



étroitement et significativement associé au risque de décès dans toutes les populations et s'est révélé hautement discriminant, avec une statistique C allant de 0,89 (IC de 95 % 0,87–0,91) à 0,92 (IC de 95 % 0,91–0,92). Les risques observés et attendus quant à ce paramètre ont été similaires (différence médiane absolue quant au pourcentage de patients décédés au cours de l'année 0,3 %; intervalle interquartile 0,05 %–2,5 %).

Interprétation : Le score HOMR calculé à l'aide de données administratives recueillies de routine permet de prédire avec précision le risque de décès chez des patients adultes au cours de l'année suivant leur hospitalisation pour des raisons non psychiatriques. Des

résultats similaires ont été observés lorsque le score a été appliqué à des populations diverses au plan géographique et temporel. Le modèle HOMR peut être utilisé pour ajuster le risque lors des analyses de données administratives en santé afin de prédire la survie à long terme des patients hospitalisés.

Cet article a été revu par les pairs.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Correspondance : Carl van Walraven, carlv@ohri.ca

Lien entre fragilité et issue dans les 30 jours suivant le congé hospitalier

Sharry Kahlon MD MHA, Jenelle Pederson BA, Sumit R. Majumdar MD MPH, Sara Belga MD, Darren Lau MD PhD, Miriam Fradette BScPharm, Debbie Boyko RN, Jeffrey A. Bakal PhD, Curtis Johnston MD, Raj S. Padwal MD MSc, Finlay A. McAlister MD MSc

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.150100

Contexte : Les réadmissions après un congé hospitalier sont fréquentes et coûteuses, mais les modèles de prédiction ne permettent pas de reconnaître les patients à risque élevé de réadmission. Nous avons évalué l'impact de la fragilité sur les réadmissions ou les décès dans les 30 jours suivant le congé d'une unité de médecine interne générale.

Méthodes : Nous avons inscrit de manière prospective des patients ayant reçu leur congé de sept unités médicales de deux hôpitaux universitaires d'Edmonton. La fragilité se définissait au moyen de l'Échelle de fragilité clinique, un instrument validé. Le paramètre principal était mixte, soit réadmission ou décès dans les 30 jours suivant le congé.

Résultats : Parmi les 495 patients inclus dans l'étude, 162 (33 %) répondaient à la définition de fragilité : 91 (18 %) présentaient une fragilité légère, 60 (12 %) une fragilité modérée et 11 (2 %) une fragilité importante. Comparativement aux autres patients, les patients fragiles étaient plus âgés, présentaient un plus grand nombre de comorbidités, avaient une qualité de vie moindre et des scores LACE (Length of stay [durée du séjour hospitalier], Acuity of admission [acuité de la maladie à l'admission], Charlson comorbidity index [indice de comorbidité de Charlson], Emergency visits in

last six months [nombre de visites à l'urgence dans les six derniers mois]) plus élevés au moment de leur congé. Le paramètre mixte réadmission ou décès dans les 30 jours a été plus souvent observé chez les patients fragiles que chez les patients non fragiles (39 [24,1 %] c. 46 [13,8 %]). Même si la fragilité ajoutait certaines données pronostiques additionnelles au modèle prédictif, dont l'âge, le sexe et le score LACE, seule la fragilité de modérée à importante (taux d'événements 31,0 %) s'est révélée être un facteur de risque indépendant de réadmission ou de décès (rapport des cotes ajusté 2,19; intervalle de confiance de 95 % 1,12–4,24).

Interprétation : La fragilité était fréquente et a été associée à une augmentation substantielle du risque de réadmission ou de décès peu de temps après le congé d'une unité médicale. L'échelle de fragilité clinique pourrait être utile pour reconnaître les patients à haut risque qui reçoivent leur congé des unités de médecine interne générale.

Cet article a été revu par les pairs.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Correspondance : Finlay McAlister, finlay.mcalister@ualberta.ca

Examens préopératoires avant des interventions chirurgicales à faible risque

Kyle R. Kirkham MD, Duminda N. Wijeyesundera MD PhD, Ciara Pendrith MSc, Ryan Ng MSc, Jack V. Tu MD PhD, Andreas Laupacis MD MSc, Michael J. Schull MD MSc, Wendy Levinson MD, R. Sacha Bhatia MD MBA

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.150174

Contexte : On s'inquiète de l'utilisation croissante de services de soins de santé superflus, comme certains examens effectués avant des interventions chirurgicales à faible risque. Nous avons analysé les tendances chronologiques, les facteurs explicatifs et les variations entre les établissements et les régions pour ce qui est de l'utilisation des analyses avant certaines interventions à faible risque.

Méthodes : Pour cette étude de cohorte rétrospective, nous avons

utilisé des bases de données administratives hyperliées concernant la population de l'Ontario, au Canada. Une cohorte de 1 546 223 patients de 18 ans et plus a subi en tout 2 224 070 interventions à faible risque, notamment des endoscopies et des chirurgies ophtalmologiques, entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2013 dans 137 établissements de 14 régions sanitaires. Nous avons utilisé des modèles de régression logistique hiérarchique pour évaluer les facteurs liés aux patients et aux établissements en ce qui concerne

le recours à l'électrocardiogramme (ECG), à l'échocardiographie transthoracique, aux épreuves d'effort ou aux radiographies pulmonaires dans les 60 jours précédant une intervention.

Résultats : L'endoscopie, la chirurgie ophtalmologique et d'autres interventions à faible risque ont représenté 40,1 %, 34,2 % et 25,7 % des interventions, respectivement. Un ECG et une radiographie pulmonaire ont été demandés avant 31,0 % (intervalle de confiance [IC] de 95 % 30,9 %–31,1 %) et 10,8 % (IC de 95 % 10,8 %–10,8 %) des interventions, respectivement, tandis que l'échocardiographie et l'épreuve d'effort préopératoires ont été demandées avant 2,9 % (IC de 95 % 2,9 %–2,9 %) et 2,1 % (IC de 95 % 2,1 %–2,1 %) des interventions, respectivement. On a constaté une variation importante entre les établissements, la fréquence des ECG préopératoires pouvant varier de 3,4 % à 88,8 %. Le recours à l'ECG et à la radiographie préopératoires était associé à un âge plus avancé (chez les patients de 66 à 75 ans, pour l'ECG, rapport des cotes [RC] 18,3, IC de 95 % 17,6–19,0; pour la radiographie, RC ajusté 2,9, IC de 95 % 2,8–3,0), à une consultation

préopératoire en anesthésie (pour l'ECG, RC ajusté 8,7, IC de 95 % 8,5–8,8; pour la radiographie, RC ajusté 2,2, IC de 95 % 2,1–2,2) et à une consultation médicale préopératoire (pour l'ECG, RC ajusté 6,8, IC de 95 % 6,7–6,9; pour la radiographie, RC ajusté 3,6, IC de 95 % 3,5–3,6). Les RC médians pour le recours à l'ECG et à la radiographie préopératoires ont été de 2,3 et de 1,6, respectivement.

Interprétation : Malgré les recommandations des lignes directrices visant à limiter les examens diagnostiques avant les interventions chirurgicales à faible risque, un grand nombre d'ECG et de radiographies pulmonaires préopératoires a été effectué. Une variation significative entre les établissements persistait après ajustement pour tenir compte des facteurs liés aux patients et aux établissements.

Cet article a été revu par les pairs.

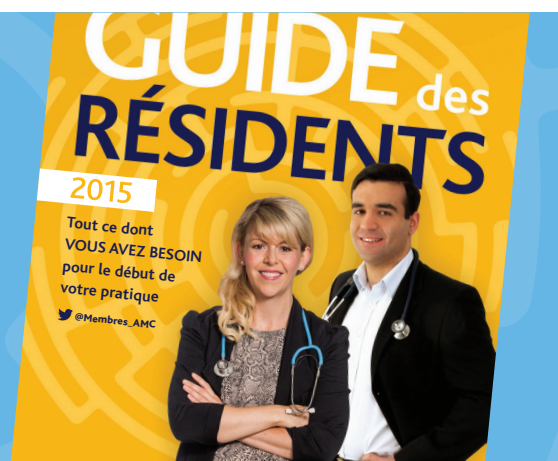
Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Correspondance : R. Sacha Bhatia, sacha.bhatia@wchospital.ca

LE GUIDE DES RÉSIDENTS 2015 DE L'AMC

Toute l'information dont les
résidents ont besoin pour bien
commencer leur carrière

► amc.ca/guidedesresidents



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

3526