



Grands utilisateurs de lits d'hôpitaux : méthodologie — annexe

Mai 2018



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *High Users of Hospital Beds: Methodology — Appendix, May 2018*.

Table des matières

Méthodologie d'identification des grands utilisateurs.....	4
Ajustement selon les risques.....	5
Âge	5
Sexe.....	5
Catégorie d'admission.....	5
Groupes cliniques de patients	6
Annexe : texte de remplacement de l'image.....	8

Méthodologie d'identification des grands utilisateurs

On définit les grands utilisateurs des services de soins de courte durée (aussi appelés grands utilisateurs de lits d'hôpitaux) comme les patients qui comptent au moins 3 admissions dans un hôpital en soins de courte durée (épisodes de soins) au cours d'une période de 365 jours avec une durée cumulative du séjour de plus de 30 jours. Les calculs sont les suivants :

1. Les épisodes de soins sont conçus de manière qu'un transfert ne soit pas interprété comme 2 admissions à l'hôpital. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites successives en chirurgie d'un jour. Pour composer un épisode de soins, on suppose qu'un transfert a eu lieu si l'admission à un établissement de soins de courte durée ou de chirurgie d'un jour est survenue le même jour que la sortie d'un autre établissement de soins de courte durée ou de chirurgie d'un jour. En raison de l'absence de variables permettant de saisir l'heure d'admission et de sortie dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), les dates d'admission et de sortie sont les seules variables pouvant être utilisées pour reconstituer les épisodes de soins liés aux enregistrements contenant des données sur la santé mentale. On suppose qu'un transfert a eu lieu si une admission à un établissement s'est produite la même journée que la sortie d'un autre établissement (et que les hospitalisations se sont chevauchées dans la même journée). On utilise les enregistrements de chirurgies d'un jour pour déterminer les épisodes de soins et calculer la durée cumulative du séjour; lorsque les épisodes de soins se basent sur des transferts entre les services de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour, on retient uniquement les données cliniques ou diagnostiques provenant des soins de courte durée.
2. L'épisode de soins de référence correspond à la dernière date d'admission.
3. On compte les épisodes de soins qui ont lieu au cours des 365 derniers jours (la période de vérification rétrospective) précédant l'admission de référence, pour identifier les patients qui comptent 3 épisodes de soins ou plus. On utilise les données de 3 exercices pour identifier les grands utilisateurs afin que tous les patients admis aux soins de courte durée pendant l'exercice de déclaration aient pu faire l'objet d'un suivi au cours de la période de 365 jours.
4. On obtient la durée cumulative du séjour de chaque patient en additionnant la durée du séjour (y compris les jours dans un niveau de soins alternatif et les chirurgies d'un jour) de chaque épisode de soins ayant eu lieu durant la période de vérification rétrospective.

Ajustement selon les risques

Le modèle de régression logistique est assorti des variables indépendantes (décrites ci-dessous) tirées de l'épisode de soins de référence pour que les données soient comparables à l'échelle des régions régionales de la santé. Les coefficients dérivés du modèle de régression logistique servent à calculer la probabilité qu'un patient soit un grand utilisateur des services de soins de courte durée pour patients hospitalisés. Le nombre prévu de grands utilisateurs pour une région régionale de la santé correspond à la somme des probabilités dans cette région. On entend par grands utilisateurs les patients qui comptent 3 épisodes de soins ou plus au cours d'une période d'un an (365 jours) et dont la durée cumulative du séjour est supérieure à 30 jours. Le taux ajusté selon les risques de grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée est obtenu en divisant le nombre de grands utilisateurs dans chaque région par le nombre prévu de grands utilisateurs pour cette région, puis en multipliant le quotient par le taux moyen de grands utilisateurs au Canada. Un intervalle de confiance de 95 % est également calculé pour le taux ajusté selon les risques au moyen de l'approximation de Byar; la formule utilisée pour calculer les intervalles de confiance peut être obtenue sur demande.

Âge

L'âge est considéré comme une variable nominale :

18 à 24 ans, 25 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 ans et plus

Sexe

Homme ou femme

Catégorie d'admission

Cas urgent ou non urgent

Groupes cliniques de patients

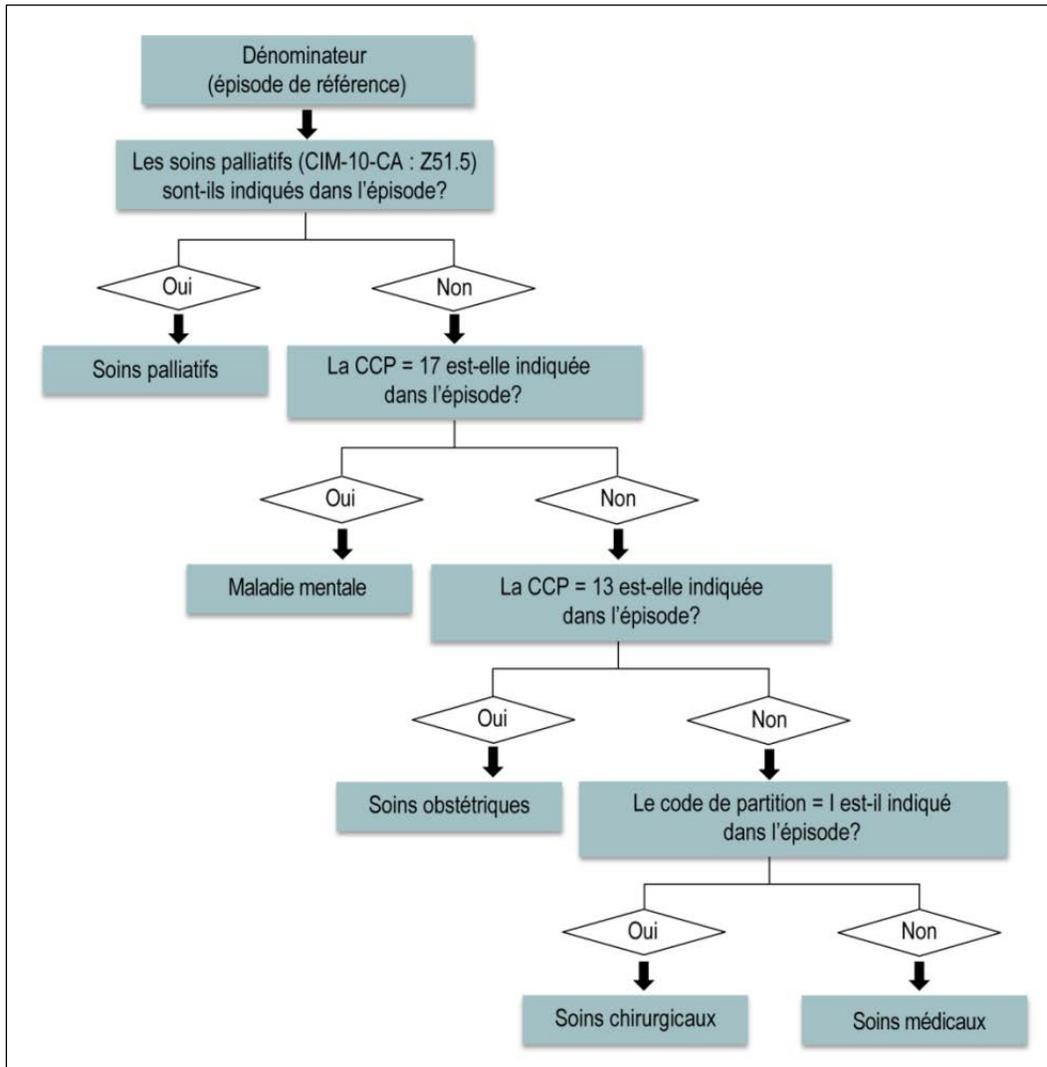
Ces groupes cliniques sont attribués selon les données cliniques de l'épisode de soins de référence (l'hospitalisation la plus récente) en fonction des codes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada* (CIM-10-CA), des catégories cliniques principales (CCP) et du code de partition des interventions ou des diagnostics des CCP (se reporter au tableau pour une liste et une description des groupes cliniques).

Une hiérarchie a été établie pour qu'un seul groupe clinique de patients soit attribué à l'épisode de soins de référence. Par conséquent, si un épisode de soins de référence porte sur une combinaison d'affections qui appartiennent à de multiples groupes cliniques (p. ex. soins palliatifs et soins chirurgicaux), le premier groupe clinique dans la hiérarchie sera sélectionné en se fondant sur l'ordre suivant : soins palliatifs, maladie mentale, soins obstétricaux, soins chirurgicaux et soins médicaux. (Se reporter à la figure.)

Tableau Groupes cliniques de patients, description et codes de la CIM-10-CA

Groupe clinique	Description
Soins palliatifs	CIM-10-CA : code Z51.5 comme diagnostic principal (DxP); pour les données du Québec : code Z51.5 comme DxP ou cancer (CIM-10-CA : C00-C97) codifié comme DxP et code Z51.5 attribué à l'un des champs de diagnostic secondaire
Maladie mentale	CCP = 17, Troubles mentaux et du comportement
Soins obstétricaux	CCP = 13, Grossesse et accouchement
Soins chirurgicaux	Code de partition des CCP = I, code de partition des interventions tiré de la méthodologie GMA+
Soins médicaux	Code de partition des CCP = D, code de partition des diagnostics tiré de la méthodologie GMA+

Figure Diagramme hiérarchique pour l'attribution du groupe clinique de patients dans l'épisode de référence



Annexe : texte de remplacement de l'image

Les patients du dénominateur sont classés, d'après la hiérarchie établie et les renseignements cliniques de leur épisode de soins de référence (hospitalisation la plus récente), dans l'un des groupes de patients suivants : soins palliatifs, maladie mentale, soins obstétricaux, soins chirurgicaux et soins médicaux.

Les étapes suivantes résument la façon d'attribuer un groupe aux patients du dénominateur :

Étape 1 : Attribuer aux patients le groupe *soins palliatifs* si le code Z51.5 de la CIM-10-CA est indiqué dans tout enregistrement de l'épisode de référence.

Étape 2 : Attribuer aux autres patients le groupe *maladie mentale* si un code de la CCP 17 est indiqué dans tout enregistrement de l'épisode de référence.

Étape 3 : Attribuer aux autres patients le groupe *soins obstétricaux* si un code de la CCP 13 est indiqué dans tout enregistrement de l'épisode de référence.

Étape 4 : Attribuer aux autres patients le groupe *soins chirurgicaux* si un code de partition des CCP correspond à « intervention » dans tout enregistrement de l'épisode de référence.

Étape 5 : Attribuer aux autres patients le groupe *soins médicaux*.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

17435-0418

