

ESTIMATION DU FARDEAU DE LA MALADIE

Février
2020

selon l'angle des diagnostics d'hospitalisation principaux et secondaires

Habituellement, l'analyse des hospitalisations en soins physiques de courte durée est limitée au diagnostic principal. Celle-ci fait en sorte qu'une sous-estimation de l'importance de certaines maladies peut survenir. Dans Lanaudière, peu d'analyses ont considéré les diagnostics secondaires d'hospitalisation pour évaluer la réelle mesure d'une maladie¹.

Dans le but de connaître l'ampleur de certaines maladies qui sont plus rarement retenues au diagnostic principal, ce document trace le portrait des hospitalisations selon le diagnostic, qu'il soit principal ou secondaire. En plus de l'analyse des diagnostics selon le groupe d'âge, des données sur la durée d'hospitalisation par diagnostic sont aussi présentées.

Ce document se veut un exercice de réflexion permettant de dresser un portrait plus représentatif du fardeau réel de maladies chez les Lanaudoises et Lanaudois en tenant compte non seulement du diagnostic primaire, mais aussi des diagnostics secondaires. Ceux-ci informent sur la comorbidité et la complexité des cas hospitalisés.

Diagnostic principal et secondaire

Par définition, le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le patient durant son hospitalisation ou celle ayant requis la plus grande part des ressources médicales (qui tient compte des modalités d'investigation et de traitement). En plus

du diagnostic principal, jusqu'à 40 diagnostics secondaires peuvent être attribués². Les diagnostics sont censés être ordonnés en fonction de leur contribution à l'épisode de soins.

Ces diagnostics secondaires représentent :

- les affections autres que l'affection principale ayant été traitées ou diagnostiquées pendant le séjour;
- les symptômes, les signes ou les examens anormaux qui, malgré l'investigation, sont restés inexpliqués à la fin de la période de soins;
- les maladies chroniques susceptibles d'affecter l'état du patient et qui ont influé sur la prise en charge durant son hospitalisation (Collège des médecins du Québec, 2005).

Plus il y a de diagnostics secondaires d'hospitalisation, plus le cas risque d'être complexe, et donc de mobiliser des ressources et du temps.

Diagnostics retenus

Ce sont 26 diagnostics qui ont été retenus pour l'analyse³. Il s'agit des diagnostics les plus fréquemment observés, ayant un certain intérêt pour la santé publique puisqu'ils peuvent être liés aux habitudes de vie des individus ou à leurs comportements. Par ailleurs, tous les diagnostics liés à une grossesse, à un accouchement et à ses complications ont été exclus de l'analyse.

¹ La série *Les maladies chroniques dans Lanaudière* utilise les diagnostics secondaires dans l'analyse de la morbidité hospitalière.

² Avant 2017, le nombre maximum de diagnostics secondaires pouvant être attribué était de 25. C'est donc ce nombre de diagnostics, au maximum, qui est conservé pour chacune des années considérées.

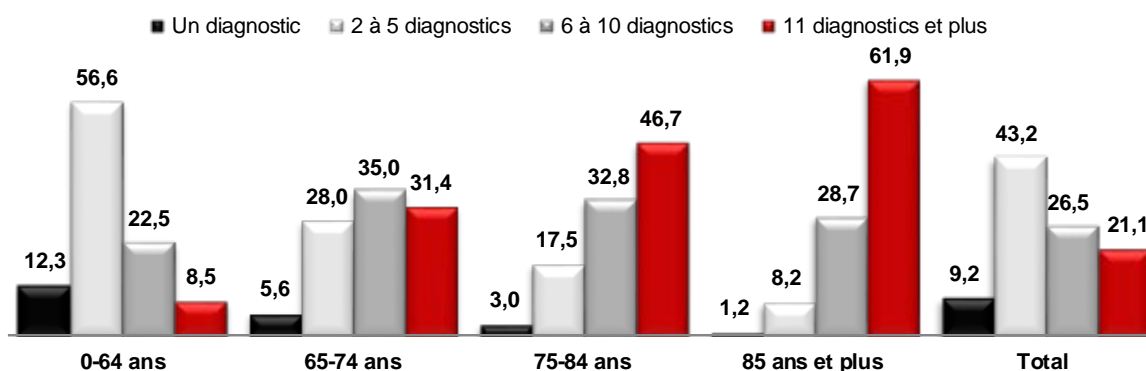
³ Un tableau synthèse est disponible en annexe.

La prévalence du diagnostic

Durant la période 2015-2017, en moyenne 41 025 hospitalisations ont eu lieu annuellement en soins physiques de courte durée⁴ chez les Lanaudoises et Lanaudois. Parmi celles-ci, seulement 9,2 % ont uniquement un diagnostic principal d'hospitalisation sans diagnostic secondaire. À l'opposé, plus d'une hospitalisation sur cinq présente au moins 11 diagnostics (un principal et dix secondaires). En moyenne, six diagnostics sont mentionnés pour chaque hospitalisation durant cette période.

Le nombre de diagnostics varie fortement en fonction du groupe d'âge. Sans surprise, plus le groupe d'âge augmente, plus le nombre de diagnostics s'accroît. Ainsi, 8,5 % des hospitalisations de personnes de 0-64 ans ont au moins 11 diagnostics, alors qu'à 85 ans et plus, cette proportion atteint 62 %. À cet âge, moins de 2 % des hospitalisations sont liées à un seul diagnostic.

Nombre de diagnostics (principal et secondaire) selon le groupe d'âge, Lanaudière, 2015-2017 (%)

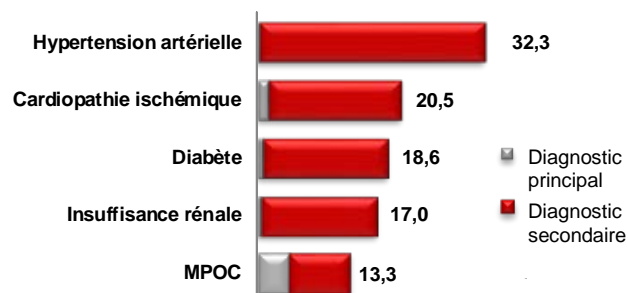


Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2015 à 2017.
ICIS, Base de données sur les congés des patients, 2015 à 2017



Parmi les 123 000 cas d'hospitalisation entre 2015 et 2017, 39 800 ont eu un diagnostic d'hypertension artérielle (qu'il soit principal ou secondaire), ce qui représente 32 % des cas. Il s'agit de la maladie la plus souvent observée, et ce, dans l'ensemble des groupes d'âge retenus. Au second rang, la cardiopathie ischémique est présente dans 21 % des hospitalisations. Le diabète est inscrit dans 19 % des cas d'hospitalisation, soit près de 22 900 fois. Pour compléter les cinq premiers diagnostics les plus souvent notés, l'insuffisance rénale et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) terminent le tableau, avec respectivement 17 % et 13 % des cas.

Hospitalisations selon le diagnostic (principal et secondaire), Lanaudière, 2015-2017 (%)



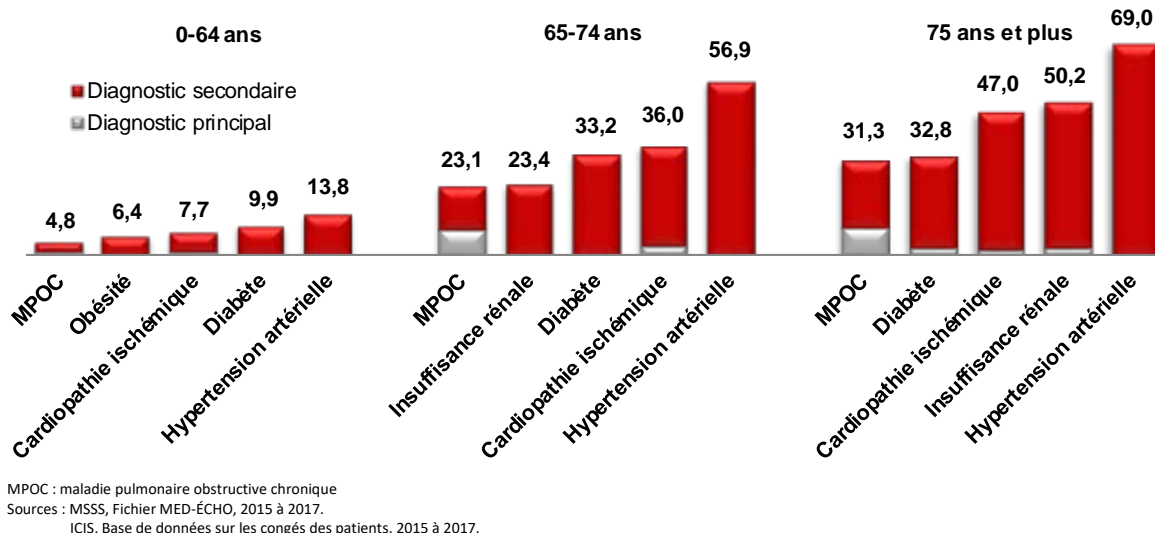
MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique
Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2015 à 2017.
ICIS, Base de données sur les congés des patients, 2015 à 2017.

⁴ Les hospitalisations en chirurgie d'un jour, les soins de longue durée en unité de courte durée et les hospitalisations de type hôpital à domicile sont exclus.

Selon le groupe d'âge considéré, le portrait des principales maladies diagnostiquées est variable. Chez les 0-64 ans, le diabète arrive au deuxième rang avec une proportion de 10 %. L'obésité est constatée dans 6,4 % des cas d'hospitalisation. Il s'agit du seul groupe d'âge où ce diagnostic fait partie des cinq plus fréquents. En ce qui concerne les 65-74 ans et les 75 ans et plus, l'hypertension artérielle, la cardiopathie ischémique, le diabète, l'insuffisance rénale et la MPOC sont de nouveau les cinq maladies les plus souvent observées, seul l'ordre varie.

En s'attardant aux maladies qui n'apparaissent pas parmi les cinq plus fréquentes, d'autres constats sont à signaler. La grippe et la pneumonie sont mentionnées dans 9 % des cas d'hospitalisation chez les 65-74 ans, et dans 16 % des cas chez les 75 ans et plus. Par ailleurs, toujours chez les 75 ans et plus, un diagnostic de la maladie d'Alzheimer est présent dans 6 % des hospitalisations (tableau détaillé en annexe).

Hospitalisations selon le diagnostic (principal et secondaire) et le groupe d'âge, Lanaudière, 2015-2017 (%)



La durée totale de séjour à l'hôpital

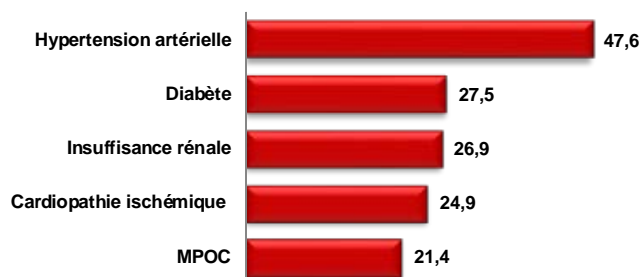
Pour tracer le portrait du fardeau d'une maladie, la durée de séjour peut aussi être envisagée. Ainsi, l'ensemble des journées d'hospitalisation où la maladie est inscrite au dossier est comptabilisé. Pour les trois années considérées, il y a eu en moyenne 237 702 journées d'hospitalisation par année et la durée moyenne d'une hospitalisation est de 5,8 jours⁵.

Selon cette manière de calculer le fardeau de la maladie, on montre encore une fois que l'hypertension artérielle se distingue des autres maladies. En effet, chaque année, 113 121 journées d'hospitalisation sont comptabilisées pour une personne ayant ce diagnostic, ce qui représente 48 % des jours-patients.

⁵ 237 702 journées divisées par 41 025 hospitalisations.

Au deuxième rang, le diagnostic de diabète est observé dans 28 % des jours d'hospitalisation. Ce diagnostic est légèrement plus fréquent que celui de l'insuffisance rénale aussi présent dans 27 % des jours. Au quatrième rang, 25 % des jours d'hospitalisation comptent une personne avec un diagnostic de cardiopathie ischémique. Le diagnostic de MPOC arrive au cinquième rang avec 21 % des jours.

Jours totaux d'hospitalisation selon le diagnostic (principal et secondaire), Lanaudière, 2015-2017 (%)



MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique

Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2015 à 2017.

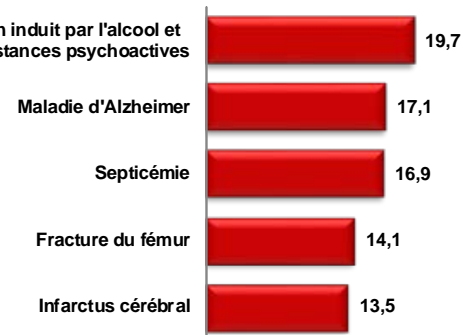
ICIS, Base de données sur les congés des patients, 2015 à 2017.

La durée moyenne de séjour à l'hôpital

Cette mesure donne un portrait complètement différent des deux autres indicateurs présentés précédemment. En effet, certains diagnostics sont moins fréquents, mais requièrent en moyenne une plus longue période d'hospitalisation. Dans la liste de diagnostics conservés pour l'analyse, le delirium non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives est le diagnostic entraînant la durée moyenne d'hospitalisation la plus longue. Pour ces 1 129 cas annuellement diagnostiqués, la moyenne d'hospitalisation est de 19,7 jours.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer (565 cas/an) arrive au deuxième rang avec une durée moyenne de 17,1 jours. Ensuite, la durée moyenne d'un diagnostic de septicémie est de 16,9 jours. Le diagnostic d'une fracture du fémur avec une durée moyenne de 14,1 jours et celui de l'infarctus cérébral avec 13,5 jours suivent dans l'ordre.

Durée moyenne de jour d'hospitalisation selon le diagnostic (principal ou secondaire), Lanaudière, 2015-2017 (jours moyens)



Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2015 à 2017.

ICIS, Base de données sur les congés des patients, 2015 à 2017.

Que retenir?

L'utilisation des diagnostics secondaires dans l'analyse des hospitalisations illustre un portrait complètement différent de celui qui fait état uniquement du diagnostic principal. Les maladies chroniques, telles l'hypertension artérielle et le diabète, sont très répandues chez les patients hospitalisés de la région et pourtant peu présentes en diagnostic principal⁶. Dans la population de Lanaudière, près de 25 % des personnes de 20 ans et plus ont un diagnostic d'hypertension artérielle et 10 % en ont un de diabète (Service de SRE, 2019). C'est donc sans surprise que ces maladies se retrouvent souvent chez les personnes hospitalisées. Sans être les maladies nécessitant le plus de soins ou de traitements lors de l'hospitalisation, celles-ci doivent quand même faire l'objet d'une surveillance étroite. De plus, ces maladies sont celles pour lesquelles le nombre de jours d'hospitalisation total est aussi le plus élevé.

Par ailleurs, lorsqu'il est question de la durée moyenne d'hospitalisation, les troubles mentaux, et plus spécifiquement le delirium non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives, ainsi que la maladie d'Alzheimer ressortent de façon importante. Il est à noter que les troubles mentaux ne sont jamais déclarés en diagnostic principal dans l'univers des hospitalisations en soins physiques de courte durée. Pour ce qui est de la maladie d'Alzheimer, un peu plus d'une centaine de cas sont répertoriés en diagnostic principal.

⁶ En moyenne, 22 cas par année pour l'hypertension artérielle et 285 cas pour le diabète.

Ces maladies ne sont pas forcément les plus prévalentes en termes de nombre de cas, mais leurs durées moyennes d'hospitalisation s'avèrent élevées. Il se peut que ces durées soient tributaires du fait que les personnes ayant ces maladies sont en attente d'une place en CHSLD ou dans une autre ressource. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des cas prévus (Bellehumeur, 2017), la pression sur le système hospitalier occasionnée par ces maladies pourrait s'accroître dans les prochaines années.

Toujours en lien avec le vieillissement de la population, les hospitalisations des cas de grippe et de pneumonie sont préoccupantes. Autour de 8 % des cas d'hospitalisation concernent ces diagnostics, ce qui correspond à 15 % des jours totaux d'hospitalisation. Considérant l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus dans les prochaines années (Bellehumeur, 2020) et le fait qu'un peu moins de 60 % des personnes de ce groupe d'âge reçoivent un vaccin contre la grippe saisonnière (INSPQ, 2019), le fardeau de ces maladies sur les hospitalisations pourrait lui aussi augmenter dans les prochaines années, à moins d'augmenter la couverture vaccinale.

Limites

En santé publique et en recherche, le recours à des bases de données médico-administratives est courant, elles offrent la possibilité d'étudier de grandes populations pour lesquelles les données sont colligées sur plusieurs années. Ces bases de données permettent ainsi de répondre à des questions qui, en temps normal, mettraient des années à être étudiées. À la base, les données médico-administratives sont conçues pour permettre le remboursement des services médicaux et pharmaceutiques, offerts par les professionnels de la santé, à la population dans le cadre des régimes d'assurance. Plusieurs défis sont à surmonter lors de la validation de ces données, pour en garantir l'utilisation optimale, dont ceux liés à l'identification des personnes ayant une maladie d'intérêt ou exposées à un facteur de risque.

De plus, des limites méthodologiques liées à la compilation et au traitement des données (absence de certaines informations pertinentes; le fait qu'une partie de la population soit couverte par le régime public d'assurance médicaments du Québec, l'omission de certains diagnostics secondaire à la fin d'une hospitalisation, etc.) sont à considérer dans l'interprétation et la généralisation des résultats issus de ces bases de données.

Enfin, « l'hospitalisation est fonction de l'état de santé mais aussi de facteurs autres comme la disponibilité des lits et des services, les pratiques médicales, l'accessibilité physique, la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions hospitalières, la spécialisation des hôpitaux, etc. » (INSPQ, 2015). Reste que les données recueillies sont précieuses et permettent de dresser des portraits plus exacts du fardeau de la maladie.

Conclusion

L'analyse des diagnostics d'hospitalisation, qu'ils soient principal ou secondaire, donne une toute autre perspective. En effet, alors que l'analyse du nombre d'hospitalisation selon le diagnostic principal fait ressortir que les MPOC et certaines maladies cardiaques sont particulièrement nombreuses, l'intégration des diagnostics secondaires vient transformer l'ordre existant. Les maladies chroniques ayant une prévalence importante se faufilent donc en tête. Le fardeau de ces maladies est donc plus important que ce que révèlent généralement les analyses portant uniquement sur les hospitalisations à partir du diagnostic principal. C'est ainsi que ces résultats militent en faveur d'une amélioration des saines habitudes de vie permettant de limiter les cas de maladies chroniques qui y sont associés.



ANNEXE

Différentes mesures du fardeau de la maladie liées aux hospitalisations, Lanaudière, 2015-2017 (% et jours moyens)

Diagnostiques retenus	Code CIM-10	Proportion des hospitalisations	Proportion des jours totaux d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour d'hospitalisation en jour
Septicémie	A40-A41	1,7	4,7	16,9
Tumeur maligne colorectal	C18-C21 et C26	1,7	2,7	9,5
Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	2,6	4,4	10,3
Tumeur maligne du sein	C50	0,9	1,0	6,7
Tumeur maligne de la prostate	C61	0,8	1,2	8,1
Diabète	E10-E14	18,6	27,5	9,2
Obésité	E66	6,7	7,7	6,7
Démence	F03	0,8	2,3	13,0
Delirium non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives	F05	2,8	9,4	19,7
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	F10	1,9	3,2	10,9
Épisode dépressif	F32	1,7	2,6	9,0
Autres troubles anxieux	F41	3,6	5,9	9,7
Maladie d'Alzheimer	G30	1,3	4,0	17,1
Hypertension artérielle	I10	32,4	47,6	8,5
Infarctus aigu du myocarde	I21	4,9	7,8	9,2
Cardiopathie ischémique	I25	20,5	24,9	8,7
Insuffisance cardiaque	I50	6,2	12,6	11,8
Infarctus cérébral	I63	1,2	2,9	13,5
Athérosclérose	I70	4,3	7,6	10,7
Grippe et pneumonie	J09-J18	7,7	14,5	11,1
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	J40-J44	13,3	21,4	9,4
Asthme	J45	3,7	3,5	5,4
Cirrhose du foie	K70,K73-K74	1,3	3,0	11,1
Arthrose du genou	M17	1,7	2,6	6,6
Insuffisance rénale	N17-N19	17,0	26,9	11,8
Fracture du fémur	S72	1,2	2,5	14,1
Moyenne annuelle		41 024	237 702	5,8

Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2015 à 2017.
ICIS, Base de données sur les congés des patients, 2015 à 2017.

Hospitalisations selon le diagnostic (principal et secondaire) et le groupe d'âge, Lanaudière, 2015-2017 (%)

Diagnostics retenus	Code CIM-10	0-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus
Septicémie	A40-A41	1,0	2,7	3,0
Tumeur maligne colorectal	C18-C21 et C26	0,9	2,6	3,3
Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	1,4	4,9	4,3
Tumeur maligne du sein	C50	0,7	1,1	1,4
Tumeur maligne de la prostate	C61	0,3	1,1	2,2
Diabète	E10-E14	9,9	33,2	32,8
Obésité	E66	6,4	9,6	4,7
Démence	F03	0,0	0,5	3,8
Delirium non induit par l'alcool et d'autres substances psychoactives	F05	0,5	3,3	9,5
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	F10	1,7	2,8	1,5
Épisode dépressif	F32	1,6	2,0	1,8
Autres troubles anxieux	F41	2,7	4,4	5,6
Maladie d'Alzheimer	G30	0,0	0,7	6,1
Hypertension artérielle	I10	13,8	56,9	69,0
Infarctus aigu du myocarde	I21	2,5	6,7	11,2
Cardiopathie ischémique	I25	7,7	36,0	47,0
Insuffisance cardiaque	I50	1,6	8,1	19,4
Infarctus cérébral	I63	0,6	1,4	3,2
Athérosclérose	I70	1,4	8,3	9,7
Grippe et pneumonie	J09-J18	4,8	9,0	15,9
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	J40-J44	4,8	23,1	31,3
Asthme	J45	4,4	2,8	2,7
Cirrhose du foie	K70,K73-K74	1,1	3,0	2,1
Arthrose du genou	M17	1,3	4,7	3,5
Insuffisance rénale	N17-N19	4,8	23,4	50,2
Fracture du fémur	S72	0,4	0,9	3,4
Moyenne annuelle		25 605	7 418	8 002

Sources : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, 2015 à 2017.

ICIS, Base de données sur les congés des patients, 2015 à 2017.

Conception, analyse et rédaction

Patrick Bellehumeur

Conception des figures

Josée Payette

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

Service de surveillance, recherche et évaluation

Élizabeth Cadieux

Christine Garand

Marjolaine Lamoureux Théorêt

Louise Lemire

Geneviève Marquis

Josée Payette

Équipe de santé environnementale

D^{re} Louise Lajoie

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez communiquer avec :

Patrick Bellehumeur au 450 759-6660, sans frais au 1 855 759-6660, poste 4324 ou patrick.bellehumeur@ssss.gouv.qc.ca.

La version électronique de ce document est disponible sur notre site au www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca sous *Documentation/Santé publique/Portraits populationnels*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

BELLEHUMEUR, Patrick. *Estimation du fardeau de la maladie selon l'angle des diagnostics d'hospitalisation principaux et secondaires*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, février 2020, 8 pages.

Source de l'image : Pixabay

© Direction de santé publique, CISSS de Lanaudière, 2020

Dépôt légal

Premier trimestre 2020

ISBN : 978-2-550-86006-8 (imprimé)

978-2-550-86007-5 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Références bibliographiques

BELLEHUMEUR, Patrick. *La maladie d'Alzheimer - Projections des maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2017, 8 p.

BELLEHUMEUR, Patrick. *Vieillir dans Lanaudière - À l'aube d'un papy-boom - Projections de la population de 65 ans et plus de Lanaudière*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2020, 12 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, Montréal, CMQ, Direction des affaires publiques et des communications, 2005, 38 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Portail de l'Infocentre. Proportion de la population de 50 ans et plus ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière (EQCVIP 2016)*, Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 4 juillet 2019.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Portail de l'Infocentre. Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour certaines maladies chroniques*, Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour juin 2015.

SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION (SRE). *La région de Lanaudière et sa population. État des lieux et perspectives - Mise à jour 2019*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, juillet 2015, mise à jour décembre 2019, 36 p.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 