



Foire aux questions : comprendre l'indicateur Grands utilisateurs de lits d'hôpitaux

Table des matières

Contexte 3

 Qu'est-ce que l'indicateur Grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée (également appelé Grands utilisateurs de lits d'hôpitaux)? 3

 Quel est l'objectif de cet indicateur? 3

Méthodologie 4

 Comment la méthodologie visant à identifier les grands utilisateurs a-t-elle été élaborée? 4

 Comment identifier les grands utilisateurs? 4

 Pourquoi les grands utilisateurs ne sont-ils pas définis en fonction du coût? 5

 Pourquoi les patients qui ont obtenu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée sont-ils utilisés comme dénominateur plutôt que la population? 5

 Pourquoi la méthodologie de formation des épisodes utilise-t-elle l'intervalle de temps d'une journée? 6

 Cet indicateur tient-il compte des visites en chirurgie d'un jour? 6

 L'indicateur tient-il compte des établissements spécialisés en santé mentale? 6

 Cet indicateur tient-il compte des jours en niveau de soins alternatif? 6

 Pour quelle raison et de quelle façon la régression logistique et l'ajustement selon les risques sont-ils appliqués à cet indicateur? 7

 Comment les groupes cliniques de patients sont-ils identifiés aux fins du calcul de l'ajustement selon les risques? 7

Interprétation 8

 Comment utiliser l'indicateur? 8

 Que devrais-je prendre en considération lorsque j'interprète un taux ajusté selon les risques de grands utilisateurs? 8

 Que signifient les variations entre les régions? 9

 Comment comparer les résultats de cet indicateur? 9



L'ICIS fournira-t-il séparément les résultats pour le nombre d'hospitalisations et la durée du séjour?	10
Pourquoi cet indicateur a-t-il été créé à l'échelle des régions et non à l'échelle des établissements?	10
Complément d'information et demandes	10
La création d'un indicateur pour les services d'urgence ou pour les patients pédiatriques est-elle prévue?	10
Où puis-je obtenir le code SAS et les dossiers des coefficients?	11
En quoi cet indicateur de l'ICIS diffère-t-il des mesures créées par d'autres organismes ou par les entités administratives?	11
Pour nous joindre	12

Contexte

Qu'est-ce que l'indicateur Grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée (également appelé Grands utilisateurs de lits d'hôpitaux)?

Des recherches ont démontré qu'une faible proportion de la population utilise un pourcentage élevé des ressources de santé. Il n'existait toutefois aucun indicateur pancanadien mesurant les grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a mis au point un indicateur pancanadien comparable qui permet de surveiller les variations provinciales, territoriales et régionales relatives aux grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée. Cet indicateur mesure la performance du système de santé en ce qui a trait à la pertinence et à l'efficacité des soins chez l'ensemble des patients hospitalisés (sans égard au problème clinique) recevant des soins de courte durée.

Quel est l'objectif de cet indicateur?

Son objectif consiste à dresser un portrait pancanadien des grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée concernant la bonne utilisation des ressources au double point de vue des hospitalisations répétées et de la durée du séjour (DS) cumulative. Cet indicateur peut aider les responsables de l'élaboration des politiques et les planificateurs des soins de santé à surveiller l'incidence des grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée et à reconnaître les populations à risque. Cette information peut ensuite servir à l'élaboration de stratégies ou de programmes communautaires susceptibles de réduire l'utilisation intensive des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée.

Méthodologie

Comment la méthodologie visant à identifier les grands utilisateurs a-t-elle été élaborée?

Nos analyses exploratoires, basées sur une revue de la littérature et une analyse environnementale des travaux de recherche dans le domaine, nous ont permis de définir un seuil d'hospitalisations répétées et de DS cumulative afin de classer les patients dans la catégorie des grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée. En consultation avec des experts-conseils à l'échelle du pays, nous avons décidé de fixer le seuil à au moins 3 hospitalisations et à plus de 30 jours-patients cumulatifs, car cela nous permet de désigner environ 5 % des patients comme de grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée.

Aux fins de nos analyses exploratoires, nous nous sommes d'abord penchés sur les hospitalisations répétées. Avec un critère de 5 hospitalisations ou plus, seulement 2 % des patients étaient désignés comme grands utilisateurs. Avec un critère de 3 hospitalisations ou plus, la proportion s'élevait à 10 % des patients, ce qui est de loin supérieur à ce que la littérature et les travaux de recherche actuels considèrent comme étant des utilisateurs fréquents, ou de grands utilisateurs des ressources.

Nous avons ensuite tenu compte de la DS cumulative, car nous ne nous intéressons pas seulement aux patients qui se sont fréquemment rendus à l'hôpital, mais aussi aux utilisateurs fréquents qui nécessitent également une forte utilisation de ressources. La DS cumulative médiane des patients ayant été hospitalisés 3 fois ou plus est de 26 jours. Par souci d'uniformité avec la littérature, nous avons choisi 30 jours.

Pour en savoir plus au sujet de notre processus méthodologique, visitez le [site Web du congrès de 2015 de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé \(ACRSPS\)](#) (en anglais seulement).

Comment identifier les grands utilisateurs?

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

1. Les épisodes de soins (c.-à-d. l'ensemble des hospitalisations et des visites successives en chirurgie d'un jour) permettent de suivre le cheminement de soins du patient, même s'il est transféré dans un autre établissement. Un transfert n'est donc pas interprété comme 2 admissions à l'hôpital.
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 jours (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 en niveau de soins alternatif et les chirurgies d'un jour) de chaque épisode de soins ayant eu lieu durant la période de vérification rétrospective.

Pourquoi les grands utilisateurs ne sont-ils pas définis en fonction du coût?

Les grands utilisateurs ne sont pas définis selon des méthodes d'établissement des coûts parce que les coûts ne sont pas nécessairement une mesure précise de la performance du système de santé. Notre objectif consiste à offrir un outil qui aidera les planificateurs des soins de santé à concevoir des stratégies ciblant des populations de patients précises afin de réduire le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée. Si le coût était utilisé, les patients comptant des hospitalisations uniques pour des interventions très coûteuses pourraient être identifiés comme des utilisateurs engendrant des coûts élevés. Bien que ces renseignements puissent aider les administrateurs d'hôpitaux à affecter des ressources aux services spécialisés, il se peut que le coût ne permette pas d'identifier correctement les patients dont l'utilisation des services pourrait être modifiée dans le but d'améliorer la performance.

Pourquoi les patients qui ont obtenu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée sont-ils utilisés comme dénominateur plutôt que la population?

À l'heure actuelle, l'indicateur de l'ICIS est axé sur les services pour patients hospitalisés en soins de courte durée. Notre groupe d'experts-conseils a suggéré l'utilisation des patients qui ont obtenu leur congé des soins de courte durée comme dénominateur puisqu'il s'agit d'un indicateur de performance qui met l'accent sur le groupe de patients qui utilise déjà les services pour patients hospitalisés en soins de courte durée. Le calcul de l'indicateur au niveau du patient permet aux planificateurs des soins de santé d'examiner les données en profondeur et de se concentrer sur la mise au point de stratégies visant le groupe de patients dont l'utilisation des services pourrait être modifiée. Grâce à de futures améliorations de la disponibilité des données à l'échelle du continuum de soins (p. ex. service d'urgence, réadaptation), nous pourrions être en mesure de mettre au point un indicateur sur les grands utilisateurs qui sera axé sur tous les services de santé fournis à la population.

Pourquoi la méthodologie de formation des épisodes utilise-t-elle l'intervalle de temps d'une journée?

En 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 former 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 si les hospitalisations se sont chevauchées dans la même journée). Pour de plus amples renseignements, consultez les [Notes méthodologiques générales](#) dans le Répertoire des indicateurs.

Cet indicateur tient-il compte des visites en chirurgie d'un jour?

Les visites en chirurgie d'un jour sont utilisées pour former des épisodes de soins lorsque des patients sont transférés entre un lit en soins de courte durée et une unité de chirurgie d'un jour. Cela permet d'éviter l'analyse des transferts comme 2 hospitalisations distinctes. Les visites en chirurgie d'un jour sont également prises en compte dans le calcul de la DS cumulative. Toutefois, aucun renseignement clinique sur les visites en chirurgie d'un jour n'est utilisé pour l'ajustement selon les risques.

L'indicateur tient-il compte des établissements spécialisés en santé mentale?

Les établissements spécialisés en santé mentale sont exclus de l'indicateur. Les admissions dans un hôpital général en raison d'une maladie mentale sont saisies dans le SIOSM en Ontario. Ces données sont soumises à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) ou à la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) pour le reste des provinces.

Cet indicateur tient-il compte des jours en niveau de soins alternatif?

À l'heure actuelle, les jours en niveau de soins alternatif (NSA) sont inclus dans le calcul de cet indicateur. Nous reconnaissons que le service NSA et sa définition varient selon l'hôpital et la population de patients concernés; il peut donc être difficile de maintenir la comparabilité des données dans l'ensemble des entités administratives. Cependant, seuls les patients désignés comme NSA qui avaient à leur actif de multiples hospitalisations en soins de courte durée sont désignés comme de grands utilisateurs selon notre méthodologie. Cela peut aider les planificateurs des soins de santé à définir des stratégies visant à réduire le nombre d'hospitalisations répétées tant pour les patients en soins de courte durée que pour les patients en NSA.

Pour quelle raison et de quelle façon la régression logistique et l'ajustement selon les risques sont-ils appliqués à cet indicateur?

La régression logistique sert à calculer la probabilité prévue ou attendue qu'un patient soit un grand utilisateur afin de procéder à des ajustements en fonction d'éventuelles différences dans les caractéristiques des patients entre les régions sanitaires ou entre les provinces et territoires. Elle nous permet de comparer les résultats de l'indicateur de façon juste dans les entités administratives où les caractéristiques démographiques et cliniques des patients comme l'âge, le sexe, la catégorie d'admission (non urgente ou urgente) et les groupes cliniques de patients (soins palliatifs, maladie mentale, soins obstétricaux, soins chirurgicaux, soins médicaux) peuvent différer. Pour obtenir une description détaillée de la régression logistique, consultez l'annexe sur les grands utilisateurs dans le [Répertoire des indicateurs](#).

Les coefficients dérivés du modèle de régression logistique servent à calculer la probabilité qu'un patient soit un grand utilisateur des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée. Le nombre prévu de grands utilisateurs pour une région régionale de la santé correspond à la somme des probabilités dans cette région. Le taux ajusté selon les risques de grands utilisateurs est obtenu en divisant le nombre observé de grands utilisateurs dans chaque région par le nombre prévu de grands utilisateurs dans la région concernée, puis en multipliant le quotient par le taux moyen de grands utilisateurs au Canada. Ce taux est exprimé par tranche de 100 patients.

Comment les groupes cliniques de patients sont-ils identifiés aux fins du calcul de l'ajustement selon les risques?

Aux fins du calcul de l'ajustement selon les risques, nous choisissons les caractéristiques cliniques des patients consignées lors de l'hospitalisation la plus récente (épisode de soins de référence). Nous cherchons ainsi à neutraliser ces caractéristiques afin de pouvoir établir des comparaisons justes entre les entités administratives pour cet indicateur.

Les groupes cliniques de patients ont été déterminés au moyen 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. Ces groupes comprennent les soins palliatifs, la maladie mentale, les soins obstétricaux, les soins chirurgicaux et les soins médicaux. Les groupes cliniques aux fins de l'ajustement selon les risques ont été créés de façon qu'il soit possible d'inclure les admissions dans un hôpital général en raison d'une maladie mentale en Ontario, dont les enregistrements sont versés dans le SIOSM. Cette base de données ne consigne pas les diagnostics au moyen du système de classification de la CIM-10-CA; par conséquent, il n'est pas possible d'utiliser les méthodologies de regroupement de l'ICIS.

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 autres soins médicaux), le premier groupe clinique dans la hiérarchie sera sélectionné dans l'ordre suivant : soins palliatifs, maladie mentale, soins obstétricaux, soins chirurgicaux et soins médicaux. Pour une description détaillée, consultez l'annexe sur les grands utilisateurs dans le [Répertoire des indicateurs](#).

Interprétation

Comment utiliser l'indicateur?

L'indicateur représente le taux ajusté selon les risques de grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée. Les variations de cet indicateur à l'échelle des entités administratives pourraient faire état de différences dans la prestation de services. Un faible taux est souhaitable. Les responsables de l'élaboration des politiques et les planificateurs des soins de santé peuvent utiliser les résultats découlant de cet indicateur pour

- comparer leurs résultats à la moyenne nationale ou aux résultats d'autres régions régionales de la santé afin de s'inspirer des pratiques exemplaires d'autres régions qui ont un taux souhaitable. De faibles taux dans certaines régions régionales de la santé peuvent être le reflet d'initiatives actuelles visant à réduire le nombre d'admissions à l'hôpital grâce à la prestation de services communautaires adéquats aux patients après leur sortie;
- identifier et surveiller une population de grands utilisateurs de services pour patients hospitalisés en soins de courte durée et effectuer une analyse plus approfondie pour connaître les caractéristiques de cette population;
- surveiller l'efficacité des stratégies ou des initiatives créées dans le but de réduire le nombre de grands utilisateurs. À l'aide des résultats futurs de cet indicateur, les entités administratives seront en mesure de faire le suivi des progrès réalisés au fil du temps.

Que devrais-je prendre en considération lorsque j'interprète un taux ajusté selon les risques de grands utilisateurs?

En raison des limites des données administratives, il est impossible de procéder à un ajustement en fonction de tous les facteurs de risques potentiels. Par conséquent, il est déconseillé d'utiliser les résultats de ce seul indicateur pour tirer des conclusions sur la performance générale d'une entité administrative. Il est aussi important de tenir compte d'autres facteurs ainsi que des renseignements contextuels, comme les caractéristiques de l'hôpital et de la collectivité. Les résultats peuvent cependant servir de point de départ pour les comparaisons et le suivi des progrès au fil du temps.

Que signifient les variations entre les régions?

Lors de l'examen des taux régionaux, il convient de se rappeler que ces derniers constituent d'abord et avant tout un point de départ à l'évaluation. Un taux élevé peut s'expliquer par plusieurs raisons autres que le degré de prévention d'une forte utilisation des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée :

- La variation des taux de l'indicateur entre les régions peut être attribuable à des facteurs liés aux caractéristiques des patients. L'ajustement selon les risques tient compte de ces facteurs afin d'améliorer les comparaisons. Les taux ne peuvent cependant pas être ajustés en fonction de plusieurs autres facteurs, dont certains sont inconnus.
- La variation des taux de l'indicateur entre les régions peut également être attribuée, par exemple, aux caractéristiques de la collectivité servie par la région, à des programmes généraux de prévention sanitaire, à la disponibilité des ressources ou à l'accès aux services communautaires.
- Des taux élevés peuvent également résulter d'une variation aléatoire.

L'examen de la variation des résultats des indicateurs constitue le point de départ pour trouver des possibilités d'amélioration. Les facteurs mentionnés ci-dessus doivent donc être pris en considération lors de l'interprétation des taux élevés.

Comment comparer les résultats de cet indicateur?

La meilleure façon d'interpréter le taux ajusté selon les risques consiste à le comparer avec la moyenne nationale. L'outil Web Votre système de santé : En détail présente les résultats des indicateurs à l'aide d'un code de couleur. Les différences de couleur par rapport à la moyenne reposent sur une évaluation statistique et la direction souhaitable de l'indicateur. Les intervalles de confiance (IC) de 95 % qui ne contiennent pas le taux moyen national peuvent être considérés comme significativement différents de la moyenne nationale du point de vue statistique. Comme un faible taux est souhaitable pour cet indicateur, un résultat moins élevé que la moyenne nationale est dit « supérieur à la moyenne » et indiqué en vert. Un résultat plus élevé que la moyenne nationale est indiqué en rose, ce qui signifie « inférieur à la moyenne ». Si les IC couvrent la moyenne nationale, le résultat est considéré comme égal à la moyenne et est affiché en bleu.

Les IC pour cet indicateur sont relativement étroits; ils illustrent donc le faible degré de variabilité associé au taux ajusté selon les risques. En conséquence, une forte proportion de résultats sont désignés comme significativement différents de la moyenne nationale.

L'ICIS fournira-t-il séparément les résultats pour le nombre d'hospitalisations et la durée du séjour?

Cet indicateur dresse un portrait pancanadien des grands utilisateurs des services pour patients hospitalisés en soins de courte durée concernant la bonne utilisation des ressources au double point de vue des hospitalisations répétées et de la DS cumulative. Par conséquent, l'ICIS définit les grands utilisateurs à la fois en fonction des hospitalisations répétées et de la DS cumulative et ne publiera pas ces données séparément. Cette décision a comme fondement que si un patient a connu un épisode de soins comprenant un long séjour dans un lit en soins de courte durée et n'y est pas revenu par la suite, il est possible que les soins dispensés aient été appropriés ou que d'autres services lui aient été fournis afin qu'il n'ait pas à y retourner. De plus, l'examen des multiples hospitalisations combinées à la DS nous permettra d'expliquer les variations dans la prestation des services, tout particulièrement dans les entités administratives où la DS est plus longue.

Pourquoi cet indicateur a-t-il été créé à l'échelle des régions et non à l'échelle des établissements?

Certains de nos intervenants ont indiqué qu'ils souhaitaient identifier un groupe de patients fréquemment hospitalisés en soins de courte durée dans leur entité administrative afin d'examiner comment la prestation d'autres types de soins dans la collectivité permettrait d'éviter des hospitalisations. Puisque les hospitalisations répétées peuvent survenir dans plus d'un établissement, les résultats de cet indicateur seront publiés à l'échelle du pays, des provinces et territoires ainsi que des régions.

Complément d'information et demandes

La création d'un indicateur pour les services d'urgence ou pour les patients pédiatriques est-elle prévue?

À l'heure actuelle, nous n'envisageons pas d'inclure les grands utilisateurs des services d'urgence dans cet indicateur, car nous ne disposons pas de données complètes sur les services d'urgence pour l'ensemble du pays.

Plusieurs de nos intervenants ont demandé un indicateur sur les grands utilisateurs des services d'urgence. Nous évaluerons donc la meilleure façon de répondre à leurs besoins à cet égard.

À l'heure actuelle, nous mettons au point une étude de faisabilité pour les patients pédiatriques.

Où puis-je obtenir le code SAS et les dossiers des coefficients?

Le code SAS créé pour produire des analyses de l'indicateur sur les grands utilisateurs est accessible au public; toutefois, le code est propre aux bases et éléments de données de l'ICIS. Les clients devront par conséquent le modifier en fonction de la structure et des éléments de leur base de données.

En quoi cet indicateur de l'ICIS diffère-t-il des mesures créées par d'autres organismes ou par les entités administratives?

Des initiatives ont été entreprises dans les entités administratives en vue de définir les utilisateurs engendrant des coûts élevés ou les utilisateurs fréquents des services de santé. En voici quelques exemples :

Utilisateurs engendrant des coûts élevés de soins de santé, Ontario

La Direction de l'analytique en matière de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mis au point un modèle de prévision permettant d'identifier les utilisateurs engendrant des coûts élevés. Ces derniers ont été définis comme la première tranche de 5 % des utilisateurs de soins de santé engendrant le plus de coûts. Le calcul repose sur la somme des coûts, tous types de soins confondus (soins de courte durée aux patients hospitalisés, chirurgie d'un jour, services d'urgence, soins aux patients hospitalisés en santé mentale, soins aux patients hospitalisés en réadaptation, soins continus complexes et services à domicile).

Grands utilisateurs, jours d'hospitalisation, Manitoba

Élaboré par le Centre manitobain des politiques en matière de santé, ce projet définit les « grands utilisateurs » comme la première tranche de 5 % des utilisateurs de soins hospitaliers selon la durée du séjour (c.-à-d. pas nécessairement les plus fréquemment admis à l'hôpital ni ceux qui engendrent le plus de coûts, mais bien ceux qui comptent le plus de jours d'utilisation).

Initiative des secteurs à forte utilisation, Saskatchewan

Le gouvernement de la Saskatchewan met au point un modèle de soins axé sur le patient permettant de déterminer quels patients aux besoins complexes ont fréquemment besoin de recevoir des services hospitaliers ou de visiter les services d'urgence. Un deuxième projet pilote est en cours dans la Région sanitaire de Saskatoon. Ce dernier met l'accent sur les patients aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Pour en savoir plus, voir le rapport sommaire du [Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé](#).



FAQ

Si votre organisme souhaite nous faire part de sa méthodologie d'identification des grands utilisateurs de services de santé ou d'autres initiatives dans le même domaine, écrivez-nous à indicateurs@icis.ca.

Pour nous joindre

Veillez envoyer vos autres questions ou commentaires au sujet de cet indicateur à indicateurs@icis.ca.