances susceptibles d'aider à mieux comprendre les besoins et les difficultés propres à chacun des clients de ces groupes.

Ce que nous savons

- Les clients en orthopédie et ceux qui ont subi un accident vasculaire cérébral représentaient les deux tiers de tous les clients en réadaptation pour patients hospitalisés sortis d'un établissement participant en 2003-2004.
- La majorité des clients en orthopédie sont des femmes âgées, tandis que ceux des GCR « dysfonctionnement traumatique de la moelle épinière » et « dysfonctionnement traumatique cérébral » sont des hommes jeunes.
- Trois quarts des clients du GCR « troubles orthopédiques » ont été admis dans des établissements généraux et trois quarts des clients du GCR « dysfonctionnement de la moelle épinière » ont été admis dans des établissements spécialisés.

- Les clients admis en réadaptation qui souffraient d'arthrite affichaient la durée médiane du séjour la plus courte et la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission la plus élevée. Les clients admis avec un dysfonctionnement de la moelle épinière affichaient la durée médiane du séjour la plus longue et se classaient parmi les clients des GCR qui présentaient la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission la plus faible.
- La majorité des clients de chaque GCR ont atteint leurs objectifs de service et sont retournés vivre au sein de la collectivité à la suite de la réadaptation. La proportion varie de 64 %, chez les clients du GCR « accident vasculaire cérébral », à 90 %, chez les clients du GCR « arthrite ».
- Le GCR « accident vasculaire cérébral » représentait un cinquième de tous les enregistrements du SNIR pour l'exercice 2003-2004 et se classait parmi les GCR qui affichaient la proportion la plus faible de clients qui sont retournés dans leur maison ou leur appartement à la sortie.

Ce que nous ignorons

- Jusqu'à quel point l'information sur l'âge du client, sur la note fonctionnelle totale à l'admission et sur les GCR peut être utilisée dans le but de prédire la durée du séjour et les résultats fonctionnels de chaque client.
- Jusqu'à quel point on peut affirmer, avec confiance, que les clients qui présentent une différence absolue identique entre les notes fonctionnelles totales à l'admission et celles à la sortie ont atteint un niveau similaire d'amélioration des fonctions.
- Les répercussions de la douleur ressentie à l'admission sur la durée du séjour et sur l'amélioration de la note fonctionnelle totale des différents groupes de clients en réadaptation.
- Les raisons précises derrière les grandes variations de durée du séjour entre les différents groupes de clients.

Chapitre 4. Caractéristiques des patients âgés hospitalisés en réadaptation

Les trois premiers chapitres du présent rapport portaient sur tous les patients hospitalisés en réadaptation du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR). Les trois prochains chapitres présentent une information semblable mais, cette fois-ci, axée sur les patients âgés hospitalisés en réadaptation, c'est-à-dire les clients de 75 ans et plus qui ont bénéficié de services de réadaptation pour patients hospitalisés dans un établissement participant en 2003-2004. Tel que mentionné dans le premier chapitre, ce groupe représente près de la moitié (47 %) de tous les épisodes documentés dans le SNIR pour cette période.

Entre 2001 et 2026, on prévoit que le nombre de Canadiens de 75 ans et plus doublera, à peu de chose près⁵. En juillet 2004, le nombre de Canadiens de 75 ans et plus se chiffrait à environ 1,9 million⁶. Toute information susceptible d'appuyer la prise de décision et la planification des ressources pour cette population s'avérera inestimable aux établissements de soins de santé soucieux de satisfaire les besoins d'une population vieillissante. Afin que les établissements de soins de santé puissent faire face à ce vieillissement, le groupe du SNIR a décidé de détailler les clients de 75 ans et plus dans ce rapport afin de faire ressortir les caractéristiques qui pourraient les distinguer des adultes moins âgés en réadaptation. L'objectif est de déterminer les secteurs dans lesquels ce groupe a des besoins spécialisés de même que les secteurs où on accuse des lacunes en matière d'information.

Le chapitre 4 fournit de l'information sur les problèmes de santé qui donnent souvent lieu à l'hospitalisation en réadaptation chez les clients âgés. Il présente de l'information détaillée sur les cinq groupes de clients en réadaptation (GCR) les plus fréquents pour ce groupe de clients. Il traite aussi des problèmes de santé périphériques présents à l'admission (les « états comorbides »). Cette information permettra de mieux comprendre les caractéristiques uniques des patients âgés en réadaptation. Les données sur ces clients sont présentées en fonction de deux groupes principaux : les clients de 75 à 84 ans et ceux de 85 ans et plus.

Au cours de la période de déclaration de 2003-2004, près de la moitié des clients (47 %) qui ont obtenu leur congé des établissements participants avaient 75 ans et plus, ce qui représente 12 677 des 26 800 épisodes qui étayent le présent rapport. Environ un pour cent (126 épisodes) des clients âgés ont eu une évaluation de suivi du SNIR entre 80 et 180 jours après leur sortie. Cette évaluation de suivi facultative est édifiante puisqu'elle permet d'évaluer le maintien des capacités fonctionnelles acquises en réadaptation et le degré de réintégration dans la collectivité. Les analyses des données du suivi sont présentées dans le chapitre 6 du présent rapport.

⁵ Statistique Canada, *Population projetée au 1^{er} juillet pour les années 2001, 2006, 2011, 2016, 2021 et 2026*, 2001.

⁶ Statistique Canada, *Population selon le sexe et le groupe d'âge*, 2004.

Groupes de clients en réadaptation chez les patients âgés

Comme l'indique le chapitre 3, les groupes de clients en réadaptation (GCR) regroupent les clients du SNIR selon le problème de santé, la maladie ou la blessure responsable de l'admission en réadaptation. Une liste des GCR qui ont servi à articuler le présent rapport se trouve à l'annexe B. La présente section traite des différents problèmes de santé pour lesquels les patients âgés en réadaptation ont été hospitalisés dans ce service et met en évidence les problèmes de santé les plus fréquents. En 2003-2004, plus des deux tiers des clients âgés (69 %) qui ont fait l'objet de la déclaration au SNIR ont reçu des services de réadaptation, dans un établissement participant au SNIR, en raison d'un problème orthopédique ou d'un accident vasculaire cérébral. La figure 4.1 montre qu'un peu plus de la moitié (52 %) des clients âgés ont été hospitalisés dans des établissements pour recevoir des soins d'ordre orthopédique (par exemple, après une fracture de la hanche ou une arthroplastie) et qu'un sixième (16 %) des clients âgés ont obtenu des soins de réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral. D'autres GCR relativement fréquents présentaient des troubles médicalement complexes (8 %), une débilité (6 %) ou des troubles cardiaques (4 %). De plus, 3 % des clients ont reçu des services de réadaptation à la suite de troubles pulmonaires et 3 % après l'amputation d'un membre. Les 8 % restant des clients âgés ont obtenu des services de réadaptation pour les raisons suivantes : dysfonctionnement cérébral, troubles neurologiques, dysfonctionnement de la moelle épinière, arthrite, lésions traumatiques multiples graves et syndromes algiques. L'âge moyen des clients âgés dans ces GCR oscillait entre 80 et 84 ans. (*Statistiques éclair, tableau 31*)

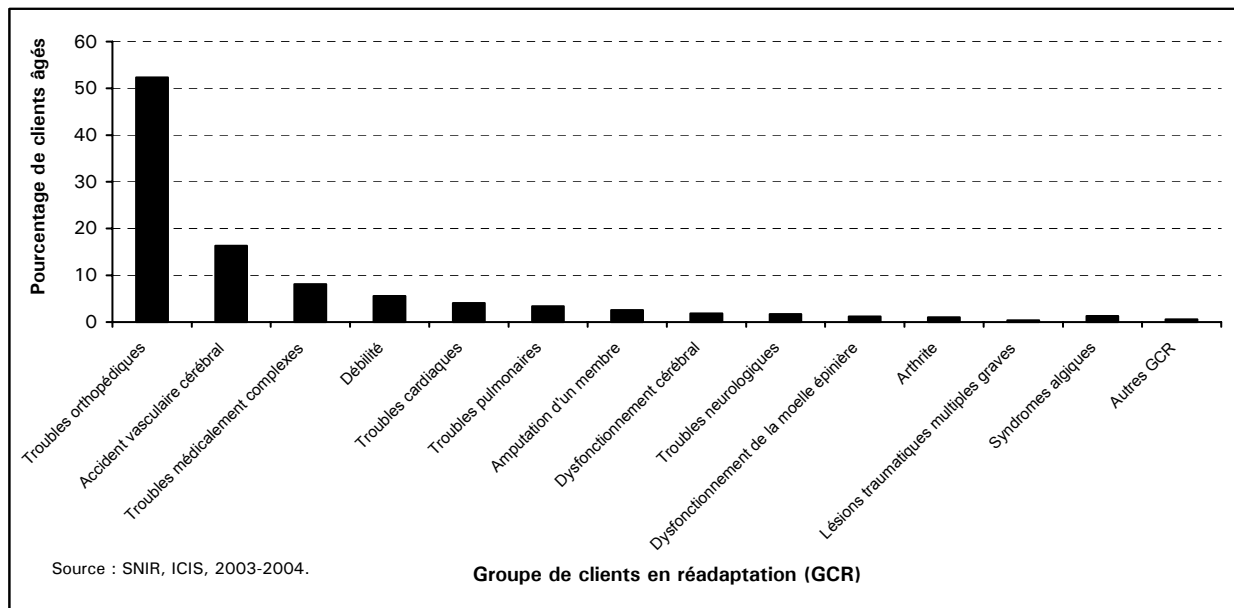


Figure 4.1 Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Caractéristiques démographiques des clients âgés

La répartition des GCR au sein des deux groupes d'âge de clients âgés du SNIR (de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus) semble reprendre la tendance de répartition générale des GCR dans tous les groupes d'âge, vue au chapitre 3. Les clients qui souffrent de problèmes orthopédiques ou qui ont eu un accident vasculaire cérébral représentent la majorité des clients dans ces deux groupes d'âge. Plus de la moitié des clients des groupes d'âge de 75 à 84 ans (53 %) et de 85 ans et plus (52 %) ont été hospitalisés en réadaptation en raison de problèmes orthopédiques. Près d'un sixième des clients dans les deux groupes d'âge ont été admis en réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral, notamment 17 % des clients entre 75 et 84 ans et 15 % de ceux de 85 ans et plus. Les proportions de clients admis en réadaptation dans le cas des autres GCR sont également semblables au sein des deux groupes de clients âgés. Par exemple, 8 % des clients de 75 à 84 ans et 10 % de ceux de 85 ans et plus ont été admis dans des établissements de réadaptation dans le but de recevoir des services en raison de troubles médicalement complexes. *(Statistiques éclair, tableau 31)*

La figure 4.2 présente une comparaison entre les répartitions des GCR selon l'âge des clients dans les deux groupes d'âge des clients âgés. Comme on le constate, en 2003-2004, le groupe d'âge de 75 à 84 ans était le plus représenté parmi tous les GCR, avec un pourcentage de 59 % à 88 %. Les GCR qui affichent la proportion la plus élevée de clients dans ce groupe d'âge sont le dysfonctionnement de la moelle épinière (88 %), l'amputation d'un membre (85 %) et les troubles neurologiques (80 %). Les clients de 85 ans et plus étaient les plus nombreux, proportionnellement, dans les GCR des syndromes algiques (42 %), de la débilité (36 %) et des troubles cardiaques (35 %). *(Statistiques éclair, tableau 32)*

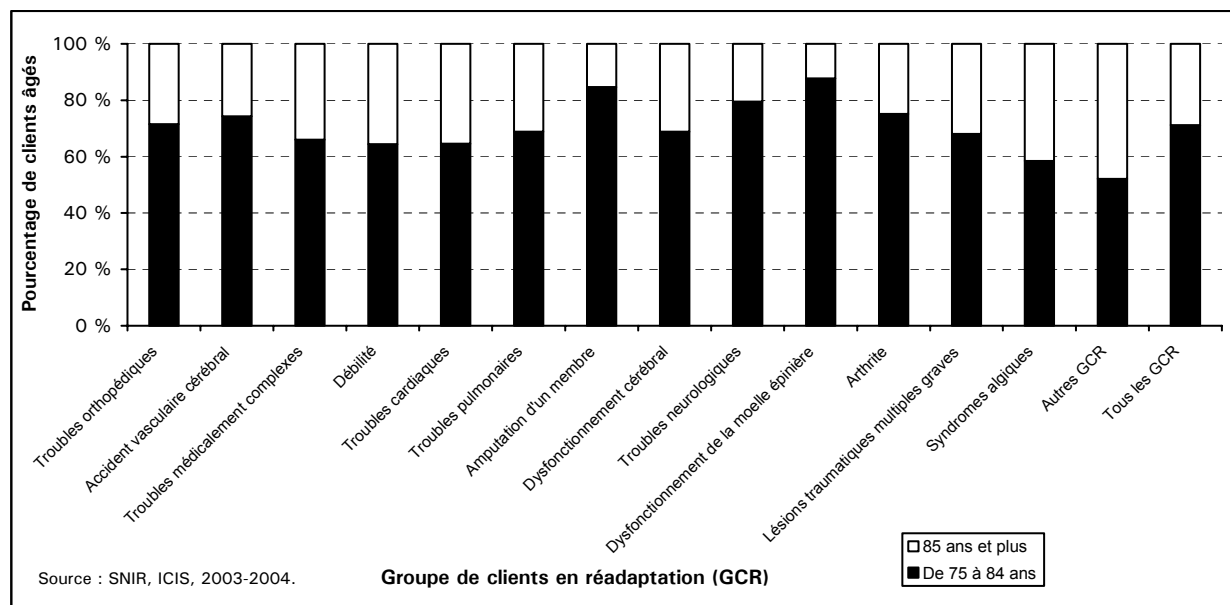


Figure 4.2 Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

La figure 4.3 présente la répartition en fonction de l'âge et du sexe chez les clients âgés en réadaptation parmi les cinq GCR les plus fréquents : troubles orthopédiques, accident vasculaire cérébral, troubles médicalement complexes, débilite et troubles cardiaques. Les clients de ces cinq GCR confondus revendiquent 86 % de tous les épisodes consignés dans le SNIR sur les clients de 75 ans et plus.

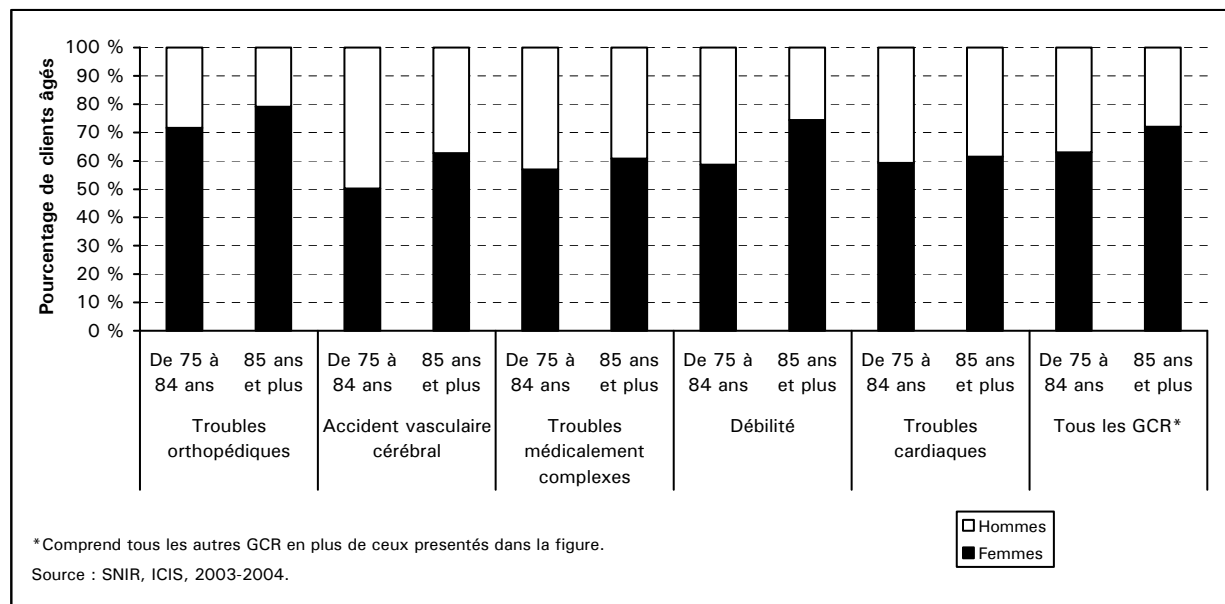


Figure 4.3 Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le sexe, l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

En général, les clients du groupe d'âge de 75 à 84 ans représentent la majorité des clients âgés en réadaptation : 71 % des clients âgés font partie de ce groupe d'âge, par opposition à 29 % de ceux du groupe d'âge de 85 ans et plus. La figure 4.3 montre que les clients de 85 ans et plus affichent une proportion plus élevée de femmes dans tous les GCR, comparativement à ceux du groupe d'âge de 75 à 84 ans. Parmi les clients de 85 et plus, 72 % étaient des femmes; chez les 75 à 84 ans, la représentation féminine était de 63 %. La comparaison de la répartition selon le sexe des clients âgés dans tous les GCR affiche une tendance similaire. Les GRC des troubles orthopédiques et de débilite présentaient la proportion la plus élevée de femmes pour le groupe d'âge de 85 ans et plus : 79 % du GCR de troubles orthopédiques et 74 % du GCR de débilite. Dans le cas du groupe de 75 à 84 ans, les femmes représentaient, pour ces deux GCR, 72 % et 59 % des clients, respectivement. Les clients dont l'âge se situe entre 75 et 84 ans dans le GCR des accidents vasculaires cérébraux affichaient une proportion égale d'hommes et de femmes : 50 % chacun. Toutefois, le pourcentage de femmes du GCR des accidents vasculaires cérébraux a augmenté pour s'établir à 63 % dans le groupe d'âge de 85 ans et plus. Le GCR qui présente la variation la plus importante de la proportion de femmes entre les groupes d'âge est celui de la débilite : 59 % dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans et 74 % dans celui de 85 ans et plus. (*Statistiques éclair, tableau 33*)

États comorbides avant l'admission

Bon nombre des clients sont admis dans des établissements pour patients hospitalisés en réadaptation avec des problèmes de santé périphériques, présents avant leur admission, qui ont des répercussions sur leur santé, l'état fonctionnel ainsi que l'attribution des ressources au cours du séjour en réadaptation. Ces problèmes sont appelés « états comorbides » dans le SNIR et se définissent par le fait qu'ils se sont manifestés avant l'admission en réadaptation. Les états comorbides peuvent comprendre les troubles chroniques tels que le diabète ou les affections aiguës, p. ex. une infection que le client aurait contractée au cours de la portion en soins de courte durée de son séjour à l'hôpital. Ces problèmes médicaux sont présents chez le client en conjonction avec le diagnostic responsable de l'admission en réadaptation mais ils constituent des problèmes médicaux distincts qui peuvent avoir des répercussions à différents degrés sur le séjour en réadaptation. La présente section du rapport donne de l'information sur les états comorbides les plus fréquents chez les clients âgés en réadaptation. Cette information peut s'avérer utile pour les établissements du point de vue de la planification des ressources et de la prestation des services, car le traitement ou la surveillance des états comorbides des clients peut exiger de l'équipement ou des ressources humaines supplémentaires pendant le séjour à l'unité de réadaptation.

Au cours de 2003-2004, près de neuf clients âgés sur dix (91 %) dans le SNIR admis en réadaptation présentaient au moins un état comorbide sur leur évaluation d'admission du SNIR en plus du problème de santé primaire pour lequel ils étaient hospitalisés. Les données du SNIR suggèrent que le nombre moyen d'états comorbides présents avant l'admission par client augmente selon l'âge moyen des clients. Par exemple, les clients de moins de 45 ans qui ont subi l'amputation d'un membre présentaient en moyenne moins de trois comorbidités au moment de l'admission, comparativement à ceux de 85 ans et plus qui en présentaient en moyenne cinq.

La figure 4.4 présente les 15 états comorbides les plus fréquents chez les patients âgés hospitalisés en réadaptation selon la répartition de l'âge. Parmi les clients âgés qui présentaient des états comorbides au moment de l'admission, plus de la moitié d'entre eux (54 %) étaient atteints d'hypertension; environ un cinquième (22 %), d'ostéo-arthrite; un sixième (18 %), de diabète sucré (de type I et II); et un septième (14 %), d'arythmie cardiaque ou d'une perte de vision (p. ex. glaucome, cataractes). On constate aussi que des troubles dépressifs ont été diagnostiqués chez 7 % des clients âgés admis. Un client peut présenter plus d'un des états comorbides susmentionnés, ce qui veut dire que la somme du nombre de clients qui présentent au moins un état comorbide peut donner un nombre supérieur à celui du total de clients âgés dans cette catégorie (11 664).

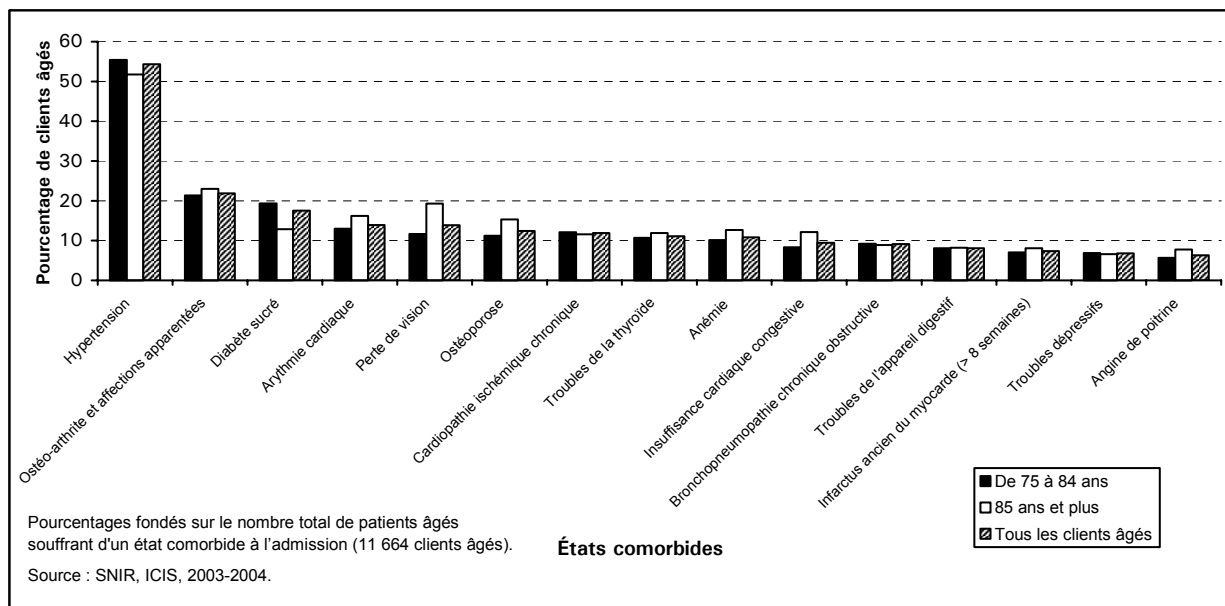


Figure 4.4 États comorbides avant l'admission chez les patients âgés hospitalisés en réadaptation, 2003-2004

Quelques différences de prévalence de certains états comorbides entre les groupes de clients âgés sont évidentes. Tandis qu'un cinquième (19 %) des clients de 75 à 84 ans souffraient de diabète sucré, seulement 13 % des clients âgés de 85 ans et plus admis avaient ce problème (selon les épisodes consignés). De plus, selon les épisodes consignés, 12 % des clients âgés de 75 à 84 ans souffraient d'une forme quelconque de perte de vision, tandis que cette proportion passait à 19 % chez ceux de 85 ans et plus. Les autres différences significatives entre les clients de ces deux groupes d'âge figurent dans les cas d'ostéoporose, d'arythmie cardiaque et d'insuffisance cardiaque congestive. Ces états comorbides semblent être davantage prévalents dans le groupe d'âge de 85 ans et plus que dans le groupe d'âge de 75 et 84 ans. (*Statistiques éclair, tableau 34*)

États comorbides avant l'admission par groupe de clients en réadaptation

La comparaison entre les états comorbides avant l'admission au sein des clients âgés a révélé des similarités et des différences sur le plan de la prévalence de certains problèmes de santé entre les GCR. La figure 4.5 montre que l'hypertension est l'état comorbide avant l'admission le plus courant chez les clients âgés dans les cinq GCR les plus fréquents : accident vasculaire cérébral (64 %), troubles cardiaques (56 %), troubles orthopédiques (55 %), troubles médicalement complexes (48 %) et débilité (47 %).

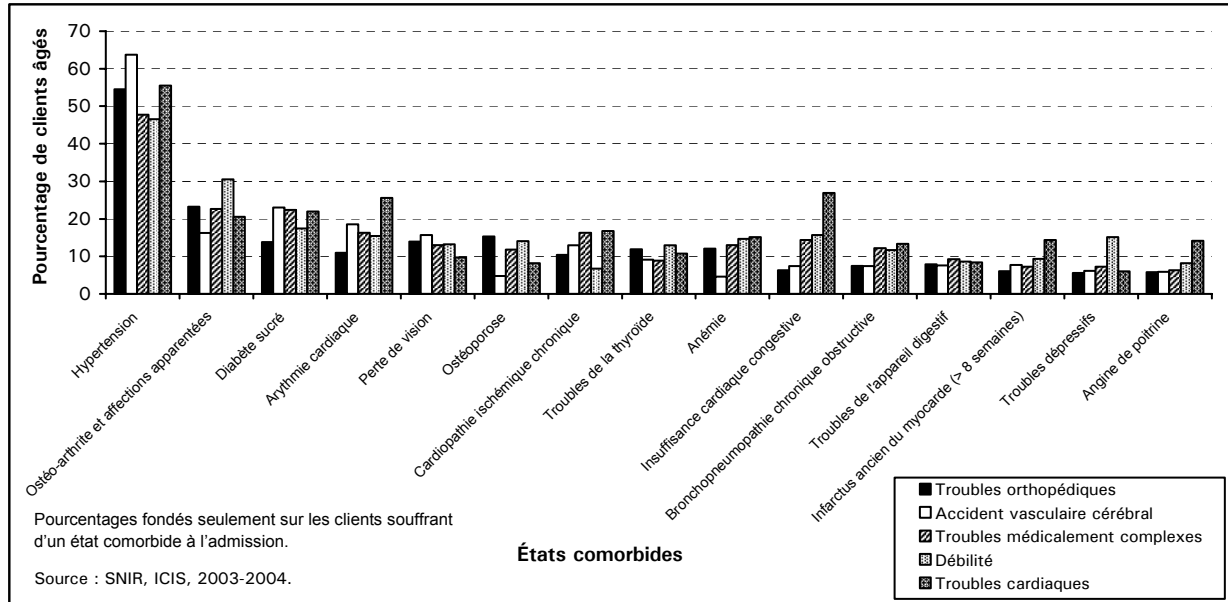


Figure 4.5 États comorbides avant l'admission chez les clients âgés, selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

L'ostéo-arthrite et le diabète sucré se classent aux deuxième et troisième rangs des états comorbides les plus fréquents de ces GCR. Les clients âgés du groupe de débilité affichaient la proportion la plus élevée d'ostéo-arthrite : un tiers (31 %) des clients chez qui ce problème était noté. Le diabète sucré semblait relativement plus prévalent au sein des GCR d'accidents vasculaires cérébraux, de troubles médicalement complexes et de troubles cardiaques (Statistiques éclair, tableau 35).

Certains états comorbides semblent être plus fréquents que d'autres dans certains GCR. Ainsi, les clients hospitalisés atteints de troubles cardiaques présentent souvent à l'admission des états comorbides telles l'insuffisance cardiaque congestive, l'arythmie cardiaque, l'angine, l'anémie ou une crise cardiaque antérieure. De même, l'ostéo-arthrite et les troubles dépressifs surviennent plus souvent dans le GCR de débilité que dans les quatre autres GCR de clients âgés du SNIR. D'autres états comorbides tels que les troubles digestifs et la perte de vision ne semblent pas être plus fréquents dans un GCR que dans un autre, chez les clients âgés.

La présence d'états comorbides en plus du problème pour lequel le client a besoin de soins de réadaptation peut avoir des répercussions sur de nombreux aspects du processus de réadaptation. Parmi celles-ci, on note les délais relatifs aux tests ou aux traitements des états comorbides, une augmentation des douleurs et un besoin accru d'éducation ou de prise en charge médicale en relation avec l'état comorbide. L'information sur la prévalence de certains états comorbides dans différents GCR chez les groupes de clients âgés peut aider les gestionnaires en réadaptation à déterminer les exigences en matière de ressources pour un établissement ou une unité de soins, selon les types de clients le plus fréquemment admis. Ces ressources, qu'elles soient humaines ou techniques, peuvent être importantes dans la gestion efficace de ces états puisqu'elles peuvent réduire les répercussions sur la capacité du client à faire des progrès en réadaptation.

Clients âgés et soutien informel

Le soutien informel, tel que défini dans le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR), décrit l'aide non rémunérée dispensée au client par quelqu'un, notamment un membre de la famille, un ami ou un voisin. Le soutien informel ne comprend pas les services formels, ni ceux organisés par les dispensateurs de services formels, p. ex. les groupes bénévoles. En 2003-2004, plus de la moitié (57 %) des clients âgés ont estimé qu'ils ont reçu tout le soutien informel dont ils avaient besoin avant leur admission; 13 % des clients ont dit avoir reçu une partie du soutien informel dont ils avaient besoin; 3 % ont dit ne pas avoir reçu de soutien informel du tout, bien qu'ils aient cru en avoir eu besoin. Un peu plus d'un quart (27 %) des clients âgés n'ont pas eu besoin de soutien informel, soit parce qu'ils étaient autonomes ou parce qu'ils ont reçu tout le soutien nécessaire de la part des dispensateurs de services formels.

La figure 4.6 fait état de quelques différences selon l'âge dans la quantité de soutien informel nécessaire que les clients âgés en réadaptation ont reçu. Une proportion légèrement plus élevée de clients âgés de 85 ans et plus ont déclaré avoir reçu tout le soutien informel dont ils croyaient avoir eu besoin avant l'admission (62 %, comparativement à 55 % de ceux âgés de 75 à 84 ans). Toutefois, la proportion de clients qui a déclaré ne pas avoir eu besoin d'un soutien informel était plus grande chez les 75 à 84 ans (30 %) que chez les 85 ans et plus (21 %). (Statistiques éclair, tableau 36)

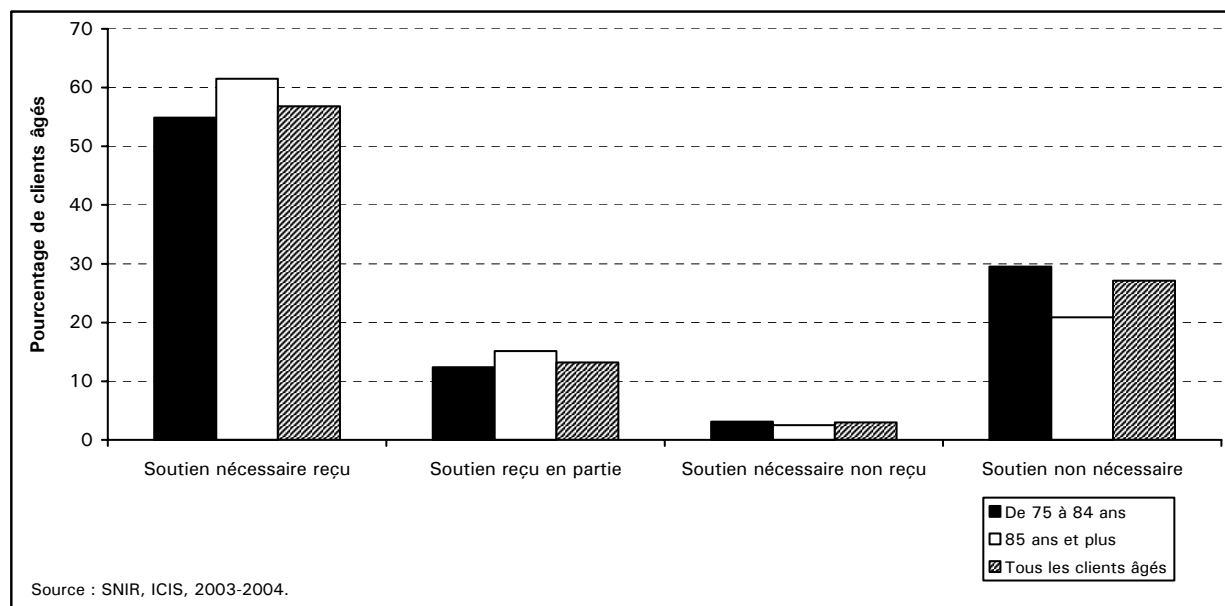


Figure 4.6 Patients âgés hospitalisés en réadaptation qui ont reçu un soutien informel avant l'admission, 2003-2004

La tendance vers l'aide à la vie en société pour les clients âgés continue de progresser et, dans ce contexte, les planificateurs et les décisionnaires régionaux de soins de santé cherchent à déterminer le niveau de ressources nécessaire à la prestation de services de soutien à ces clients. Le soutien informel constitue un apport important dans la planification, car de nombreux clients se fient à l'aide prodiguée par la famille, les amis et les voisins pour mener une vie relativement autonome au sein de la collectivité.

Sommaire

Les clients de plus de 74 ans représentent près de la moitié de tous les épisodes consignés dans le SNIR lors de l'exercice 2003-2004. Le présent chapitre a passé en revue certaines caractéristiques de base socio-démographiques et de santé de ce groupe afin de mieux les définir au profit de ceux qui œuvrent en réadaptation gériatrique. Les données ont révélé certaines différences entre les caractéristiques des clients entre 75 et 84 ans et ceux de 85 ans et plus. Ces différences pourront servir à orienter les processus de prise de décision et de planification des ressources afin d'aider à répondre, à terme, aux besoins de cette population.

Ce que nous savons

- En 2003-2004, deux tiers des clients âgés hospitalisés qui ont reçu des services de réadaptation dans les établissements participant au SNIR présentaient des troubles orthopédiques ou avaient eu un accident vasculaire cérébral avant l'admission.
- Les clients de 75 à 84 ans composaient la majorité de tous les groupes de clients âgés en réadaptation.
- Les troubles orthopédiques, les accidents vasculaires cérébraux, les troubles médicalement complexes, la débilité et les troubles cardiaques représentent 86 % de tous les épisodes consignés dans le SNIR pour les clients de 75 ans et plus.
- Le nombre d'états comorbides observés à l'admission en réadaptation semble croître avec l'âge. Plus de la moitié des clients âgés du SNIR ont été hospitalisés avec un état comorbide d'hypertension.
- Les clients du GCR de débilité affichaient le taux le plus élevé de troubles dépressifs à titre d'état comorbide.
- Les clients de 85 ans et plus présentaient une proportion plus élevée de clients qui ont reçu tout le soutien informel dont ils avaient besoin avant l'admission que ceux du groupe d'âge de 75 à 84 ans.

Ce que nous ignorons

- La nature et l'étendue des répercussions de certains états comorbides sur la capacité des clients âgés à faire des progrès en réadaptation.
- À quel point le soutien informel que les membres de la famille et les amis dispensent aux Canadiens âgés compense pour le besoin d'autres services formels dispensés au sein de la collectivité.

Chapitre 5. Établissements prestataires de soins de réadaptation aux patients âgés hospitalisés

Dans le présent chapitre, on examine certaines caractéristiques des établissements participant au Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) qui dispensent des services de réadaptation aux clients âgés. Tel que mentionné au premier chapitre, les clients âgés du SNIR, aux fins du présent rapport, sont ceux qui ont plus de 74 ans et pour qui des évaluations complètes d'admission et de sortie ont été soumises au SNIR en 2003-2004. Les établissements de réadaptation dont il est question sont ceux qui ont participé au SNIR et qui ont dispensé des services de réadaptation aux patients âgés hospitalisés au cours de l'exercice financier 2003-2004. Ces établissements sont examinés ici selon leur type et leur situation géographique. Le chapitre contient également de l'information sur les différents professionnels de la réadaptation qui ont conçu et mis en œuvre les programmes de réadaptation à l'intention du groupe des clients âgés. Comme c'est le cas pour le chapitre 4, la plupart des analyses de ce chapitre portent sur les clients classés dans deux groupes d'âge précis, soit ceux de 75 à 84 ans et ceux de 85 ans et plus. L'objectif consiste à jeter la lumière sur les besoins spécifiques de cette clientèle et contextualiser ces besoins en fonction des connaissances actuelles ainsi que des lacunes en matière d'information sur la disponibilité des ressources destinées aux patients hospitalisés en réadaptation.

Établissements prestataires de soins aux clients âgés

Le SNIR contient des données sur les établissements pour patients hospitalisés en réadaptation. Ces établissements se divisent en deux types : les établissements de soins spécialisés et ceux de soins généraux. Veuillez consulter la section sur les types d'établissements, au chapitre 2, pour obtenir leur définition. Tel qu'il y est mentionné, la classification « type d'établissement » vise à simplifier la déclaration comparative des établissements participants. Les données du chapitre 2 relatives au type d'établissement portent sur *tous* les clients qui ont reçu des services de réadaptation pour patients hospitalisés dans un des établissements participants en 2003-2004, tandis que celles du présent chapitre se limitent aux clients de plus de 74 ans.

Plus de la moitié (52 %) des clients du SNIR admis dans les établissements généraux étaient âgés, tandis que seulement 39 % de tous les clients du SNIR admis dans les établissements spécialisés en réadaptation avaient plus de 74 ans. Cette information cadre avec celle présentée dans les sections précédentes du présent rapport et confirme l'existence d'un rapport entre l'âge, le groupe de clients en réadaptation (GCR) et le type d'établissement.

Tel que le montre la figure 5.1, des 12 677 clients âgés hospitalisés dans les établissements participants et qui ont obtenu leur congé en 2003-2004, 71 % ont été hospitalisés dans un établissement de soins généraux, tandis que 29 % ont été hospitalisés dans un établissement de soins spécialisés.

	Hôpitaux généraux		Hôpitaux spécialisés		Tous les établissements	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Établissements participant au SNIR en 2003-2004	55	69,0 %	24	31,0 %	79	100,0 %
Clients âgés*	8 999	71,0 %	3 678	29,0 %	12 677	100,0 %
Tous les clients du SNIR*	17 260	64,4 %	9 540	35,6 %	26 800	100,0 %

*Fait référence aux clients qui ont obtenu leur congé en 2003-2004, dont les évaluations d'admission et de sortie étaient complètes.

Figure 5.1 Répartition des clients âgés comparativement à tous les clients selon le type d'établissement dans le Système national d'information sur la réadaptation, 2003-2004

La figure 5.2 montre qu'il y a peu de différence entre les deux groupes de clients âgés lorsqu'on évalue le type d'établissement auquel ils ont été admis. Près de trois quarts (73 %) des clients de 85 ans et plus ont été admis dans un établissement de soins généraux et seulement 27 % ont été hospitalisés dans un établissement de soins spécialisés. La répartition est semblable chez les clients du groupe d'âge de 75 à 84 ans : 70 % d'entre eux ont été hospitalisés dans un établissement de soins généraux; 30 %, dans un établissement de soins spécialisés.

Type d'établissement	De 75 à 84 ans		85 ans et plus		N ^{bre} total de clients âgés dans le SNIR	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Général	6 329	70,0	2 670	73,0	8 999	71,0
Spécialisé	2 690	30,0	988	27,0	3 678	29,0
Tous les hôpitaux	9 019	100,0	3 658	100,0	12 677	100,0

Figure 5.2 Répartition des clients âgés selon le groupe d'âge et le type d'établissement dans le Système national d'information sur la réadaptation, 2003-2004

Les données du SNIR donnent un aperçu des types d'établissements qui semblent dispenser des services de réadaptation pour patients hospitalisés principalement à une clientèle âgée. Comme c'est le cas pour l'ensemble de la population hospitalisée en réadaptation, les établissements généraux, soit ceux qui comptent des lits de réadaptation en plus de lits réservés à d'autres catégories de soins de santé, dispensent des services à la majorité des clients âgés du SNIR. Les tendances apparentes dans l'admission des clients âgés du SNIR donnent de l'information cruciale aux gestionnaires en réadaptation et aux responsables de l'élaboration des politiques en soins de santé. À mesure que la population canadienne vieillit, il sera très important d'être en mesure de planifier des programmes de réadaptation adéquats et d'allouer les ressources limitées en santé là où elles seront les mieux utilisées.

Contexte démographique des établissements du SNIR prestataires de soins aux clients âgés

Bien qu'il soit important de recueillir de l'information sur les types d'établissements qui dispensent des services de réadaptation aux clients âgés, il peut aussi être utile, pour la planification des ressources, de savoir si ces établissements sont situés en milieux urbains ou ruraux. En effet, les difficultés en matière de dotation du personnel, de transport et de ressources en soins communautaires peuvent varier entre les régions urbaines et rurales. Donc, il est important de déterminer vers qui les populations âgées se tournent pour obtenir des services de réadaptation à titre de patient hospitalisé.

Selon le *Dictionnaire du recensement de 2001* de Statistique Canada, une région *urbaine* est un territoire qui compte au moins 1 000 habitants et qui a une densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré⁷. Tout territoire situé à l'extérieur des régions urbaines est considéré comme région *rurale*. Ces valeurs sont fondées sur les délimitations du recensement de 1996. Aux fins du présent rapport, les codes postaux ont servi à classer tous les établissements du SNIR selon qu'ils servaient majoritairement les populations urbaines ou rurales. Dans le cadre de cette analyse, on présume que la majorité des clients du SNIR ont été admis pour des services de réadaptation pour patients hospitalisés à l'établissement du SNIR le plus près de leur domicile.

Lors de l'interprétation de l'information ci-dessous, il est important de se souvenir que les données ne représentent pas nécessairement toutes les régions urbaines et rurales du Canada. Seuls les établissements des régions qui ont participé aux activités de collecte de données du SNIR au cours de l'exercice financier 2003-2004 sont représentés. De plus, le rapport ne contient pas de données sur la taille des circonscriptions hospitalières englobées par ces établissements.

Région	N ^{bre} d'étab.	De 75 à 84 ans		85 ans et plus		N ^{bre} total de clients âgés dans le SNIR	
		N ^{bre} de clients	Clients/étab.	N ^{bre} de clients	Clients/étab.	N ^{bre} de clients	Clients/étab.
Urbaine	73	8 607	118	3 454	47	12 061	165
Rurale	6	412	69	204	34	616	103
Toutes les régions	79	9 019	114	3 658	46	12 677	160

Figure 5.3 Patients âgés hospitalisés en réadaptation dans des établissements urbains ou ruraux dans le Système national d'information sur la réadaptation, 2003-2004

⁷ Statistique Canada, *Dictionnaire du recensement de 2001*, Unités géographiques, 2001.

La figure 5.3 montre qu'au cours de 2003-2004, le nombre d'établissements du SNIR dans les régions urbaines a largement dépassé celui des régions rurales (73 dans les régions urbaines par opposition à 6 dans les régions rurales). Par conséquent, les établissements des régions urbaines ont accueilli un nombre considérablement plus élevé de clients âgés que les établissements des régions rurales au cours de cette période. En moyenne, les centres urbains semblent servir un plus grand nombre de clients âgés que les régions rurales, soit 165 clients par établissement urbain comparativement à 103 par établissement rural. Le nombre supérieur d'hospitalisations dans les établissements urbains peut s'expliquer par une combinaison de facteurs, notamment la densité de la population plus élevée dans les régions urbaines, le nombre inférieur de lits en moyenne dans les établissements ruraux, le transfert de certains clients âgés qui vivent en milieu rural vers une région urbaine afin qu'ils puissent obtenir des soins spécialisés de réadaptation qui ne sont pas dispensés dans leur collectivité, etc.

La prise de décision quant à l'attribution des ressources selon la situation géographique et la population bénéficiaire exige des données glanées de nombreuses sources. Il sera nécessaire de réaliser d'autres analyses de la population et de colliger davantage d'information sur la disponibilité des ressources de réadaptation dans différentes régions pour déterminer si les besoins des patients âgés hospitalisés en réadaptation sont dûment satisfaits et ce, peu importe la situation géographique.

Types de dispensateurs de services

Dans le SNIR, on trouve de l'information sur les différents types de professionnels de la santé qui dispensent des soins, de la formation ou des traitements aux clients en réadaptation afin de les aider à atteindre leurs objectifs de réadaptation. Ces professionnels sont appelés les « dispensateurs de services ». Chacune des évaluations de sortie du SNIR contient de l'information sur le type de service et sur le nombre de dispensateurs de services qui participent aux soins du client en réadaptation. Les données agrégées sont présentées dans la présente section. Aux fins du SNIR, les dispensateurs (selon leur type) sont consignés sur l'évaluation s'ils ont contribué à aider le client à atteindre ses objectifs de réadaptation. L'information sur le type de dispensateur de services fait référence à une profession en particulier et non pas au rôle du dispensateur au sein de l'équipe spécialisée de réadaptation. Par exemple, le rôle de gestionnaire de cas peut être assumé par un professionnel de la santé formé en travail social ou en sciences infirmières, toutefois les données du SNIR font état de la participation de cette personne selon son agrément professionnel en travail social ou en sciences infirmières, non pas selon son rôle de gestionnaire de cas au sein de l'équipe multidisciplinaire.

Les données de 2003-2004 du SNIR révèlent que les dispensateurs de services qui participent le plus souvent aux soins des patients hospitalisés en réadaptation sont les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes (figure 5.4). Ces quatre groupes de professionnels apparaissent dans pratiquement tous les épisodes des clients du SNIR (entre 89 et 97 %). D'autres professionnels tels les assistants en réadaptation, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les diététistes, les ludothérapeutes et les orthophonistes participent relativement moins fréquemment à la réadaptation. Il est toutefois impossible de savoir, à partir de ces données, si la saisie moins fréquente de données sur ces types de dispensateurs révèle un besoin inexistant ou un besoin bel et bien existant mais non satisfait en raison de la non-disponibilité du dispensateur. (*Statistiques éclair, tableau 37*)

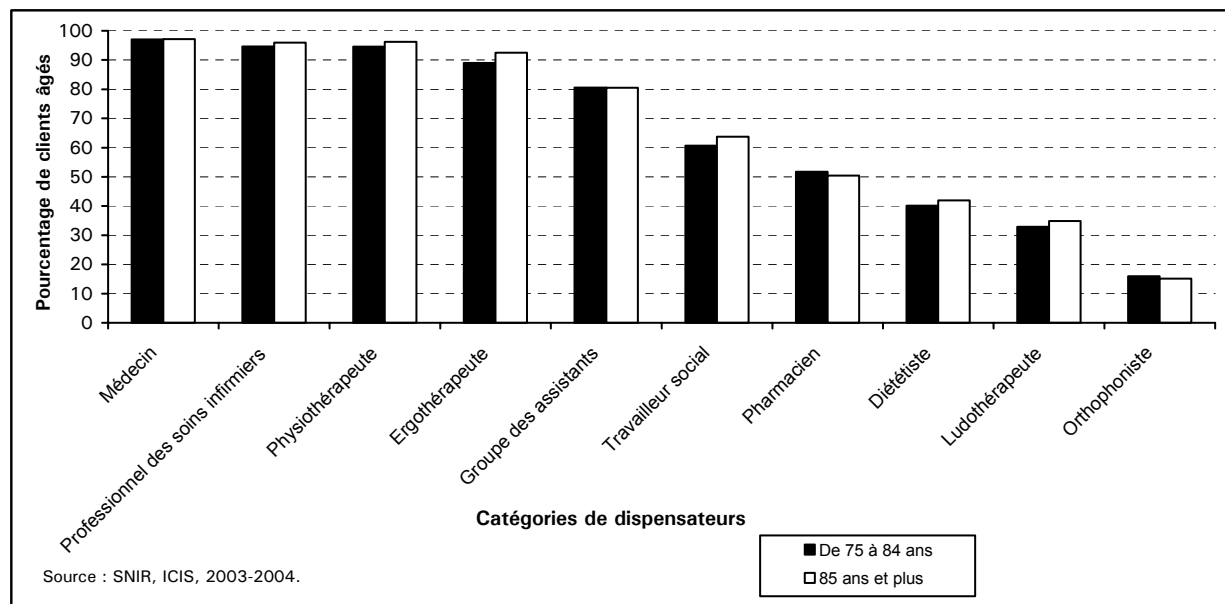


Figure 5.4 Catégories de dispensateurs qui offrent des services aux patients âgés hospitalisés en réadaptation, 2003-2004

La figure 5.4 montre également de légères différences entre les types et la fréquence de la prestation des services entre les deux groupes de clients âgés. Les clients de 85 ans et plus affichent un taux égal ou légèrement supérieur de participation de la part de tous les dispensateurs, à l'exception des pharmaciens et des orthophonistes.

Veillez noter que la liste des types de dispensateur n'est pas exhaustive. Le SNIR recueille l'information sur une pléiade de professionnels de la santé qui dispensent des services aux clients en réadaptation, toutefois la figure 5.4 ne reflète que les 10 groupes de professionnels les plus fréquents. De plus, certains groupes englobent plus d'un type de professionnels, ce qui restreint l'étendue des conclusions précises sur ces types de dispensateurs. Par exemple, le groupe « soins infirmiers » comprend les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes, les aides-infirmières, etc.

La figure 5.5 présente les données sur le nombre moyen de types de dispensateurs de services par client des groupes de clients âgés pour les cinq GCR les plus fréquents. Les données sont présentées pour les deux groupes de clients âgés du SNIR (de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus) ainsi que pour le groupe d'âge de moins de 74 ans. Les données révèlent que le nombre moyen de types de dispensateurs de services par client ne variait pas considérablement entre les GCR en 2003-2004. Les clients du groupe « amputation d'un membre » sollicitaient, en moyenne et par rapport aux autres groupes d'âge, le moins de types de dispensateurs de services en réadaptation, soit neuf types de dispensateurs de services par client, tandis que le groupe « débilite » sollicitait le nombre le plus élevé, soit près de douze par client. Le nombre de types de dispensateurs de services qui participent aux soins de réadaptation varie très peu d'un groupe d'âge à l'autre. Il semble y avoir un peu plus de types de dispensateurs par client à mesure que les clients des groupes « troubles orthopédiques » et « amputation d'un membre » vieillissent, mais il

semble y en avoir moins chez les groupes « troubles médicalement complexes », « dysfonctionnement cérébral » et « dysfonctionnement de la moelle épinière ». Quoiqu'il en soit, la différence générale entre ces groupes se chiffrait à tout au plus trois types de dispensateurs de services. Tel que mentionné dans la section précédente, il est impossible d'évaluer les raisons potentielles des différences entre les groupes d'âge à l'aide des données actuelles du SNIR (Statistiques éclair, tableau 38).

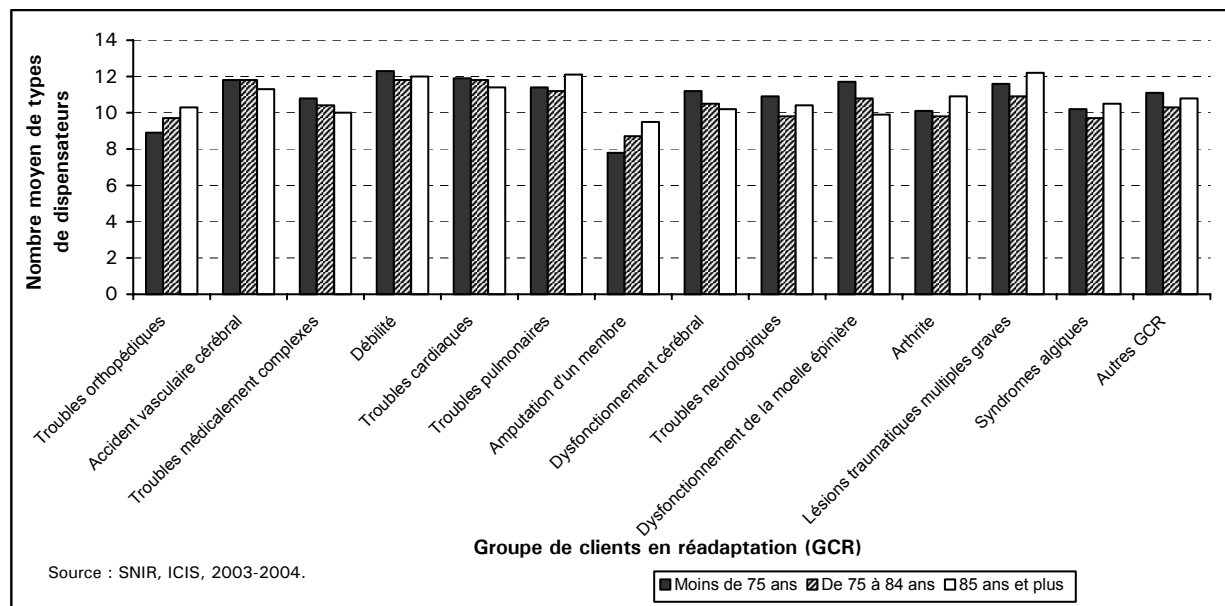


Figure 5.5 Nombre moyen de dispensateurs qui offrent des services aux patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Les types et le nombre de dispensateurs de services qui participent aux soins de réadaptation des patients hospitalisés, selon les données du SNIR, ne constituent qu'une partie de l'information nécessaire pour prendre des décisions en matière de ressources humaines au niveau de la gestion de la santé et de la politique. Il faut également tenir compte de l'information sur les mesures de la charge de travail par client. De l'information complémentaire est également nécessaire pour répondre à la question suivante : si un client n'a pas reçu de soins de réadaptation, est-ce parce que le besoin n'y était pas? Ou est-ce plutôt parce qu'il n'y avait tout simplement pas de dispensateur de services? Afin de faciliter l'analyse, on aurait avantage à obtenir de l'information supplémentaire, provenant de différentes sources, sur l'évaluation de la charge de travail relative à un GCR précis ainsi que sur la disponibilité des professionnels de la santé.

Sommaire

Le présent chapitre a présenté un bref aperçu des types d'établissements et des professionnels de la santé signalés dans le SNIR qui dispensent des services de réadaptation pour patients hospitalisés principalement aux clients de plus de 74 ans. Il souligne aussi certaines lacunes connues en matière d'information dans ce secteur.

Ce que nous savons

- Plus de la moitié de tous les clients du SNIR (52 %) hospitalisés en 2003-2004 dans des établissements généraux qui dispensent des soins de réadaptation avaient plus de 74 ans.
- Les infirmières, les médecins, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ont été les types de professionnels de la santé le plus fréquemment consignés à titre de dispensateurs de services de réadaptation auprès des patients hospitalisés en 2003-2004.
- Le nombre moyen de types de dispensateurs de services de réadaptation par client varie très peu d'un GCR à l'autre et entre les groupes d'âge du SNIR. Le nombre moyen de types de dispensateurs de services de réadaptation qui interviennent auprès d'un client oscille entre 9 et 12.

Ce que nous ignorons

- Le pourcentage de clients qui résident dans les régions rurales qui ne parviennent pas à satisfaire leurs besoins de réadaptation au sein de leur collectivité.
- L'ampleur de la difficulté à subvenir aux demandes de prestation de services dans les établissements de réadaptation pour patients hospitalisés en raison de la pénurie de professionnels (p. ex. les audiologistes, les orthophonistes) et la façon dont la situation varie entre les régions urbaines et rurales.
- Le nombre et le type de dispensateurs de services nécessaires pour chacun des groupes de clients en réadaptation afin d'offrir un milieu de réadaptation optimal.

Chapitre 6. Résultats en réadaptation chez les clients âgés

Les chapitres 4 et 5 passent en revue certaines caractéristiques de base des patients âgés hospitalisés en réadaptation, selon les données du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR). Ils traitent également des établissements de réadaptation et des professionnels qui dispensent des services de réadaptation. Les données montrent que les groupes de clients des « troubles orthopédiques », des « accidents vasculaires cérébraux », des « troubles médicalement complexes », de la « débilité » ainsi que des « troubles cardiaques » sont les cinq groupes de clients en réadaptation (GCR) les plus importants chez les patients de 75 ans et plus. Le présent chapitre se penche sur certains des résultats associés aux clients âgés appartenant à ces cinq GCR et présente certaines données sur la viabilité des résultats après la sortie. Le cas échéant, on présente une analyse des sous-groupes de ces GCR (voir l'annexe B pour une description générale des GCR).

Un des principaux objectifs de l'hospitalisation en réadaptation est de maximiser les capacités fonctionnelles motrices et cognitives des clients pour qu'ils puissent poursuivre leurs activités quotidiennes de façon aussi autonome que possible. De nombreux facteurs peuvent avoir des répercussions sur les résultats des clients en réadaptation, y compris la santé et l'état fonctionnel des clients avant l'admission, le type et la fréquence des services dispensés au cours de leur séjour en réadaptation et la durée du séjour en réadaptation. Ces facteurs peuvent tous, jusqu'à un certain point, jouer sur les résultats fonctionnels à la fin de la réadaptation. L'analyse de quelques-uns de ces facteurs conjuguée à l'étude des mesures quantitatives des résultats tirés de l'instrument FIM^{MD} (Functional Independence Measure), des destinations à la sortie et de l'orientation vers les services à la suite de la réadaptation, donne une idée du cheminement typique des clients âgés en réadaptation et devrait permettre de cibler les possibilités d'amélioration des résultats.

Sous-groupes de clients en réadaptation

Tel que mentionné au chapitre 3, plusieurs des groupes de clients en réadaptation (GCR) sont divisés en sous-groupes dans le SNIR afin de pouvoir comparer les divers sous-groupes de clients au sein d'un grand GCR. Dans la présente section, on traite de la répartition des clients âgés en réadaptation au sein des sous-groupes des GCR « troubles orthopédiques » et « accidents vasculaires cérébraux » dans le but de présenter de l'information détaillée sur les différents types de clients dans ces GCR. Aux fins du présent chapitre, le GCR « troubles orthopédiques » est donc divisé en quatre sous-groupes, soit « fracture de la hanche », « arthroplastie de la hanche », « arthroplastie du genou » et « autres troubles orthopédiques » (tout trouble orthopédique qui ne se classe pas dans un des trois groupes précédents). Le GCR « accident vasculaire cérébral » est divisé en trois sous-groupes, c'est-à-dire « hémiplégie gauche », « hémiplégie droite » et « autres problèmes liés à un AVC » (tout accident vasculaire cérébral qui ne se classe pas dans les deux premiers groupes). L'hémiplégie, une conséquence courante de l'accident vasculaire cérébral, se définit comme la faiblesse ou la perte de sensation, habituellement localisée sur un côté du corps. Tel que souligné dans le présent rapport, les GCR « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » représentent le plus grand nombre d'épisodes consignés dans le SNIR. De plus, les clients des différents sous-groupes de ces

GCR sont fréquemment hospitalisés en réadaptation et présentent des capacités physiques et fonctionnelles différentes. Le présent chapitre contient des analyses axées précisément sur ces sous-groupes afin d'évaluer les différences susceptibles d'avoir des répercussions sur les résultats en réadaptation.

Au cours de l'exercice 2003-2004, 6 624 (52 %) clients âgés ont été hospitalisés en réadaptation dans les établissements participants du SNIR en raison de troubles orthopédiques tels que les fractures, les arthroplasties et autres troubles ou maladies orthopédiques connexes (chirurgie du dos, fracture de la cheville, scoliose, etc.). Trente pour cent de ces clients âgés qui souffraient de troubles orthopédiques ont été hospitalisés en réadaptation à la suite d'une fracture de la hanche et 28 %, à la suite d'une arthroplastie de la hanche. Près d'un quart (23 %) des clients âgés qui souffraient de troubles orthopédiques ont été hospitalisés en réadaptation à la suite d'une arthroplastie d'un ou des deux genoux. Les autres clients âgés (19 %) ont été hospitalisés en raison d'autres troubles orthopédiques.

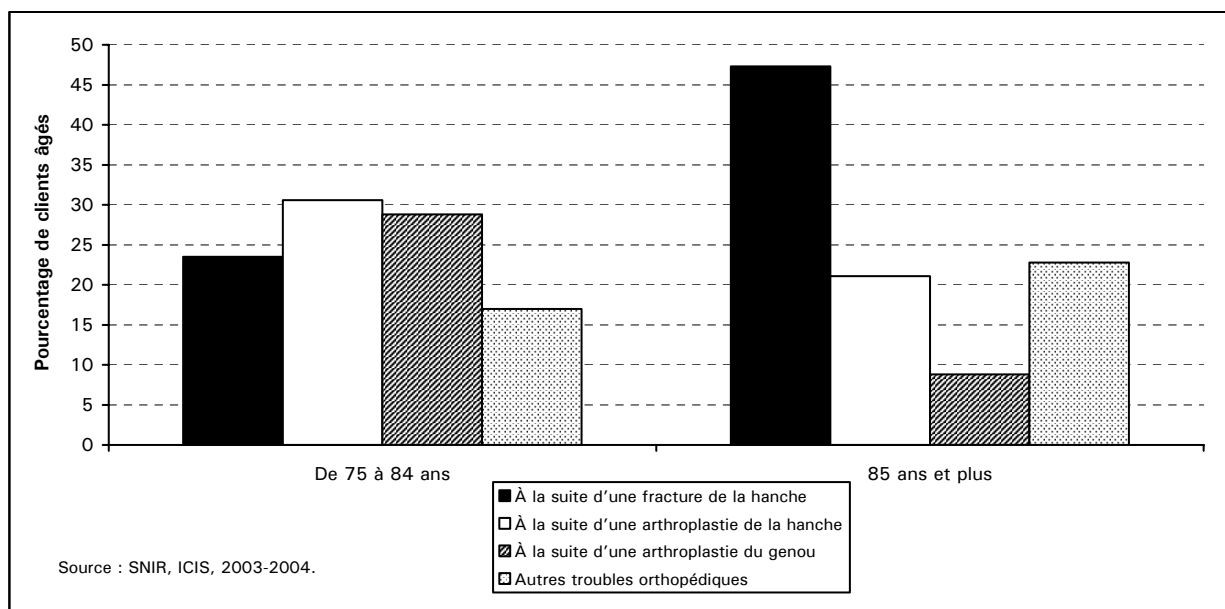


Figure 6.1 Répartition des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon l'âge et par sous-groupe, 2003-2004

La figure 6.1 présente la répartition selon l'âge des clients âgés appartenant aux sous-groupes du GCR « troubles orthopédiques » du SNIR. Selon les données, les clients de 75 à 84 ans qui souffraient de troubles orthopédiques étaient plus susceptibles de recevoir des services de réadaptation à la suite d'une arthroplastie de la hanche (31 %) et d'une arthroplastie du genou (29 %), tandis que ceux de 85 ans et plus étaient plus susceptibles d'être admis en réadaptation à la suite d'une fracture de la hanche (47 %). On constate une hausse marquée du nombre d'admissions en réadaptation à la suite d'une fracture de la hanche entre les clients du groupe d'âge de 75 à 84 ans et celui de 85 ans et plus. Les études montrent que, chez les clients âgés, le nombre de fractures de la hanche augmente

de façon exponentielle avec l'âge^{8,9}. La répartition selon l'âge des clients de plus de 74 ans du SNIR qui ont souffert d'une fracture de la hanche (chiffre non présenté) semble correspondre à celle des études.

La répartition des différents sous-groupes des « troubles orthopédiques » de la population âgée du SNIR révèle une certaine variation selon l'âge entre les différents types de troubles orthopédiques qui ont mené à l'hospitalisation en réadaptation. Les données du SNIR à elles seules ne suffisent pas à interpréter les raisons de ces variations. D'autres déterminants tels que les critères de décision en vue d'une arthroplastie, la prévalence des facteurs de causalité, notamment l'arthrite dégénérative ou les chutes des clients âgés, ainsi que la motricité avant l'admission ont vraisemblablement des répercussions sur l'incidence d'admission en réadaptation à la suite d'une arthroplastie ou d'une fracture de la hanche chez les clients âgés.

Contrairement à ce qu'on a noté chez les clients âgés qui souffrent de troubles orthopédiques, on remarque très peu de variation relative à l'âge entre les trois sous-groupes des « accidents vasculaires cérébraux », c'est-à-dire l'hémiplégie gauche, l'hémiplégie droite et les autres problèmes liés à un AVC (chiffres non présentés). Par exemple, 44 % des clients de 75 à 84 ans et 42 % de ceux de 85 ans et plus du groupe « accident vasculaire cérébral » ont été hospitalisés en réadaptation en raison d'une hémiplégie gauche. La proportion d'hémiplégie droite dans les deux groupes d'âge était de 42 % et de 43 %, respectivement. Les autres problèmes liés à un AVC représentaient respectivement 14 % et 15 % des clients des deux groupes d'âge. Selon les données du SNIR, l'âge ne semble pas être un déterminant de la prévalence d'un sous-groupe des « accidents vasculaires cérébraux » par rapport à un autre. (*Statistiques éclair, tableau 39*)

Durée du séjour

La durée du séjour se définit, dans le SNIR, par le nombre de jours entre l'admission des clients à l'unité de réadaptation et la sortie de cette unité. (Veuillez vous référer à la section sur la durée du séjour du chapitre 2.) Cette durée représente le nombre de jours au cours desquels un patient occupe un lit réservé à la réadaptation. Il s'agit d'une estimation de la période pendant laquelle des services de réadaptation ont été dispensés. La durée du séjour d'un client peut en partie être influencée par les problèmes de santé pour lesquels il a été hospitalisé en réadaptation, son âge et son état fonctionnel au moment de l'admission. D'autres facteurs tels que les niveaux de dotation et la disponibilité de services à la suite de la réadaptation peuvent également avoir des répercussions sur la durée du séjour en milieu de réadaptation. Tel que mentionné au chapitre 2, la durée médiane du séjour pour tous les clients du SNIR qui ont obtenu leur congé des établissements participants en 2003-2004 se chiffrait à 20 jours.

⁸ L. J. Melton III, « Epidemiology of hip fractures: implications of the exponential increase with age », *Bone*, vol. 18, n° 3 (1996), pages 121-125.

⁹ E. A. Papadimitropoulos, P. C. Coyte, R. G. Josse et C. E. Greenwood, « Current and projected rates of hip fracture in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 157 (1997), pages 1357-1363.

La figure 6.2 donne un aperçu de la durée médiane du séjour des cinq GCR prévalents chez les patients âgés hospitalisés en réadaptation, selon l'âge. La durée médiane du séjour des GCR la plus longue appartient au groupe d'âge des moins de 45 ans : elle se chiffre à 29 jours. On constate une durée médiane du séjour plus courte chez le groupe des 65 à 74 ans (16 jours) puis une durée médiane plus longue chez les clients plus âgés du SNIR. Un examen plus approfondi des données du SNIR révèle que la durée médiane du séjour supérieure chez les clients des groupes d'âge inférieurs est principalement imputable aux GCR « dysfonctionnement de la moelle épinière » et « dysfonctionnement cérébral » (50 jours et 36 jours respectivement chez les 45 ans et moins). (*Statistiques éclair, tableau 40*)

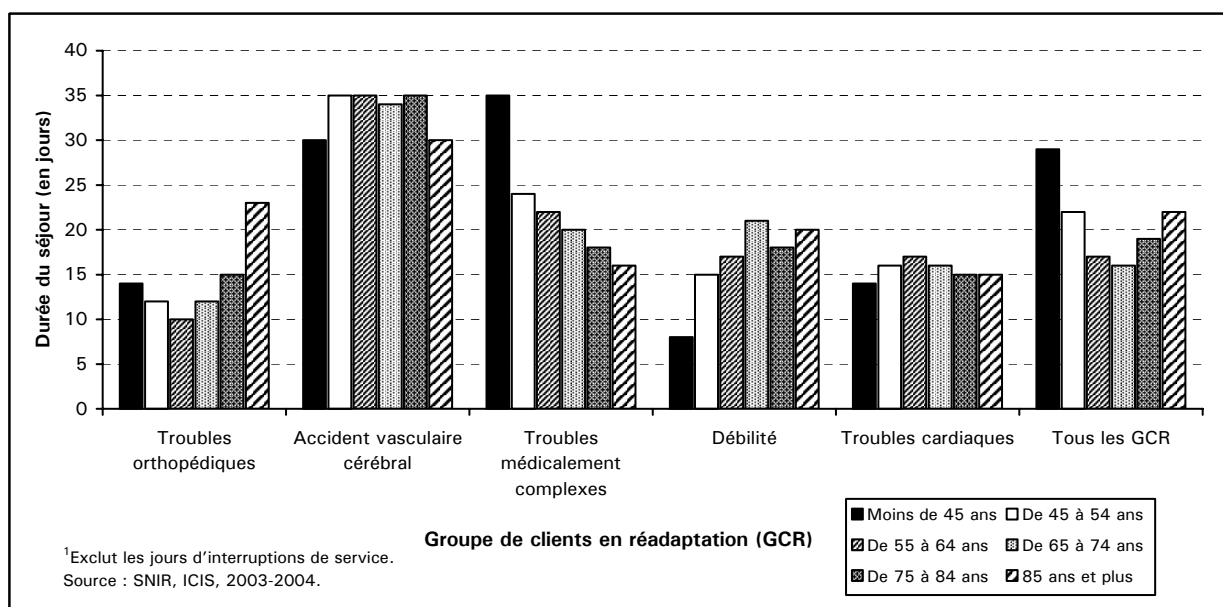


Figure 6.2 Durée médiane du séjour¹ des patients hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

À l'égard des cinq GCR les plus fréquents chez les groupes âgés, une variation selon l'âge était plus évidente dans certains GCR que dans d'autres. La durée médiane du séjour des clients des GCR « accident vasculaire en réadaptation » et « troubles cardiaques » était relativement stable parmi tous les groupes d'âge : elle se situait entre 30 à 35 jours pour le premier GCR et entre 14 et 17 jours pour le deuxième GCR. La durée du séjour pour le GCR « débilité » semblait augmenter avec l'âge des clients. Pour ce qui concerne les clients du GCR « troubles orthopédiques », la durée médiane du séjour fléchissait en fonction de l'âge chez les trois groupes les plus jeunes puis augmentait graduellement chez les groupes de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus. L'augmentation évidente dans la durée médiane du séjour chez les clients de 85 ans et plus en orthopédie reflète la grande proportion de clients qui ont eu une fracture de la hanche. En effet, les données des prochaines sections montreront que les clients âgés qui ont subi une fracture de la hanche affichaient la durée médiane du séjour la plus longue parmi tous les clients du GCR « troubles orthopédiques ». (*Statistiques éclair, tableau 40*)

La durée médiane du séjour des clients du GCR « troubles médicalement complexes » semble diminuer avec l'âge. Elle passe de 35 jours chez les clients de moins de 45 ans à 16 jours chez ceux de 85 ans et plus. L'examen des durées médianes du séjour particulièrement longues chez les clients du groupe d'âge de moins de 45 ans révèle qu'une proportion non négligeable de ces jeunes clients affichaient des durées du séjour considérablement supérieures à la médiane, ce qui a eu pour effet de hausser les valeurs générales. Il serait probant d'effectuer d'autres analyses sur les diagnostics associés à la classification des patients dans le GCR « troubles médicalement complexes » afin d'examiner plus en profondeur les raisons de la tendance à la baisse de la durée médiane du séjour selon l'âge chez ce GCR.

Note fonctionnelle totale à l'admission et durée du séjour

Tel que mentionné dans ce chapitre, la capacité fonctionnelle d'un client au moment de son admission représente un des nombreux facteurs qui peuvent avoir, jusqu'à un certain point, des répercussions sur la durée d'occupation d'un lit réservé à la réadaptation par un client. Dans les sections précédentes, on a traité de la durée du séjour par GCR; dans la présente section, on compare les durées du séjour des patients hospitalisés en réadaptation selon la note fonctionnelle totale à l'admission et le GCR. (Veuillez vous référer au chapitre 3 pour passer en revue les notes fonctionnelles totales.) Tout comme dans les sections précédentes, les GCR « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » seront répartis en sous-groupes aux fins d'analyse détaillée.

Au chapitre 3, on précisait que la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission de tous les patients hospitalisés en réadaptation se chiffrait à 85 points sur une possibilité de 126. Au cours de 2003-2004, la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission des patients âgés du SNIR était de 82. Des deux groupes de patients âgés, les clients du SNIR de plus de 85 ans affichaient une note fonctionnelle moyenne totale à l'admission inférieure (77) à celle de tous les GCR et ils étaient hospitalisés dans un établissement de réadaptation plus longtemps (22 jours) que ceux de la catégorie d'âge allant de 75 à 84 ans (dont la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission était de 83 et la durée médiane du séjour, de 19 jours).

La figure 6.3 donne les notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission et les durées médianes du séjour des cinq GCR les plus fréquents chez les patients âgés. Les clients du GCR « accident vasculaire cérébral » des deux groupes d'âge avancé affichaient la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission la plus faible et les plus longues durées médianes du séjour parmi les cinq GCR. La note fonctionnelle moyenne totale à l'admission de ces clients se chiffrait à 72 pour les clients de 75 à 84 ans et à 68 pour les clients de 85 ans et plus. Leurs durées médianes du séjour étaient de 35 et de 30 jours respectivement. Fait intéressant, le groupe d'âge de 75 à 84 ans du GCR « accident vasculaire cérébral » accusait une durée médiane du séjour plus longue que celle du groupe de 85 ans et plus, bien qu'il ait affiché une note fonctionnelle moyenne totale à l'admission légèrement supérieure. C'est aussi le cas pour le GCR « troubles médicalement complexes » : la durée médiane du séjour du groupe d'âge de 75 à 84 ans est plus longue que celle du groupe d'âge supérieur, bien qu'il ait une note fonctionnelle moyenne totale à l'admission supérieure.

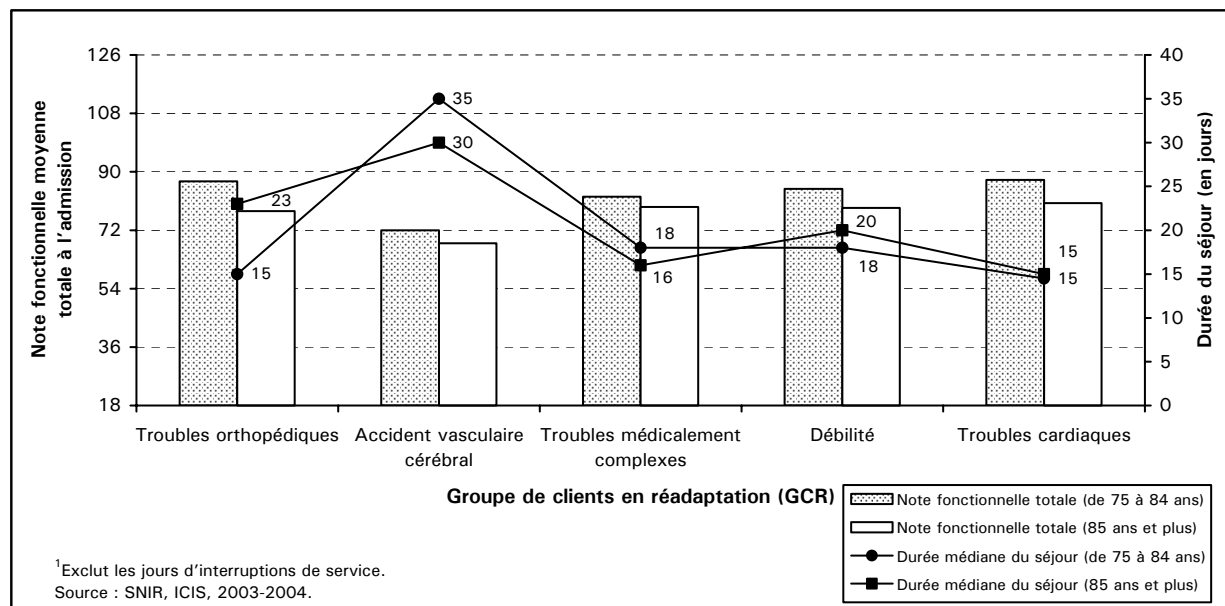


Figure 6.3 Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et durée médiane du séjour¹ des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Dans les trois autres GCR, soit les « troubles orthopédiques », la « débilité » et les « troubles cardiaques », le groupe d'âge de 85 ans et plus affiche une note fonctionnelle moyenne totale à l'admission inférieure et des durées médianes du séjour égales ou supérieures à celles du groupe d'âge de 75 à 84 ans. Les GCR « troubles orthopédiques » et « troubles cardiaques » présentent des écarts similaires entre les groupes d'âge en ce qui concerne la note fonctionnelle totale à l'admission. Toutefois, les clients de 85 ans et plus du GCR « troubles orthopédiques » affichent une durée médiane du séjour largement supérieure à celle du groupe d'âge de 75 à 84 ans, tandis que les deux groupes d'âge du GCR « troubles cardiaques » ont des durées médianes du séjour identiques. (*Statistiques éclair, tableau 41*)

Tel que susmentionné, de nombreux facteurs peuvent avoir des répercussions sur la durée du séjour des clients en réadaptation. Cette analyse des groupes d'âge avancé et des durées du séjour par GCR suggère que la note fonctionnelle totale à l'admission à elle seule n'est pas nécessairement un indicateur de la durée du séjour.

Note fonctionnelle totale à l'admission et durée du séjour par sous-groupes des GCR

Les figures 6.4 et 6.5 font état des notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission et des durées médianes du séjour des clients âgés des sous-groupes des GCR « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » décrits dans les sections précédentes du chapitre. La figure 6.4 montre que les clients âgés du groupe arthroplastie du genou affichaient une note fonctionnelle moyenne totale à l'admission supérieure et une durée médiane du séjour plus courte que leurs homologues du groupe arthroplastie de la hanche. De plus, les clients âgés du SNIR hospitalisés en réadaptation à la suite d'une fracture de la

hanche affichaient une note fonctionnelle moyenne totale à l'admission inférieure à celle des trois autres sous-groupes de « troubles orthopédiques » et la durée médiane du séjour la plus longue. Les notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission des clients des groupes d'âge de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus qui se sont fracturés la hanche se chiffraient à 80 et à 74 respectivement. La durée médiane du séjour de ces clients était de 23 et de 27 jours respectivement.

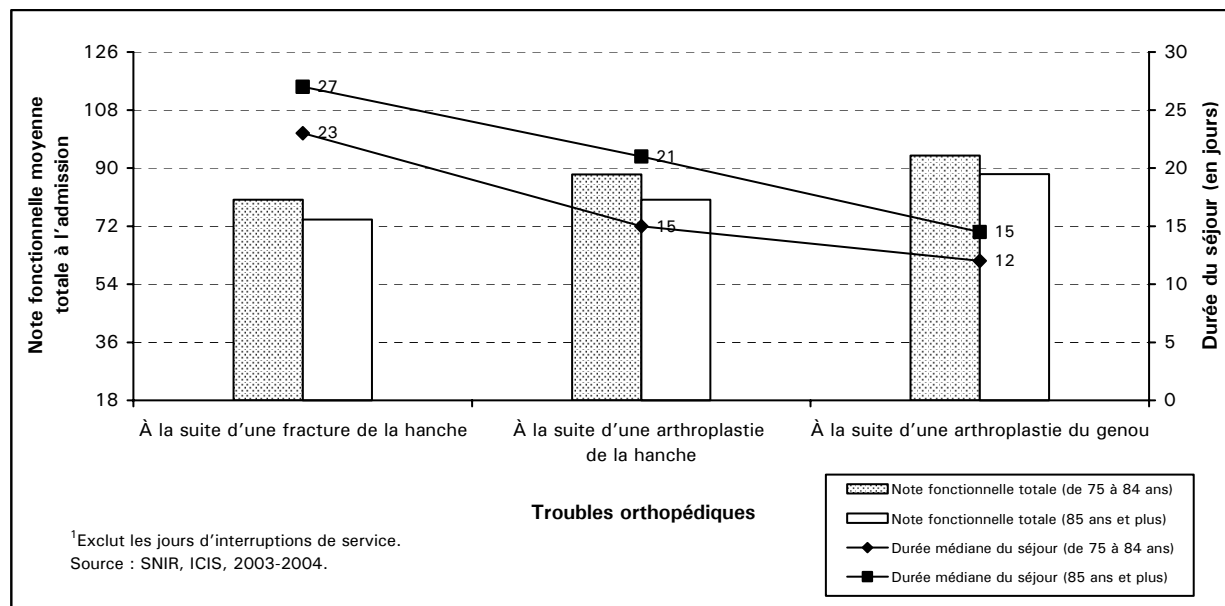


Figure 6.4 Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et durée médiane du séjour¹ des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon le sous-groupe, 2003-2004

La figure 6.5 donne les notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission et les durées du séjour des deux sous-groupes principaux du GCR « accident vasculaire cérébral », soit l'hémiplégie gauche et droite. L'examen des notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission des clients âgés des sous-groupes révèle qu'il y avait peu de différence entre elles. Par exemple, la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission des clients de 75 à 84 ans d'hémiplégie (gauche et droite) se chiffrait à 70 dans chacun des cas. La durée médiane du séjour chez les clients des deux groupes d'âge varie davantage au sein du sous-groupe « hémiplégie gauche » que dans le sous-groupe « hémiplégie droite ». Les clients de 75 à 84 ans du sous-groupe « hémiplégie gauche » affichaient une durée médiane du séjour de 37 jours et ceux de 85 ans et plus, de 30 jours. La durée médiane du séjour des deux groupes d'âge du sous-groupe « hémiplégie droite » était similaire : elle se chiffrait à 35 jours chez les patients de 75 à 84 ans et à 33 jours chez ceux de 85 ans et plus. Ces données correspondent à celles sur la durée du séjour de l'ensemble du GCR « accident vasculaire cérébral », pour lequel on a constaté que la catégorie des 85 ans et plus avait des durées médianes du séjour plus courtes que celles des 75 à 84 ans. (*Statistiques éclair, tableau 41*)

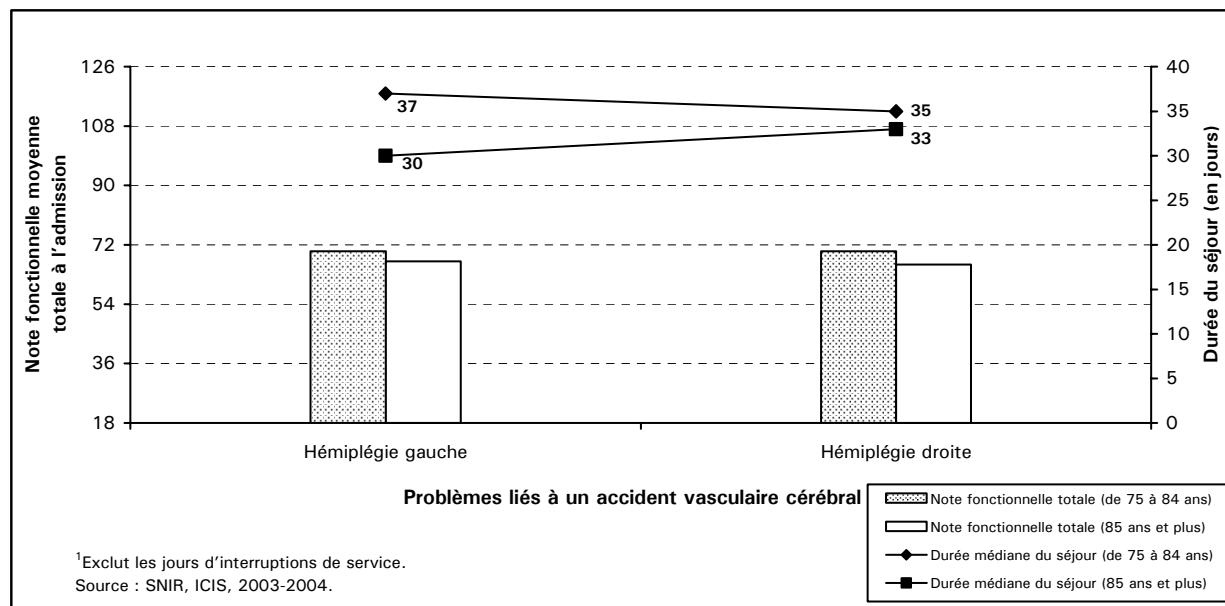


Figure 6.5 Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et durée médiane du séjour¹ des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « accident vasculaire cérébral » selon le sous-groupe, 2003-2004

Variation de la note fonctionnelle totale entre l'admission et la sortie

Au chapitre 3, il était question de la variation de la note fonctionnelle totale entre l'admission et la sortie pour tous les patients hospitalisés en réadaptation qui sont sortis des établissements participant au SNIR au cours de l'exercice 2003-2004 et pour qui des données avaient été recueillies à l'aide de l'instrument FIM^{MD}. La présente section est axée sur les variations des notes fonctionnelles totales des patients âgés hospitalisés en réadaptation entre leur admission et leur sortie ainsi que sur leur durée du séjour. Comme c'est le cas dans les sections précédentes, la durée de séjour est exprimée par la médiane plutôt que par la moyenne. Les durées médianes du séjour ne font pas partie des figures. Toutefois, on y fait référence dans les tableaux correspondants.

Les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie étaient connues chez 95 % des patients âgés hospitalisés en réadaptation en 2003-2004. Dans l'ensemble, la note fonctionnelle moyenne totale pour tous les clients âgés a augmenté : elle est passée de 82 à l'admission à 101 à la sortie, ce qui donne une variation moyenne de 18 points. Les clients âgés des groupes « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » affichaient la variation moyenne la plus prononcée en ce qui concerne la note fonctionnelle totale : elle se chiffre à environ 20 points. En effet, elle passe de 85 à 105 points chez les clients du groupe « troubles orthopédiques » et de 72 à 91 points chez ceux du groupe « accident vasculaire cérébral ». Les durées médianes du séjour des clients âgés des groupes « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » étaient de 17 et de 34 jours respectivement. Fait à remarquer, les clients du groupe « accident vasculaire cérébral » affichaient la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission la plus faible des cinq GCR les plus fréquents chez les clients âgés du SNIR. Les clients des groupes « débilité », « troubles médicalement complexes » et « troubles cardiaques » affichaient

des variations relativement inférieures de note fonctionnelle totale entre l'admission et la sortie. Ainsi, les clients du groupe « débilite » affichaient une hausse moyenne de 12 points et ceux du groupe « troubles médicalement complexes », une hausse moyenne de 16 points. Ces clients montraient des durées médianes du séjour de 20 et de 17 jours respectivement. Les clients âgés du groupe « troubles cardiaques » affichaient une hausse de la note fonctionnelle moyenne totale de l'ordre de 15 points et une durée médiane du séjour de 15 jours. (Statistiques éclair, tableau 42)

La figure 6.6 montre la variation moyenne des notes fonctionnelles totales entre l'admission et la sortie chez les deux groupes de clients âgés pour les cinq GCR les plus fréquents. Parmi tous les GCR, la variation moyenne entre les notes fonctionnelles totales était de 19 points (allant de 84 à 103) chez les clients du SNIR du groupe d'âge de 75 à 84 ans, et de 18 points (allant de 77 à 96) chez ceux de 85 ans et plus. Les clients de ces deux groupes d'âge affichaient une durée médiane du séjour en réadaptation de 20 et de 23 jours respectivement. Comme la figure en fait foi, les clients qui souffraient de « troubles orthopédiques » ou qui avaient subi un « accident vasculaire cérébral » dans les deux groupes d'âge affichaient la variation la plus prononcée entre la note fonctionnelle totale à l'admission et celle à la sortie, comparativement aux clients des trois autres GCR. Les clients de 75 à 84 ans et ceux de 85 ans et plus qui faisaient partie du GCR « troubles orthopédiques » avaient une durée médiane du séjour de 15 et de 23 jours respectivement. Ces chiffres, pour les clients du GCR « accident vasculaire cérébral », étaient de 35 et de 30 jours respectivement. On remarque encore ici que les écarts entre la note fonctionnelle totale des clients des deux groupes d'âge des GCR « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » étaient semblables, mais qu'il existait une différence considérable entre les durées médianes du séjour.

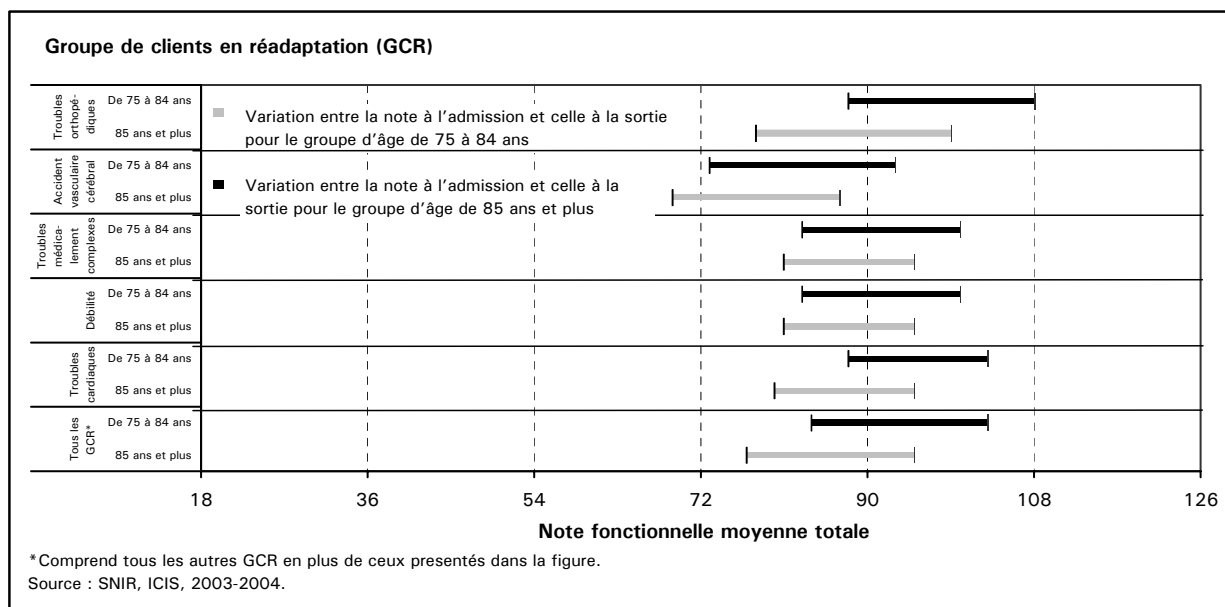


Figure 6.6 Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission et celle à la sortie des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Les figures 6.7 et 6.8 font état de la variation entre les notes fonctionnelles totales à l'admission et à la sortie des clients âgés compris dans les sous-groupes des GCR « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral ». La figure 6.7 (les sous-groupes du GCR « troubles orthopédiques ») montre que les variations des notes fonctionnelles moyennes totales chez les deux groupes de clients âgés étaient semblables dans tous les sous-groupes du GCR « troubles orthopédiques », c'est-à-dire qu'elles se chiffraient entre 19 et 21 points. Les clients de 85 ans et plus avaient tendance à avoir des notes fonctionnelles totales à l'admission inférieures à celles des clients de 75 à 84 ans, plus particulièrement dans les sous-groupes « fracture de la hanche » et « arthroplastie de la hanche ». La figure 6.8 présente la variation entre les notes fonctionnelles totales à l'admission et celles à la sortie des clients des sous-groupes du GCR « accident vasculaire cérébral ». Elle révèle une variation globale entre les notes fonctionnelles totales, sans tenir compte de l'âge ni des sous-groupes du GCR « accident vasculaire cérébral », de 15 à 20 points. Encore ici, les clients de plus de 84 ans des sous-groupes du GCR « accident vasculaire cérébral » semblaient aussi avoir des notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission inférieures à celles des clients de 75 à 84 ans. De plus, ils affichaient de façon générale des gains légèrement inférieurs, en ce qui concerne les notes fonctionnelles totales, par rapport aux clients du groupe d'âge de 75 à 84 ans. (*Statistiques éclair, tableau 42*)

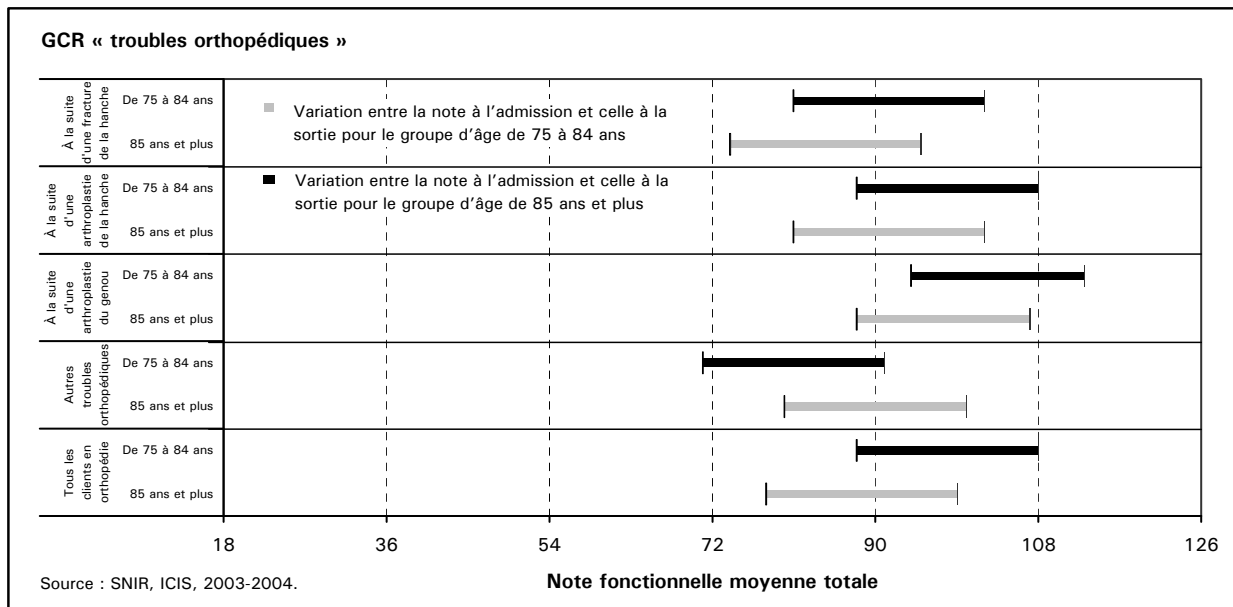


Figure 6.7 Variation entre les notes fonctionnelles moyennes totales des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon l'âge et le sous-groupe, 2003-2004

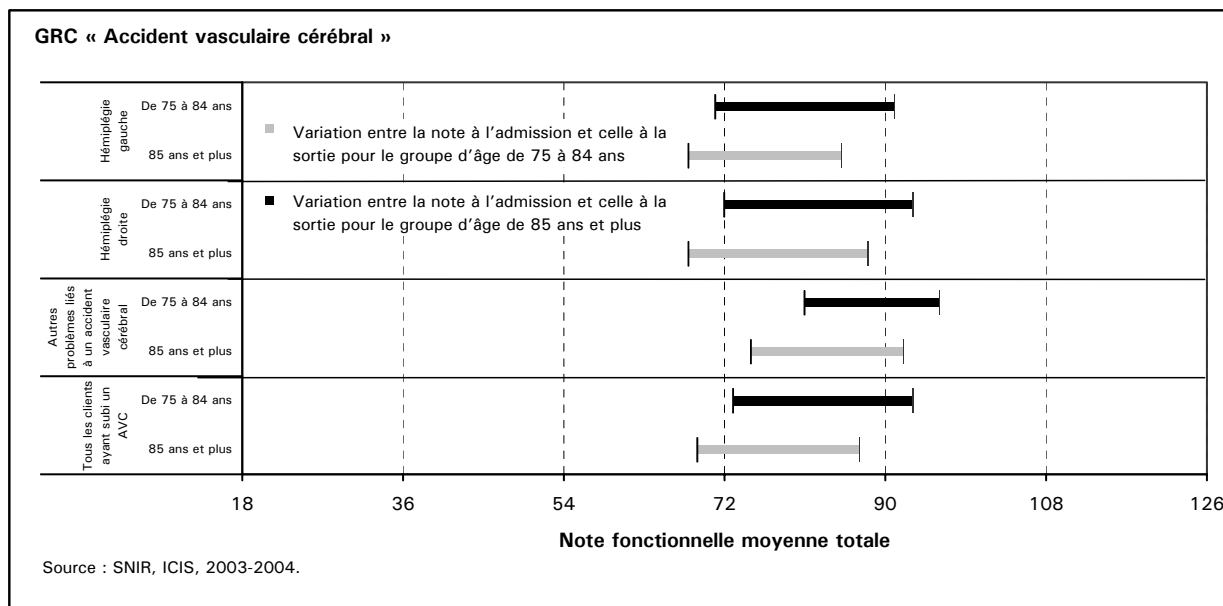


Figure 6.8 Variation entre les notes fonctionnelles moyennes totales des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « accident vasculaire cérébral » selon l'âge et le sous-groupe, 2003-2004

Variation de la note fonctionnelle totale entre la sortie et le suivi

Cette section du rapport donne un aperçu de la viabilité ou du maintien des gains fonctionnels des clients âgés réalisés au cours du séjour en réadaptation, selon la variation entre la note fonctionnelle totale à la sortie et celle au suivi. Par conséquent, cette partie ne traite que des patients qui ont eu un suivi.

Les évaluations de suivi consignées dans le SNIR sont habituellement réalisées par les établissements participants, soit par entrevue téléphonique soit par le suivi du patient à l'établissement du SNIR, dans les 80 à 180 jours après la sortie du patient de la réadaptation. L'évaluation est pratiquée soit directement auprès des clients, soit par procuration, le cas échéant. L'information sur les hospitalisations depuis le congé, sur le niveau perçu de réintégration dans la collectivité, sur les milieux de vie ainsi que sur les conditions de logement est rassemblée et une évaluation fonctionnelle est de nouveau pratiquée à l'aide de l'instrument FIM^{MD}. La réalisation d'évaluations de suivi exige souvent qu'un établissement alloue du temps et des ressources supplémentaires pour cette tâche, ce qui explique en partie pourquoi ces évaluations demeurent facultatives pour le SNIR. Les établissements peuvent choisir de recueillir les données du suivi de certains des patients, de tous les patients ou d'aucun d'eux. L'interprétation des données présentées ici doit donc se faire sous toutes réserves puisque les épisodes de suivi consignés ne reflètent pas nécessairement l'expérience de tous les clients signalés dans le SNIR. Les données du suivi donnent de l'information précieuse sur la viabilité des gains fonctionnels réalisés en réadaptation, et

l'ICIS tient à remercier les établissements qui en ont fait la saisie pour la période de déclaration 2003-2004, car les analyses de ces données aident à estimer la valeur des composantes du suivi aux fins de planification et de gestion. Dans les paragraphes suivants, on fait donc référence aux données de suivi qu'ont présentées les établissements participants.

En 2003-2004, neuf établissements ont recueilli et soumis de l'information sur le suivi à l'ICIS. Parmi tous les épisodes de suivi documentés, 126 évaluations étaient associées à des clients âgés (environ 1 % de tous les épisodes du SNIR associés à des clients âgés). Pour ces 126 clients, les notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission et à la sortie étaient de 88 et de 106 points respectivement et la note fonctionnelle moyenne totale du suivi se chiffrait à 111, ce qui représente une augmentation approximative de quatre points entre la note à la sortie et celle du suivi des 126 clients âgés. Notez qu'en raison de l'arrondissement, la variation absolue entre les notes fonctionnelles totales à la sortie et au suivi n'est pas identique à la variation moyenne entre les notes fonctionnelles totales à la sortie et au suivi présentées dans les tableaux et les figures.

La figure 6.9 compare la variation moyenne des notes fonctionnelles totales à la sortie et au suivi chez les patients âgés hospitalisés en réadaptation des GCR « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral » et « débilité ». Les GCR « troubles médicalement complexes » et « troubles cardiaques » ne sont pas inclus dans cette figure en raison du faible nombre d'évaluations de suivi soumises. Pour la même raison, les répartitions selon l'âge des groupes de clients âgés ont été combinées. La figure montre que les clients des GCR « troubles orthopédiques », « accident vasculaire cérébral » et « débilité » qui avaient bénéficié de services de réadaptation pour patients hospitalisés affichaient des hausses semblables entre leurs notes fonctionnelles totales à la sortie et au suivi, soit entre 4 et 5 points.

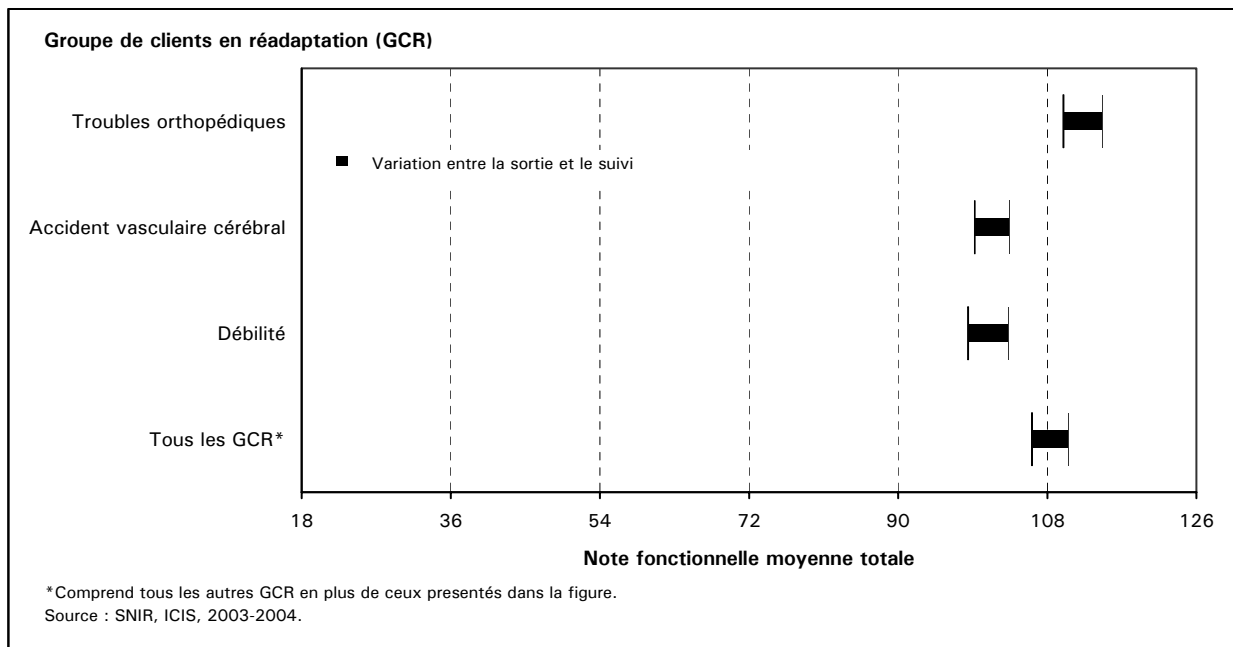


Figure 6.9 Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à la sortie et celle du suivi des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

La figure 6.10 présente la variation entre les notes fonctionnelles totales à la sortie et celles du suivi des sous-groupes du GCR « troubles orthopédiques » des clients âgés du SNIR. Les clients qui avaient obtenu des services de réadaptation à la suite d'une fracture ou d'une arthroplastie de la hanche présentaient une hausse supérieure entre les notes fonctionnelles totales à la sortie et celles du suivi comparativement à ceux qui avaient subi une arthroplastie du genou : en moyenne quatre points pour les clients du groupe « fracture de la hanche » et cinq points pour ceux du groupe « arthroplastie de la hanche ». Les clients qui avaient subi une arthroplastie du genou ne présentaient qu'une hausse moyenne d'un point. On se souviendra toutefois que les clients du sous-groupe « arthroplastie du genou » du GCR « troubles orthopédiques » affichaient les notes fonctionnelles totales les plus élevées à l'admission, à la sortie et du suivi parmi tous les sous-groupes du GRC « troubles orthopédiques ».

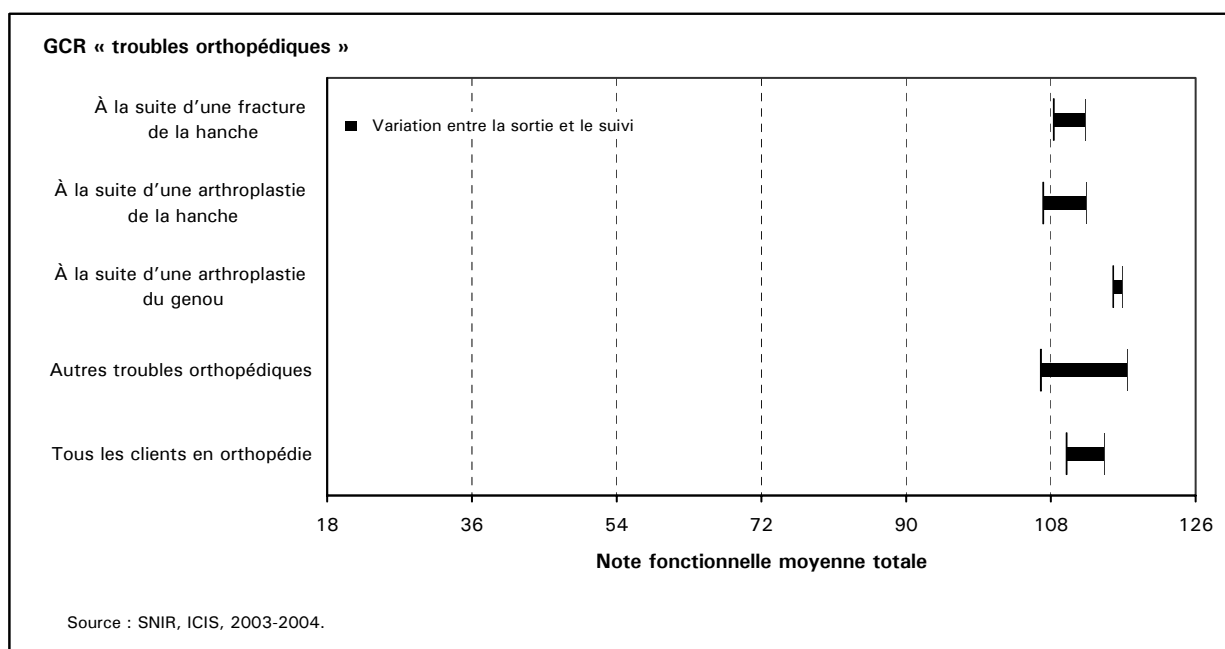


Figure 6.10 Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à la sortie et celle du suivi des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « troubles orthopédiques » selon le sous-groupe, 2003-2004

La figure 6.11 donne de l'information sur le suivi des clients des sous-groupes du GCR « accident vasculaire cérébral ». Les clients âgés qui avaient reçu des services de réadaptation à la suite d'une hémiplégié gauche ou droite affichaient des hausses semblables de notes fonctionnelles totales du suivi, c'est-à-dire que chez les clients du sous-groupe « hémiplégié gauche », elles passaient de 95 à la sortie à 98 au suivi (3 points) et que, chez ceux du sous-groupe « hémiplégié droite », elles passaient de 106 à 108 (2 points). Les clients du sous-groupe « autres problèmes liés à un AVC » affichaient la hausse la plus marquée (9 points) entre les notes fonctionnelles totales à la sortie et celles du suivi. (*Statistiques éclair, tableau 43*)

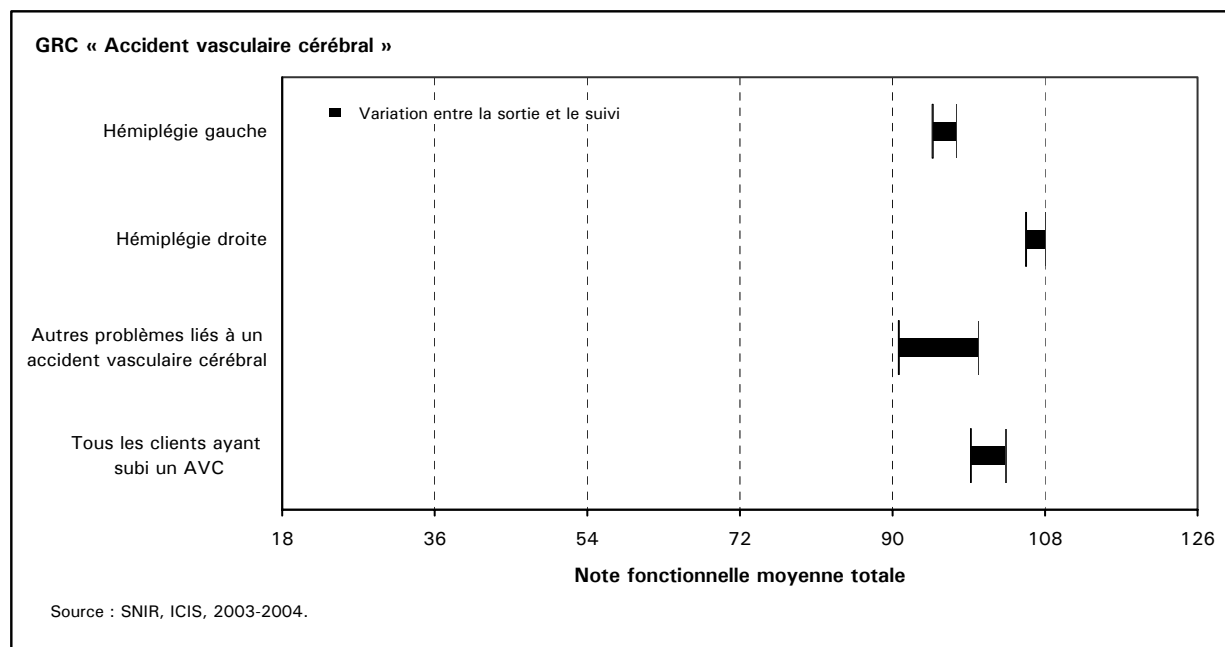


Figure 6.11 Variation entre la note fonctionnelle moyenne totale à la sortie et celle du suivi des patients âgés hospitalisés du groupe de clients en réadaptation « accident vasculaire cérébral » selon le sous-groupe, 2003-2004

En raison du caractère facultatif des évaluations de suivi, les données doivent être interprétées sous toutes réserves, car elles reposent sur un petit échantillon d'épisodes. Les données semblent confirmer qu'un certain gain fonctionnel continue d'être réalisé, tel que le prouve l'évaluation à l'aide de l'instrument FIM^{MD}, même après la sortie des patients âgés des milieux de réadaptation. Toutefois, il faudra disposer de davantage de données sur le suivi, reflétant une plus forte proportion de clients, pour pouvoir approfondir les analyses. Le SNIR se penche actuellement sur les façons de faciliter la saisie des données sur le suivi afin d'encourager les établissements à participer en grand nombre au processus.

Orientation à la sortie vers les services

Cette section traite des types de services vers lesquels tous les clients des GCR ont été orientés à leur sortie du milieu de réadaptation. Elle compare, entre les groupes d'âge, les différences entre les tendances d'orientation vers les services. Le chapitre 2 présente de l'information sur la nature des services dont il est question ici.

La figure 6.12 dresse la liste des différents types de services vers lesquels les patients hospitalisés en réadaptation ont été orientés à leur sortie, selon la répartition de l'âge. Les agences de services à domicile représentaient le type de service vers lequel les clients du SNIR des deux groupes d'âge avancé ont été le plus orientés. Une proportion semblable de clients dans les groupes d'âge de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus ont été orientés vers des agences de services à domicile (45 % et 44 % respectivement). Chez les clients de moins de 75 ans, cette proportion était inférieure (32 %). Les clients de ce groupe d'âge

ont fréquemment été orientés vers des services de soins ambulatoires et des praticiens en cabinet privé. L'orientation vers les établissements de soins pour bénéficiaires internes et vers les services de soins de courte durée pour patients hospitalisés était supérieure chez les groupes de patients âgés. (*Statistiques éclair, tableau 44*)

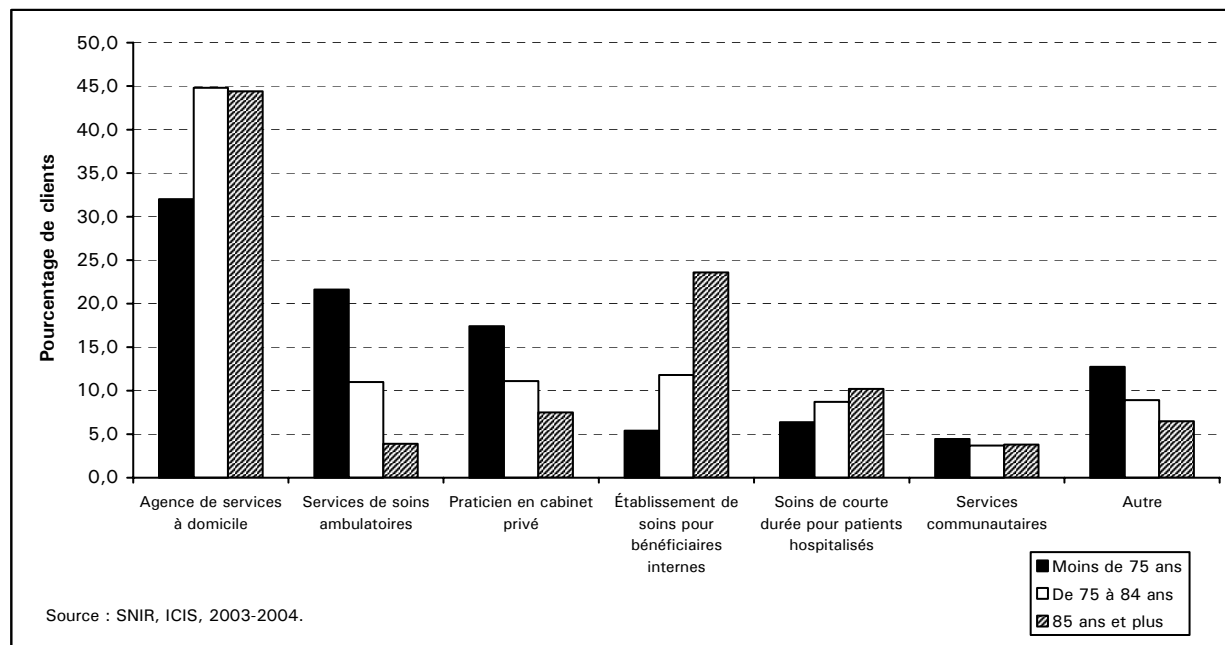


Figure 6.12 Services vers lesquels on a orienté les patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe d'âge, 2003-2004

Les tendances d'orientation parmi les patients qui quittent le milieu de la réadaptation vers d'autres services peuvent donner de l'information précieuse à ceux qui s'intéressent à la prestation de soins tout au long du continuum des soins de santé. La prestation de soins de santé ne se termine pas dès que le client est transféré d'un point du système de santé à un autre toutefois, les types de soins et les ressources nécessaires à leur prestation peuvent changer. La disponibilité des données sur l'ensemble du continuum est primordiale lorsqu'on désire voir à ce que les besoins des clients soient satisfaits à toutes les étapes de transition dans le système de soins de santé. Les données du SNIR mettent en évidence certaines tendances claires en matière d'orientation des patients en fonction de l'âge, ce qui peut s'avérer utile à la planification des ressources, particulièrement dans le présent contexte de coordination accrue des services au sein du système de soins de santé.

Soutien informel pour les clients âgés après leur sortie

Au chapitre 2, on explique le concept de soutien informel. La présence d'un réseau de soutien informel est particulièrement importante pour les clients âgés qui se fient peut-être à leurs enfants devenus adultes, à leurs amis ou à leurs voisins pour effectuer certaines de leurs tâches quotidiennes qui leur sont devenues difficiles. Le soutien informel (ou le manque de ce dernier) peut avoir des répercussions sur le choix de la destination à la suite de l'obtention du congé de la réadaptation. Une partie du processus de planification du congé consiste à définir les besoins des clients en ce qui concerne les tâches quotidiennes et les ressources susceptibles de les aider à subvenir à leurs besoins. Le manque de soutien, formel ou informel, rémunéré ou non, pour un client qui en a besoin pose souvent problème aux équipes multidisciplinaires et peut compliquer la réinsertion au sein la collectivité à la suite de l'obtention du congé. La présente section du rapport traite des niveaux de soutien informel dont les clients âgés devraient bénéficier à leur sortie de la réadaptation, selon le lieu où ils iront.

Dans le SNIR, la « destination à la sortie » décrit le type de milieu de vie où le client ira à la suite de son hospitalisation en réadaptation. On détermine cette destination de sortie à la lumière d'une combinaison d'information recueillie à la sortie du patient, soit les conditions de logement après la sortie du patient, les services vers lesquels le client est orienté et la raison pour laquelle le client a obtenu son congé de l'établissement de réadaptation. La classification du SNIR des destinations à la sortie est la suivante :

- Domicile avec services de santé payés;
- Domicile sans service de santé payé;
- Établissement de soins de longue durée ou pour bénéficiaires internes;
- Établissement de soins de courte durée;
- Autres milieux communautaires tels que la pension, la résidence avec services ou un refuge public.

Les clients orientés vers d'autres établissements de réadaptation dans le but d'obtenir un autre traitement, ceux qui mettent fin aux services ou ceux qui décèdent au cours du séjour en réadaptation ne sont pas classés parmi les destinations à la sortie susmentionnées. Ces clients (3 % de tous les clients âgés) ne sont donc pas compris dans l'analyse de la section suivante.

Tel que mentionné au chapitre 2, l'information sur le soutien informel à la sortie repose sur les besoins du client, selon l'estimation du client et de l'équipe spécialisée en réadaptation, et sur le niveau de soutien informel disponible pour répondre à ces besoins. Par exemple, si un client est capable d'effectuer seul certains travaux ménagers légers mais a besoin d'aide pour passer l'aspirateur et faire la lessive, un membre de la famille peut, à titre informel, subvenir à ce besoin. Si aucune ressource du genre n'est disponible ou si tous ses besoins ne peuvent pas être comblés par le soutien informel, il faut alors penser à des solutions comme les services de bénévolat structurés, les services à domicile, les services rémunérés ou une résidence avec services.

La figure 6.13 présente la proportion de clients âgés qui ont regagné leur domicile après la réadaptation et qui s'attendaient à recevoir soit une partie du soutien informel dont ils avaient besoin, soit tout le soutien informel ou aucun soutien informel du tout. La répartition est faite par groupe d'âge et reflète également l'absence ou la présence de services rémunérés au domicile, à la sortie du patient. Dans cette section, l'analyse ne tient compte que des clients qui ont obtenu leur congé pour regagner leur domicile, car ils représentaient les clients les plus susceptibles d'avoir besoin d'un réseau de soutien formel ou informel après leur sortie. On présume que les clients dont les destinations à la sortie sont les soins de longue durée et les résidences avec services ont reçu une forme quelconque de soutien formel. Ils sont donc exclus de cette analyse.

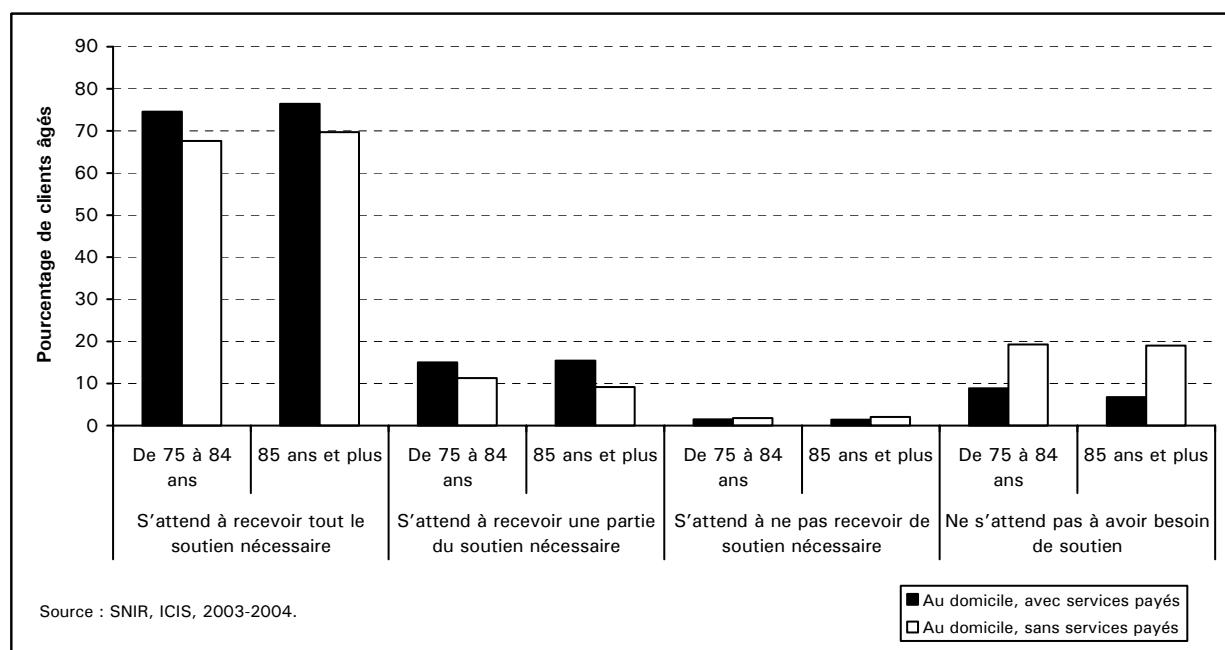


Figure 6.13 Patients âgés hospitalisés en réadaptation qui s'attendent de recevoir un soutien informel après leur sortie, 2003-2004

Les données du SNIR indiquent qu'au cours de 2003-2004, la majorité des clients âgés (69 %) ont dit qu'ils s'attendaient à recevoir tout le soutien informel dont ils auraient besoin à leur sortie. Seulement un faible pourcentage de clients (2 %) ont dit ne prévoir aucun accès au soutien informel dont ils auraient besoin. Un sixième des clients (15 %) s'attendaient à n'avoir besoin d'aucun soutien informel. (*Statistiques éclair, tableau 45*)

La figure 6.13 fait état des besoins en matière de soutien informel des clients âgés qui ont obtenu leur congé pour réintégrer leur domicile (avec ou sans services payés) par groupe d'âge. Bien qu'on remarque certaines différences entre les groupes d'âge en ce qui concerne la prévision d'obtention ou non, par les clients âgés, de services de santé payés, il n'y a pas de différence significative entre les besoins et les attentes de soutien informel pour les deux groupes d'âge de clients âgés.

Dans l'ensemble, la majorité des clients des groupes de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus qui ont obtenu leur congé pour retourner à leur domicile (avec ou sans services payés) estimait être en mesure de bénéficier de tout le soutien informel nécessaire : entre 68 % et 76 % des clients.

On remarque des différences dans la proportion de clients âgés nécessitant du soutien informel selon qu'ils bénéficiaient ou non de services de santé payés. Près d'un cinquième (19 % chacun) des clients des deux groupes d'âge qui ont reçu leur congé pour réintégrer leur domicile sans bénéficier de services de santé payés ont dit ne pas avoir besoin de soutien informel à la sortie. Par opposition, seulement 7 % à 9 % des clients qui ont obtenu leur congé pour réintégrer leur domicile et qui *devaient bénéficier* de services de santé payés ont dit qu'ils ne s'attendaient pas à avoir besoin de soutien informel. Il faudra réaliser des analyses plus approfondies sur ces résultats pour déterminer s'il existe ou non une relation entre les besoins de soutien informel, le besoin de services de santé payés au domicile et les capacités fonctionnelles des clients à la sortie. (*Statistiques éclair, tableau 45*)

Sommaire

Le présent chapitre a mis en évidence certains des résultats notés chez les clients âgés à la suite d'un séjour d'hospitalisation en réadaptation ainsi que la viabilité de ces résultats. Les GCR « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » ont été divisés en sous-groupes aux fins d'une analyse approfondie en raison du grand nombre de clients dans ces deux groupes du SNIR.

Ce que nous savons

- Chez les clients âgés du SNIR du groupe « troubles orthopédiques » en 2003-2004, ceux de 85 ans et plus étaient plus susceptibles d'être hospitalisés en réadaptation à la suite d'une fracture de la hanche, tandis que ceux de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles d'être admis à la suite d'une arthroplastie du genou ou de la hanche.
- Les clients de plus de 84 ans qui se sont fracturés la hanche affichaient les notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission les plus faibles et les durées médianes du séjour les plus longues de tous les clients âgés du GCR « troubles orthopédiques ».
- Des cinq GCR les plus fréquents chez les clients âgés, le groupe « accident vasculaire cérébral » affichait la note fonctionnelle moyenne totale à l'admission la plus faible et les clients de ce groupe semblaient rester le plus longtemps dans les établissements de réadaptation.
- Les clients des GCR « troubles orthopédiques » et « accident vasculaire cérébral » affichaient les variations les plus prononcées entre les notes fonctionnelles totales à l'admission et celles à la sortie comparativement à celles des clients des GCR « troubles médicalement complexes », « débilité » et « troubles cardiaques ».

- Du faible nombre d'épisodes de suivi passés en revue, la majorité des clients âgés du SNIR étudiés semblaient tout au moins conserver leurs gains fonctionnels à la suite de la sortie de la réadaptation.
- Près de la moitié des clients âgés du SNIR en 2003-2004 ont été orientés vers des services à domicile à la sortie de la réadaptation. Les clients de la tranche d'âge inférieure ont été plus fréquemment orientés vers des services de soins ambulatoires ou vers des praticiens en cabinet privé.
- Une grande majorité des clients âgés du SNIR s'attendaient à recevoir une partie ou tout le soutien informel dont ils avaient besoin à la sortie.

Ce que nous ignorons

- Si les gains fonctionnels apparents que les clients âgés du SNIR ont maintenus, selon la petite quantité d'épisodes du suivi documentés, dressent un portrait fidèle de l'ensemble des patients âgés hospitalisés en réadaptation.
- Quelles autres sources d'information sur les clients âgés en réadaptation seraient les meilleures à combiner avec les données du SNIR en vue d'une planification efficiente et efficace des programmes de réadaptation pour le groupe des clients âgés?

Chapitre 7. Discussion

Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004 est le deuxième rapport public fondé sur les données du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR), système conçu et géré par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Le rapport donne de l'information sur les services de réadaptation physique en milieu hospitalier dispensés entre les mois d'avril 2003 et de mars 2004 dans les unités de réadaptation participantes et dans les établissements autonomes de réadaptation. De plus, il met en vedette certaines des données du SNIR recueillies sur les clients âgés en réadaptation, c'est-à-dire ceux qui ont plus de 74 ans et qui ont été admis en réadaptation dans un établissement participant au SNIR au cours de la période de déclaration 2003-2004.

Ce deuxième rapport a pour objectifs de décrire les patients hospitalisés en réadaptation et de jeter la lumière sur la portée et les résultats des services de réadaptation pour patients hospitalisés d'un bout à l'autre du pays, dispensés à la population générale en réadaptation puis, plus particulièrement, aux patients âgés hospitalisés en réadaptation. Bien que le rapport soit fondé exclusivement sur les données des 79 établissements au Canada qui ont participé au SNIR entre les mois d'avril 2003 et de mai 2004, il donne un aperçu de l'activité en réadaptation et constitue un excellent point de départ pour toute exploration ultérieure. En rendant possible la saisie de données normalisée sur les services de réadaptation pour patients hospitalisés et sur les patients qui en bénéficient, le SNIR soulève des points de discussion et de comparaison et encourage l'analyse dans le domaine de la réadaptation.

Pour les établissements participants, ce rapport résume l'information publiée dans les rapports comparatifs sur l'activité en réadaptation de mars 2003 à avril 2004 qu'ils ont déjà reçus de la part de l'ICIS. Les rapports comparatifs, produits quatre fois par année, présentent de l'information propre aux hôpitaux ou sur les groupes pairs afin de faciliter les décisions en planification et en gestion.

Pour les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi que pour les régies régionales de la santé partout au Canada, ce rapport fait le survol des caractéristiques des établissements participants et des résultats choisis. Bien que les services de réadaptation aux patients hospitalisés ne forment qu'une partie du continuum du secteur de la réadaptation physique, le rapport pourra vraisemblablement impulser les prochaines orientations en matière de politique, de financement et de planification.

Enfin, notons que *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004* est une des seules publications au Canada qui décrit les caractéristiques des services de réadaptation en milieu hospitalier et de leurs clients au Canada. Il pourra donc intéresser les patients en réadaptation de même que les membres de leur famille et les aider à comprendre la façon dont l'information sur les services de réadaptation peut contribuer à la décision et à la réflexion dans ce domaine des soins de santé.

Mesure de la capacité fonctionnelle et des résultats

Le concept de la capacité fonctionnelle de l'être humain est une pierre angulaire du SNIR, illustré par le fait que la majorité de l'information saisie dans le SNIR fait référence au rendement fonctionnel du patient dans ses tâches quotidiennes. Ce système d'information est axé sur le rôle de la réadaptation dans l'atteinte d'une autonomie maximale au quotidien pour les clients de même que dans le maintien de cette autonomie après la sortie du milieu de réadaptation. Cette orientation est appuyée par une série de données cliniques qui dépeignent les fonctions motrices et cognitives des clients en réadaptation de même que les conséquences de la douleur sur leurs activités quotidiennes.

On recueille les données sur l'état fonctionnel principalement au moyen de l'instrument FIM^{MD} (Functional Independence Measure), un outil d'évaluation normalisé qui conjugue 18 éléments, mis au point aux États-Unis par la *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDS_{MR}) et reconnu tant à l'échelle nationale qu'internationale. À l'aide d'autres caractéristiques sociodémographiques, administratives et de santé, le SNIR et le présent rapport donnent un aperçu des limites fonctionnelles des clients et de la mesure dans laquelle les programmes de réadaptation aident à repousser ces limites.

Au fur et à mesure que les hôpitaux et les autres organismes du pays se familiariseront avec le SNIR, l'ICIS explorera de nouveaux sujets et de nouvelles méthodes d'analyse afin de présenter une information plus précise sur les capacités fonctionnelles des divers groupes de clients signalés dans le système d'information. Lorsqu'il y aura un nombre suffisant d'épisodes consignés dans le SNIR, on sera en mesure d'explorer d'autres questions sur l'état fonctionnel et les résultats connexes dans les prochains rapports, par exemple :

- Quelles conditions comorbides ont les plus vastes répercussions sur les facteurs tels que la durée du séjour et les résultats fonctionnels parmi les différents GCR?
- Quelle est la variation en matière de viabilité des résultats entre les différents GCR et parmi les différents groupes d'âge?
- De quelle façon les groupes clients en réadaptation (GCR) diffèrent-ils dans les sous-domaines de l'instrument FIM^{MD}, y compris ceux du déplacement et de la cognition sociale?
- Quelles tendances ou quels écarts dans l'état fonctionnel ou dans les résultats cliniques ressortent des données du SNIR au cours d'une année donnée ou de plusieurs années?
- Comment les interventions spécifiques réalisées dans le cadre des programmes de réadaptation influent-elles sur l'état fonctionnel et les autres mesures des résultats dans le SNIR?

Clients âgés signalés dans le Système national d'information sur la réadaptation

Les clients de plus de 74 ans sont associés à près de la moitié des épisodes consignés dans le SNIR pour la période de déclaration 2003-2004. Cette présence imposante dans la base de données ainsi que le vieillissement de la population canadienne ont incité à une étude attentive des données disponibles sur ce groupe. La deuxième partie du rapport souligne les nombreuses difficultés et les différents enjeux auxquels font face les patients âgés hospitalisés en réadaptation et les professionnels de la santé qui leur dispensent des soins. Voici certains des enjeux :

- Déterminer les niveaux de services de réadaptation pour patients hospitalisés nécessaires pour traiter les clients âgés de plus en plus nombreux, qui sont principalement hospitalisés en réadaptation à la suite d'une fracture de la hanche ou d'une arthroplastie, d'un accident vasculaire cérébral, de troubles médicalement complexes, d'une débilité générale ou de troubles cardiaques.
- Mieux comprendre la façon dont les services de réadaptation pour patients hospitalisés s'inscrivent dans la prestation des soins de courte durée, des soins à domicile, des services communautaires et des soins de longue durée afin de pouvoir répondre aux besoins des clients âgés dans le continuum des soins de santé.
- Établir la meilleure façon de combiner les données du SNIR avec d'autres sources d'information sur les clients âgés en réadaptation afin de prévoir en toute efficacité et efficience les processus d'admission, de traitement et de sortie en réadaptation de ce groupe.

Vers la déclaration complète

En raison de son caractère partiellement volontaire, le SNIR ne couvre pas tous les services de réadaptation pour patients hospitalisés au Canada. Par conséquent, les renseignements du présent rapport peuvent se limiter à la mesure dans laquelle on peut présumer que les caractéristiques, les indicateurs et les résultats sont représentatifs de tous les services de réadaptation pour patients hospitalisés.

Dans l'avenir, à mesure que davantage d'hôpitaux mettront en œuvre le SNIR afin d'appuyer leurs activités de gestion et d'amélioration de la qualité et à mesure que les provinces, les territoires et les régions commenceront à utiliser les données du SNIR aux fins de planification et de décision, le portrait des services de réadaptation au Canada devrait davantage se préciser. La vision du SNIR est de présenter des données complètes sur tous les services de réadaptation physique pour patients hospitalisés au Canada. Cette vision nous permettra sans contredit d'améliorer les résultats produits par les diverses activités de présentation de données du SNIR.

La consultation des hôpitaux et des partenaires gouvernementaux et la poursuite du développement du système devrait permettre d'enrichir l'information contenue dans le SNIR et de produire d'autres rapports spécialisés d'intérêt pour les intervenants en réadaptation. De plus, en incorporant des sources d'information supplémentaires, comme les recherches publiées et les sources de données reconnues, il nous deviendra possible de nous pencher sur de nombreuses autres questions, dont les suivantes :

- Comment les résultats varient-ils en fonction des groupes de clients qui reçoivent des services dans différents types de programmes, comme la réadaptation gériatrique et les unités de séjour de courte durée?
- De quelle façon les données supplémentaires sur les diagnostics facilitent-elles la comparaison entre les divers groupes clients en réadaptation?
- Les limites dans les données du SNIR invitent-elles la collecte d'autres éléments de données liés aux caractéristiques sociodémographiques, à l'état fonctionnel et aux résultats cliniques connexes?
- Comment peut-on combiner les données du SNIR avec celles d'autres sources, comme les données financières et celles sur les ressources humaines de la santé, afin de détailler davantage le domaine de la réadaptation pour patients hospitalisés?
- Comment les services de réadaptation pour patients hospitalisés interagissent-ils avec d'autres contextes de prestation de soins réadaptation, comme les soins de courte durée, les services à domicile et les soins de longue durée?

Conclusion

En tant que système d'information, le SNIR continuera d'offrir aux hôpitaux, aux responsables de l'élaboration des politiques et aux autres intervenants la possibilité de mieux comprendre les besoins des clients, de mesurer l'activité, de surveiller les résultats, de réagir aux demandes changeantes et d'optimiser la transformation du système de soins de santé du Canada.

Le rapport *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada* est une composante officielle des activités globales de déclaration de données sur la réadaptation de l'ICIS. Les prochaines versions se pencheront sur des sujets d'intérêt et d'importance pour le secteur de la réadaptation physique en milieu hospitalier en fournissant des analyses fondées sur les commentaires recueillis à la grandeur du pays.

Pour obtenir de plus amples renseignements, envoyez un courriel à l'équipe du SNIR à l'adresse readaptation@icis.ca ou visitez le site Web du Système national d'information sur la réadaptation à l'adresse www.icis.ca/snir.

Annexe A – Glossaire du SNIR

Les termes liés au Système national d'information sur la réadaptation sont tirés du Manuel du fichier minimal de la réadaptation, mis à jour et distribué par l'Institut canadien d'information sur la santé. Veuillez vous référer à ce manuel pour obtenir de l'information contextuelle complémentaire sur ces termes.

L'instrument FIM^{MD} de 18 éléments ainsi que les groupes de clients en réadaptation auxquels on fait référence dans le présent document appartiennent à la Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de U B Foundation Activities, Inc.

Copyright © 1997, Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de U B Foundation Activities, Inc., tous droits réservés.

A

Activités de la vie quotidienne (AVQ) — Activités quotidiennes fondamentales comme le fait de pouvoir se nourrir, voir à l'entretien de sa personne, se laver, passer d'un lit à une chaise et s'habiller.

Arrangement (lors de l'évaluation de l'instrument FIM^{MD}) — Aide dans la préparation nécessaire avant que le client n'effectue une activité ou dans l'enlèvement d'équipement ou de matériel quand le client a terminé l'activité. Les clients qui ont besoin d'arrangements pour effectuer une activité prévue par l'instrument FIM^{MD} ne peuvent pas recevoir une note supérieure à « 5 » pour cette activité.

Assistance maximale — Niveau d'aide dont le client a besoin pour effectuer une activité physique ou cognitive tel qu'évalué par l'instrument FIM^{MD}. Le client fournit de 25 à 49 % des efforts pour effectuer une activité évaluée par l'instrument FIM^{MD} (c'est-à-dire que le soignant déploie le reste des efforts), ce qui donne un résultat de « 2 » pour cette activité.

Assistance partielle — Niveau d'aide dont le client a besoin pour effectuer une activité physique ou cognitive tel qu'évalué par l'instrument FIM^{MD}. Le client a besoin de plus d'aide qu'un léger contact physique ou fournit au moins la moitié des efforts (50 %), sans toutefois dépasser les 75 %, pour effectuer une activité évaluée par l'instrument FIM^{MD} (le soignant déploie le reste des efforts), ce qui donne un résultat de « 3 » pour cette activité.

Assistance restreinte — Niveau d'aide dont le client a besoin pour effectuer des activités physiques ou cognitives tel qu'évalué par l'instrument FIM^{MD}. Le client n'a pas besoin de plus d'aide qu'un léger contact physique et fournit au moins 75 % ou plus des efforts pour effectuer une activité évaluée par l'instrument FIM^{MD}, ce qui donne un résultat de « 4 » pour cette activité.

Assistance totale — Niveau d'assistance dont le client a besoin dans le cadre des activités physiques ou cognitives. Le client fournit moins de 25 % des efforts nécessaires pour effectuer une activité évaluée par l'instrument FIM^{MD}, ce qui donne un résultat de « 1 ».

Autonomie complète — Situation dans laquelle toutes les tâches d'une activité particulière selon l'instrument FIM^{MD} sont habituellement pratiquées par le client de façon sécuritaire et autonome. L'activité est effectuée sans modification, sans appareil d'aide fonctionnelle, sans aide et dans un délai raisonnable. Selon l'instrument FIM^{MD}, l'autonomie complète se traduit par une note de « 7 » pour l'activité évaluée.

Autonomie modifiée — Niveau d'aide dont le client a besoin pour effectuer une activité physique ou cognitive tel qu'évalué par l'instrument FIM^{MD}. Au cours de l'activité évaluée par l'instrument FIM^{MD}, le client a besoin de matériel adapté, il prend plus de temps que ce qui est raisonnable ou il s'expose à certains risques. Le résultat est « 6 ».

B

C

Compréhension (instrument FIM^{MD}) — Compréhension d'une communication auditive ou visuelle (p. ex. l'écriture, le langage gestuel, les gestes), simple ou complexe. La note est proportionnelle à la complexité de la communication comprise par le client.

Conditions de logement après la sortie — Milieu de vie dans lequel le client vivra après sa sortie de l'hôpital. Ne fait pas référence à un autre hôpital ou à une autre unité de l'hôpital si le client est transféré d'un établissement ou d'une unité de réadaptation.

Conditions de logement avant l'admission — Le milieu de vie dans lequel le client vivait avant son admission à l'hôpital de réadaptation.

Conséquences de la douleur — Élément d'autodéclaration qui décrit les conséquences de la douleur sur les activités quotidiennes du client. Il s'agit d'un des deux éléments de données d'autodéclaration du SNIR.

D

Date à laquelle le client est prêt pour sa sortie — Date du calendrier civil à laquelle on considère le client comme prêt à obtenir son congé du programme de réadaptation. À cette date, l'équipe de réadaptation juge que le client répond aux critères de sortie et qu'il a atteint l'ensemble ou la plupart de ses objectifs de réadaptation établis au préalable.

Date à laquelle le client est prêt pour son admission — Date à laquelle le client répond aux critères d'admission de l'établissement de réadaptation et à laquelle on le considère comme prêt à commencer un programme de réadaptation. Cette date ne fait pas référence à celle à laquelle on inscrit le client sur une liste d'attente, dans les cas où ce geste est posé avant que le client ne soit cliniquement prêt pour sa réadaptation.

Date de début — Date du calendrier civil marquant le début du problème primaire à l'origine de la réadaptation, codifié sous l'élément « groupe de clients en réadaptation » (voir « Groupe de clients en réadaptation »), qui a entraîné l'admission du patient en réadaptation. Dans le cas des affections aiguës, il s'agit de la date à laquelle le client s'est blessé ou celle de la chirurgie. Pour les problèmes chroniques (p. ex. BPCO), il s'agit de la date de la plus récente exacerbation ou perte de fonctionnalité qui a mené à l'hospitalisation du patient dans une unité de réadaptation.

Durée du séjour — Nombre de jours entre la date à laquelle le client est admis dans l'établissement de réadaptation et celle à laquelle il en sort. Les jours au cours desquels le client n'a pas pu participer au programme de réadaptation pour une raison de santé sont exclus du calcul (voir « Interruption de service »).

E

Efficacité de la durée du séjour — Variation de la note fonctionnelle totale (voir « Note fonctionnelle totale ») par jour de participation du client au programme de réadaptation. Il s'agit de la note fonctionnelle totale divisée par la durée du séjour (voir « Durée du séjour »).

Entretien de sa personne (instrument FIM^{MD}) — Capacité de réaliser tout au moins les quatre activités suivantes : (1) soins de la bouche; (2) entretien des cheveux (se peigner ou se brosser les cheveux); (3) se laver les mains; (4) se laver le visage. Peut comprendre une cinquième activité, c'est-à-dire se faire la barbe ou se maquiller, le cas échéant. Le terme « se laver » comprend la notion de rinçage et de séchage.

Épisode — Séjour d'un patient hospitalisé en réadaptation documenté par une évaluation d'admission *et* par une évaluation de sortie du SNIR. Les analyses des rapports du SNIR s'appuient sur les épisodes de réadaptation. *Exception* : Les clients dont la sortie, planifiée ou non, a été consignée dans le SNIR sont considérés comme ayant eu un épisode de réadaptation (voir « Sortie planifiée ou non »).

Établissement — Site où les lits de réadaptation sont regroupés. Il s'agit du niveau auquel les hôpitaux soumettent des données au SNIR. Souvent, « établissement » est synonyme d'« hôpital ». Dans le cas des hôpitaux répartis sur plusieurs sites ou emplacements, il peut y avoir plus d'un établissement participant.

Établissement général de réadaptation — Établissement qui dispense des services de réadaptation pour patients hospitalisés en fonction d'unités, de programmes ou de lits de réadaptation désignés dans un hôpital général qui offre plusieurs niveaux de soins (c.-à-d. réadaptation, soins de courte durée, soins pour malades chroniques, soins d'urgence). Les clients en réadaptation bénéficient d'interventions multidimensionnelles (physiques, cognitives, psychosociales) : diagnostic, évaluation, traitement et planification des services.

Établissement spécialisé de réadaptation — Établissement qui dispense des services complets de réadaptation pour patients hospitalisés et des programmes de réadaptation spécialisés. Il s'agit souvent d'un établissement autonome de réadaptation, mais il peut également s'agir d'une unité spécialisée au sein d'un hôpital de soins de courte durée ou de soins pour malades chroniques. En plus des interventions semblables à celles faites dans les établissements généraux de réadaptation, les clients des établissements spécialisés ont accès à des services complets, comme ceux dispensés par des spécialistes chirurgiens, des orthésistes et des prothésistes, etc.

Évaluation — Regroupement d'information administrative et clinique recueillie pour un patient hospitalisé en réadaptation et soumise au SNIR au moment de l'admission, de la sortie ou du suivi.

Évaluation d'admission — Évaluation de base du client effectuée dans les 72 heures suivant son admission au programme de réadaptation.

Évaluation de sortie — Évaluation du client effectuée dans les 72 heures suivant sa sortie du programme de réadaptation.

Évaluation de suivi — Évaluation du client effectuée entre 80 et 180 jours après sa sortie du programme de réadaptation.

Expression (instrument FIM^{MD}) — Expression orale ou non orale claire d'un message simple ou complexe. Cet élément comprend soit l'intelligibilité du discours, soit l'expression claire d'un message à l'aide de l'écriture ou d'un autre moyen de communication. La note est proportionnelle à la complexité du message exprimé clairement par le client.

F

G

Gérer les fonctions de la vessie (instrument FIM^{MD}) — Contrôle intentionnel de la vessie et, si nécessaire, utilisation d'équipement ou d'agents destinés au contrôle de la vessie. L'objectif fonctionnel de la gestion des fonctions de la vessie est que le patient puisse contrôler la miction par le relâchement et la contraction du sphincter urétral. L'utilisation d'appareils, de médicaments ou d'aide peut s'avérer nécessaire chez certaines personnes.

Gérer les fonctions des intestins (instrument FIM^{MD}) — Contrôle intentionnel de la défécation et, si nécessaire, utilisation d'équipement ou d'agents destinés au contrôle des intestins. L'objectif fonctionnel de la gestion des intestins est que le patient puisse contrôler la défécation par le relâchement et la contraction du sphincter anal.

Groupe de clients en réadaptation (GCR) — État qui décrit le mieux la raison principale de l'admission du client au programme de réadaptation. L'équipe de réadaptation détermine le GCR au moment de l'admission. La liste complète des GCR se trouve à l'annexe C du *Manuel du fichier minimal de la réadaptation* que l'ICIS a produit et distribué.

H

I

Instrument FIM^{MD} (Functional Independence Measure) — Instrument d'évaluation de l'état fonctionnel mis au point par la *Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDS_{MR})*. Il se compose de 18 éléments (13 éléments moteurs et 5 cognitifs) qui servent à évaluer la maîtrise de certaines activités. L'échelle varie de 1 à 7, selon le niveau d'autonomie (1 représentant la dépendance totale, 7, l'autonomie totale). L'instrument FIM^{MD} mesure le niveau d'incapacité et reflète le fardeau qu'impose ce niveau d'incapacité au soignant.

Interaction sociale (instrument FIM^{MD}) — Aptitudes liées à la participation et à la coopération avec autrui dans des situations thérapeutiques ou sociales. Cela représente la façon dont une personne aborde ses besoins en fonction de ceux des autres. La participation comprend les relations sociales avec autrui ou le fait d'assister à des activités de groupe. La coopération comprend le travail ou la collaboration avec autrui et le fait de suivre une suggestion, une stimulation ou des instructions.

Interruption de service — Durée pendant laquelle le client est incapable de participer au programme de réadaptation en raison de *problèmes de santé* qui peuvent ou non entraîner son transfert de l'établissement ou de l'unité de réadaptation. Les interruptions de service sont habituellement codifiées seulement lorsque le client perd un jour de réadaptation active ou plus et que son état risque d'avoir des conséquences sur son progrès en réadaptation. Cela ne comprend pas les permissions de sortie pour la fin de semaine permettant au client de voir sa famille à la maison, ni les fermetures temporaires de lits.

Interventions de réadaptation — Série d'activités prescrites à un client qui visent à améliorer ou à conserver l'état de santé du client et à minimiser les conséquences des déficiences ou des incapacités sur sa qualité de vie.

J, K, L

M

Matériel adapté — Matériel utilisé dans l'accomplissement des activités quotidiennes qui améliore la fonction ou compense pour les limites physiques, sensorielles ou cognitives.

Médiane — Valeur centrale d'un groupe de valeurs classées en ordre croissant. Si le nombre de valeurs est pair, la médiane est la moyenne des deux valeurs centrale. Ainsi, la médiane partage une série de valeurs en moitiés supérieure et inférieure. Par exemple, dans la série « 2, 5, 7, 9, 12 » la médiane est « 7 ». Il ne s'agit pas d'une moyenne (voir « Moyenne »).

Mémoire (instrument FIM^{MD}) — Capacité d'emmagasiner et de restituer de l'information, particulièrement orale et visuelle. Les preuves fonctionnelles de la mémoire comprennent : (1) reconnaître les gens que l'on rencontre souvent; (2) se rappeler les routines quotidiennes; (3) effectuer des tâches sans se le faire rappeler.

Mode — Méthode précise par laquelle le client peut effectuer une activité particulière. Les trois éléments de l'instrument FIM^{MD} pour lesquels on doit préciser le mode sont « se déplacer » (marche, fauteuil roulant ou les deux), la « compréhension » (auditive ou visuelle ou les deux) et « l'expression » (orale ou non ou les deux).

Moyenne — Chiffre obtenu en additionnant toutes les valeurs individuelles d'un groupe (p. ex. les notes selon l'instrument FIM^{MD}, les jours en attente de l'admission) et en divisant la somme par le nombre de valeurs du groupe en question. Décrit la moyenne arithmétique d'une série de valeurs.

N

Nombre de jours en attente de l'admission — Nombre de jours entre la date à laquelle le client est prêt pour son admission et la date à laquelle le client est admis à l'établissement de réadaptation.

Note fonctionnelle totale (instrument FIM^{MD}) — Somme des notes des 18 éléments obtenues grâce à l'instrument FIM^{MD}, s'échelonnant de 18 à 126. Une note fonctionnelle totale élevée indique que le client possède un niveau élevé d'autonomie fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne et la communication.

Note pour la fonction cognitive (instrument FIM^{MD}) — Somme des notes des cinq éléments cognitifs obtenues grâce à l'instrument FIM^{MD}. Une note élevée pour la fonction cognitive indique que le client possède un niveau élevé d'autonomie fonctionnelle cognitive (voir « Sous-échelle cognitive »). Cette note peut être calculée à l'admission et à la sortie.

Note pour la fonction motrice (instrument FIM^{MD}) — Somme des notes attribuées aux 13 éléments moteurs de l'instrument FIM^{MD}. Une note élevée pour la fonction motrice suggère un niveau d'autonomie élevé dans la pratique des activités motrices (voir « Sous-échelle motrice »). On peut calculer cette note à l'admission et à la sortie, le cas échéant.

O

Objectifs de réadaptation — Objectifs fonctionnels établis par le client en collaboration avec l'équipe de réadaptation. Ils sont établis peu après l'admission dans l'établissement de réadaptation et habituellement en fonction des activités qui seront comprises dans le programme de réadaptation.

P

Praticien en cabinet privé — Professionnel autonome à qui on a référé un client au moment de sa sortie pour des services relatifs à son épisode de réadaptation, par exemple un médecin ou un physiothérapeute d'une clinique privée.

Problème de santé primaire — Diagnostic étiologique primaire qui décrit le problème le plus important à l'origine du séjour du client en réadaptation. En cas de troubles multiples, il s'agit du problème de santé le plus étroitement lié au groupe de clients en réadaptation et auquel la plupart des ressources sont attribuées (voir « Groupe de clients en réadaptation »).

Q

R

Réadaptation continue — Option de codification de l'élément « Catégorie d'admission » dans le SNIR, utilisée lorsqu'une partie du séjour du patient hospitalisé en réadaptation a commencé dans une autre unité ou un autre établissement de réadaptation. On a admis le client directement du programme de réadaptation d'un autre établissement ou d'une autre unité et sous le *même* GCR (voir « Groupe de clients en réadaptation »). Comprend les transferts vers une unité de réadaptation au sein du même établissement.

Réadaptation initiale — Option de codification de l'élément « Catégorie d'admission » dans le SNIR. Il s'agit de la première admission du client dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés en raison d'un trouble particulier de réadaptation (voir « Groupe de clients en réadaptation »).

Réadmission — Option de codification de l'élément « Catégorie d'admission » dans le SNIR. Code attribué à un client admis dans un établissement ou une unité de réadaptation pour patients hospitalisés pour lequel l'admission est liée à une admission précédente pour le *même* trouble de réadaptation (voir « Groupe de clients en réadaptation »). Par exemple un client qui a obtenu des services de réadaptation à la suite de l'amputation de sa jambe et qui retourne à l'unité de réadaptation un mois plus tard pour d'autres services liés au port de sa prothèse. Il n'y a aucune limite de temps entre les deux admissions.

Résolution de problèmes (instrument FIM^{MD}) — Aptitudes liées à la résolution de problèmes de la vie quotidienne. Comprend habituellement cinq étapes : (1) constater la présence d'un problème; (2) prendre des décisions appropriées; (3) entreprendre des actions et s'adapter aux circonstances changeantes; (4) exécuter une série d'actions; (5) évaluer la solution.

S

S'habiller — membres inférieurs (instrument FIM^{MD}) — Capacité de mettre et d'enlever tous les vêtements au-dessous de la taille, ainsi que les prothèses et les orthèses s'il y a lieu. Comprend tous les types de vêtements que l'on porte généralement. Le client doit porter des vêtements appropriés en public. L'évaluation commence devant le garde-robe ou la commode et comprend la capacité à atteindre les vêtements.

S'habiller — membres supérieurs (instrument FIM^{MD}) — Capacité de mettre et d'enlever tous les vêtements au-dessus de la taille, ainsi que les prothèses et les orthèses s'il y a lieu. Comprend tous les types de vêtements que l'on porte généralement. Le client doit porter des vêtements appropriés en public. L'évaluation commence devant le garde-robe ou la commode et comprend la capacité à atteindre les vêtements.

Se déplacer : Marche/fauteuil roulant (instrument FIM^{MD}) — Capacité de circuler sur une surface de niveau une fois que la personne est debout ou, si elle utilise un fauteuil roulant, une fois assise.

Se déplacer : utiliser les escaliers (instrument FIM^{MD}) — Capacité de monter et de descendre de 12 à 14 marches (une volée) d'un escalier intérieur.

Se laver (instrument FIM^{MD}) — Capacité de se laver le corps (se nettoyer, se rincer et se sécher) du cou jusqu'aux pieds (à l'exclusion du cou et du dos) dans une baignoire, sous la douche ou à l'éponge (à la salle de toilette ou à l'aide d'un bassin de lit).

Se nourrir (instrument FIM^{MD}) — Capacité d'utiliser des ustensiles appropriés pour saisir les aliments et les porter à la bouche et capacité de mastiquer et d'avaler, une fois le repas disposé de façon habituelle sur une table ou un plateau. Comprend tous les gestes d'ingestion d'aliments au cours d'une période de 24 heures, y compris le gavage.

Séjour de courte durée — Option de codification de l'élément « Catégorie d'admission » dans le SNIR. Séjour en réadaptation pour patients hospitalisés d'une durée de 4 à 10 jours inclusivement. Le client est admis pour une brève intervention (p. ex. ajustement de prothèse), ou séjourne en réadaptation pour 4 à 10 jours en raison de complications médicales, ou encore le client a quitté l'hôpital malgré l'avis contraire du médecin.

Signal visuel — Tout geste, posture ou expression faciale visible qui vise à aider le client à accomplir une tâche.

Soins personnels — Activités quotidiennes fondamentales de *soins personnels* comme l'alimentation, l'entretien de sa personne, le bain, l'habillement et l'utilisation de la toilette.

Sortie planifiée ou non — Option de codification de l'élément « Catégorie d'admission » dans le SNIR. Séjour de réadaptation pour patients hospitalisés de trois jours et moins, jour d'admission compris. Comprend les sorties prévues ou non. Dans ces cas, une évaluation à l'admission à l'aide de l'instrument FIM^{MD} n'a habituellement pas lieu. Toutefois, si une telle évaluation a eu lieu, elle peut être intégrée à l'évaluation du SNIR.

Sous-échelle cognitive (instrument FIM^{MD}) — Cinq derniers éléments de l'instrument FIM^{MD} : compréhension, expression, interaction sociale, résolution de problèmes et mémoire.

Sous-échelle motrice (instrument FIM^{MD}) — Treize premiers éléments de l'instrument FIM^{MD} : se nourrir, entretenir sa personne, se laver, s'habiller (membres supérieurs), s'habiller (membres inférieurs), utiliser les toilettes, gérer les fonctions de la vessie, gérer les fonctions des intestins, transferts lit-chaise-fauteuil roulant, transferts aux toilettes, transferts à la baignoire ou à la douche, se déplacer (marche/fauteuil roulant) et se déplacer (utiliser les escaliers).

Soutien informel — Aide *non payée* reçue par le client de la part d'une personne telle qu'un membre de la famille, un ami ou un voisin. Le soutien informel *exclut* les services formels payés ou les dispensateurs de services formels mandatés tels que les bénévoles.

Supervision — Niveau d'aide dont le client a besoin au cours des activités physiques ou cognitives. Le soignant doit surveiller ou fournir une suggestion ou une stimulation au client au cours de l'activité pour des raisons de sécurité. La supervision peut se faire de près (près du client) ou de loin, MAIS il ne doit y avoir aucun contact physique avec le client. Les clients qui ont besoin de supervision ou de stimulation pour terminer un élément de l'instrument FIM^{MD} ne peuvent recevoir une note supérieure à « 5 » pour cet élément.

Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) — Système national d'information sur la santé portant sur les services en réadaptation pour patients adultes hospitalisés. Bien que la participation soit principalement volontaire, la province de l'Ontario a rendu obligatoire la soumission de données sur tous ses lits de réadaptation désignés. Le SNIR contient des données sur les clients recueillies par les établissements et les programmes participants de réadaptation pour patients adultes hospitalisés d'un océan à l'autre. Les éléments de données du SNIR contiennent de l'information sociodémographique, administrative, sur les caractéristiques de la santé, sur les activités, sur la participation (p. ex. AVQ, communication, interaction sociale) et sur les interventions thérapeutiques. Ces éléments sont utilisés pour évaluer une multitude d'indicateurs, y compris les temps d'attente et les résultats des clients.

T

Transferts à la baignoire ou à la douche (instrument FIM^{MD}) — Capacité d'entrer dans une baignoire ou dans une cabine de douche ou d'en sortir. Cela comprend les actions suivantes : se positionner, se lever, se tourner sur un axe de rotation, effectuer des transferts assis ou par glissement et, dans le cas des transferts à la baignoire, le soulèvement des jambes par-dessus le rebord de la baignoire.

Transferts aux toilettes (instrument FIM^{MD}) — Action de s'asseoir sur une toilette et de s'en lever.

Transferts lit-chaise-fauteuil roulant (instrument FIM^{MD}) — Élément qui comprend tous les aspects de l'habileté à se déplacer d'un lit vers une chaise ou un fauteuil roulant et vice versa (si le client utilise un fauteuil roulant), ou à se mettre en position debout ou assise (si la marche est le mode de déplacement habituel). Le client passe d'une position couchée à une position assise et vice versa.

Type de dispensateur — Dispensateurs de services professionnels qui participent à la prestation de services de réadaptation aux clients (voir « Interventions de réadaptation »).

U

Utiliser les toilettes (instrument FIM^{MD}) — Capacité de réaliser trois tâches principales : (1) ajuster ses vêtements avant d'utiliser les toilettes, la chaise d'aisance ou le bassin de lit; (2) assurer une hygiène périnéale adéquate; (3) ajuster ses vêtements après avoir utilisé les toilettes, la chaise d'aisance ou le bassin de lit.

V, W, X, Y, Z

Annexe B – Les groupes de clients en réadaptation (GCR)

Les GCR et les définitions choisies auxquels on fait référence dans le présent rapport sont présentés ci-dessous. Il ne s'agit pas de la liste complète des définitions des GCR aux fins de codification dans le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR).

Définition du Groupe de clients en réadaptation (GCR) : État de santé qui décrit le mieux la raison principale de l'admission au programme de réadaptation. L'équipe de réadaptation détermine le groupe de clients en réadaptation au moment de l'admission. L'équipe peut modifier cette détermination à la sortie, le cas échéant.

Troubles orthopédiques : Comprend les cas pour lesquels la fracture d'un os, l'arthroplastie (remplacement articulaire) ou une autre pathologie osseuse (à l'exception des troubles liés à l'arthrite) constitue le problème primaire. Les sous-groupes du GCR « troubles orthopédiques » mis en évidence dans le présent rapport comprennent « fracture de la hanche », « arthroplastie de la hanche » et « arthroplastie du genou » ainsi que « autres troubles orthopédiques » (tout autre trouble orthopédique qui ne fait pas partie des trois sous-groupes précédents).

Accident vasculaire cérébral : Comprend les cas de diagnostic d'ischémie cérébrale causée par une thrombose, une embolie ou une hémorragie vasculaire. Les déficiences cérébrales liées à des causes non vasculaires comme les traumatismes, les inflammations, les tumeurs ou les changements dégénératifs sont exclues. Les sous-groupes du GCR « accident vasculaire cérébral » mis en évidence dans le présent rapport comprennent « hémiplégie gauche », « hémiplégie droite » et « autres problèmes liés à un AVC ».

Dysfonctionnement cérébral : Comprend les cas de tumeurs, de métastases, d'encéphalite, d'inflammation, d'anoxie, de toxicité du métabolisme et de processus dégénératifs. Le GCR « dysfonctionnement cérébral traumatique » comprend les cas de troubles moteurs ou cognitifs secondaires à un traumatisme.

Amputation d'un membre : Comprend les cas pour lesquels l'absence d'un membre constitue le problème primaire. Les cas pour lesquels l'amputation d'un membre représente le problème primaire sont inclus, même si la nécessité d'un traitement est principalement liée aux soins de la plaie ou à l'infection du moignon.

Dysfonctionnement de la moelle épinière : Comprend les cas présentant diverses formes de quadriplégie/parésie et de paraplégie/parésie. Le sous-groupe « dysfonctionnement non traumatique de la moelle épinière » comprend les cas secondaires à des causes non traumatiques, y compris les changements postopératoires. Le sous-groupe « dysfonctionnement traumatique de la moelle épinière » comprend les cas secondaires à des causes traumatiques. Les cas pour lesquels le dysfonctionnement de la moelle épinière constitue le problème primaire sont inclus, même si la nécessité d'un traitement est principalement liée aux voies urinaires ou à l'ulcération de la peau.

Troubles médicalement complexes : Comprend les cas présentant plusieurs problèmes médicaux et fonctionnels ainsi que des complications qui prolongent la période de rétablissement. Les cas médicalement complexes nécessitent la prise en charge d'un problème primaire et la surveillance des comorbidités et des complications possibles. Les traitements de réadaptation *font suite* à la prise en charge des problèmes médicaux. Les GCR relatifs aux troubles médicalement complexes regroupent les patients par programme ou traitement plutôt que par étiologie.

Débilité : Comprend les cas de déconditionnement général. Il se peut qu'aucune étiologie précise ne soit liée au dépérissement des fonctions. Ne comprend que les clients atteints d'une débilité pour des raisons autres que des troubles cardiaques ou pulmonaires.

Troubles cardiaques : Comprend les cas pour lesquels le problème primaire constitue une faible tolérance à l'activité qui résulte d'une insuffisance cardiaque ou d'un déconditionnement général en raison d'un trouble cardiaque.

Troubles neurologiques : Comprend les cas présentant divers dysfonctionnements et diverses étiologies neurologiques et musculaires telles que la sclérose en plaques, le syndrome de Guillain-Barré et le parkinsonisme.

Troubles pulmonaires : Comprend les cas pour lesquels le problème primaire constitue une faible tolérance à l'activité qui résulte d'une insuffisance pulmonaire. Les étiologies sous-jacentes comprennent la bronchopneumopathie chronique obstructive, la bronchite chronique, etc.

Arthrite : Comprend les cas pour lesquels l'arthrite de toutes étiologies constitue le problème primaire. Remarque : Le GCR « arthrite » est utilisé pour les clients qui commencent le programme de réadaptation sans avoir subi, immédiatement avant leur admission, une intervention orthopédique arthroplastique.

Lésions traumatiques multiples graves : Comprend les cas dont la prise en charge est complexe du fait que plusieurs systèmes ou sites sont en cause à la suite du traumatisme.

Syndromes algiques : Comprend les cas pour lesquels la douleur constitue le problème primaire. La douleur est généralement soit chronique, soit bénigne, et de diverses étiologies.

Brûlures : Comprend les cas pour lesquels le problème primaire constitue une brûlure thermique de sièges importants de la peau ou du tissu sous-jacent.

Difformités congénitales*

Déficiences développementales*

Autres déficiences incapacitantes*

*En raison du nombre peu élevé d'évaluations soumises au SNIR, on a regroupé ces trois GCR dans la même catégorie, appelée « Autres GCR » dans le présent rapport.

Les groupes de clients en réadaptation ont été définis à partir des codes de déficiences UDS_{MR} avec la permission de U B Foundation Activities, Inc. Copyright © 1997 Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de U B Foundation Activities, Inc., Tous droits réservés.

Annexe C – Éléments de l'instrument FIM^{MD}

Chaque élément est défini dans le glossaire du SNIR (annexe A).

Capacités motrices

Se nourrir
Entretien de sa personne
Se laver
S'habiller – membres supérieurs
S'habiller – membres inférieurs
Utiliser les toilettes
Gérer les fonctions de la vessie
Gérer les fonctions des intestins
Transferts lit-chaise-fauteuil roulant
Transferts aux toilettes
Transferts à la baignoire ou à la douche
Se déplacer : marche/fauteuil roulant
Se déplacer : utiliser les escaliers

Capacités cognitives

Compréhension
Expression
Interaction sociale
Résolution de problèmes
Mémoire

L'instrument FIM^{MD} et les codes de déficiences auxquels on fait référence dans le présent document sont reproduits avec la permission de U B Foundation Activities, Inc. et appartiennent à la Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR), une division de U B Foundation Activities, Inc. Les groupes de clients en réadaptation ont été adaptés à partir des codes de déficiences, avec la permission de U B Foundation Activities, Inc.

La marque déposée FIM^{MD} appartient à la Uniform Data System for Médical Réhabilitation, une division de U B Foundation Activities, Inc.

Copyright © 1997 Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de U B Foundation Activities, Inc.

Annexe D – Liste des tableaux

Les clients peuvent consulter les tableaux sources du présent rapport sur le site Web de l'ICIS à l'adresse www.icis.ca sous le lien « Statistiques éclair ». Ils peuvent également les trouver sous « Réadaptation pour patients hospitalisés » s'ils effectuent une recherche « Par sujet » ou sous « Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) » s'ils effectuent une recherche « Par source ».

Chapitre 2

Tableau 1	Catégorie d'admission en réadaptation pour patients hospitalisés selon le type d'établissement, 2003-2004
Tableau 2	Source de l'orientation en réadaptation pour patients hospitalisés selon le type d'établissement, 2003-2004
Tableau 3	Répartition du nombre de jours en attente d'une réadaptation pour patients hospitalisés, 2003-2004
Tableau 4	Nombre moyen et médian de jours en attente d'une réadaptation pour patients hospitalisés selon la source de l'orientation, 2003-2004
Tableau 5	Caractéristiques démographiques des patients hospitalisés en réadaptation selon le type d'établissement, 2003-2004
Tableau 6	Conditions de logement avant l'admission des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004
Tableau 7	Patients hospitalisés en réadaptation qui ont reçu un soutien informel avant l'admission selon le type d'établissement, 2003-2004
Tableau 8	Répartition de la durée du séjour des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004
Tableau 9	Durée médiane du séjour des patients hospitalisés en réadaptation selon le type d'établissement et la catégorie d'admission, 2003-2004
Tableau 10	Raisons de la sortie des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004
Tableau 11	Services vers lesquels les patients hospitalisés ont été orientés après la sortie de la réadaptation, 2003-2004
Tableau 12	Conditions de logement avant l'admission et après la sortie des patients hospitalisés en réadaptation, 2003-2004

Chapitre 3

- Tableau 13 Répartition des groupes de clients en réadaptation selon le type d'établissement, 2003-2004
- Tableau 14 Répartition des patients hospitalisés en réadaptation selon le type d'établissement et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 15 Nombre moyen et médian de jours en attente de la réadaptation pour patients hospitalisés selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 16 Répartition par sexe et âge moyen des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 17 Répartition par âge des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 18 Répartition par âge et sexe des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 19 Répartition par sexe et âge des patients hospitalisés en réadaptation qui souffrent d'un dysfonctionnement cérébral, 2003-2004
- Tableau 20 Répartition par sexe et âge des patients hospitalisés en réadaptation qui souffrent d'un dysfonctionnement de la moelle épinière, 2003-2004
- Tableau 21 Conditions de logement avant l'admission des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 22 Note moyenne à l'admission pour la fonction motrice et cognitive et note fonctionnelle moyenne totale des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 23 Conditions de logement avant l'admission et notes fonctionnelles totales à l'admission des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 24 Note fonctionnelle moyenne totale à l'admission des patients hospitalisés en réadaptation qui ont eu ou non une note fonctionnelle totale à la sortie selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 25 Notes fonctionnelles moyennes à l'admission et à la sortie, et variation entre celles-ci, des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 26 Durée moyenne et médiane du séjour et efficacité de la durée moyenne du séjour des patients hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 27 Patients hospitalisés en réadaptation qui déclarent de la douleur à l'admission selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Chapitre 3 (suite)

- Tableau 28 Patients hospitalisés en réadaptation qui déclarent une diminution de la douleur à la sortie selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 29 Raisons de la sortie des patients hospitalisés du programme de réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 30 Clients qui ont reçu des services de santé payés après la sortie du programme de réadaptation pour patients hospitalisés selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004

Chapitres 4 à 6

- Tableau 31 Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 32 Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 33 Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le sexe, l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 34 États comorbides diagnostiqués avant l'admission chez les patients âgés hospitalisés en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 35 États comorbides diagnostiqués avant l'admission chez les patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 36 Patients âgés hospitalisés en réadaptation qui ont reçu un soutien informel avant l'admission, 2003-2004
- Tableau 37 Types de dispensateurs et services offerts aux patients âgés hospitalisés en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 38 Nombre moyen de types de dispensateurs qui ont offert des services aux patients âgés hospitalisés en réadaptation selon le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 39 Répartition des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon les sous-groupes des groupes de clients en réadaptation choisis, 2003-2004
- Tableau 40 Durée médiane du séjour des patients hospitalisés en réadaptation selon l'âge et le groupe de clients en réadaptation, 2003-2004
- Tableau 41 Durée médiane du séjour et note fonctionnelle moyenne totale à l'admission des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon les sous-groupes des groupes de clients en réadaptation choisis, 2003-2004

Chapitres 4 à 6 (suite)

- Tableau 42 Notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission et à la sortie, variation entre celles-ci, et durée médiane du séjour des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon les sous-groupes des groupes de clients en réadaptation choisis, 2003-2004
- Tableau 43 Notes fonctionnelles moyennes totales à l'admission, à la sortie et du suivi, variation entre celles à la sortie et du suivi, et durée médiane du séjour des patients âgés hospitalisés en réadaptation selon les sous-groupes des groupes de clients en réadaptation choisis, 2003-2004
- Tableau 44 Services vers lesquels on a orienté les patients hospitalisés en réadaptation selon l'âge, 2003-2004
- Tableau 45 Patients âgés hospitalisés en réadaptation qui ont reçu un soutien informel à la sortie selon la destination à la sortie, 2003-2004

