
GRAVITÉ CLINIQUE, NIVEAU D'ACCÈS ET NIRRU

Document synthèse

Mars 2014

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec 

**Une publication du secteur Appréciation de la performance
Direction de la planification, de la performance et des connaissances
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie**

Auteurs

**Simon Daneault
Johanne Fournier**

Collaborateur

Lynn Villeneuve

Coordination

Johanne Fournier

Secrétariat et mise en pages

Anne-Marie Delorme

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source :

DANEULT, Simon, et Johanne FOURNIER. *Gravité clinique, niveau d'accès et NIRRU*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2014, 12 p.

TABLE DES MATIÈRES

1	Abréviations	5
2	Contenu de la banque APR-DRG	7
3	Les trois concepts.....	9
3.1	Gravité clinique : quatre niveaux	9
3.2	Niveau d'accès : trois niveaux	9
3.3	NIRRU.....	9
4	Impacts des mises à jour diffusées en 2013.....	11
4.1	Gravité clinique.....	11
4.2	Niveau d'accès	12
4.3	NIRRU.....	12

1 ABRÉVIATIONS

APR-DRG	All Patient Refined - Diagnosis Related Groups
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
DRG	Diagnostics repères pour la gestion
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées

2 CONTENU DE LA BANQUE APR-DRG

Issue de la base de données MED-ÉCHO, la banque APR-DRG contient des renseignements clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne admise (hospitalisée) ou inscrite en chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier du Québec.

La particularité du système APR-DRG réside dans l'agrégation de données détaillées de MED-ÉCHO selon des groupes de diagnostics ayant des caractéristiques comparables (DRG). Cette agrégation constitue la base sur laquelle repose la construction des mesures de gravité clinique, de niveau d'accès et de la valeur économique des soins dispensés (NIRRU). À chaque nouvelle mise à jour, les calculs sont refaits pour la période couvrant les trois dernières années de données.

3 LES TROIS CONCEPTS

3.1 Gravité clinique : quatre niveaux

Définition : Le niveau de gravité clinique indique la présence de facteurs interactifs importants, de comorbidités ou de complications (degré de décompensation physiologique) chez le patient qui influencent l'intensité des services qui sont requis pour son état. Quatre niveaux de gravité clinique sont utilisés : 1 - Faible, 2 - Modéré, 3 - Élevé et 4 - Extrême.

Mesure : Le niveau de gravité est établi essentiellement sur la base des diagnostics principaux et secondaires et de leur combinaison. Il tient également compte de l'âge du patient ainsi que des interventions effectuées.

Interprétation : L'indice de gravité clinique est un indicateur de la condition de santé du patient et du risque potentiel de mortalité. Un indice de gravité plus élevé n'implique pas nécessairement une charge supplémentaire pour un établissement.

3.2 Niveau d'accès : trois niveaux

Définition : Le niveau d'accès traduit le type d'expertise requis en ressources humaines et l'utilisation d'équipements médicaux spécialisés nécessaires à la prestation des soins. Trois niveaux d'accès sont utilisés : 1 - Infrastructure de base, 2 - Niveau régional et 3 - Ultraspécialisé.

Mesure : Le niveau d'accès est basé sur les statistiques observées pour un groupe de cas semblables au cours des trois dernières années. Il tient compte des CMD, des diagnostics, des DRG, des traitements opératoires, des domaines (médecine ou chirurgie) et de l'âge des usagers (adultes, jeunes et nouveau-nés).

Interprétation : Le niveau d'accès est un concept utilisé dans les travaux de planification et d'organisation des services de manière à optimiser l'offre globale de services en fonction des besoins et des ressources disponibles.

3.3 NIRRU

Définition : Le NIRRU représente une estimation de l'importance et du volume relatif des ressources utilisées (interventions diagnostiques, thérapeutiques ou de maintien) lors de l'hospitalisation. Il constitue une mesure relative de la lourdeur de la clientèle du point de vue de ses besoins de services. Un NIRRU par cas plus élevé indique une lourdeur du cas plus grande.

Mesure : Le NIRRU est établi sur la base des coûts associés à des activités cliniques selon le DRG et le niveau de gravité. Le calcul du *coût théorique* est basé sur les coûts par cas observés.

Dans un premier temps, un *coût de base* par cas est calculé. Ce coût correspond au coût théorique moyen par cas au Québec sur trois ans et équivaut à un NIRRU de 1,000. Le NIRRU par cas est ensuite calculé en divisant le coût théorique d'un cas par le coût de base. Finalement, les hospitalisations atypiques verront leur NIRRU modifié sur la base de la durée du séjour afin de mieux représenter la réalité de ces hospitalisations.

Interprétation : Le NIRRU par cas vise à mesurer la valeur économique des soins dispensés. Il représente les coûts théoriques reliés à un cas.

4 IMPACTS DES MISES À JOUR DIFFUSÉES EN 2013

Une révision des paramètres de calcul des trois concepts a été réalisée et rendue disponible lors de la diffusion des données 2011-2012 (au printemps 2013). Cet exercice de mise à jour a été mené afin de refléter davantage la réalité hospitalière actuelle, tant au niveau des caractéristiques des patients que de celles des services. Les calculs ont été effectués sur les données antérieures correspondant aux périodes 2009-2010 et 2010-2011 afin de disposer d'une base historique de données comparables sur trois ans. À la suite de cette mise à jour, les résultats des bases APR-DRG antérieurs à ceux de 2009-2010 ne pourront plus être utilisés à des fins de comparaison longitudinale.

4.1 Gravité clinique

Changement : Un seul changement a été introduit dans la nouvelle base APR-DRG, soit le classement des chirurgies d'un jour selon deux niveaux (1 et 2) au lieu d'un seul.

Impact : Les données présentées dans le tableau 1 indiquent que les changements apportés ont eu un impact significatif sur le classement des cas de chirurgies d'un jour, puisque plus de 7 % des cas du niveau 1 ont basculé vers le niveau 2.

Tableau 1 Comparaison de la distribution des cas par niveau de gravité pour les chirurgies d'un jour selon l'ancienne et la nouvelle base APR-DRG, Montérégie, 2009-2010

Niveaux de gravité	Chirurgie d'un jour		
	Ancienne	Nouvelle	Écart
0 - Indéterminé	0	0	0
1 - Faible	49 679	46 110	-3 569
2 - Modéré	0	3 569	3 569
3 - Élevé	0	0	0
4 - Extrême	0	0	0
Total	49 679	49 679	0

Source : APR-DRG, MSSS, Données 2009-2010, Hôpitaux de la Montérégie (excluant le Centre hospitalier Kateri Memorial et le Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe).

4.2 Niveau d'accès

Changement : Jusqu'en 2010-2011, les caractéristiques cliniques déterminant les niveaux d'accès reposaient sur un consensus d'experts. Depuis, des études statistiques sur plusieurs années ont permis de développer des algorithmes de calcul appliqués pour chacune des variables (CMD, diagnostic, DRG, traitement opératoire, médecine, chirurgie, adultes, jeunes et nouveau-nés) qui permettent depuis de déterminer les niveaux d'accès.

Impact : Les résultats du tableau 2 montrent une diminution des cas de niveau régional (2) surtout au profit du niveau de base (1).

Tableau 2 Comparaison de la distribution des cas par niveau d'accès selon l'ancienne et la nouvelle base APR-DRG, Montérégie, 2009-2010

Niveau d'accès	Ancienne		Nouvelle		Écart
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
1 - Infrastructure de base	110 599	75 %	120 587	82 %	9 988
2 - Niveau régional	36 070	24 %	25 281	17 %	-10 789
3 - Ultraspécialisé	1 233	1 %	2 034	1 %	801
Total	147 902	100 %	147 902	100 %	0

Source : APR-DRG, MSSS, Données 2009-2010, Hôpitaux de la Montérégie (excluant le Centre hospitalier Kateri Memorial et le Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe).

4.3 NIRRU

Changement : Un ajustement à la hausse des coûts de base associés au CMD 15 (nouveau-nés) a été apporté ainsi qu'une nouvelle correction du NIRRU pour les cas nécessitant l'implantation d'un cœur mécanique.

Impact : Les résultats du tableau 3 indiquent que les changements méthodologiques intervenus ont eu pour effet de diminuer de 4,8 % le NIRRU moyen. Il est important de noter que cette baisse inclut aussi les changements normaux reliés à une mise à jour des données, tel qu'expliqué plus haut.

Tableau 3 Comparaison du NIRRU moyen observé dans l'ancienne et la nouvelle base APR-DRG, Montérégie, 2009-2010

	Ancienne	Nouvelle	Différence
Nombre de cas	92 287	92 287	0,0 %
NIRRU moyen	0,9125	0,8690	-4,8 %

Source : APR-DRG, MSSS, Données 2009-2010, production de la Montérégie en santé physique de courte durée, cas typiques.