

Unité d'évaluation des technologies et  
des modes d'intervention en santé (UETMIS)

---

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## **LES APPELS TÉLÉPHONIQUES DE SUIVI APRÈS LA SORTIE D'UN SERVICE DES URGENCES**

*État de la question*

*Rapport préparé par*  
Raouf Hassen-Khodja  
Alfons Pomp



Juillet 2020

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web du CHUM.

Auteurs : Raouf Hassen-Khodja, M.D., M. Sc.  
Alfons Pomp, M.D., FRCSC, FACS

Pour se renseigner sur cette publication ou sur toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Bureau 4902  
1001, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 3H9  
Téléphone : 514 890-8000, poste 36132  
Télécopieur : 514 412-7460  
Courriel : detmis.chum@ssss.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

« Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Les appels téléphoniques de suivi après la sortie d'un service des urgences. État de la question.* Rapport préparé par Raouf Hassen-Khodja et Alfons Pomp. Juillet 2020 ».

ISBN 978-2-89528-137-5

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

## TABLE DES MATIÈRES

---

TABLE DES MATIÈRES.....	3
MISSION.....	5
REMERCIEMENTS.....	6
RÉSUMÉ.....	7
SUMMARY.....	8
GLOSSAIRE.....	9
ACRONYMES.....	10
1 INTRODUCTION.....	11
2 RAPPEL ET CONTEXTE D'ÉTUDE.....	11
3 MÉTHODOLOGIE.....	12
3.1 Recherche bibliographique.....	12
3.2 Critères de sélection.....	12
4 RÉSULTATS.....	13
4.1 Résultats de la recherche bibliographique.....	13
4.2 Résultats et analyse des données.....	13
4.3 Résultats des méta-analyses.....	15
4.4 Études axées sur l'impact des appels téléphoniques de suivi seul sur le taux de réadmissions dans le SU.....	15
4.4.1 Résultats des recherches systématiques.....	15
4.4.2 Résultats des études randomisées contrôlées.....	16
4.4.3 Résultats des autres études.....	18
4.5 Autres résultats d'études.....	18
5 DISCUSSION.....	19
6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	20
7 RÉFÉRENCES.....	21
ANNEXE 1 – STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	25
ANNEXE 2 – TABLEAU DESCRIPTIF DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES.....	28
ANNEXE 3 – LISTE DES ÉTUDES EXCLUES (À PARTIR DES RÉSUMÉS).....	37
ANNEXE 4 – LISTE DES ÉTUDES EXCLUES APRÈS L'ANALYSE COMPLÈTE DE L'ÉTUDE.....	45

## Listes des tableaux et figure

Tableau 1 - Résultats de la recherche .....	14
Tableau 2 - Résumés des recherches systématiques sur les effets de l'appel téléphonique sur les réadmissions au service des urgences.....	15
Tableau 3 - Synthèse des résultats des ERC sur l'efficacité des AT sur le taux de réadmissions au SU.....	16
Figure 1 - Synthèse de la recherche .....	13



## MISSION

---

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologies et de modes d'intervention en santé, en basant sa méthodologie sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles. En outre, en conformité avec la mission universitaire du CHUM, elle travaille à diffuser les connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation.

En plus de s'associer aux médecins, aux pharmaciens, aux membres du personnel infirmier et aux autres professionnels du CHUM, l'UETMIS travaille de concert avec la communauté de pratique. Cette dernière est composée des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé des autres centres hospitaliers universitaires, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi que du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

L'UETMIS participe également au processus permanent d'amélioration continue de la performance clinique. Elle travaille de concert avec l'équipe de la gestion de l'information à élaborer des tableaux de bord permettant une évaluation critique et évolutive des secteurs d'activités cliniques. L'UETMIS propose des pistes de solution contribuant à accroître la performance clinique par une analyse des données probantes et des lignes directrices cliniques, de même que des pratiques exemplaires. Cette démarche est réalisée en collaboration avec les gestionnaires (administratifs et cliniques).

## REMERCIEMENTS

---

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) tient à remercier Madame Nathalie Caya et le docteur Alexandre Larocque du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), pour leurs contributions à la préparation de ce rapport.

L'UETMIS exprime sa reconnaissance envers M<sup>me</sup> Duy-Ha Ta, agente administrative, qui a collaboré à l'élaboration finale de ce rapport.

### Divulgence de conflit d'intérêts

Aucun conflit à signaler.

## RÉSUMÉ

---

La réadmission précoce après la sortie d'un hôpital entraîne une utilisation supplémentaire substantielle de ressources de santé dans un système de santé public limité et, peut être considérée comme un indicateur négatif de la qualité des soins. Pour les services des urgences, un retour prématuré peut cependant être lié à la maladie chronique du patient — et /ou à son âge — mais également à d'autres facteurs tels que la compréhension par le patient des instructions fournies lors de la sortie ou l'absence de suivi médical prévu.

Actuellement, de nouvelles méthodes de communication existent, comme les appels téléphoniques, les SMS ou les courriels, etc. Celles-ci ont été utilisées pour réduire les taux de réadmission à l'hôpital, mais étaient moins susceptibles d'être utilisées dans les services d'urgence. Les études sur l'efficacité de ces types d'interventions au service des urgences sont difficiles en raison de l'hétérogénéité de la population visée (maladie chronique ou aiguë, variation importante de l'âge des patients, maladies psychiatriques, etc.), en plus des patients qui s'inscrivent aux urgences, mais qui partent avant d'être vus ou au cours de leur traitement. De plus, l'établissement d'appels téléphoniques programmés après une visite à l'urgence est plus complexe qu'il n'y paraît, car il n'y a pas de directives précises quant au moment exact pour initier l'appel téléphonique après la sortie, le nombre d'appels, et pendant quelle période ceux-ci doivent-ils être maintenus.

Le but de cet examen de la portée est de déterminer s'il existe des données sur l'efficacité des appels téléphoniques de suivi sur la réduction du taux de réadmission aux urgences dans les 30 jours après une première visite et d'identifier des prédicteurs fiables pour un retour précipité à l'urgence.

La littérature note qu'il existe une diversité considérable dans le type de patients vus aux urgences, avec comme conséquence une variété hétérogène de présentations cliniques qui rendent difficile d'établir des conclusions communes à toutes ces études de suivi. On note que de nombreuses études montrent que seule une minorité des réadmissions aux urgences sont en fait évitables. En outre, il est intéressant de constater que moins d'un quart des patients consultant aux urgences sont en mesure de se souvenir des instructions importantes fournies lors de la sortie. Parmi les autres thèmes communs soulevés dans ces articles, il y a le suivi post-congé; en effet, on note souvent la nécessité d'une coordination multidisciplinaire lorsque les patients n'ont pas la capacité de prendre soin d'eux-mêmes et que tout plan de suivi structuré doit inclure un mécanisme de rétroaction pour être en mesure de s'assurer que le système fonctionne réellement.

Il est important d'utiliser de nouvelles méthodes de communication avec les patients libérés pour raisons médicales des urgences pour s'assurer du suivi de leur plan de traitement et de leurs satisfactions par rapport aux soins reçus afin d'éviter une réadmission. À l'heure actuelle, même si un certain nombre d'études montrent quelque forme d'effet positif sur ces paramètres, l'efficacité absolue de n'utiliser que des appels téléphoniques de suivi pour diminuer la réadmission n'est pas établie. Les appels téléphoniques devraient faire partie d'une stratégie globale intégrée qui utilise une variété de procédures pour suivre les patients après leur sortie.

## SUMMARY

---

Early readmission after a hospital discharge results in the substantial added utilization of limited healthcare resources in a public healthcare system and may be considered a negative indicator of the quality of care. A premature return to the emergency department (ER) after discharge however may also simply be related to the patients chronic disease – and/or their age – but also to practical procedural factors such as the patient’s understanding of their discharge instructions or the lack of a planned medical follow up.

New methods of communication with patients after hospital discharge such as telephone calls, texts or email have been described to decrease readmission rates but these have been less likely to be used to in the ER setting. Studies about the efficiency of these types of interventions in the ER are difficult; primarily due to the heterogeneity of the intended population (chronic v acute disease, significant variation in patients’ age, psychiatric illnesses, etc) all of which is further confounded by patients who register in the ER but leave before being seen or during their treatment.

The purpose of this scoping review is to determine if there is data to support that a follow up telephone call would decrease 30 day readmission rates to the ER – after an initial visit - and to identify reliable predictors for a precipitous return to the ER. The setting up of scheduled telephone calls following an ER visit is more complex than it may seem as there are no firm guidelines as to when exactly to initiate the telephone call after discharge, how many times should the patient be called and over what period telephone calls to discharged patients should be maintained.

The literature also notes that there is considerable diversity in the type of patients seen in the ER resulting in an extremely heterogeneous collection of clinical presentations that make it difficult to accurately attain any common conclusions between different follow up studies. Interestingly many studies show that only a minority of readmissions to the ER are in fact preventable. It is striking that less than a quarter of patients consulting in the ER are able to recall important discharge instructions. Other common themes in these papers are that post-discharge follow up; often requires multidisciplinary co-ordination, is often more complicated when the patients lack the capacity to care for themselves and any structured follow up plan needs to include a feedback mechanism to be able to ensure that the system is actually working.

Using new methods of communication to patients medically discharged from the ER is important to ensure patients are; following their treatment plan, were satisfied with the care they received and to avoid readmission. At this time even if a number of studies show some form of positive effect on these parameters; the absolute efficiency of using only follow up telephone calls to decrease readmission is not established. Telephone calls should be part of an integrated comprehensive strategy that uses a variety of methods to follow patients post-discharge.

## GLOSSAIRE

---

**Care Transitions Intervention** : Programme d'intervention pour la transition des soins de l'hôpital vers le domicile.

**Congé ou sortie** : départ d'un patient d'un service après avis du professionnel de la santé.

**Scoping Review ou examen de la portée** : analyse rapide des concepts clés à la base d'un domaine de recherche ainsi que les principales sources de résultats disponibles.

**Visit Index** : visite initiale.

## ACRONYMES

---

AT	Appel téléphonique de suivi
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CQI	Continuous Quality Improvement
CTI	Care Transitions Intervention
DAPCM	Départ avant prise en charge médicale
DS	Divers services hospitaliers
EP	Étude prospective
ERC	Étude randomisée contrôlée
ESI	Emergency Severity Index
HSE	Health Systems Evidence
MA	Méta-analyse
PROSPERO	International prospective register of systematic reviews
RS	Recherche systématique
SMS	Short message service
STI	Stratégie d'intervention à plusieurs composants ou multimodale
SU	Service des urgences

## 1 INTRODUCTION

Les retours au service des urgences peu après la sortie de l'hôpital sont un problème récurrent et les facteurs précipitant la réadmission à l'hôpital ont souvent été analysés. La réduction des réadmissions précoces (<30 jours) à l'hôpital est une priorité pour tout système de santé public qui est en lien direct avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins de santé. Ces réadmissions augmentent considérablement l'utilisation des ressources des services de santé et les coûts pour les systèmes de santé [8, 21]. L'identification des interventions pour améliorer la transition des patients des soins hospitaliers aux soins ambulatoires reste un défi permanent.

De nombreux facteurs peuvent contribuer à cette problématique; ils peuvent être intrinsèques, en rapport avec le profil du malade ou extrinsèques en lien avec les éléments procéduraux de la prise en charge.

L'ensemble des événements indésirables suivant la sortie d'un service médical ont été décrits dans de nombreuses études (incidence, la gravité, etc.) de même que la capacité de les prévenir, soulignant ainsi la vulnérabilité de la transition de sortie de l'hôpital au domicile [12]. Environ 20 % des personnes âgées vivant dans la communauté et sortant des urgences retournent dans un service d'urgence dans les 30 jours et la chronicité de la maladie est souvent citée comme principale responsable des réadmissions [28]. Cependant, celle-ci peut être liée à un certain nombre de facteurs, notamment la réapparition de la maladie, l'incapacité à comprendre les instructions du médecin ou le manque de soins lors du suivi, etc.

La surutilisation des services d'urgence a conduit à des modèles de soins innovants pour soigner de manière sûre et efficace les patients de moyenne et de faible gravité (par exemple, utilisation aux É.-U. de l'outil de triage ESI : Emergency Severity Index) et à prévenir une réadmission inutile [33, 39]. Des études antérieures ont établi qu'une proportion significative des réadmissions peut être évitée grâce à une planification efficace des congés et un suivi approprié des patients après une première visite à l'hôpital [14].

## 2 RAPPEL ET CONTEXTE D'ÉTUDE

De nouveaux moyens de communication après le congé des urgences, tels que les rappels téléphoniques et les messages texte, entre autres, etc., sont de plus en plus utilisés [9, 27, 37, 40]. Ces interventions entrent le plus souvent dans le cadre du processus de transition des soins (des différents services hospitaliers vers le domicile) pour diminuer la réhospitalisation des patients. Elles sont moins implantées au niveau des services d'urgence [38]. La mise en œuvre de ce type de système de suivi après une visite aux urgences d'un patient reste souvent difficile, mais ces interventions pourraient avoir un impact sur les taux de retour ou de réadmission des patients [25]. Parmi ces interventions, les appels téléphoniques après la sortie des urgences sont de plus en plus utilisés.

Les études publiées sur l'amélioration de la transition de l'urgence au domicile et sur la réhospitalisation manquaient souvent de faisabilité ou d'efficacité [25]. En outre, il existe une grande hétérogénéité de la population qui se présente aux services des urgences avec le plus souvent des catégories particulières de patients comme : les personnes âgées [3], les malades chroniques, les patients se présentant aux services des urgences pour des soins psychiatriques, les enfants qui, sont souvent à risque de retour au service des urgences; etc. De plus, deux catégories de patients peuvent être une source de biais si elles ne sont pas incluses dans un protocole d'intervention sur la réduction de réadmissions dans un SU comme : les patients qui partent sans être vus (DAPCM) et les patients qui sortent des urgences en cours de traitements sans autorisation du médecin.

Les objectifs principaux de notre examen de la portée (*scoping review*) consistaient à déterminer si un appel téléphonique (AT) programmé diminuerait les taux de réadmissions à l'urgence dans les 30 jours<sup>1</sup> suivant une première visite à l'urgence et d'identifier les indicateurs pouvant prédire une réadmission précoce à l'hôpital dans une population de patients aussi hétérogène que celle du service des urgences.

---

<sup>1</sup> La durée de ce suivi a été établie par rapport à la fréquence d'utilisation de cette période par les auteurs.

## 3 MÉTHODOLOGIE

### 3.1 Recherche bibliographique

Pour cette analyse, nous avons essayé de sélectionner des études dans lesquelles le suivi se faisait par rappel téléphonique seul, ou le cas échéant, lorsque l'effet de l'AT était clairement différencié des autres interventions dans des stratégies plus complexes. Les résultats devaient inclure au moins un appel après la sortie du service des urgences. Il faut souligner qu'il n'y a pas de définition standard de la période post-décharge et que le choix de celle-ci variait selon les études. En règle générale, la plupart des problèmes surviennent dans la semaine après la sortie.

Nous avons centré notre recherche sur une période de 10 ans, jusqu'en janvier 2020. L'exploration de ces banques de données et autres sources d'informations scientifiques a été établie à partir de mots-clés tels que<sup>2</sup> « communication; congé/sortie de patients; satisfaction des patients; suivi aux urgences; contact téléphonique; contact par SMS; départ sans être vu, service des urgences, triage, réadmissions; ré- hospitalisation ». Les stratégies de recherche sont détaillées à l'annexe 1. Pour les banques de données autres que PubMed, des variantes de cette dernière ont été utilisées. Les différentes bases de données incluses explorées sont : PubMed, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL<sup>3</sup>, Ovid<sup>4</sup>; ResearchGate; PROSPERO<sup>5</sup>; ProQuest<sup>6</sup>, etc. Dans un objectif de compréhension du contexte et dans un but de colliger le plus grand nombre d'études d'intérêt, nous avons complété notre recherche par l'exploration d'autres banques de données comme HSE<sup>7</sup> et autres sites comme Scopus Preview<sup>8</sup>, l'Open Science Journal<sup>9</sup>; Google Scholar. En outre, nous avons effectué des recherches complémentaires dans la littérature grise et des recherches manuelles.

### 3.2 Critères de sélection

Les études ont été incluses si elles évaluaient l'impact du suivi à la sortie des urgences (par rapport à l'absence de suivi ou des procédures normales) sur la réadmission au service des urgences et selon les cas, sur l'état clinique des patients.

Les principales raisons de l'exclusion des études étaient :

- Une sortie du service des urgences sans un appel téléphonique de suivi.
- Une évaluation d'interventions de suivi qui incluait le rappel téléphonique sans que cela fasse partie des objectifs (pas de mesures d'impact).
- Le type de populations étudiées (sortie après l'hospitalisation d'un département hospitalier autre que le service des urgences).
- Une faible qualité méthodologique.
- L'absence de résultats clairement définis sur l'impact du rappel téléphonique ou de résultats généraux.

---

<sup>2</sup> Le plus souvent en langue anglaise.

<sup>3</sup> <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>.

<sup>4</sup> <https://www.ovid.com/platforms.html>.

<sup>5</sup> <https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>.

<sup>6</sup> <https://www.proquest.com/libraries/academic/databases/>.

<sup>7</sup> <https://www.healthsystemsevidence.org/?lang=fr>.

<sup>8</sup> <https://www.scopus.com/home.uri?zone=header&origin=>.

<sup>9</sup> <https://osjournal.org/ojs/index.php/OSJ/index>.



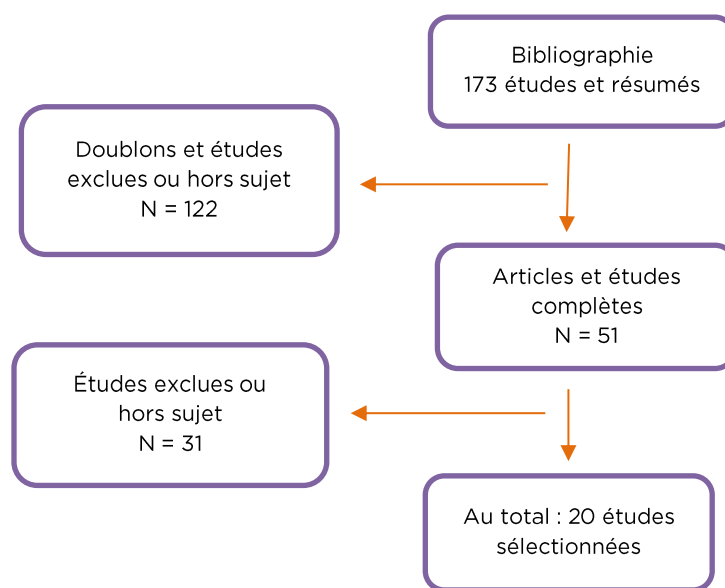
## 4 RÉSULTATS

### 4.1 Résultats de la recherche bibliographique

Comme attendu, les études ont toutes été menées dans des pays à revenu élevé (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, Royaume-Uni et pays de l'Union européenne). Les résultats rapportés dans les études sélectionnées proviennent le plus souvent de divers départements hospitaliers comme le service des urgences, mais aussi d'autres départements (médecine générale, de chirurgie, de pédiatrie, de cardiologie, etc.). En outre, il faut souligner qu'au niveau du service des urgences, on retrouve une grande hétérogénéité clinique des patients étudiés alors que dans quelques études, d'autres caractéristiques des patients telles que les tranches d'âge, le sexe, la race, le statut socioéconomique et la comorbidité peuvent être considérés.

On ne retrouve aucun rapport d'agences de santé ou de ligne directrices sur l'implantation de procédures isolées d'appels téléphoniques de suivi après la sortie du service des urgences. Voir en annexe 1 les sites consultés.

Figure 1 – Synthèse de la recherche



### 4.2 Résultats et analyse des données

Sur 173 articles et résumés colligés, 122 ont été exclus pour cause de doublons ou de ne pas traiter du sujet (annexes 4 et 5). La lecture plus complète des 51 études sélectionnées a permis de sélectionner 20 études qui remplissaient les critères d'inclusion, soit l'appel téléphonique de suivi et les patients ayant reçu un congé du service des urgences. Figure 1.

Les vingt articles ont été identifiés à partir d'une sémantique qui englobait différents termes ou synonymes comme [primary care ou primary health care ou Emergency Department]; [telephone ou phone ou phone call ou telephone call ou telephone follow-up]; [post discharge ou discharge]; [readmission ou re-admission ou rehospitalization ou re-hospitalization]; etc.

Le plus souvent, les interventions lors du congé de l'hôpital et du service des urgences en particulier comprenaient plusieurs volets distincts dont le volet thérapeutique, le volet éducatif et le suivi. Les interventions après la sortie de l'institution ont inclus les appels téléphoniques de suivi, mais aussi les lignes d'assistance téléphonique activées par le patient, et les visites à domicile après le congé.

Cette analyse regroupe 20 études évaluant les effets du suivi téléphonique après la sortie d'un service d'urgence. On retrouve dans la littérature publiée des caractéristiques principalement démographiques, cliniques et d'utilisation des soins de santé en lien avec les facteurs de risque. Cependant, d'autres facteurs sont proposés notamment sociaux et environnementaux.

Parmi les études sélectionnées, on retrouve deux méta-analyses (Hoek 2019; Leppin 2014), neuf recherches systématiques (Atzema 2017; Bahr 2014; Crocker 2012; Desai 2015; Holte 2013; Hughes 2019; Leland 2019; Nasser 2019; Tran 2016), sept études randomisées contrôlées (Baker 2019; Biese 2018; Mi 2018; Shuen 2018; Varner 2018; Goldman 2014; Biese 2014) et deux études prospectives (Costantino 2013; Ma 2017). Annexe 3.

Nous avons noté un certain nombre de limites et/ou de biais qui pourraient relativiser ou même rejeter certaines conclusions telles qu'une mauvaise description des interventions dans les études incluses dans certaines méta-analyses, une diversité de l'état clinique des patients étudiés et des services ciblés, une taille des échantillons de patients inclus dans les études, une mauvaise qualité méthodologique des études et une absence ou une mauvaise description des comparateurs.

Sur les vingt études analysées, onze concernaient uniquement le service des urgences (SU) et neuf rapportaient les résultats de divers services (DS) incluant les services d'urgence.

Ces études présentaient les effets des interventions de type appel téléphonique de suivi (AT) dans 12 d'entre elles et des stratégies d'interventions à plusieurs composants (STI), incluant l'AT, dans 8 autres études. Tableau 1.

**Tableau 1 – Résultats de la recherche**

	SERVICE D'URGENCE SEUL	DIVERS SERVICES (INCLUANT SU)	NOMBRES D'ÉTUDES
Appel téléphonique de suivi (AT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baker 2019 (ERC : 430 patients)</li> <li>▪ Nasser 2019 (RS : 5/211 études)</li> <li>▪ Biese 2018 (ERC : 2 000 patients)</li> <li>▪ Mi 2018 (ERC : 2 400 patients)</li> <li>▪ Shuen 2018 (ERC : 251 patients)</li> <li>▪ Varner 2018 (ERC : 118 patients)</li> <li>▪ Ma 2017 (EP : 127 524 patients)</li> <li>▪ Goldman 2014 (ERC : 371 patients)</li> <li>▪ Crocker 2012 (RS : 3 études)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bahr 2014 (RS : 19 études)</li> <li>▪ Biese 2014 (ERC : 120 patients)</li> <li>▪ Costantino 2013 (EP : 548 538 patients)</li> </ul>	12
Stratégies d'interventions multiples (incluant AT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hughes 2019 (RS : 17/2 000 études)</li> <li>▪ Tran 2016 (RS : 12/963 études)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoek 2019 (39 études)</li> <li>▪ Leland 2019 (35 études)</li> <li>▪ Atzema 2017 (RS : 85/122 études)</li> <li>▪ Desai 2015 (RS : 16/3 458 études)</li> <li>▪ Leppin 2014 (RS : 42 études)</li> <li>▪ Holte 2013 (RS : 7/45 études)</li> </ul>	8
<b>Nombres d'études</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>20</b>

L'analyse des études a relevé que les taux de réadmissions à l'hôpital étaient fréquents chez les personnes âgées et que les interventions multiples avaient mis en évidence une réduction des réadmissions. Cependant, l'évaluation de l'efficacité des interventions de transition des soins a été rendue difficile par la non-standardisation de la mesure des résultats [7]. De plus, les problèmes organisationnels sont à l'origine de la plupart des événements indésirables qui surviennent après le congé.

On peut noter que plusieurs facteurs contribuent à des réadmissions potentiellement évitables dans un système de santé intégré avec de faibles taux de réadmission [11]. Les résultats suggèrent que l'identification des facteurs prédictifs lors de la sortie des patients du service des urgences peuvent servir d'indicateurs pronostiques sur une réadmission. Annexe 3.

### 4.3 Résultats des méta-analyses

Les deux méta-analyses sélectionnées rapportent les résultats de l'évaluation de différentes stratégies (appel de suivi téléphonique inclus) effectuées au niveau de divers services hospitaliers incluant le service des urgences.

Dans l'étude publiée en 2014, Leppin et collaborateurs rapportent que les stratégies les plus efficaces dans la réduction du taux de réadmission sont souvent celles qui comprennent plusieurs volets d'intervention [24].

En 2019, dans la méta-analyse (51 études) de Hoeck et collaborateurs, les auteurs ont comparé l'efficacité de diverses méthodes de transmission des instructions de sortie du service des urgences [15]. Les chercheurs ont mesuré les effets de différentes stratégies sur la compréhension et le rappel des instructions de sortie. L'analyse a évalué les données regroupées de 1460 patients (12 études) ayant reçu des informations verbales (appel téléphonique), de 3395 patients (22 études) ayant reçu des informations écrites et de 459 patients (5 études) ayant reçu des informations vidéo. Les taux de rappel étaient médiocres, quelle que soit la méthode utilisée; les taux moyens de rappel corrects après des instructions verbales, écrites et vidéo étaient respectivement de 47 % (8 % 94 %), 58 % (23 % 92 %) et 67 % (54 % 89 %). Dans leur évaluation, Hoeck et collaborateurs concluent sur la nécessité de compléter les instructions données à la sortie de l'hôpital par d'autres interventions de suivi dans un objectif d'amélioration de la santé des patients et de la réduction du taux de réadmissions à l'hôpital. Annexe 3.

### 4.4 Études axées sur l'impact des appels téléphoniques de suivi seul sur le taux de réadmissions dans le SU

Sur les neuf études sélectionnées, on retrouve six études randomisées contrôlées (Baker 2019; Biese 2018; Mi 2018; Shuen 2018; Varner 2018; Goldman 2014), deux recherches systématiques (Nasser 2019; Crocker 2012) et une étude prospective (Ma 2017). La majorité des études a été publiée il y a moins de 5 ans. Tableau 2 et annexe 3.

#### 4.4.1 Résultats des recherches systématiques

Les deux recherches systématiques effectuées à sept ans d'intervalle ne permettent pas d'arriver à des résultats pouvant conclure de l'efficacité des appels téléphoniques de suivi isolés sur les taux de réadmissions aux urgences. Tableaux 2 et annexe 3.

**Tableau 2 – Résumés des recherches systématiques sur les effets de l'appel téléphonique sur les réadmissions au service des urgences**

AUTEURS	RÉSULTATS	CONCLUSIONS
Nasser [31] 2019	Personnes âgées sortant du SU. 211 articles ont été trouvés en utilisant les recherches rapportées, dont 5 présentaient les meilleures preuves disponibles pour répondre à la question.	Il n'y a aucune preuve montrant que le suivi téléphonique a un impact. Les AT peuvent cependant identifier le non-respect des instructions de sortie chez les personnes âgées. L'étude présente un certain nombre de limites au niveau de la méthodologie.

AUTEURS	RÉSULTATS	CONCLUSIONS
Crocker [9] 2012	Exploration des banques standards des études publiées jusqu'au 7 décembre 2011. Seules 3 études répondaient aux critères : 1765 patients. Les résultats indiquent que le suivi téléphonique améliore les contacts avec le bureau des soins primaires.	Il n'y a aucune étude de haute qualité démontrant l'avantage de l'AT. On note un impact positif sur l'implication des patients dans les interventions.

#### 4.4.2 Résultats des études randomisées contrôlées

Sur les six études randomisées contrôlées, cinq sont relativement récentes (2019 pour l'étude de Baker et coll. et 2018 pour les études de Biese; Mi; Shuen et Varner).

On note que la majorité des études portent sur des patients âgés (3 des 5 études; la 6e est une étude pédiatrique) et aucune d'entre elles ne permet de conclure sur l'efficacité des appels téléphoniques de suivi. Voir tableau 3 et annexe 3.

Tableau 3 – Synthèse des résultats des ERC sur l'efficacité des AT sur le taux de réadmissions au SU

AUTEURS	RÉSULTATS	CONCLUSIONS
Barker [3] 2019	Évaluer un programme d'appel téléphonique de 6 mois (RESPOND). Australian New Zealand Clinical Trials Registry : 430 personnes se présentant au service des urgences après une chute et renvoyées à la maison dans les 72 heures. L'âge moyen : 73 ans (55 % femmes) Groupe RESPOND : 217 Groupe Contrôle : 213	L'adoption de ce type de stratégie (AT) dans la pratique clinique de routine pourrait offrir une occasion d'améliorer les résultats et de réduire les chutes chez les patients qui se rendent aux urgences et donc de réduire les réadmissions.
Biese [4] 2018	Période : entre 2013 à 2016. Les patients âgés de $\geq 65$ ans (2000) sortis du SU ont été randomisés dans les groupes d'intervention (GI) et de contrôle (GC). GI : AT d'une infirmière en utilisant un questionnaire pour identifier les obstacles aux éléments d'une transition réussie des soins (acquisition de médicaments, instructions après la sortie et obtention d'un suivi médical). GC : ont reçu une enquête de satisfaction uniquement. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Taux de retour à l'urgence ou à l'hôpital ou de décès dans les 30 jours :</b> GI : 15,5 % (IC à 95 % = 13,2-17,8 %); GC : 15,2 % (IC à 95 % = 12,9-17,5 %) P = 0,86</li> <li>▪ <b>Décès : rare :</b> GI : 0; GC : 5 (0,51 %), IC à 95 % = 0,06-0,96 %)</li> <li>▪ <b>Retour au service des urgences :</b> GI : 12,2 % (IC 95 % = 10,1-14,3 %); GC : 12,5 % (IC 95 % = 10,4-14,6 %)</li> <li>▪ <b>Hospitalisation dans les 30 jours :</b> GI : 9 % (IC 95 % = 7,2-10,8 %) GC : et 7,4 % (IC à 95 % = 5,8 à 9,0 %)</li> </ul>	Les AT programmés d'une infirmière qualifiée à des personnes âgées après leur congé du service des urgences n'a pas réduit les taux de retour au service d'urgence ou à l'hôpital ni le taux de décès dans les 30 jours.
Mi [28] 2018	2400 patients âgés de $\geq 60$ ans dans 3 SU. Suivi : pendant 30 jours.	Les résultats de cette recherche devraient aider à améliorer les résultats de santé pour cette population et réduire les visites,

AUTEURS	RÉSULTATS	CONCLUSIONS
	<p>Groupe intervention (GI) patients recevant le CTI adapté*; groupes de contrôle (GC).</p> <p>Tous les patients reçoivent une enquête lors de la visite au SU pour saisir des informations démographiques et de santé de base et de deux enquêtes téléphoniques pour évaluer les objectifs et les résultats du processus.</p> <p>Le résultat principal est la probabilité d'une visite au service des urgences dans les 30 jours suivant la sortie du service des urgences.</p> <p><b>**L'intervention</b> consiste en un ambulancier paramédical effectuant une visite à domicile et jusqu'à trois AT de suivi. Au cours de ces interactions, le personnel paramédical suit l'approche CTI en accompagnant les patients vers leurs objectifs (dossier de santé personnel, médicaments, suivi).</p>	<p>potentiellement évitables, au niveau du service des urgences.</p> <p>Pas de résultats publiés.</p>
<p>Shuen [37] 2018</p>	<p>3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sortie habituelle (GT);</li> <li>• soins habituels + AT 48 h après pour demander si les patients souhaitent parler avec un médecin; ou</li> <li>• soins habituels + SMS 48 h après la sortie, demandant si les patients voulaient parler avec un médecin.</li> </ul> <p>Tous ont reçu une évaluation après une semaine sur leur degré de satisfaction.</p> <p>Une nouvelle visite au SU et un contact avec un médecin spécialiste dans les 7 jours suivant la sortie ont été obtenus à partir du dossier médical électronique (DME).</p> <p>251 patients (66 témoins, 103 appels, 82 SMS).</p> <p>Même si on ne note pas de différence statistiquement significative, les groupes de téléphone et de SMS avaient respectivement des taux similaires et inférieurs de retour au SU (&gt; 50 % de réduction) et appelant ou visitant un médecin (-30 % de réduction) que le groupe témoin (<math>X^2 = 4,57</math>, <math>df = 2</math>, <math>p = 0,10</math>; <math>X^2 = 1,36</math>, <math>df = 2</math>, <math>p = 0,51</math>).</p> <p>Aucune différence dans le taux de satisfaction des patients.</p>	<p>Les patients qui sont contactés par AT et par SMS pour le suivi peuvent avoir une tendance à moins revisiter le service des urgences et à contacter un médecin en comparaison aux patients recevant des instructions de sortie écrites standards.</p> <p>Des études randomisées plus importantes sont nécessaires pour confirmer ces résultats.</p>
<p>Varner [43] 2018</p>	<p>Évaluer l'impact des SMS par rapport au suivi téléphonique conventionnel chez des malades spécifiques. Étude de cohorte de patients.</p> <p>Évaluation des instructions de sortie après une blessure à la tête.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Au cours des 4 premiers mois de suivi de l'étude, les participants ont été contactés par un appel téléphonique conventionnel.</li> <li>▪ Pendant les 3 derniers mois, les participants ont été contactés par SMS après l'échec d'un premier AT.</li> </ul> <p>118 patients (75/78 avec un suivi conventionnel et 40 avec SMS).</p> <p>Suivi conventionnel : 24 (32,0 %) à 2 semaines et 32 (42,7 %) à 4 semaines n'ont pas pu être contactés.</p> <p>SMS : sur les 40, 4 (10,0 %) à 2 semaines et 10 (25,0 %) à 4 semaines n'ont pu être contactés.</p> <p>Dans l'ensemble, les participants à SMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 semaines; diminution de l'attrition de 22 % (IC à 95 % : 5,9 %, 34,7 %)</li> </ul>	<p>Les rappels par SMS ont diminué le taux d'attrition. La messagerie texte est une stratégie de communication viable et peu coûteuse qui peut améliorer la participation au suivi et en particulier au niveau du SU.</p> <p>On note plusieurs limites à l'étude dont la période de suivi.</p>

AUTEURS	RÉSULTATS	CONCLUSIONS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 semaines : 17,7 % (IC à 95 % : -0,8 %, 33,3 %)</li> </ul>	
Goldman [13] 2014	<p>Comparaison du taux de retour au SU dans les 72 heures entre les familles d'enfants recevant ou pas un AT.</p> <p>AT de suivi à partir de 12 h après la sortie du SU/à aucun AT après 96 h.</p> <p>371 familles recrutées. GE : 46 % et 55,5 % étaient des hommes.</p> <p>Âge moyen des enfants : 5,7 ans.</p> <p>GE : chez 24 enfants (14 %); GT : 14 enfants (7 %) (P &lt;0,03).</p>	<p>Les résultats montrent que les AT de suivi entraînent une augmentation des visites de retour.</p> <p>Les SU qui pratiquent des AT par des prestataires non fournisseurs de soins devraient envisager une augmentation des taux de retour.</p>

\* Care Transitions Intervention : Programme d'intervention pour la transition des soins de l'hôpital vers le domicile.

\*\* L'intervention consiste en un ambulancier paramédical effectuant une visite à domicile et jusqu'à trois AT de suivi. Au cours de ces interactions, le personnel paramédical suit l'approche CTI en accompagnant les patients vers leurs objectifs (dossier de santé personnel, médicaments, suivi).

#### 4.4.3 Résultats des autres études

Dans un objectif de suivi de la qualité des soins des patients ayant consulté aux services d'urgences, une étude prospective de Ma et collaborateurs a concerné 127 524 patients (enfants; DAPCM et tout adulte ayant une « plainte principale à haut risque »<sup>10</sup>) ciblés pour un AT de suivi. Les résultats ont montré que 42 % des cas pédiatriques et 16 % des patients adultes, qui sont partis sans être vus, ont été contactés avec succès avec un appel de suivi.

En outre, les auteurs ont noté qu'au cours des neuf années précédant et suivant la mise en œuvre de ce système de suivi, il y a eu 3,5 et 2,5 de poursuites pour faute professionnelle médicale pour 100 000 patients/visites SU, respectivement; ce qui représente une réduction de 28,6 %. Les auteurs avaient conclu qu'un programme complet de suivi téléphonique pouvait être élaboré et mis en œuvre en utilisant les ressources disponibles. Les taux de réadmissions n'ont pas été rapportés.

Même si les patients quittant les services d'urgence avant leur prise en charge (DAPCM) ne font pas partie de notre analyse, ils ont été étudiés par de nombreux auteurs. Le profil des DAPCM a été décrit : ce sont généralement des hommes, jeunes, avec un classement d'urgence plus faible et un temps d'attente plus long [26]. Certains auteurs soulignent que ces patients courent un risque plus faible d'hospitalisation et aucun risque de mortalité plus élevé, mais ils sont plus à risque de se présenter à nouveau au service des urgences que les patients qui ont été traités et reçu leur congé de l'hôpital [26; 42]. Pour Li et collaborateurs, le taux d'admission de 11,5 % des DAPCM se compare favorablement au taux d'admission global de 20,9 % aux études des services des urgences et représente une petite minorité de toutes les visites des DAPCM [22]. D'autres auteurs notent cependant que le degré d'urgence lors de la visite initiale et le nombre de visites précédentes au SU étaient des indicateurs importants de réadmission et que leur identification pourrait permettre une intervention ciblée pour assurer le suivi de ces patients, en particulier pour les services des urgences de pédiatrie [30].

#### 4.5 Autres résultats d'études

Dans leur évaluation de l'impact des AT de suivi sur la réduction des taux de réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours qui suivent la sortie, Costantino et collaborateurs ont étudié 548 538 membres de Medicare [8]. Les auteurs avaient conclu que les appels téléphoniques de suivi réduisaient les coûts et la durée de l'hospitalisation. Les auteurs avaient ajouté que des études ultérieures devraient idéalement aborder le thème de la standardisation des interventions dans les soins de santé.

<sup>10</sup> Définie comme un mal de tête, un problème visuel, une douleur thoracique, une dyspnée, une douleur abdominale, une syncope, un traumatisme et des problèmes neurologiques.

Dans l'étude publiée en 2014 par Bieise et collaborateurs, les auteurs avaient conclu que le suivi par des appels téléphoniques des patients âgés sortis du SU a permis un suivi accéléré avec leurs médecins de soins primaires [5]. Ils ajoutent que des études plus approfondies sont nécessaires pour déterminer si ces résultats se traduisent par de meilleurs résultats pour les patients, une diminution des visites à l'urgence et des économies de coûts résultant de cette intervention.

Plus récemment, Hughes et collaborateurs ont tenté d'évaluer l'impact de différentes interventions, incluant l'AT, sur les résultats cliniques de l'utilisation et les soins pour les personnes âgées [17]. Dans cette recherche systématique basée sur les études et lignes directrices publiées jusqu'en décembre 2017, 15 études (9 randomisées et 6 non randomisées) ont été sélectionnées. Les auteurs concluent que les interventions les plus complètes, définies comme celles qui comportent les trois composantes d'intervention clés (l'évaluation, le suivi et le contact après la sortie du service d'urgence), peuvent être associées à certains résultats positifs.

Parmi les plus récentes études, celles de Leland 2019 et Atzema 2017 présentent différentes stratégies (AT de suivi inclus) sur la réussite de la transition des soins de différents services (incluant le SU) et donc sur le taux des réadmissions [1; 20]. Les auteurs soulignent la nécessité d'études supplémentaires.

Les autres recherches systématiques publiées portent sur les effets des différentes stratégies d'intervention incluant l'AT de suivi auprès des divers services (services d'urgences inclus). La majorité de ces études présentent des limites en lien avec l'hétérogénéité des populations étudiées (profil des patients et diversité des services), la faible qualité méthodologique et enfin l'absence d'approche standardisée des exigences en matière d'AT, de formation ou d'implantation.

## 5 DISCUSSION

L'existence de différences significatives en faveur du suivi téléphonique dans certaines études rapportées par l'étude Cochrane (25/33 études) [29] n'est pas corroborée par les études plus récentes. En effet, les auteurs avaient déjà signalé que la recherche devait se concentrer sur la qualité méthodologique des études ainsi que sur la description des stratégies d'intervention et de contrôle. Il faut signaler que, dans cette publication, seulement 5 études concernaient le service des urgences [6; 18; 32; 34; 36].

Le rappel téléphonique de suivi d'un service des urgences reste une intervention qui demeure complexe à implanter (moment de l'appel; nombre d'appels de suivi nécessaires, période d'intervention, etc.) dont les résultats dépendent des différents intervenants (médicaux et paramédicaux), des patients et des contextes sociaux [24].

### Résumé

En résumé, on note :

- Une grande diversité des populations de patients des services des urgences indiquant également qu'il existe une grande hétérogénéité clinique, ce qui rend difficile la mise en commun des résultats entre les études.
- Il n'y a pas de consensus sur la façon d'assurer la sécurité des patients après la sortie de l'hôpital.
- Plusieurs études ont montré que, seules certaines réadmissions de 30 jours chez les patients médicaux sont vraiment évitables.
- En outre, une étude montre que moins du quart des patients ayant consulté le service des urgences se souviennent des détails importants des instructions délivrées lors des congés [19].
- Il est établi qu'avec le processus de triage au niveau du service des urgences, le suivi de la qualité des soins après la sortie du SU est probablement l'un des volets essentiels dans la réduction des réadmissions [44].
- Certains résultats indiquent que des stratégies d'interventions multimodales peuvent être plus efficaces pour prévenir la réadmission.



- Il est rapporté qu'une évaluation précise des capacités des patients à prendre soin d'eux-mêmes après leur sortie peut être difficile et nécessite parfois un effort multidisciplinaire coordonné.
- Il est également important de choisir un système par lequel l'amélioration peut être facilement évaluée et offre la possibilité d'obtenir des données plus précises à utiliser à des fins administratives<sup>11</sup>.
- D'autres mesures comme la sensibilisation et la communication des médecins au sujet des réadmissions de personnes hospitalisées semblent être pertinentes : les médecins ne sont souvent pas au courant des réadmissions des patients et ne communiquent souvent pas lorsque des réadmissions se produisent [34].

## 6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Au Québec comme partout au Canada, l'encombrement des services d'urgence a conduit à la mise au point de modèles de soins pour traiter de manière sûre et efficace les patients de moyenne et faible gravité. La plupart des algorithmes de traitement utilisés s'appuient sur un outil de triage tel l'ESI<sup>12</sup> pour effectuer le classement selon la gravité de l'état clinique des patients. Cependant, les réadmissions et les hospitalisations non planifiées augmentent considérablement les coûts et la surutilisation des ressources des services des urgences [21]. Celles-ci peuvent être liées à de nombreux facteurs, notamment la réapparition de la maladie ou résulter en partie d'une mauvaise transition de soins comme : l'incapacité à comprendre ou à suivre les instructions du médecin ou de la prescription ou du manque de soins de suivi [19; 28].

L'utilisation des nouveaux moyens de communication après la sortie du service des urgences est de plus en plus proposée pour suivre l'observance et la satisfaction des patients et pour éviter des réadmissions [37]. Cependant, la mise en œuvre de ces interventions comme le système de suivi téléphonique après une visite aux urgences d'un patient nécessite des préalables parfois difficiles à appliquer. À ce jour, même si les résultats des nombreuses études sont en faveur des effets positifs des appels téléphoniques, leur efficacité absolue n'est pas établie. Les données suggèrent qu'il existe des interventions efficaces pour réduire l'utilisation du service des urgences, mais aucune intervention mise en œuvre isolément n'était régulièrement associée à une réduction du taux de réadmission. Le plus souvent, cette efficacité est associée à l'intégration des appels téléphoniques dans une stratégie globale de suivi des patients qui inclut plusieurs volets d'intervention (procédural, humain et thérapeutique).

En conclusion, les changements dans les stratégies de soins de santé au niveau du service des urgences nécessitent une évaluation rigoureuse avant d'être mis en œuvre. Dans ce cadre, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) avait déjà publié un rapport (2016) comprenant des recommandations pour l'amélioration de l'utilisation des services d'urgence et de la qualité des soins prodigués aux patients<sup>13</sup>.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier de l'Université de Montréal suggère qu'une étude sur un ensemble populationnel représentatif avec des interventions plus comparables et des outils validés pourrait identifier les patients à considérer et, mesurer l'impact de l'appel téléphonique de suivi sur le taux de réadmissions au niveau du service des urgences. La prise en compte des résultats de cette étude associée aux recommandations du CSBE permettraient d'influencer de manière significative le taux de réadmissions à l'urgence et l'optimisation des ressources hospitalières.

---

<sup>11</sup> <https://www.ahrq.gov/patient-safety/index.html>.

<sup>12</sup> Emergency Severity Index.

<sup>13</sup> Commissaire à la santé et au bien-être. Apprendre des meilleurs : Étude comparative des urgences au Québec [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca).



## 7 RÉFÉRENCES

- 1 Atzema CL, Maclagan LC. The Transition of Care Between Emergency Department and Primary Care: A Scoping Study. *Acad Emerg Med*. 2017 Feb;24(2):201-215.
- 2 Bahr SJ(1), Solverson S, Schlidt A, Hack D, Smith JL, Ryan P. Integrated literature review of postdischarge telephone calls. *West J Nurs Res*. 2014 Jan;36(1):84-104.
- 3 Barker A(1), Cameron P(1)(2), Flicker L(3)(4)(5), Arendts G(3)(5), Brand C(1)(6)(7), Etherton-Beer C and al. Evaluation of RESPOND, a patient-centred program to prevent falls in older people presenting to the emergency department with a fall: A randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2019 May 24;16(5):e1002807.
- 4 Biese KJ, Jan Busby-Whitehead 2, Jianwen Cai 3, Sally C Stearns 4, Ellen Roberts 2, Paul Mihás 5, and al. Telephone Follow-Up for Older Adults Discharged to Home from the Emergency Department: A Pragmatic Randomized Controlled Trial *J Am Geriatr Soc* 2018 - Clinical Trial. Among authors: Mihás P. PMID 29272029.
- 5 Biese, Kevin, Michael LaMantia, MD, Frances Shofer, PhD, Brenda McCall, RN, Ellen Roberts, PhD, MPH, Sally C Stearns and al. A Randomized Trial Exploring the Effect of a Telephone Call Follow-up on Care Plan Compliance Among Older Adults Discharged Home From the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine* • February 2014, Vol. 21, No. 2.
- 6 Chande VT, Exum V. Follow-up phone calls after an emergency department visit. *Pediatrics* 1994;93(3):513-4.
- 7 Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR and al. Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 2457 10 of 16.
- 8 Costantino Mary E., PhD, 1 Beth Frey, RN, BSN, 2 Benjamin Hall, PhD, ASA, MAAA, 3 and Philip Painter, MD 4 The Influence of a Postdischarge Intervention on Reducing Hospital Readmissions in a Medicare Population. *Population Health Management* Volume 16, Number 5, 2013 a Mary Ann Liebert, Inc.
- 9 Crocker JB(1), Crocker JT, Greenwald JL. Telephone follow-up as a primary care intervention for postdischarge outcomes improvement: a systematic review. *Am J Med*. 2012 Sep;125(9):915-21.
- 10 Desai AD(1), Popalisky J(2), Simon TD(3), Mangione-Smith RM(3). The effectiveness of family-centered transition processes from hospital settings to home: a review of the literature. *Hosp Pediatr*. 2015 Apr;5(4):219-31.
- 11 Feigenbaum P, Neuwirth E, Trowbridge L, Teplitsky S, Barnes CA, Fireman E, and al. Factors contributing to all-cause 30-day readmissions: a structured case series across 18 hospitals. *Med Care*. 2012 Jul;50(7): 599-605.
- 12 Forster AJ; Murff HJ; Peterson JF; Gandhi TK; Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital *Ann Intern Med*. 2003;138(3):161-167.
- 13 Goldman Ran D 1, Julia J Wei, John Cheyne, Blake Jamieson, Bat Chen Friedman, Gang Xi Lin, and al. Impact of Follow-Up Calls From the Pediatric Emergency Department on Return Visits Within 72 Hours: A Randomized Controlled Trial *Randomized Controlled Trial Pediatr Emerg Care*, 30 (9), 613-6 Sep 2014.
- 14 Harrison JD, Young JM, Solomon MJ, Butow PN, Secomb R, Masya L. Randomized pilot evaluation of the supportive care intervention "CONNECT" for people following surgery for colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2011 May;54(5):622-31.
- 15 Hoek AE et al. Patient discharge instructions in the emergency department and their effects on comprehension and recall of discharge instructions: A systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med* 2019 Aug 19; [e-pub].

- 16 Holte HH, Lidal IB, Gundersen MW. Discharging Patients with Chronic Disease: Effect of Various Forms of Cooperation Between Hospital and the Community Health Service [Internet]. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2013 Jun. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) No. 09-2013. NIPH Systematic Reviews: Executive Summaries.
- 17 Hughes Jaime M., Caroline E. Freiermuth, Megan Shepherd-Banigan, Luna Ragsdale, Stephanie A. Eucker, Karen Goldstein, MD, MSPH\*,¶, S. Nicole Hastings, MD, MHS\*,†,‡,¶, Rachel L. Rodriguez, and al. Emergency Department Interventions for Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2019 July; 67(7): 1516-1525.
- 18 Jones PK, Jones SL, Katz J. A randomized trial to improve compliance in urinary tract infection patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 1990;19(1):16-20.
- 19 Jubanyik KJ, Barber DT. Enregistrement des instructions de sortie au service des urgences : enquête sur les attitudes des prestataires et des patients. *Annals of Emergency Medicine*: October 2016 Volume 68, no. 4s S142- S143.
- 20 Leland NE(1), Roberts P(2), De Souza R(3), Hwa Chang S(4), Shah K(5), Robinson M(6) Care Transition Processes to Achieve a Successful Community Discharge After Postacute Care: A Scoping Review. *Am J Occup Ther.* 2019 Jan/Feb;73(1):7301205140p1-7301205140p9.
- 21 Maurice A. Lembeck , Lau C. Thygesen , Birgitte Dreyer Sørensen , Lisbeth Lumby Rasmussen and Ellen A. Holm. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Services Research* (2019) 19:751.
- 22 Li, David R. Jesse J. Brennan, Allyson A. Kreshak, Edward M. Castillo, Gary M. Vilke. Patients Who Leave the Emergency Department Without Being Seen and Their Follow-Up Behavior: A Retrospective Descriptive Analysis. July 2019 Volume 57, Issue 1, Pages 106-113.
- 23 Lindsay B. Randomized controlled trials of socially complex nursing interventions: creating bias and unreliability? *Journal of Advanced Nursing* 2004;45(1):84-94.
- 24 Leppin, Aaron L. MD1; Michael R. Gionfriddo, PharmD1,2; Maya Kessler, MD1,3; et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med.* 2014 July; 174(7): 1095-1107. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- 25 Ma oJ, Mary Tanski 1, Beech Burns 1, Elizabeth F Spizman 1, James A Heilman. Development and Implementation of an Emergency Department Telephone Follow-Up System *J Healthc Risk Manag* , 37 (1), 10-15 Jul 2017.
- 26 Mataloni Francesca 1, Paola Colais 1, Claudia Galassi 2, Marina Davoli 1, Danilo Fusco 1 Patients Who Leave Emergency Department Without Being Seen or During Treatment in the Lazio Region (Central Italy): Determinants and Short-Term Outcomes *PLoS One* , 13 (12), e0208914 2018 Dec 12 eCollection 2018.
- 27 Menchine M(1), Oberfoell S, Schriger D, Walker C, Riddell J, Arora S. Improving telephone follow-up for patients discharged from the emergency department: results of a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med.* 2013 May;20(5):456-62.
- 28 Mil Ranran, Matthew M. Hollander1, Courtney M. C. Jones2, Eva H. DuGoff3, Thomas V. Caprio4, Jeremy T. Cushman2, et al. \* A randomized controlled trial testing the effectiveness of a paramedic-delivered care transitions intervention to reduce emergency department revisits. *BMC Geriatrics* (2018) 18:104.
- 29 Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post-discharge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004510. DOI: 10.1002/14651858.CD004510.pub3.
- 30 Murtagh Kurowski E, Byczkowski T, Timm N. Return Visit Characteristics Among Patients Who Leave Without Being Seen From a Pediatric ED *Am J Emerg Med*, 30 (7), 1019-24 Sep 2012.

- 31 Nasser L(1), Stratton T(1). BET 1: Follow-up phone calls and compliance with discharge instructions in elderly patients discharged from the emergency department *Emerg Med J*. 2019 Feb;36(2):126-127.
- 32 Nelson EW, Cleve S, Swartz MK, Kessen W, McCarthy PL. Improving the use of early follow-up care after emergency department visits. A randomized trial. *Am J of Diseases of Children* 1991;145(4):440-4.
- 33 Ritchie PD, Jenkins M, Cameron PA. A telephone call reminder to improve outpatient attendance in patients referred from the emergency department: a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Medicine* 2000;30:585-92.
- 34 Riordan John P,\* Wayne L. Dell, BA,\* and James T. Patrie, MS. Can patient variables measured on arrival to the emergency department predict disposition in medium-acuity patients? *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 52, No. 5, pp. 769-779, 2017.
- 35 Roy, Christopher L. MD1, Allen Kachalia, MD, JD1, Seth Woolf1, Elisabeth Burdick1, Andrew Karson, MD, MPH2, and Tejal K. Gandhi, MD, MPH1 Hospital Readmissions: Physician Awareness and Communication Practices *J Gen Intern Med* 24(3):374-80 DOI: 10.1007/s11606-008-0848-x.
- 36 Shesser R, Smith M, Adams S, Walls R, Paxton M. The effectiveness of an organized emergency department follow-up system. *Annals of Emergency Medicine* 1986;15(8):911-5.
- 37 Shuen JA, Michael P. Wilson, MD, PhD, Allyson Kreshak, MD, Samuel Mullinax, BAb, Jesse Brennan, and al., Telephoned, texted, or typed out: A randomized trial of physician-patient communication after emergency department discharge *J Emerg Med*. 2018 October ; 55(4): 573-581.
- 38 Schull M.J. Making Aftercare More Than an Afterthought: Patient Follow-up after Emergency Department Discharge in Ontario. ICES Report. *Healthcare Quarterly* 17(2) April 2014: 11-13.
- 39 Soremekun OA, Frances S. Shofer, PhD, David Grasso, MD, Angela M. Mills, MD, Jessica Moore, RN, and Elizabeth M. Datner, MD. The Effect of an Emergency Department Dedicated Midtrack Area on Patient Flow *Academic Emergency Medicine* • April 2014, Vol. 21, No. 4.
- 40 Stevens GJ(1), Hammond TE(2), Brownhill S(3), Anand M(3), de la Riva A(3), Hawkins J(4), and al. SMS SOS: a randomized controlled trial to reduce self-harm and suicide attempts using SMS text messaging. *BMC Psychiatry*. 2019 Apr 18;19(1):117.
- 41 Tran QK(1), Bayram JD, Boonyasai RT, Case MA, Connor C, Doggett D, and al.. Pediatric Emergency Department Return: A Literature Review of Risk Factors and Interventions. *Pediatr Emerg Care*. 2016 Aug;32(8):570-7.
- 42 Tropea Joanne 1, Vijaya Sundararajan, Alexandra Gorelik, Marcus Kennedy, Peter Cameron, Caroline A Brand Patients Who Leave Without Being Seen in Emergency Departments: An Analysis of Predictive Factors and Outcomes. *Acad Emerg Med*, 19 (4), 439-47 Apr 2012 PMID: 22506948 DOI: 10.1111/j.1553-2712.2012.01327.x.
- 43 Varner, Catherine MD, MSc<sup>††</sup>; Shelley McLeod, PhD(c), MSc<sup>‡‡</sup>; Negine Nahiddi, MD\*; Bjug Borgundvaag, .Text messaging research participants as a follow-up strategy to decrease emergency department study attrition. *CJEM* 2018;20(1):148-153.
- 44 Wuerz R., Milne LW, Eitel D R, Travers D, Gilboy N (2000). Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Academic Emergency Medicine* 7(3):236-242.

## ANNEXES

## ANNEXE 1 — STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

---

### Stratégies de recherche

- **ResearchGate, 30 janvier 2020**

Résultats obtenus : 28 articles

- **Recherche OVID**

<https://ovidsp.dc2.ovid.com/sp-4.02.1a/ovidweb.cgi> 2020-01-31

Database(s) : Périodiques électroniques —Total Access Collection & PsycARTICLES, EBM Reviews - ACP Journal Club 2010 to January 2020, EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials January 2020, EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 to January 31, 2020 EBM Reviews - Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012, EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 1st Quarter 2016, EBM Reviews - Health Technology Assessment 4th Quarter 2016, EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database 1st Quarter 2016, EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers January 2020, Books@Ovid January 31, 2020, PsycARTICLES Full Text, Embase 2010 January 01 to 2020 January 31, Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non- Indexed Citations, Daily and Versions(R) 2010 to January , 2020, PsycINFO 2010 to January Week 3 2020.

Keyword [primary care or primary health care or Emergency Department] and [telephone or phone or phone call or telephone call or telephone follow up or telephone follow-up] and [post discharge or post-discharge or patient discharge or discharge] and outcome or outcomes or readmission or re- admission or rehospitalization or re-hospitalization].

Résultats obtenus : 45 articles

- **Recherche University of York. Centre for Reviews and Dissemination, National of Health Research**

Results for: ((call follow-up):TI) and ((Systematic review:ZDT and Bibliographic:ZPS) OR (Systematic review:ZDT and Abstract:ZPS) OR (Cochrane review:ZDT) OR (Cochrane related review record:ZDT) OR (Economic evaluation:ZDT and Bibliographic:ZPS) OR (Economic evaluation:ZDT and Abstract:ZPS) OR Project record:ZDT OR Full publication record:ZDT) IN DARE, NHSEED, HTA WHERE LPD FROM 01/01/2010 TO 11/04/2020.

Résultats obtenus : 1 article

- **Advanced search - PubMed - NCBI**

31/012020

SEARCH	ADD TO BUILDER	QUERY	ITEMS FOUND	TIME
# 14	Add	Search (((("primary care" OR "primary health care" OR emergency department)) AND telephone follow-up) AND Clinical Trial[ptyp] AND "last 10 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) AND 30 days Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years; Humans	45	17:17:23
# 13		Search ((telephone follow-up AND "last 5 years"[PDat])) AND readmission Filters: published in the last 10 years	173	17:17:18
# 12	Add	Search (((("primary care" OR "primary health care" OR emergency department)) AND telephone follow-up) AND Clinical Trial[ptyp] AND "last 10 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) AND post discharge Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years; Humans	30	17:17:14
# 11	Add	Search (("primary care" OR "primary health care" OR emergency department)) AND telephone follow-up Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years; Humans	447	17:17:09
# 10	Add	Search ((["primary care" or "primary health care" or "Emergency Department"])) AND telephone follow-up Filters: Clinical Trial; published in the last 10 years; Humans	494	17:17:04
# 9	Add	Search (("primary care" OR "primary health care" OR emergency department)) AND telephone follow-up Filters: Review; published in the last 10 years; Humans	47	17:16:35
# 8	Add	Search (("primary care" OR "primary health care" OR emergency department)) AND telephone follow-up Filters: published in the last 10 years; Humans	1401	17:16:35
#7	Add	Search ((["primary care" or "primary health care" or "Emergency Department"])) AND telephone follow-up	9620	17:16:18
# 6	Add	Search (((("primary care" OR "primary health care" OR emergency department)) AND telephone follow-up)) AND post discharge Filters: published in the last 10 years	91	17:14:39
# 5	Add	Search (((("primary care" OR "primary health care" OR emergency department)) AND telephone follow-up)) AND post discharge	52	17:13:30
# 4	Add	Search ((((["primary care" or "primary health care" or "Emergency Department"])) AND telephone follow-up)) AND post discharge	290	17:12:32
# 3	Add	Search ((["primary care" or "primary health care" or "Emergency Department"])) AND (telephone follow up" or phone callk)	200 615	17:10:39
# 2	Add	Search ((["primary care" or "primary health care" or "Emergency Department"])) AND (["telephone" or ["phone" or "phone call" or "telephone call" or "telephone follow up" or "telephone followup"])	1	17:09:46
		Search ["primary care" or "primary health care" or "Emergency Department"]	11 087 063	17:09:15

## Liste des agences consultées

ACRONYMES	ORGANISMES	RÉSULTATS
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS-CADTH), Canada	<a href="https://www.cadth.ca">https://www.cadth.ca</a>	0
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	<a href="https://www.ahrq.gov/gam/index.html">https://www.ahrq.gov/gam/index.html</a>	0
ASERNIP-S - Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures-Surgical (ASERNIP-S), Australie	<a href="https://www.surgeons.org/research-audit/research-evaluation-inc-asernips">https://www.surgeons.org/research-audit/research-evaluation-inc-asernips</a>	0
Federal Office of Public Health, Confédération Suisse	<a href="https://www.bag.admin.ch/bag/en/home.html">https://www.bag.admin.ch/bag/en/home.html</a>	0
Haute autorité de santé (HAS) France	<a href="http://www.has-sante.fr/">http://www.has-sante.fr/</a>	0
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Québec, Canada	<a href="https://www.inesss.qc.ca/accueil.html">https://www.inesss.qc.ca/accueil.html</a>	0
KCE - Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique	<a href="https://kce.fgov.be/fr/home-fr">https://kce.fgov.be/fr/home-fr</a>	0
MSAC - Medical Services Advisory Committee, Australie	<a href="http://www.msac.gov.au">http://www.msac.gov.au</a>	0
NGC - National Guideline Clearinghouse, États-Unis	<a href="http://www.guidelines.gov">http://www.guidelines.gov</a>	0
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royaume-Uni	<a href="http://www.nice.org.uk">http://www.nice.org.uk</a>	0
NZGG - New Zealand Guidelines Group	<a href="https://www.nzgg.org.nz/">https://www.nzgg.org.nz/</a>	0
Norwegian Centre for E-health Research	<a href="https://ehealthresearch.no/en/">https://ehealthresearch.no/en/</a>	0
OHTAC - Ontario Health Technology Advisory Committee, Ontario, Canada	<a href="https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Ontario-Health-Technology-Advisory-Committee">https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Ontario-Health-Technology-Advisory-Committee</a>	0
Organisation mondiale de la santé OMS/WHO	<a href="http://www.who.int/fr">http://www.who.int/fr</a>	0
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Écosse	<a href="https://www.sign.ac.uk">https://www.sign.ac.uk</a>	0
Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU), Suède	<a href="https://www.sbu.se/en/">https://www.sbu.se/en/</a>	0

## ANNEXE 2 — TABLEAU DESCRIPTIF DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS																
Baker [3] 2019	Évaluer un programme téléphonique de 6 mois (RESPOND) Australian New Zealand Clinical Trials Registry ACTRN 12614000336684.	ECR.	AT. SU/traumato/ gériatrie.	430 personnes se présentant au SU avec une chute et renvoyées à la maison dans les 72 heures. L'âge moyen : 73 ans (55 % femmes). Groupe RESPOND : 217. Groupe Contrôle : 213.	Abandons = 93; sous-déclaration des chutes, des blessures et des hospitalisations.	L'adoption de ce type de stratégie (AT), dans la pratique clinique de routine, pourrait offrir une occasion d'améliorer les résultats et de réduire les chutes chez les patients qui se rendent au SU et donc permettre une réduction du taux de réadmissions.																
Hoek [15] 2019	Évaluer les effets de différentes stratégies sur la compréhension et le rappel des instructions de sortie.	M-A.	Plusieurs stratégies. Divers.	Études publiées avant le 15 mars 2018. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Instructions de sortie</th> <th>Études</th> <th>Patients</th> <th>Rappel correct</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbales (AT)</td> <td>12</td> <td>1460</td> <td>47 %</td> </tr> <tr> <td>Écrites</td> <td>22</td> <td>3395</td> <td>58 %</td> </tr> <tr> <td>Vidéo</td> <td>5</td> <td>459</td> <td>67 %</td> </tr> </tbody> </table>	Instructions de sortie	Études	Patients	Rappel correct	Verbales (AT)	12	1460	47 %	Écrites	22	3395	58 %	Vidéo	5	459	67 %		La communication verbale des instructions de sortie aux patients au SU peut ne pas être suffisante.
Instructions de sortie	Études	Patients	Rappel correct																			
Verbales (AT)	12	1460	47 %																			
Écrites	22	3395	58 %																			
Vidéo	5	459	67 %																			
Hughes [17] 2019	Évaluer des interventions (AT inclus) au niveau du SU sur les résultats cliniques, sur l'utilisation et les soins pour les personnes âgées.	RS. Modèle conceptuel.	Plusieurs stratégies. SU gériatrique.	Études publiées et lignes directrices jusqu'en décembre 2017. Patients : les personnes âgées de $\geq 65$ ans (SU). 2000 citations : 17 articles décrivant 15 études uniques (9 randomisées et 6 non randomisées). Les interventions plus complètes sont définies comme celles qui comportent les trois composantes d'intervention clés et qui peuvent être associées à certains résultats positifs.	Utilisation de 2 ou plusieurs stratégies d'intervention.	Dans l'ensemble, il y a eu un léger effet positif des interventions sur l'état fonctionnel, mais aucun effet sur la qualité de vie, l'expérience du patient, l'hospitalisation au moment ou après la visite initiale au SU ou lors de la visite de retour au service des urgences.																



AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
Leland [20] 2019	Étude des processus actuels de transition et des pratiques qui facilitent la réussite de la sortie de l'hôpital.	RS.	Plusieurs stratégies. Divers.	13 processus de soins et suivi téléphonique. 35 études, dont 5 ont été inclus dans au moins 60 % des études, y compris le coaching sur le processus de transition des soins, la planification des services médicaux de suivi et le suivi téléphonique, etc.	Plusieurs interventions.	Les résultats peuvent éclairer l'élaboration, l'évaluation et la mise en œuvre des interventions de transition communautaire des soins post-aigus des patients.
Nasser [31] 2019	Déterminer l'impact des AT de suivi sur le respect des instructions données aux personnes âgées à leur sortie du SU.	RS.	AT. SU.	Personnes âgées sortant du SU. 211 articles trouvés ont été colligés dont 5 présentaient les meilleures données disponibles pour répondre à la question.	Nombreuses limites.	Il n'y a aucune preuve montrant que le suivi téléphonique a un impact. Les AT peuvent cependant identifier le non-respect des instructions de sortie chez les personnes âgées.
Biese [4] 2018	Évaluation du taux de retour au service des urgences, de l'hospitalisation ou de décès dans les 30 jours suivant la sortie du SU.	ERC. NCT01893931 z. (MU. EU).	AT. SU/gériatrie.	Période d'étude : entre 2013 à 2016. Les patients âgés de $\geq 65$ ans sortis du SU ont été randomisés dans les groupes d'intervention (GI) et de contrôle (GC). N = 2000. GI : AT d'une infirmière en utilisant un questionnaire pour identifier les obstacles aux éléments d'une transition réussie des soins (acquisition de médicaments, instructions après la sortie et obtention d'un suivi médical). GC : ont reçu une enquête de satisfaction uniquement. <b>Taux de retour au SU ou à l'hôpital ou de décès dans les 30 jours :</b> GI : 15,5 % (IC à 95 % = 13,2-17,8 %) GC : 15,2 % (IC à 95 % = 12,9-17,5 %) (P = 0,86) <b>Décès : rare :</b> GI : 0; GC : 5 (0,51 %), IC à 95 % = 0,06-0,96 % <b>Retour au SU :</b> GI : 12,2 % (IC 95 % = 10,1-14,3 %) GC : 12,5 % (IC 95 % = 10,4-14,6 %) <b>Hospitalisation dans les 30 jours :</b> GI : 9 % (IC 95 % = 7,2-10,8 %) GC : et 7,4 % (IC à 95 % = 5,8 à 9,0 %)		Les AT programmés d'une infirmière qualifiée à des personnes âgées après leur congé du service des urgences n'ont pas réduit les taux de retour au SU ou à l'hôpital ni le taux de décès dans les 30 jours.

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
Mi [28] 2018	Déterminer si le CTI donné par les ambulanciers paramédicaux à domicile réduit les visites au SU des personnes âgées vivant dans la communauté dans les 30 jours suivant une visite au SU.	ERC. NCT0252061.	AT. Urgences (É-U).	<p>2 400 patients âgés de <math>\geq 60</math> ans dans 3 SU.</p> <p>Les sujets sont randomisés en groupes : contrôle (GC) et intervention (GI), ces derniers recevant le CTI adapté*.</p> <p>Suivi : pendant 30 jours.</p> <p>Tous les patients reçoivent une enquête lors de la visite au SU pour saisir des informations démographiques et de santé de base et deux enquêtes téléphoniques pour évaluer les objectifs et les résultats du processus.</p> <p>Le résultat principal est la probabilité d'une visite au SU dans les 30 jours suivant leur sortie.</p> <p>*L'intervention consiste en un ambulancier paramédical effectuant une visite à domicile et jusqu'à trois AT de suivi. Au cours de ces interactions, le personnel paramédical suit l'approche CTI en accompagnant les patients vers leurs objectifs (dossier de santé personnel, médicaments, suivi).</p>		<p>Les résultats de cette recherche devraient aider à améliorer les résultats de santé pour cette population et réduire les visites, potentiellement évitables, au niveau des services des urgences.</p> <p>Pas de résultats publiés.</p>
Shuen [37] 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer le taux de nouvelles visites au SU dans la semaine suivant la sortie.</li> <li>▪ Évaluer les contacts avec un médecin dans la semaine suivant le congé et le taux de satisfaction du patient.</li> </ul>	ERC.	AT/SMS. Urgence.	<p>3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sortie habituelle;</li> <li>• soins habituels + AT 48 h après pour demander si les patients souhaitent parler avec un médecin; ou</li> <li>• soins habituels + SMS, 48 h après la sortie, demandant si les patients voulaient parler avec un médecin.</li> </ul> <p>Tous les participants ont reçu, après une semaine, une évaluation sur la satisfaction des patients.</p> <p>Une nouvelle visite au SU et un contact avec un médecin spécialiste dans les 7 jours suivant la sortie.</p> <p>Les renseignements ont été obtenus à partir du Dossier médical électronique (DME) et analysés à l'aide du test du Chi carré <math>\chi^2</math>.</p> <p>251 patients inscrits et randomisés (66 témoins, 103 appels, 82 SMS).</p> <p>Même si on ne note pas de différence statistiquement significative, les groupes de</p>	Échantillonnage faible.	<p>Les patients qui sont contactés par AT et par SMS pour le suivi peuvent avoir une tendance à moins revisiter les services des urgences et à contacter un médecin en comparaison aux patients recevant des instructions de sortie écrites standards.</p> <p>Des études randomisées plus importantes sont nécessaires pour confirmer ces résultats.</p>

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
				<p>téléphone et de SMS avaient respectivement des taux similaires et inférieurs du retour au SU (&gt; 50 % de réduction) et appelant ou visitant un médecin (-30 % de réduction) que le groupe témoin (X2 = 4,57, df = 2, p = 0,10; X2 = 1,36, df = 2, p = 0,51).</p> <p>Aucune différence dans le taux de satisfaction des patients.</p>		
Varner [43] 2018	Évaluer l'impact des SMS par rapport au suivi téléphonique conventionnel chez des malades spécifiques.	ERC.	AT/SMS. Urgence.	<p>Étude de cohorte de patients inscrits à une ERC évaluant les instructions de sortie après blessure à la tête.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au cours des 4 premiers mois de suivi, les participants ont été contactés par un appel téléphonique conventionnel.</li> <li>• Pendant les 3 derniers mois, les participants ont été contactés par SMS après un premier échec d'AT.</li> </ul> <p>118 patients (75/78 avec un suivi conventionnel et 40 avec SMS).</p> <p>Suivi conventionnel : 24 (32,0 %) à 2 semaines et 32 (42,7 %) à 4 semaines n'ont pas pu être contactés. SMS : sur les 40,4 (10,0 %) à 2 semaines et 10 (25,0 %) à 4 semaines n'ont pas pu être contactés.</p> <p>Dans l'ensemble, les participants à SMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 semaines; diminution de l'attrition de 22 % (IC à 95 % : 5,9 %, 34,7 %)</li> <li>• 4 semaines : 17,7 % (IC à 95 % : -0,8 %, 33,3 %)</li> </ul>	Critères d'étude. Durée du suivi. SMS.	Les rappels par SMS ont diminué le taux d'attrition. La messagerie texte est une stratégie de communication viable et peu coûteuse qui peut améliorer la participation au suivi en particulier dans le cadre de l'urgence.
Atzema [1] 2017	Étude de cadrage pour fournir un large aperçu de la littérature publiée sur la transition des soins entre le SU et les soins primaires après la sortie.	RS.	Plusieurs stratégies. Divers.	<p>Articles publiés entre 1990 et mars 2015.</p> <p>Sur 1138 titres, 122 répondaient aux critères.</p> <p>11 articles obtenus grâce à l'examen des références.</p> <p>Sur les 133 articles, 85 ont été inclus dans l'étude.</p> <p>Les articles ont été classés en 7 thèmes. Ceux-ci comprenaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'observance du suivi et ses prédicteurs (38).</li> <li>• Les AT aux patients ayant reçu leur congé du SU (15).</li> </ul>		<p>Il semble que les 2 domaines les plus efficaces à cibler soient un système de rendez-vous de suivi des soins primaires et une assurance maladie.</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires, en particulier :</p>

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les coordonnateurs ou gestionnaires de soins ou navigateurs du SU (14).</li> <li>• Le système actuel (9).</li> <li>• Les moyens d'alerter les fournisseurs de soins primaires (PCP) de la visite au SU (7).</li> <li>• Les points de vue des patients (1).</li> <li>• Les exigences en matière d'informations sur le PCP (1).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• pour identifier les patients qui ont réellement besoin de soins de suivi;</li> <li>• et pour développer des solutions informatiques qui peuvent être efficacement mises en œuvre dans le système de santé du SU actuel.</li> </ul>
Ma [25] 2017	Développer et mettre en œuvre un système de suivi par AT au SU.	EP (9 ans).	AT. SU (Enfants; DAPM et tout adulte ayant une « plainte principale à haut risque »* *définie comme un mal de tête, un problème visuel, une douleur thoracique, une dyspnée, une douleur abdominale, une syncope, un traumatisme et des problèmes neurologiques.	AT de suivi dans les 48 heures de leur visite au SU : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 127 524 avec critères pour recevoir un AT.</li> <li>• 138 331 tentatives d'appels en cours et 46 114 (36,2 %) cas suivis avec succès.</li> <li>• 42 % des cas pédiatriques et 16 % des DAPM ont reçu un appel de suivi.</li> <li>• 1,6 % des cas renvoyés à la commission d'amélioration continue de la qualité (CQI*).</li> </ul> Au cours des 9 années précédant et suivant la mise en œuvre de ce système de suivi, il y a eu respectivement 3,5 et 2,5 poursuites pour fautes professionnelles médicales pour 100 000 patients /visites au SU. Réduction 28,6 %. (IC 95 % = 2,1-5,9) et de 2,5 (IC à 95 % = 1,3-4,5).		Un programme complet de suivi téléphonique peut être élaboré et mis en œuvre en utilisant les ressources disponibles.
Tran [41] 2016	Identifier les facteurs de risque et les interventions pour atténuer ou prévenir le retour au SU des enfants.	RS.	Plusieurs stratégies. SU pédiatrique.	Un total de 963 articles ont été examinés. 12 articles au total ont été inclus dans l'analyse finale : 6 pour les facteurs de risque et 6 pour les interventions.		Plusieurs caractéristiques des patients et des visites peuvent aider à prédire qui sont les enfants à risque de retour au SU. Bien que certaines interventions réussissent à améliorer le suivi après la sortie d'un SU, la plupart n'ont

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
						pas réduit les retours à l'urgence.
Desai [10] 2015	Évaluer l'efficacité des processus de transition des soins (AT inclus) dans l'amélioration de la santé des patients et de l'utilisation des services de soins de santé.	RS.	Plusieurs stratégies. Divers services.	Période étudiée : de 2001-2012. 3 458 articles et 16 essais cliniques. 4 études ont rapporté les résultats des processus de transitions (pédiatrie) du SU au domicile.		L'efficacité du suivi téléphonique après et/ou des visites à domicile sur l'utilisation des soins de santé reste mitigée.
Bahr [2] 2014	Évaluation de l'impact d'un AT après la sortie sur les patients hospitalisés.	RS.	AT. Divers services.	19 articles répondaient aux critères d'inclusion.	Hétérogénéité des populations étudiées. Pas d'approche normalisée des exigences en matière d'AT, de formation ou de documentation.	La force de l'étude était faible et les résultats n'étaient pas cohérents. Les preuves sur l'impact de l'utilisation des AT sur la réduction du taux de réadmissions, l'utilisation des services d'urgence et la satisfaction des patients ne sont pas concluantes.
Biese [5] 2014	Déterminer si un AT d'une infirmière réduit les visites au SU et/ou les hospitalisations dans les 35 jours suivant une première visite au SU et évaluation des coûts.	ERC.	AT. Divers.	Durée : ERC (10 semaines) menée auprès de patients âgés de 65 ans et plus renvoyés à leur domicile après avoir reçu leur congé d'un SU d'un hôpital universitaire. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Groupe intervention (GI)</b> : avec AT d'une infirmière entre 1 et 3 jours après la sortie du SU pour examiner et faciliter le respect des instructions de sortie spécifiques au patient.</li> <li>• <b>Groupe placebo (GP)</b> : AT de sondage sur la satisfaction des patients à cinq questions, effectué entre 1 et 3 jours après la sortie des urgences pour contrôler l'effet qu'un appel téléphonique de l'hôpital peut avoir sur la conformité aux instructions de sortie.</li> <li>• <b>Groupe témoin (GT)</b> : les patients n'ont pas été appelés.</li> </ul> Les AT ont été effectués 5 à 8 jours et 30 à 35 jours après les visites au SU.	Durée.	Des AT aux patients âgés sortis du SU ont permis un suivi accéléré avec leurs médecins de soins primaires. Une étude plus approfondie est justifiée pour déterminer si ces résultats se traduisent par de meilleurs résultats pour les patients, une diminution des visites au SU ou des admissions à l'hôpital et par des économies de coûts résultant de cette intervention.

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
				<p>120 patients ont terminé l'étude : 60 % de femmes et 72 % de blancs, avec un âge moyen de 75 ans (écart type : 7,58 ans).</p> <p>Les patients du GI étaient plus susceptibles de suivre les conseils des prestataires médicaux dans les 5 jours suivant leur visite au SU que les patients du GP ou les patients du GT (54, 20 et 37 %; <math>p = 0,04</math>).</p> <p>Aucune différence dans les visites de retour à l'urgence ou à l'hôpital dans les 35 jours suivant la visite au SU pour les patients du GI, par rapport aux patients de GP ou du GT (22, 33 et 27 %, respectivement; <math>p = 0,41</math>).</p> <p>Probabilité estimée à 70 % que cette intervention réduirait les coûts totaux.</p>		
Goldman [13] 2014	Comparaison du taux de retour au SU dans les 72 heures entre les familles d'enfants malades recevant ou non un AT de suivi.	ERC.	AT. SU Pédiatrie.	<p>AT de suivi à partir de 12 h après la sortie du SU par rapport à aucun appel 96 h après la sortie.</p> <p>371 familles recrutées.</p> <p>(GI) 46 % et 55,5 % étaient des hommes.</p> <p>Âge moyen des enfants : 5,7 ans.</p> <p>GI : chez 24 enfants (14 %).</p> <p>GT : 14 enfants (7 %) (<math>P &lt; 0,03</math>).</p>	Petite taille de l'échantillonnage. Randomisation en fonction de la disponibilité du personnel de recherche.	<p>Les résultats montrent que les AT de suivi entraînent une augmentation des visites de retour.</p> <p>Les SU qui pratiquent des AT par des prestataires non fournisseurs de soins de santé devraient envisager une augmentation prévue des taux de retour.</p>
Leppin [24] 2014	Évaluer l'efficacité de différentes stratégies d'interventions sur les taux de réadmissions précoces à l'hôpital.	MA. Étude PROSPERO. CRD42013004773.	Plusieurs stratégies. Divers services, sauf obstétrique et psychiatrie.	<p>Bases de données électroniques (de 1990 au 1<sup>er</sup> avril 2013) et experts.</p> <p>42 ERC qui ont évalué l'effet des interventions sur les réadmissions toutes causes confondues (voir exclusion) ou non planifiées dans les 30 jours suivant la sortie chez les patients adultes admis à l'hôpital pour une cause médicale ou chirurgicale pendant plus de 24 heures et renvoyés à leur domicile.</p> <p>Les interventions testées ont empêché les réadmissions précoces [(RR) 0,82, IC à 95 % 0,73 à 0,91; <math>p = 0,03</math>; I<sup>2</sup> = 32 %].</p>		<p>Les interventions testées sont efficaces pour réduire les réadmissions.</p> <p>Les interventions plus efficaces sont complexes et soutiennent la capacité des patients à prendre soin d'eux-mêmes.</p> <p>Les interventions testées plus récemment sont moins efficaces.</p>

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
				<p>Les essais publiés avant 2002 ont rapporté des interventions 1,6 fois plus efficaces que celles testées plus tard (<math>p = 0,01</math>).</p> <p>Dans les analyses exploratoires, les sous-groupes, les interventions avec de nombreuses composantes (<math>p &lt; .01</math>), impliquant plus de personnes dans la prestation des soins (<math>p = .05</math>) et soutenant la capacité des patients à prendre soin d'eux-mêmes (<math>p = .04</math>) étaient respectivement de 1,4, 1,3 et 1,3 fois plus efficaces que les autres interventions.</p>		
Costantino [8] 2013	Évaluation de l'impact des AT de suivi sur la réduction des taux de réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours qui suivent la sortie.	EP.	AT. Divers SU inclus.	<p>48 538 membres de Medicare ont reçu un AT et 4 504 (9,3 %) ont été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours, alors que 5 598 (11,5 %) appartiennent au groupe contrôle (sans AT) <math>P &lt; 0,0001</math>.</p> <p>Une corrélation directe a été observée entre le moment de l'intervention et le taux de réadmission; plus l'intervention est proche de la date de sortie, plus la réduction du nombre de réadmissions est importante.</p> <p><b>Visites aux urgences :</b> GI = 8,1 % ; GC 9,4 %, <math>P &lt; 0,0001</math></p> <p><b>Visites au cabinet médical ont augmenté :</b> GI = 76,5 %; GC 72,3 %, <math>P &lt; 0,0001</math></p> <p>L'intervention a encouragé les membres à demander de l'aide pour éviter la réadmission.</p> <p>Les économies de coûts globales étaient estimées à 499 458 \$ pour les membres du GI, et de 13 964 773 \$ d'économies pour le régime de soins de santé.</p>		<p>Les auteurs concluent que les appels téléphoniques réduisent les coûts et la durée de l'hospitalisation.</p> <p>Des études ultérieures devraient idéalement aborder le thème de la standardisation des interventions dans les soins de santé.</p>
Holte [16] 2013	Analyser les effets de diverses formes de coordination entre l'hôpital et le service de santé communautaire lors du congé des malades chroniques.	RS.	Plusieurs stratégies. Divers services (malades chroniques).	<p>45 études portant sur les interventions de coordination réalisées avec et sans autres interventions en même temps (y compris le suivi téléphonique, la liaison avec les conseils locaux, etc.), ont été incluses.</p> <p>7 des 45 études incluses ont été réalisées avec une méthodologie correcte.</p> <p>1 étude avec une seule intervention de coordination.</p>	La qualité de la documentation pour tous les résultats rapportés est signalée comme faible ou très faible.	Il est souligné que de nouvelles recherches sont nécessaires pour conclure.

AUTEURS	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	TYPES DE SUIVI/SERVICES	RÉSULTATS	LIMITES	CONCLUSIONS
Crocker [9] 2012	Évaluer l'impact du suivi téléphonique sur les visites au SU et les réadmissions.	RS.	Milieus de soins primaires pour adultes. SU.	Exploration des banques standards des études publiées jusqu'au 7 décembre 2011. Seules trois études répondaient aux critères de l'étude. 1765 patients. Les trois études ont signalé une amélioration des contacts avec le bureau des soins primaires grâce à un suivi téléphonique.	Description incomplète des méthodologies.	Il n'y a aucune étude de haute qualité démontrant son avantage. On note cependant un impact positif sur l'engagement des patients à des implications potentiellement significatives.



## ANNEXE 3 – LISTE DES ÉTUDES EXCLUES (À PARTIR DES RÉSUMÉS)

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
Ahn 2010	Ahn JH, Phi JH, Kang HS, Wang KC, Cho BK, Lee JY, Kim GB, Kim SK J A ruptured middle cerebral artery aneurysm in a 13-month-old boy with Kawasaki disease. <i>Neurosurg Pediatr.</i> 2010 Aug;6(2):150-3.	Hors sujet
Amorim 2016	Amorim AB, Pappas E, Simic M, Ferreira ML, Tiedemann A, Jennings M, Ferreira PH. Integrating Mobile health and Physical Activity to reduce the burden of Chronic low back pain Trial (IMPACT): a pilot trial protocol. <i>BMC Musculoskelet Disord.</i> 2016 Jan 19;17:36.	Exclue
Appleton 2017	Appleton JP, Scutt P, Dixon M, Howard H, Haywood , Havard D, and al; RIGHT-2 Investigators. Ambulance-delivered transdermal glyceryl trinitrate versus sham for ultra-acute stroke: Rationale, design and protocol for the Rapid Intervention with Glyceryl trinitrate in Hypertensive stroke Trial-2 (RIGHT-2) trial (ISRCTN26986053). <i>Int J Stroke.</i> 2019 Feb;14(2):191-206.	Hors sujet
Arnaud 2017	Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack PM, Daubmann Aa ndThomasius R. Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. <i>Acad Emerg Med.</i> 2017 Feb;24(2):186-200.	Hors sujet
Asarnow 2011	Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob CS, Devich-Navarro M, Suddath R, and al. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. <i>Psychiatr Serv.</i> 2011 Nov;62(11):1303-9.	Hors sujet
Atfeld 2013	Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos Kand al. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: a randomized trial <i>Gerontologist.</i> 2013 Jun;53(3):430-40.	Exclue
Bell 2016	Bell SP, Schnipper JL, Goggins K, Bian A, Shintani A, Roumie CL, and al. Pharmacist Intervention for Low Literacy in Cardiovascular Disease (PILL-CVD) Study Group. Effect of Pharmacist Counseling Intervention on Health Care Utilization Following Hospital Discharge: A Randomized Control Trial. <i>J Gen Intern Med.</i> 2016 May;31(5):470-7.	Exclue
Benito 2016	Benito J, Acedo Y, Medrano L, Barcena E, Garay RP, Arri EA. Usefulness of new and traditional serum biomarkers in children with suspected appendicitis. <i>Am J Emerg Med.</i> 2016 May;34(5):871-6.	Hors sujet
Bergeron DA 2011	Bergeron D.A, Leduc G, Marchand S and Bourgault P. Descriptive study of the postoperative pain assessment and documentation process in a university hospital <i>Pain Res Manage Vol 16 No 2 March/April 2011.</i>	Hors sujet
Bernstein 2011	Bernstein SL, Bijur P, Cooperman N, Jearld S, Arnsten JH, Moadel A, Gallagher EJ. A randomized trial of a multicomponent cessation strategy for emergency department smokers. <i>Acad Emerg Med.</i> 2011 Jun;18(6):575-83.	Hors sujet
Berrouiguet 2014	Berrouiguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P and al. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. <i>BMC Psychiatry.</i> 2014 Nov 18;14:294.	Hors sujet
Bingham 2019	Bingham J, Campbell P, Schussel K, Taylor AM, Boesen K, Amanda Harrington A and al. The Discharge Companion Program: An Interprofessional Collaboration in Transitional Care Model Delivery. <i>Pharmacy</i> 2019, 7, 68.	Hors sujet

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
Bjørnnes 2017	Bjørnnes AK, Parry M, Lie I, Fagerland MW, Watt-Watson J, Rustøen T and al. The impact of an educational pain management booklet intervention on postoperative pain control after cardiac surgery. <i>Eur J Cardiovasc Nurs.</i> 2017 Jan;16(1):18-27.	Hors sujet
Boden-Albala 2019	Boden-Albala B, Goldmann E, Parikh NS, Carman H, Roberts ET, Lord AS and al. Efficacy of a Discharge Educational Strategy vs Standard Discharge Care on Reduction of Vascular Risk in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: The DESERVE Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Neurol.</i> 2019 Jan 1;76(1):20-27.	Exclue
Bonetti 2018	Bonetti AF, Bagatim BQ, Mendes AM, Rotta I, Reis RC, Fávero MLD, and al. F Impact of discharge medication counseling in the cardiology unit of a tertiary hospital in Brazil: A randomized controlled trial. <i>Clinics (Sao Paulo).</i> 2018;73:e325.	Exclue
Bosch 2019	Bosch M, McKenzie JE, Ponsford JL, Turner S, Chau M, Tavender EJ and al. Evaluation of a targeted, theory-informed implementation intervention designed to increase uptake of emergency management recommendations regarding adult patients with mild traumatic brain injury: results of the NET cluster randomised trial. <i>Implement Sci.</i> 2019 Jan 17;14(1):4.	Hors sujet
Braet 2016	Anja Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of Discharge Interventions From Hospital to Home on Hospital Readmissions: A Systematic Review. <i>JBI Database System Rev Implement Rep</i> , 14 (2), 106-73 Feb 2016.	Exclue
Camenzind 2012	Camenzind E, Wijns W, Mauri L, Kurowski V, Parikh K, Gao R, and al. PROTECT Steering Committee and Investigators. Stent thrombosis and major clinical events at 3 years after zotarolimus-eluting or sirolimus-eluting coronary stent implantation: a randomised, multicentre, open-label, controlled trial. <i>Lancet.</i> 2012 Oct 20;380(9851):1396-405.	Hors sujet
Carlock 2019	Carlock TC, Barrett JR, Kalvelage JP, et al. Telephone Follow-Up for Emergency General Surgery Procedures: Safety and Implication for Health Resource Use. <i>Journal of the American College of Surgeons.</i> 2019 Oct.	Exclue
Castaigne 2016	Castaigne E, Hardy P, Mouaffak .[Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?]. <i>Encephale.</i> 2017 Feb;43(1):75-80. doi: 10.1016/j.encep.2016.08.004. Epub 2016 Sep 28.	Hors sujet
Çavuşoğlu 2016	Çavuşoğlu Y, Zoghi M, Eren M, Bozçalı E, Kozdağ G, Şentürk T. and al: Hit-PoinT Investigators. Post-discharge heart failure monitoring program in Turkey: Hit-PoinT. <i>Anatol J Cardiol.</i> 2017 Feb;17(2):107-112.	Hors sujet
Cebria 2015	Cebria AI, Pérez-Bonaventura I, Cuijpers P, Kerkhof A, Parra I, Escayola A and al. Telephone Management Program for Patients Discharged From an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population Crisis. 2015;36(5):345-52.	Hors sujet
Chang 2014	Chang AK, Bijur PE, Munjal KG, John Gallagher E. Randomized clinical trial of hydrocodone/acetaminophen versus codeine/acetaminophen in the treatment of acute extremity pain after emergency department discharge. <i>Acad Emerg Med.</i> 2014 Mar;21(3):227-35.	Hors sujet
Chen C 2019	Chen Chen, Xiao Li, Lisha Sun, Sha Cao, Yu Kang, Liu Hong and al. Post-discharge short message service improves short- term clinical outcome and self-care behaviour in chronic heart failure. <i>ESC Heart Failure</i> 2019; 6: 164-173.	Exclue

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
Chen MJ 2016	Chen MJ, et al. Comparing office and telephone follow-up after medical abortion. <i>Contraception</i> 2016. PMID 27101901.	Hors sujet
Chernick 2017	Chernick LS, Stockwell MS, Wu M, Castaño PM, Schnall R, Westhoff and al. Texting to Increase Contraceptive Initiation Among Adolescents in the Emergency Department. <i>J Adolesc Health</i> . 2017 Dec;61(6):786-790.	Hors sujet
Christ 2015	Christ M, Mueller C. Editor's Choice- Call to action: Initiation of multidisciplinary care for acute heart failure begins in the Emergency Department. <i>Eur Heart J Acute Cardiovasc Care</i> . 2016 Apr;5(2):141-9.	Hors sujet
Chu 2016	Chu MM, Fong KN, Lit AC, Rainer TH, Cheng SW, Au FL and al. An Occupational Therapy Fall Reduction Home Visit Program for Community-Dwelling Older Adults in Hong Kong After an Emergency Department Visit for a Fall. <i>J Am Geriatr Soc</i> . 2017 Feb;65(2):364-372.	Hors sujet
COPD Working Group 2012	COPD Working Group. Pulmonary rehabilitation for patients with chronic pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. <i>Ont Health Technol Assess Ser</i> . 2012;12(6):1-75. Epub 2012 Mar 1.	Hors sujet
Cossette 2015	Cossette S, Vadeboncoeur A, Frasure-Smith N, McCusker J, Perreault D, Guertin MC. Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits. <i>CJEM</i> . 2015 Jan;17(1):13-20.	Exclue
Coulourides Kogan 2017	Coulourides Kogan A, Koons E, and Enguidanos S. Investigating the Impact of Intervention Refusal on Hospital Readmission. <i>Am J Manag Care</i> . 2017; 23(12): e394-e401.	Hors sujet
Courtney 2011	Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Hamilton K. A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2011 Aug 23;11:202.	Exclue
Cunningham 2015	Cunningham S, Rodriguez A, Boyd KA, McIntosh E, Lewis SC; BIDS Collaborators Group. Bronchiolitis of Infancy Discharge Study (BIDS): a multicentre, parallel-group, double-blind, randomised controlled, equivalence trial with economic evaluation. <i>Health Technol Assess</i> . 2015 Sep;19(71):i-xxiii, 1-172.	Hors sujet
De Souza 2014	de Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-da-Silva L, Biolo A, and al. <i>Eur J Heart Fail</i> . 2014 Sep;16(9):1002-8. doi: 10.1002/ejhf.125. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. Epub 2014 Jul 17.	Exclue
Dhalla 2014	Dhalla IA, O'Brien T, Morra D, Thorpe KE, Wong BM, Mehta R, and al. Effect of a postdischarge virtual ward on readmission or death for high-risk patients: a randomized clinical trial. <i>JAMA</i> . 2014 Oct 1;312(13):1305-12.	Hors sujet
Dhamarajan 2017	Dhamarajan K, Wang Y, Lin Z, Normand SLT, Ross JS, Horwitz LI and al. Association of Changing Hospital Readmission Rates With Mortality Rates After Hospital Discharge. <i>JAMA</i> 2017 Jul 18;318 (3), 270-278 2017 Jul 18.	Hors sujet
Diaz Gomez 2019	Diaz Gomez C, Ngantcha M, Le Garjean N, Brouard N, Lasbleiz M, Perennes M, and al. Effect of a brief motivational intervention in reducing alcohol consumption in the emergency department: a randomized controlled trial. <i>Eur J Emerg Med</i> . 2019 Feb;26(1):59-64.	Hors sujet
Ding 2013	Ding R, Zeger SL, Steinwachs DM, Ortmann MJ, McCarthy ML. The validity of self-reported primary adherence among Medicaid patients discharged from the emergency department with a prescription medication <i>Ann Emerg Med</i> . 2013 Sep;62(3):225-34.	Exclue

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
Domingues 2011	Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. [Article in English, Portuguese, Spanish]. Arq Bras Cardiol. 2011 Mar;96(3):233-9.	Exclue
Donovan 2015	Donovan DM, Hatch-Maillette MA, Phares MM, McGarry E, Peavy KM, Taborsky J. Lessons learned for follow-up phone booster counseling calls with substance abusing emergency department patients J Subst Abuse Treat. 2015 Mar;50:67-75.	Exclue
El Hajj 2018	El Hajj MS, Jaam MJ, Awaisu A. Effect of pharmacist care on medication adherence and cardiovascular outcomes among patients post-acute coronary syndrome: A systematic review. Res Social Adm Pharm. 2018 Jun;14(6):507-520.	Hors sujet
Exbrayat 2017	Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet Jand al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. BMC Psychiatry. 2017 Mar 20;17(1):96.	Hors sujet
Fathi 2015	Fathi M, Zare MA, Bahmani HR, Zehtabchi S. Comparison of oral oxycodone and naproxen in soft tissue injury pain control: a double-blind randomized clinical trial. Am J Emerg Med. 2015 Sep;33(9):1205-8.	Hors sujet
Fernando 2012	Fernando TJ, Nguyen DD, Baraff LJ. Effect of electronically delivered prescriptions on compliance and pharmacy wait time among emergency department patients. Acad Emerg Med. 2012 Jan;19(1):102-5.	Hors sujet
Finn 2011	Finn KM, Heffner R, Chang Y, Bazari H, Hunt D, Pickell K, and al. Improving the discharge process by embedding a discharge facilitator in a resident team. J Hosp Med. 2011 Nov;6(9):494-500.	Hors sujet
Franek J 2012	Franek J. Home telehealth for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis Ont Health Technol Assess Ser. 2012;12(11):1-58. Epub 2012 Mar 1.	Exclue
Friedman 2018	Friedman BW, Babbush K, Irizarry E, White D, John Gallagher E. An exploratory study of IV metoclopramide + diphenhydramine for acute post-traumatic headache. Am J Emerg Med. 2018 Feb;36(2):285-289.	Hors sujet
Hannan 2012	Hannan J. APN telephone follow up to low-income first-time mothers. J Clin Nurs. 2013 Jan;22(1-2):262-70.	Hors sujet
Harrison 2011	Harrison JD, Young JM, Solomon MJ, Butow PN, Secomb R, Masya L. Randomized pilot evaluation of the supportive care intervention "CONNECT" for people following surgery for colorectal cancer. Dis Colon Rectum. 2011 May;54(5):622-31.	Hors sujet
Hartling 2013	Hartling L, Scott SD, Johnson DW, Bishop T, Klassen TP. A randomized controlled trial of storytelling as a communication tool. PLoS One. 2013 Oct 25;8(10):e77800.	Hors sujet
Hasan 2010	Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach AD and al. Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. J Gen Intern Med. 2010 Mar;25(3):211-9.	Hors sujet
Health Quality Ontario. 2017	Health Quality Ontario. Collaborators: Song J, Walter M. Effect of Early Follow-Up After Hospital Discharge on Outcomes in Patients With Heart Failure or Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review Ont Health Technol Assess Ser. 2017 May 25;17(8):1-37. eCollection 2017.	Exclue
Iovane 2018	Iovane B, Cangelosi AM, Bonaccini I, Mastroilli C, Di Mauro D, Fainardi V, and al. Effectiveness of a tailored medical support to overcome the barriers to education,	Hors sujet

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
	treatment and good metabolic control in children with type-1 diabetes from ethnic minorities. <i>Acta Biomed.</i> 2018 Jan 16;88(4):477-482.	
Jack 2009	Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Gail M. and al. A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial. <i>Ann Intern Med.</i> 2009 February 3; 150(3): 178-187.	Hors sujet
Jaunin et Stocker 2016	Jaunin S et Stocker I. Efficacité du suivi téléphonique des symptômes après une chirurgie ambulatoire. <i>Haute École de Santé Vaud Filière Soins infirmiers.</i>	Exclue
Jónasdótti 2016	Jónasdóttir RJ, Klinke ME, Jónsdóttir H. Integrative review of nurse-led follow-up after discharge from the ICU. <i>J Clin Nurs.</i> 2016 Jan;25(1-2):20-37.	Exclue
Jones 2018	Jones CD, Anthony A, Klein MD, Shakowski C, Smith HK, Go A, Perica K, Patel H, Pell J, Pierce R. The effect of a pharmacist-led multidisciplinary transitions-of-care pilot for patients at high risk of readmission. <i>J Am Pharm Assoc (2003).</i> 2018 Sep-Oct;58(5):554-560.	Hors sujet
Keijzers 2015	Keijzers GB, Del Mar C, Geeraedts LM Jr, Byrnes J, Beller EM. What is the effect of a formalised trauma tertiary survey procedure on missed injury rates in multi-trauma patients? Study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials.</i> 2015 May 13;16:215.	Hors sujet
Kim 2014	Kim KH, Ryu JH, Park MR, Kim YI, Min MK, Park YM and al. Acupuncture as analgesia for non-emergent acute non-specific neck pain, ankle sprain and primary headache in an emergency department setting: a protocol for a parallel group, randomised, controlled pilot trial. <i>BMJ Open.</i> 2014 Jun 12;4(6):e004994.	Hors sujet
Kirk 2014	Kirk C. Telephone follow-up of older people after hospital admissions. <i>Curr Aging Sci.</i> 2014;7(2):144-53.	Exclue
Legrain 2017	Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E, and al. Geriatric Unit, L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. <i>J Am Geriatr Soc.</i> 2011 Nov;59(11):2017-28.	Exclue
Low 2017	Low LL, Tan SY, Ng MJ, Tay WY, Ng LB, Balasubramaniam K and al. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. <i>PLoS One.</i> 2017 Jan 3;12(1):e0168757.	Hors sujet
Ma 2018	Ma Y, Jones G, Tay YK, Hunter T, Holden D, Rodgers-Wilson S and al. Post-operative telephone review is safe and effective: prospective study - Monash outpatient review by phone trial. <i>ANZ J Surg.</i> 2018 May;88(5):434-439.	Hors sujet
Marchetti 2011	Marchetti F, Maestro A, Rovere F, Zanon D, Arrighini A, Bertolani Pand al. Oral ondansetron versus domperidone for symptomatic treatment of vomiting during acute gastroenteritis in children: multicentre randomized controlled trial. <i>BMC Pediatr.</i> 2011 Feb 10;11:15.	Hors sujet
May 2015	May LS, Rothman RE, Miller LG, Brooks G, Zocchi M, Zatorski Cand al. A Randomized Clinical Trial Comparing Use of Rapid Molecular Testing for <i>Staphylococcus aureus</i> for Patients With Cutaneous Abscesses in the Emergency Department With Standard of Care. <i>Infect Control Hosp Epidemiol.</i> 2015 Dec;36(12):1423-30.	Hors sujet
Maynard 2015	Maynard C, Longstreth WT Jr, Nichol G, Hallstrom , Kudenchuk , Rea , and al. Effect of prehospital induction of mild hypothermia on 3-month neurological status and 1-year survival among adults with cardiac arrest: long-term follow-up of a randomized, clinical trial. <i>J Am Heart Assoc.</i> 2015 Mar 11;4(3):e001693.	Hors sujet

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
Mc Carthy 2013	McCarthy ML(1), Ding R, Roderer NK, Steinwachs DM, Ortmann MJ, Pham JC, Bessman ES, Kelen GD, Atha W, Retezar R, Bessman SC, Zeger SL. Does providing prescription information or services improve medication adherence among patients discharged from the emergency department? A randomized controlled trial. <i>Ann Emerg Med.</i> 2013 Sep;62(3):212-23.e1.	Hors sujet
McCurdy 2012	McCurdy BR. Hospital-at-home programs for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. <i>Ont Health Technol Assess Ser.</i> 2012;12(10):1-65. Epub 2012 Mar 1.	Hors sujet
Mekonnen 2016	Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. <i>BMJ Open.</i> 2016 Feb 23;6(2):e010003.	Hors sujet
Mello 2012	Mello MJ, Baird J, Nirenberg TD, Lee C, Woolard R, Longabaugh R. DIAL: a randomised trial of a telephone brief intervention for alcohol. <i>Inj Prev.</i> 2013 Feb;19(1):44-8.	Hors sujet
Melton 2012	Melton LD, Foreman C, Scott E, McGinnis M and al. Prioritized post-discharge telephonic outreach reduces hospital readmissions for select high-risk patients. <i>Am J Manag Care</i> 18 (12), 838-44 Dec 2012.	Exclue
Miller 2017	Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, and al; ED-SAFE Investigators. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. <i>JAMA Psychiatry.</i> 2017 Jun 1;74(6):563-570.	Hors sujet
Mofidi 2010	Mofidi M, Hasani A, Kianmehr N Determining the accuracy of base deficit in diagnosis of intra-abdominal injury in patients with blunt abdominal trauma. <i>Am J Emerg Med.</i> 2010 Oct;28(8):933-6.	Hors sujet
Mohamedi 2011	Motamedi SM , Posadas-Calleja J, Straus S, Bates DW, Lorenzetti DL, Baylis B and al The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2011 May;20(5):403-15.	Hors sujet
Nichol 2015	Nichol G, Guffey D, Stiell IG, Leroux B, Cheskes S, Idris A, and al. Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. Post-discharge outcomes after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest: A ROC PRIMED substudy. <i>Resuscitation.</i> 2015 Aug;93:74-81.	Hors sujet
Odeh 2019	Odeh, M., Scullin, C., Fleming, G., Scott, M. G., Horne, R., & McElnay, J. C. Ensuring continuity of patient care across the healthcare interface Telephone follow-up post-hospitalization. <i>British Journal of Clinical Pharmacology</i> , 85(3), 616-625. (2019).	Exclue
Offerman 2013	Offerman SR, Nishijima DK, Ballard DW, Chetipally UK, Vinson DR, Holmes JF. The use of delayed telephone informed consent for observational emergency medicine research is ethical and effective <i>Acad Emerg Med.</i> 2013 Apr;20(4):403-7.	Hors sujet
Oscalices 2019	Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Discharge guidance and telephone follow-up in the therapeutic adherence of heart failure: randomized clinical trial. <i>Rev Lat Am Enfermagem.</i> 2019 Aug 19;27:e3159.	Exclue
Paajanen 2013	Paajanen H, Grönroos JM, Rautio T, Nordström P, Aarnio M, Rantanen T and al. A prospective randomized controlled multicenter trial comparing antibiotic therapy with appendectomy in the treatment of uncomplicated acute appendicitis (APPAC trial). <i>BMC Surg.</i> 2013 Feb 8;13:3.	Hors sujet
Parajuli 2017	Parajuli DR, Franzon J, McKinnon RA, Shakib S, Clark RA. Role of the Pharmacist for Improving Self-care and Outcomes in Heart Failure. <i>Curr Heart Fail Rep.</i> 2017 Apr;14(2):78-86.	Hors sujet



AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
Phatak 2016	Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO, Williams MV, Vetter E and al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and post discharge call-backs (IPITCH Study). J Hosp Med. 2016 Jan;11(1):39-44.	Exclue
Platts-mills 2018	Platts-Mills TF, Hollowell AG, Burke GF, Zimmerman S, Dayaa JA., Quigley BR( and al. Randomized controlled pilot study of an educational video plus telecare for the early outpatient management of musculoskeletal pain among older emergency department patients. Trials. 2018 Jan 5;19(1):10.	Hors sujet
Qazi 2014	Qazi K, BinSalleeh HM, Shah UH, AlGhamedi N, Tamim H, Mubasher M and al. Effectiveness of granisetron in controlling pediatric gastroenteritis-related vomiting after discharge from the ED Am J Emerg Med. 2014 Sep;32(9):1046-50.	Hors sujet
Roberge 2019	Roberge J(, McWilliams A, Zhao J, Anderson W, Hetherington T, Zazzaro C, and al. Effect of a Virtual Patient Navigation Program on Behavioral Health Admissions in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2020 Jan 3;3(1):e1919954.	Hors sujet
Robinson 2012	Robinson S , Howie-Esquivel J and Vlahov D. Readmission Risk Factors After Hospital Discharge Among the Elderly Popul Health Manag 15 (6), 338-51 Dec 2012.	Hors sujet
Salmany 2018	Salmany SS, Ratrouf L, Amireh A, Agha R, Nassar N, Mahmoud N and al. The impact of pharmacist telephone calls after discharge on satisfaction of oncology patients: A randomized controlled study. J Oncol Pharm Pract. 2018 Jul;24(5):359-364.	Hors sujet
Sampayo 2017	Sampayo EM, Mazer-Amirshahi M, Camp EA, Zorc JJ. Initiation of an Inhaled Corticosteroid During a Pediatric Emergency Visit for Asthma: A Randomized Clinical Trial. Ann Emerg Med. 2017 Sep;70(3):331-337.	Hors sujet
Sanchez 2015	Sanchez GM, Douglass MA, Mancuso MA. Revisiting Project Re-Engineered Discharge (RED): The Impact of a Pharmacist Telephone Intervention on Hospital Readmission Rates Pharmacotherapy, 35 (9), 805-12 Sep 2015.	Hors sujet
Schrijver 2014	Schrijver EJ, de Vries OJ, Verburg A, de Graaf K, Bet PM, van de Ven PM and al. Efficacy and safety of haloperidol prophylaxis for delirium prevention in older medical and surgical at-risk patients acutely admitted to hospital through the emergency department: study protocol of a multicenter, randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. BMC Geriatr. 2014 Aug 28;14:96.	Hors sujet
Silver 2017	Silver PC, Kollef MH, Clinkscale D, Watts P, Kidder R, Eads B and al. A Respiratory Therapist Disease Management Program for Subjects Hospitalized With COPD. Respir Care. 2017 Jan;62(1):1-9.	Hors sujet
Soong 2014	Soong C, Kurabi B, Wells D, Caines L, Morgan MW, Ramsden R and al. Do post discharge phone calls improve care transitions? A cluster-randomized trial. PLoS One. 2014 Nov 11;9(11):e112230.	Exclue
Steinbeck 2014	Steinbeck KS, Shrewsbury VA, Harvey V, Mikler K, Donaghue KC and al A pilot randomized controlled trial of a post-discharge program to support emerging adults with type 1 diabetes mellitus transition from pediatric to adult care. Pediatr Diabetes. 2015 Dec;16(8):634-9.	Hors sujet
Suffoletto 2013a	Suffoletto B, Akers A, McGinnis KA, Calabria J, Wiesenfeld HC, Clark DB. A sex risk reduction text-message program for young adult females discharged from the emergency department. J Adolesc Health. 2013 Sep;53(3):387-93.	Hors sujet
Suffoletto 2013b	Suffoletto B, Callaway CW, Kristan J, Monti P, Clark DB. Mobile phone text message intervention to reduce binge drinking among young adults: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013 Apr 3;14:93.	Hors sujet

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DE L'ÉTUDE
Suffoletto 2012a	Suffoletto B, Calabria J, Ross A, Callaway C, Yealy DM. A mobile phone text message program to measure oral antibiotic use and provide feedback on adherence to patients discharged from the emergency department. <i>Acad Emerg Med.</i> 2012 Aug;19(8):949-58.	Hors sujet
Suffoletto 2012b	Suffoletto B, Callaway C, Kristan J, Kraemer K, Clark DB. Text-message-based drinking assessments and brief interventions for young adults discharged from the emergency department. <i>Alcohol Clin Exp Res.</i> 2012 Mar;36(3):552-60.	Hors sujet
Trottier 2012	Trottier ED, Bailey B, Lucas N, Lortie A. Prochlorperazine in children with migraine: a look at its effectiveness and rate of akathisia. <i>Am J Emerg Med.</i> 2012 Mar;30(3):456-63.	Hors sujet
Varner 2017	Varner CE, McLeod S, Nahiddi N, Loughheed RE, Dear TE(3), Borgundvaag B. Cognitive Rest and Graduated Return to Usual Activities Versus Usual Care for Mild Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial of Emergency Department Discharge Instructions. <i>Acad Emerg Med.</i> 2017 Jan;24(1):75-82.	Hors sujet
Weisman 2012	Weisman DS, Bashir L, Mehta A, Bhatia L, Levine SM, Mete M, Padmore JS. A medical resident post-discharge phone call study. <i>Hosp Pract (1995).</i> 2012 Apr;40(2):138-46.	Exclue
Winterstein 2016	Winterstein, A G.; Bussing, R; Goodin, A; Xu, D; Keenan, M; Turner, K and al. Development and Validation of an Administrative Claims-based Measure for All-Cause 30-Day Risk-Standardized Readmissions After Discharge From Inpatient Psychiatric Facilities. <i>Medical Care: December 06, 2019 - Volume Publish Ahead of Print - Issue.</i>	Hors sujet
Wolff 2016	Wolff M, Balamuth F, Sampayo E, Mollen C. Improving Adolescent Pelvic Inflammatory Disease Follow-up From the Emergency Department: Randomized Controlled Trial With Text Messages. <i>Ann Emerg Med.</i> 2016 May;67(5):602-609.e3.	Hors sujet
Wong 2014	Wong FK, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. <i>Health Soc Care Community.</i> 2015 Nov;23(6):619-31.	Hors sujet
Yang 2012	Yang C, Chen CM. Effects of post-discharge telephone calls on the rate of emergency department visits in paediatric patients. <i>J Paediatr Child Health.</i> 2012 Oct;48(10):931-5.	Exclue
Yiadom 2018	Yiadom MYAB, Domenico H, Byrne D, Hasselblad MM, Gatto CL, Kripalani S and al. Randomised controlled pragmatic clinical trial evaluating the effectiveness of a discharge follow-up phone call on 30-day hospital readmissions: balancing pragmatic and explanatory design considerations. <i>BMJ Open.</i> 2018 Feb 14;8(2):e019600.	Exclue
Young 2013	Young JM(, Butow PN, Walsh J, Durcinoska I, Dobbins TA, Rodwell L, and al. Multicenter randomized trial of centralized nurse-led telephone-based care coordination to improve outcomes after surgical resection for colorectal cancer: the CONNECT intervention. <i>J Clin Oncol.</i> 2013 Oct 1;31(28):3585-91.	Exclue



## ANNEXE 4 – LISTE DES ÉTUDES EXCLUES APRÈS L'ANALYSE COMPLÈTE DE L'ÉTUDE

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DES ÉTUDES
Arora 2015	Arora S, Burner E, Terp S, Nok Lam C, Nercisian A, Bhatt V, Menchine M. Improving attendance at post-emergency department follow-up via automated text message appointment.	<b>Exclue</b> Rappel pour R-V
Barker 2015	Barker AL, Cameron PA, Hill KD, Flicker L, Haines TP, Lowthian A and al. RESPOND--A patient-centred programme to prevent secondary falls in older people presenting to the emergency department with a fall: protocol for a multicentre randomised controlled trial. <i>Inj Prev.</i> 2015 Feb;21(1):e1. doi : 10.1136/injuryprev-2014-041271. Epub 2014 Jun 23 reminders: a randomized controlled trial. <i>Acad Emerg Med.</i> 2015 Jan;22(1):31-7.	<b>Exclue</b> Programme RESPOND*
Coffey 2019	Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR and al. Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2019, 16, 2457 10 of 16.	<b>Exclue</b> (Divers)
Feigenbaum 2012	Feigenbaum P, Neuwirth E, Trowbridge L, Teplitsky S, Barnes CA, Fireman E and al. Factors contributing to all-cause 30-day readmissions: a structured case series across 18 hospitals. <i>Med Care.</i> 2012 Jul;50(7):599-605.	<b>Exclue</b> (Facteurs prédictifs)
Flanagan 2009	Flanagan J. Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything <i>j.aorn.</i> 2009.04.001.	<b>Hors sujet</b>
Flores 2018	Flores L ME, Rivas R EE, López E MÁ. [Rate of readmissions of patients with heart failure: effects of multifactorial educational interventions]. [Article in Spanish] <i>Rev Med Chil.</i> 2018 May;146(5):603-617.	<b>Exclue</b>
Flores-Mateo 2012	Flores-Mateo GI, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. <i>PLoS One.</i> 2012;7(5):e35903.	<b>Exclue</b>
Gruenberg 2018	CC. Gruenberg, A H. Breaud, JH. Liu, PM. Mitchell, JaA. Feldman, K P. Nelson and al. *Are Geriatric Patients Placed in an Emergency Department Observation Unit on a Chest Pain Pathway More Likely Than Non-Geriatric Patients to Re-Present to the Hospital within 30 Days? Presented at the New England Regional Meeting of SAEM Annual Meeting 2016, Worcester MA and Society for Academic Emergency Medicine Annual Meeting 2016, New Orleans, LA. March 2018 Volume 54, Issue 3, Pages 302-306.	<b>Hors sujet</b>
Gus 2014	Guss DA, Gray S and Castillo EM. The Impact of Patient Telephone Call After Discharge on Likelihood to Recommend in an Academic Emergency Department. <i>J Emerg Med</i> 2014. PMID 244846.	<b>Exclue</b>
Hansen 2011	Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: A systematic review. <i>Ann Intern Med</i> 2011;155:520.	<b>Exclue</b>
Harrison 2011	Harrison PL, Hara PA, Pope, JE, Young MC, and Rula EY. The Impact of Postdischarge Telephonic Follow-Up on Hospital Readmissions Population Health Management Volume 14, Number 1, 2011 © Mary Ann Liebert, Inc.	<b>Hors sujet</b>

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DES ÉTUDES
Jayakodi 2018	Jayakody A, Passmore E, Oldmeadow C, Bryant J, Carey M, Simons E and al. The impact of telephone follow-up on adverse events for Aboriginal people with chronic disease in new South Wales, Australia: a retrospective cohort study. <i>International Journal for Equity in Health</i> (2018) 17:60.	<b>Exclue</b> Malades chroniques
Jaykodi 2016	Jayakody A, Bryant J, Carey M, Hobden B, Dodd N, Sanson-Fisher R. Effectiveness of interventions utilising telephone follow up in reducing hospital readmission within 30 days for individuals with chronic disease: a systematic review. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2016 Aug 18;16(1):403.	<b>Exclue</b> Malades chroniques
Jubanyik 2016	Jubanyik KJ, Barber DT. Enregistrement des instructions de sortie au service des urgences : enquête sur les attitudes des prestataires et des patients. <i>Annals of Emergency Medicine</i> : October 2016 Volume 68, no. 4s S142- S143.	<b>Hors sujet</b>
Lembeck 2019	Lembeck MA, Thygesen LC, Sørensen BD, Rasmussen LL and Holm EA. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients - a Danish randomized clinical trial. <i>BMC Health Services Research</i> (2019) 19:751.	<b>Exclue</b> Pas d'AT
Li 2019	Li DR, Brennan JJ, MA, Kreshak AA, Edward M. and al. Patients Who Leave the Emergency Department Without Being Seen and Their Follow-Up Behavior: A Retrospective Descriptive Analysis. July 2019 Volume 57, Issue 1, Pages 106-113.	<b>Exclue</b> (DAPCM)
Lowe 2010	Lowe RA, Fu R, Gallia CA (2010) Impact of policy changes on emergency department use by Medicaid enrollees in Oregon. <i>Med Care</i> 48: 619-627.	<b>Exclue</b>
Mataloni 2018	Mataloni F, Colais P, Galassi C, Davoli M and Fusco D. Patients Who Leave Emergency Department Without Being Seen or During Treatment in the Lazio Region (Central Italy): Determinants and Short-Term Outcomes <i>PLoS One</i> , 13 (12), e0208914 2018 Dec 12 eCollection.	<b>Exclue</b> (DAPCM) et DCT
Menchine 2013	Menchine M, Oberfoell S, Schriger D, Walker C, Riddell J, Arora S. Improving telephone follow-up for patients discharged from the emergency department: results of a randomized controlled trial. <i>Acad Emerg Med.</i> 2013 May;20(5):456-62.	<b>Hors sujet</b>
Murtagh-Kurowski 2012	Murtagh Kurowski E, Byczkowski T and Timm N. Return Visit Characteristics Among Patients Who Leave Without Being Seen From a Pediatric ED <i>Am J Emerg Med</i> , 30 (7), 1019-24 Sep 2012.	<b>Exclue</b> (DAPCM)
Riordan2017	John P. Riordan JP, Dell WL and Patrie JT. Can Patient Variables Measured on Arrival to the Emergency Department Predict Disposition in Medium-acuity Patients. May 2017 Volume 52, Issue 5, Pages 769-779.	<b>Exclue</b> (Facteurs prédictifs)
Roy 2005	Roy CL., Kachalia A., Woolf S, Burdick E., Karson A. and Gandhi TK. Hospital Readmissions: Physician Awareness and Communication Practices <i>J Gen Intern Med</i> 24(3):374-80.	<b>Exclue</b>
Sakamoto 2018	Sakamoto JT and Liu N. Heart Rate Variability Analysis in Patients Who Have Bradycardia Presenting to the Emergency Department with Chest Pain March 2018 Volume 54, Issue 3, Pages 273-280.	<b>Exclue</b>
Shah 2018	Shah MN, Hollander MM, Jones CM, Caprio TV, Conwell Y, Cushman JT and al. Improving the ED-to-Home Transition: The Community Paramedic-Delivered Care Transitions Intervention-Preliminary Findings. <i>J Am Geriatr Soc.</i> 2018 Nov;66(11):2213-2220.	<b>Hors sujet</b>

AUTEURS	CITATIONS	STATUT DES ÉTUDES
Sharp 2015	Sharp B, Singal B, Pulia M, Fowler J, Simmons S. You've got mail ... and need follow-up: the effect and patient perception of e-mail follow-up reminders after emergency department discharge. Acad Emerg Med. 2015 Jan;22(1):47-53.	<b>Hors sujet</b> (Courriel)
Stevens 2019	Stevens GJ, Hammond TE, Brownhill S, Anand M, de la Riva A, Hawkins J and al. SMS SOS: a randomized controlled trial to reduce self-harm and suicide attempts using SMS text messaging BMC Psychiatry. 2019 Apr 18;19(1):117.	<b>Hors sujet</b> (Suicide)
Tropea 2012	Tropea J, Sundararajan V, Gorelik A, Kennedy M, Cameron P and Brand CA. Patients Who Leave Without Being Seen in Emergency Departments: An Analysis of Predictive Factors and Outcomes. Acad Emerg Med, 19 (4), 439-47 Apr 2012 PMID: 22506948.	<b>Exclue</b> (DAPCM)
Vat 2015	Vat M, Common C, Laizner AM, Borduas C and Maheu C. Reasons for Returning to the Emergency Department Following Discharge From an Internal Medicine Unit: Perspectives of Patients and the Liaison Nurse Clinician J Clin Nurs 24 (23-24), 3605-14 Dec 2015.	<b>Hors sujet</b> Service médical
Waters 2011	Waters TM, Chang CF, Cecil WT, Kasteridis P, Mirvis D (2011) Impact of high-deductible health plans on health care utilization and costs. Health Serv Res 46: 155-172. 10.1111/j.1475-6773.2010.01191.x [doi].	<b>Exclue</b>
Youens 2019	Youens D, Parsons R, Toye C, Slatyer S, Aoun S, Hill KD, Skinner M and al. The cost-effectiveness of a telephone-based intervention to support caregivers of older people discharged from hospital. BMC Geriatr. 2019 Mar 4;19(1):68.	<b>Hors sujet</b>
Zavala 2009	Zavala S, Shaffer C. Do patients understand discharge instructions? J Emerg Nurs. 2011 Mar;37(2):138-40.	<b>Hors sujet</b>