



Le coût des séjours à l'hôpital : D'où viennent les variations



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

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

ISBN 978-1-55465-215-0

© 2008 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Le coût des séjours à l'hôpital : D'où viennent les variations*, Ottawa, ICIS, 2008.

This publication is also available in English under the title *The Cost of Hospital Stays: Why Costs Vary*.

ISBN 978-1-55465-213-6

Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé .....	.iii
Remerciements .....	.v
Sommaire .....	.vii
1. Aperçu des dépenses des hôpitaux du Canada	1
Qui paie pour les soins hospitaliers? .....	.3
Où va l'argent? .....	.3
Répartition des dépenses des hôpitaux .....	.5
2. Mesure des coûts moyens des soins de courte durée dispensés à l'hôpital	7
En quoi consiste la méthodologie GMA+? .....	.7
Quoi de neuf à propos de la méthodologie GMA+ ? Les cinq facteurs .....	.8
Utilisation de la méthodologie GMA+ et d'autres outils pour calculer les coûts moyens .....	.10
3. Coup d'œil sur les coûts hospitaliers : Exemples choisis	15
Facteurs influant sur les coûts hospitaliers .....	.17
Coûts associés au traitement des patients atypiques et de longue durée .....	.25
Lacunes de l'information	27
Ce que nous savons .....	.27
Ce que nous ignorons .....	.27
Ce qui se passe .....	.27
Références	29
Annexe : Groupes de maladies analogues selon les catégories cliniques principales	31



À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour plus d'information, visitez notre site Web à l'adresse www.icis.ca.

Au 24 janvier 2008, les personnes suivantes étaient membres du Conseil d'administration de l'ICIS :

- **M. Graham W. S. Scott**, C.M., c.r. (président), associé principal, McMillan Binch Mendelsohn LLP
- **M^{me} Glenda Yeates** (d'office), présidente-directrice générale, ICIS
- **D^r Peter Barrett**, médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School
- **M^{me} Cheryl A. Doiron**, sous-ministre de la Santé, Nouvelle-Écosse
- **D^r Chris Eagle**, président et chef des opérations, Calgary Health Region
- **M^{me} Roberta Ellis**, vice-présidente, Prevention Division, Workers' Compensation Board of British Columbia
- **M. Kevin Empey**, vice-président à la direction, Clinical Support and Corporate Services, University Health Network
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M^{me} Alice Kennedy**, chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador
- **M. David Levine**, président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- **M. Gordon Macatee**, sous-ministre de la Santé de la Colombie-Britannique
- **D^r Cordell Neudorf**, président, Conseil de l'ISPC; médecin hygiéniste en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon Health Region
- **M. Roger Paquet**, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec
- **D^r Brian Postl**, vice-président du Conseil, président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg
- **M. Morris Rosenberg**, sous-ministre, Santé Canada
- **M. Ron Sapsford**, sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario
- **M. Howard Waldner**, président-directeur général, Vancouver Island Health Authority



Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les membres du Groupe consultatif d'experts pour leurs judicieux conseils tout au long de l'élaboration de *Le coût des séjours à l'hôpital : D'où viennent les variations*. Les membres sont :

- **M^{me} Nan Brooks**, directrice principale, Relations stratégiques, University Health Network
- **M. Imtiaz Daniels**, conseiller, Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario
- **M. Allaudin Merali**, vice-président à la direction et chef de la direction financière, Capital Health, Edmonton (Alberta)

Veuillez noter que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne traduisent pas nécessairement l'opinion du Groupe consultatif d'experts ou de leur organisme affilié.

Nous tenons également à remercier les membres de notre Comité consultatif interne pour leurs précieux commentaires. Les membres sont :

- **M. Darren Gerson**, gestionnaire, Groupes clients
- **M. Greg Zinck**, gestionnaire, Dépenses de santé

L'équipe responsable du présent rapport était formée des personnes suivantes :

- **M^{me} Jennifer Zelmer**, réviseure
- **M^{me} Indra Pulcins**, réviseure
- **M^{me} Jacinth Tracey**, réviseure
- **M^{me} Tina LeMay**, chef de projet
- **M^{me} Patricia Finlay**, rédactrice et réviseure
- **M. Josh Fagbemi**, chef technique
- **M^{me} Julia Gao**, chef technique intérimaire
- **M^{me} Allie Chen**, responsable de chapitre
- **M^{me} Sivan Bomze**, responsable de chapitre
- **M^{me} Maria Sanchez**, qualité et vérification des données
- **M. Michael Chmatil** et **M^{me} Sarah Clemente**, adjoints de projet

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'appui et l'aide de beaucoup d'autres personnes à l'ICIS. Nous tenons particulièrement à remercier **M. Anyk Glussich**, chef d'équipe, Base de données canadienne SIG (BDCS) de l'ICIS, pour son appui avec les données de la BDCS et pour avoir relu le rapport.



Sommaire

Les dépenses de santé au Canada augmentent de façon constante depuis le milieu des années 1990; elles ont même dépassé le taux de croissance économique global. Cette hausse des dépenses de santé est attribuable à de nombreux facteurs, incluant la croissance démographique, l'inflation et l'augmentation des dépenses des secteurs public et privé. Les hôpitaux constituent un élément essentiel du système de santé. En 2007, les dépenses des hôpitaux représentaient environ 28 % du total des dépenses de santé; ces dernières devraient représenter 10,6 % du produit intérieur brut (PIB). Toutefois, bien que les hôpitaux aient dépensé davantage au cours des dernières années, la part qu'ils occupent dans les dépenses globales diminue, alors que les autres augmentent. Par exemple, en 1975, les dépenses consacrées aux hôpitaux représentaient environ 45 % des dépenses de santé globales.

Il est essentiel de bien comprendre la façon dont l'argent destiné aux soins de santé est dépensé dans l'ensemble, mais il est également intéressant de savoir comment cet argent est réparti à l'échelle des hôpitaux. Les dépenses des hôpitaux comprennent la prestation de divers services, comme les soins de courte durée, les soins en service externe, les chirurgies d'un jour, les soins dispensés à l'urgence et d'autres types de soins. Dans l'ensemble, la plus grande part des coûts hospitaliers a tendance à être liée aux soins de courte durée dispensés aux patients hospitalisés, objet du présent rapport.

Le présent rapport fournit de l'information sur les coûts moyens des hôpitaux de soins de courte durée pour les patients typiquesⁱ en lien avec plusieurs problèmes de santé ou interventions, à l'aide d'une nouvelle méthodologie de regroupement des maladies analogues, soit la méthodologie GMA+. Grâce à cet outil et aux données de l'ICIS, nous sommes en mesure de déterminer pourquoi les coûts d'hospitalisation peuvent varier. Il arrive parfois que le type de maladie ou d'affection à l'origine du traitement et le nombre d'interventions subies au cours du séjour du patient à l'hôpital soient en cause. Dans d'autres cas, les différences peuvent être liées au mode et au lieu du traitement dispensé au patient, au type de patient (âge, nombre de maladies) et à la durée du séjour à l'hôpital. Par exemple :

- Les coûts hospitaliers liés à une patiente enceinte et à un patient victime d'un infarctus sont susceptibles d'être différents. Cependant, les coûts peuvent également varier en fonction du type d'intervention pratiquée sur des patients *semblables*. Par exemple, les coûtsⁱⁱ d'hospitalisation liés à la grossesse et à l'accouchement ont tendance à varier selon le type d'accouchement; un accouchement vaginal sans autre intervention a tendance à coûter moins cher en moyenne (2 104 \$ par accouchement) qu'un accouchement par césarienne primaire (4 108 \$ par accouchement).
- Si nous comparons un patient qui a subi un seul pontage aortocoronarien à un autre qui a subi deux interventions au cours de la même hospitalisation, les coûtsⁱⁱ sont presque deux fois plus élevés, soit 11 561 \$ contre 22 168 \$.

i Par « patients typiques », s'entend les patients dont le traitement s'est déroulé normalement et comme prévu. Ils excluent les transferts d'un établissement de soins de courte durée à un autre, les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés.

ii Les coûts ne touchent que les cas typiques.

- Pour ce qui est des coûts liés au traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson, ils ont tendance à être plus élevés chez les patients plus âgés que chez les patients plus jeunes. Les coûts hospitaliers s'élèvent en moyenne à 4 603 \$ chez les 18 à 59 ansⁱⁱ, contre 8 397 \$ chez les patients de 80 ans et plus. Les différences dans les coûts d'hospitalisation pourraient être attribuables au fait que des problèmes de santé semblables nécessitent différents types de services et de tests ainsi qu'au temps requis pour guérir ou se remettre des traitements.

Il s'agit là de quelques exemples présentés dans le rapport. Nous espérons que cette information permettra de prendre des décisions éclairées en matière de finances, notamment en ce qui a trait à la gestion efficace des cas et des ressources, à l'établissement des budgets, à la planification des programmes, à la restructuration, à la planification des soins et au financement des hôpitaux, entre autres.

Pour plus d'information sur les coûts des hôpitaux de soins de courte durée

Le présent rapport démontre à quel point certains facteurs influent sur les coûts moyens des hôpitaux de soins de courte durée associés aux patients typiques uniquement (les patients transférés d'un hôpital de soins de courte durée à un autre, les patients qui décèdent à l'hôpital, les patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin avant la fin de leur traitement et les patients qui séjournent à l'hôpital plus longtemps que ceux atteints d'un problème de santé similaire ont été exclus).

Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur les coûts selon l'affection, sur l'incidence du nombre de séjours à l'hôpital et sur l'ampleur des coûts unitaires (soit le coût moyen par séjour pour l'ensemble des patients) sur le total des dépenses de santé, veuillez consulter le rapport intitulé *Coût des séjours en soins de courte durée selon l'affection au Canada, 2004-2005*, disponible sur notre site Web au www.icis.ca.

ii Les coûts ne touchent que les cas typiques.



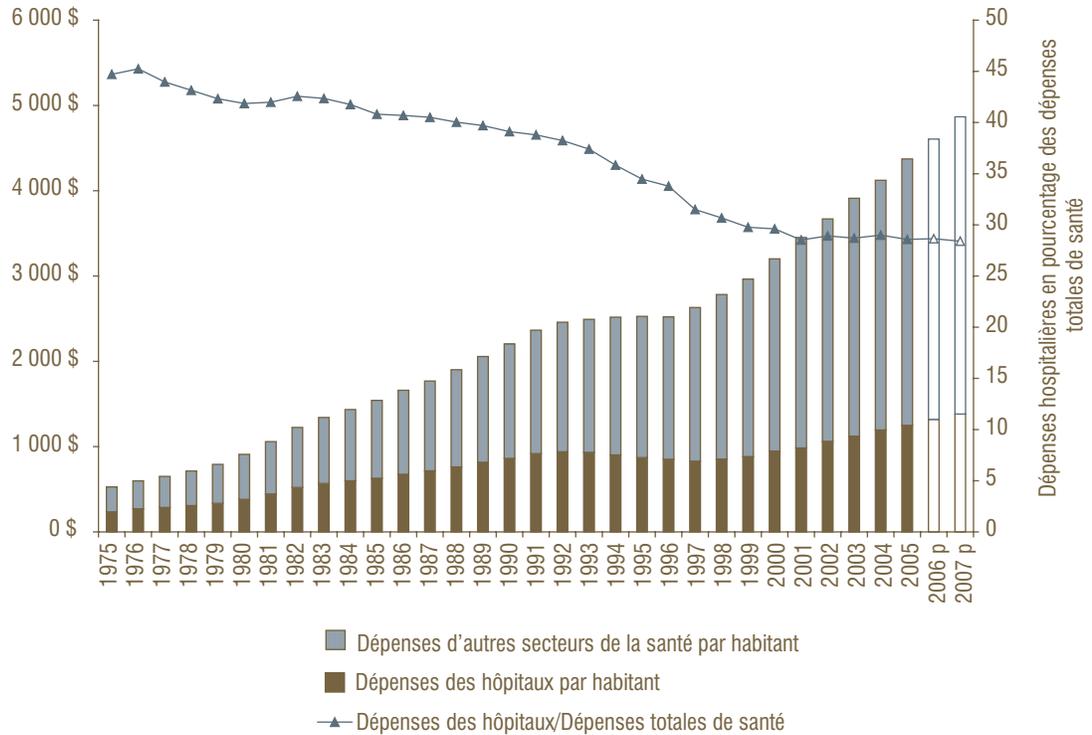
1.0 Aperçu des dépenses des hôpitaux du Canada

Il est important pour les responsables qui prennent des décisions liées au financement ou aux finances de bien comprendre combien le Canada investit dans les soins de santé et la façon dont cet argent est réparti. Les dépenses de santé incluent entre autres les sommes accordées aux soins hospitaliers, aux services dispensés par les médecins, aux médicaments vendus au détail, aux soins dentaires, aux soins de la vue, aux soins de longue durée et à la santé mentale.

D'habitude, les hôpitaux absorbent la plus grande part des dépenses de santé au Canada. En 2007, les dépenses destinées aux soins de santé s'élevaient à environ 160 milliards de dollars; elles devraient représenter 10,6 % du PIB. De cette somme, environ 45 milliards de dollars ont été consacrés aux hôpitaux; cependant, les dépenses liées aux hôpitaux représentent une part réduite du budget global affecté aux soins de santé. Par exemple, en 1975, les dépenses consacrées aux hôpitaux représentaient environ 45 % du total des dépenses de santé, contre 28 % en 2007. En revanche, les dépenses d'autres secteurs de la santé ont augmenté à un rythme plus rapide. Par exemple, les dépenses en médicaments vendus au détail (avec ou sans ordonnance) sont passées de moins de 9 % à 17 % du total des dépenses de 1975 à 2007.

1 Les dépenses hospitalières et autres dépenses de santé au Canada

Les dépenses hospitalières ne cessent de croître, mais à un rythme moins rapide que les dépenses d'autres importants secteurs de la santé. En conséquence, les hôpitaux constituent une plus petite proportion des dépenses totales de santé qu'auparavant. Veuillez noter que les résultats suivants ne sont pas ajustés en fonction de l'inflation et que les données de 2006 et 2007 sont des prévisions.



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Qui paie pour les soins hospitaliers?

Comme c'est le cas dans bien d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le système de santé du Canada est financé à la fois par les secteurs public et privé. Conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, les services hospitaliers médicalement nécessaires dispensés aux Canadiens sont couverts en vertu de régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Au Canada, le secteur public couvrait 91 % des dépenses des hôpitaux en 2005. Le financement du secteur public consacré aux services hospitaliers dans les autres pays de l'OCDE variait de 57 à 99 % au cours de la même année¹.

En 2005, les hôpitaux canadiens ont reçu environ 3,9 milliards de dollars de sources autres que le secteur public, ce qui représente une hausse par rapport aux 2,4 milliards enregistrés 10 ans plus tôt. En 2005, les personnes et les compagnies d'assurance privées ont payé environ la moitié de cette somme (1,7 milliard de dollars) pour couvrir les frais des chambres privées ou d'autres services privés d'hospitalisation, les soins prodigués aux non-résidents, les soins aux malades

chroniques et les services non assurés. Les hôpitaux peuvent également recevoir des paiements du secteur privé pour certains médicaments en vente libre et articles personnels, des frais accessoires (stationnement, services d'alimentation, etc.), des dons et des revenus de placement.

Où va l'argent?

Les soins de santé ne touchent pas uniquement les personnes qui requièrent des soins, mais aussi les personnes qui en dispensent et la façon dont ils sont dispensés. Les dépenses des hôpitaux sont attribuables en grande partie aux frais d'exploitation, comme les salaires et les avantages du personnel hospitalier. En 2005-2006, les soins infirmiers aux patients hospitalisés (37 %) ainsi que les services diagnostiques et thérapeutiques (21 %) représentaient plus de la moitié du total des dépenses des hôpitaux consacrées aux salaires¹. Les salles d'opération ainsi que les services d'urgence et ambulatoires représentaient, respectivement, 4 % et 13 % des dépenses liées aux salaires¹. Pour ce qui est des services administratifs et de soutien, la proportion consacrée aux salaires s'élevait à 18 %¹.

i Les données du Québec et du Nunavut sont exclues.

2 Les dépenses liées aux salaires dans les hôpitaux canadiens

Les dépenses des hôpitaux varient d'un département à l'autre. Le tableau ci-dessous indique les sommes que les hôpitaux canadiens ont consacrées à la rémunération de leur personnel en 2005-2006, selon divers centres d'activité. Les données du Québec et du Nunavut sont exclues.

Centre d'activité	Rémunération du personnel autre que les médecins*	Rémunération des médecins ^{††} *
	Dépenses en 2005-2006 [†] (en millions de dollars)	Dépenses en 2005-2006 [†] (en millions de dollars)
Services administratifs et de soutien [†]	4 150,0	85,6
Soins infirmiers aux patients hospitalisés [§]	7 749,3	639,2
Salle d'opération**	811,2	30,9
Services d'urgence	966,5	142,0
Services de soins ambulatoires	1 638,2	277,0
Services diagnostiques et thérapeutiques	4 027,1	789,2
Recherche et formation	502,6	157,6
Tous les autres	965,1	19,8
Total	20 810,0	2 141,3

Remarques : Tous les chiffres sont arrondis au million ou au pourcentage près.

* Ces chiffres incluent les salaires et les avantages.

† Les données du Québec et du Nunavut sont exclues.

‡ Inclut les dépenses liées à certains domaines comme les ressources humaines, les communications et les finances. Par services de soutien, on entend la gestion du matériel, l'entretien ménager ainsi que l'entretien et le fonctionnement des installations, entre autres.

§ Inclut les patients des soins ambulatoires des établissements où il n'existe pas de centre d'activité de soins ambulatoires et les dépenses encourues par les médecins d'unités précises de soins infirmiers aux patients hospitalisés.

** Unités utilisées aux fins d'interventions chirurgicales, incluant les salles de réveil après anesthésie.

†† La rémunération des médecins n'inclut pas la rémunération à l'acte.

Source : Base de données canadienne SIG, Institut canadien d'information sur la santé.

L'imagerie médicale est un autre domaine où l'on a noté une hausse des dépenses. En 2005-2006, les hôpitaux canadiens ont déclaré avoir consacré environ 2,2 milliards de dollars (à peu près 5 % du budget prévu) à l'achat et au fonctionnement de l'équipement d'imagerie médicale. Ces dépenses incluent les salaires des professionnels qui exploitent et entretiennent les appareils ainsi que les coûts en immobilisations liés à l'équipement en soi. Le gros des dépenses (61 %) est allé aux honoraires des médecins et aux salaires des employés; les fournitures ont absorbé 22 % des dépenses.

Répartition des dépenses des hôpitaux

Les dépenses des hôpitaux tiennent compte de la prestation de soins de courte durée, des soins aux patients externes, des chirurgies d'un jour, des soins d'urgence et d'autres types de soins. Dans l'ensemble, les soins de courte

durée dispensés aux patients hospitalisés ont tendance à absorber la majorité des coûts hospitaliers². Le reste du rapport se concentrera sur les coûts moyens associés aux soins de courte durée dispensés aux patients hospitalisés. La section suivante présente la méthodologie de regroupement des patients (GMA+) nouvellement remaniée par l'ICIS, et illustre la façon de calculer les coûts moyens associés à des groupes de patients précis admis dans les hôpitaux canadiens. La dernière section traite davantage de cette méthodologie et démontre à quel point certains facteurs peuvent avoir une incidence sur les coûts liés au traitement des patients typiques en soins de courte durée admis à l'hôpital en raison d'interventions ou de problèmes de santé variés. Vous trouverez en annexe une série de tableaux qui présentent les coûts moyens des soins de courte durée dispensés associés à des cas typiques pour plusieurs interventions ou problèmes de santé, selon les catégories cliniques principales.





2.0 Mesure des coûts moyens des soins de courte durée dispensés à l'hôpital

Jusqu'à présent, le rapport s'est penché sur les dépenses des hôpitaux dans une optique globale qui consiste à examiner la somme que le Canada consacre aux hôpitaux et la répartition des dépenses des hôpitaux selon le centre d'activité et le type de services hospitaliers.

Cette section porte sur un outil nouvellement remanié qui permet de calculer les coûts moyens associés aux patients hospitalisés pour des groupes de maladies analogues ou des patients précis. Cette méthodologie (GMA+) peut servir à calculer les coûts moyens des soins de courte durée dispensés aux patients hospitalisés et pourrait s'avérer fort utile pour comparer les coûts entre les programmes et les hôpitaux. Vous trouverez dans les pages qui suivent une description de la méthodologie et son mode d'emploi.

En quoi consiste la méthodologie GMA+ ?

La méthodologie GMA+ sert à regrouper des patients distincts qui sont cliniquement semblables ou homogènes en ce qui a trait aux ressources hospitalières utilisées. En associant les groupes de patients aux ressources utilisées dans le cadre de leur traitement, la méthodologie GMA+ permet d'analyser l'utilisation des ressources et les coûts.

La méthodologie de regroupement des maladies analogues a été révisée afin de concorder avec les *derniers* systèmes de classification canadiens pour les maladies et les problèmes de santé connexes ainsi que les interventions. La méthodologie GMA+ classe les enregistrements des patients dans les catégories cliniques principales (CCP) et des groupes de maladies analogues (GMA). Les CCP et les GMA s'appuient sur le diagnostic ou l'état responsable du séjour du patient à l'hôpital (en termes cliniques, le diagnostic principal) ou sur une intervention qui influence fortement les modes de soins et les ressources consommées par un patient.

Quoi de neuf à propos de la méthodologie GMA+ ? Les cinq facteurs

La méthodologie GMA+ met en application cinq facteurs qui tiennent compte des variations dans la consommation de ressources par les patients. Les deux premiers facteurs, Catégorie d'âge et Niveau de comorbidité, sont similaires à ceux que l'on retrouve dans l'ancienne méthodologie de regroupement des maladies analogues de l'ICIS (CMG/Plx). Les trois autres, Intervention signalée, Épisode d'intervention et Intervention hors hôpital, permettent d'exploiter les interventions pour préciser la façon dont les ressources sont consommées. Ces cinq facteurs offrent une plus grande spécificité et, par le fait même, la méthodologie GMA+ fournit des données plus précises sur l'utilisation des ressources. Voici une brève description de chacun des facteurs :

- **Catégorie d'âge** : Les séjours à l'hôpital des patients âgés ont tendance à être plus coûteux que ceux des patients jeunes ayant des problèmes de santé similaires. Ce phénomène peut être attribuable aux coûts des services et des tests connexes dispensés à l'hôpital, ainsi qu'à la durée de l'hospitalisation (durée du séjour). Selon la gravité et la progression d'une maladie, les patients âgés ont tendance à avoir besoin de services et de tests plus nombreux ou plus coûteux que les patients jeunes. Leur guérison ou leur convalescence peut également être plus lente.
- **Niveau de comorbidité** : Le facteur de comorbidité désigne les autres maladies dont souffre un patient en plus de la raison principale de l'hospitalisation. La présence d'autres maladies peut nécessiter des soins plus complexes ou le prolongement du traitement et des temps d'attente pour recevoir son traitement, entraînant ainsi des coûts hospitaliers plus élevés.
- **Intervention signalée** : Certaines interventions pratiquées à l'hôpital, comme la radiothérapie et la trachéotomie, sont « signalées » parce qu'elles ont tendance à être associées à une plus grande consommation des ressources. Les soins dispensés aux patients qui subissent des interventions « signalées » coûtent habituellement plus cher que ceux dispensés aux patients qui n'en subissent pas, bien que les interventions elles-mêmes ne soient pas nécessairement coûteuses.

À l'heure actuelle, la méthodologie GMA+ utilise 14 catégories d'interventions signalées, soit :

- | | |
|--|---|
| 1. Sonde d'alimentation
(gastrostomie endoscopique
percutanée) | 9. Dialyse |
| 2. Dispositif d'accès vasculaire | 10. Radiothérapie |
| 3. Trachéotomie | 11. Ventilation mécanique
(96 heures et plus) |
| 4. Chimiothérapie | 12. Ventilation mécanique
(moins de 96 heures) |
| 5. Paracentèse | 13. Système d'autotransfusion
peropératoire |
| 6. Réanimation cardiaque | 14. Nutrition parentérale |
| 7. Cardioversion | |
| 8. Pleurocentèse | |

- **Épisode d'intervention** : Par « épisode d'intervention », on entend chaque visite d'un patient à la salle d'opération ou au bloc opératoire au cours d'une admission à l'hôpital nécessitant une intervention. Les cas associés à de multiples épisodes d'interventions sont habituellement plus coûteux que ceux qui n'en comptent qu'un.
- **Intervention hors hôpital** : Les interventions hors hôpital sont des interventions précises pratiquées dans un établissement de santé autre que l'établissement d'admission ou de traitement. Ainsi, l'établissement où le patient est admis ou traité n'assume pas les coûts de l'intervention. Dans la majorité de ces cas, la présence du facteur d'intervention hors hôpital indique donc un coût moindre pour l'établissement d'admission.

Pour plus d'information sur la méthodologie GMA+, veuillez consulter le site www.icis.ca.

Utilisation de la méthodologie GMA+ et d'autres outils pour calculer les coûts moyens

En incorporant ces cinq facteurs pour tenir compte des variations dans la consommation de ressources par les patients, la méthodologie GMA+ peaufine la méthodologie utilisée pour mesurer la pondération de la consommation des ressources (PCR). Cette dernière est l'une des deux principales composantes requises pour calculer les coûts moyens par cas, la deuxième étant le coût par cas pondéré (CPCP).

Pondération de la consommation des ressources

La pondération de la consommation des ressources (PCR) est un indicateur qui représente les ressources relatives utilisées par un patient. Plus particulièrement, les valeurs PCR constituent des valeurs relatives précisant l'utilisation prévue des ressources par le patient « moyen » dans un groupe de maladies analogues.

Dans la méthodologie GMA+, les valeurs PCR sont ajustées en fonction de cinq facteurs ayant une incidence connue sur les coûts hospitaliers. Par exemple, les patients qui présentent des différences sur le plan de l'âge, de la présence d'autres maladies ainsi que du type et du nombre d'interventions, peuvent consommer différentes ressources. En moyenne, les patients plus âgés souffrant de problèmes de santé plus nombreux et ayant tendance à

consommer plus de ressources afficheraient une PCR plus élevée que leurs pairs qui ont moins de problèmes de santé.

Les valeurs PCR sont calculées et mises à jour chaque année à partir des données de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et des données sur les coûts par cas que soumettent les hôpitaux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario. Les valeurs PCR calculées figurant dans la BDCP représentent la consommation relative des ressources pour différents cas. On désigne la somme des valeurs PCR d'un service ou d'un programme de santé comme les « cas pondérés » de ce service ou programme.

Coût par cas pondéré

Le CPCP permet de mesurer les coûts financiers moyens déboursés par un établissement pour traiter un seul patient hospitalisé. Le CPCP est égal au coût total net associé aux patients hospitalisés d'un établissement, divisé par le nombre total de cas pondérés de cet établissement.

Le CPCP est calculé et mis à jour chaque année à partir de la Base de données canadienne SIG de l'ICIS (BDCS), selon les données soumises par l'ensemble des hôpitaux du Canada qui déclarent des données à la BDCS et à la BDCP. La BDCS contient des données financières et statistiques des hôpitaux et des régions régionales de la santé du Canada pouvant servir entre autres à évaluer le coût des activités des organismes de services de santé.

Le CPCP moyen des patients hospitalisés est égal au coût total net associé aux patients hospitalisés, divisé par le nombre total de cas pondérés pour une période donnée.

$$\text{Coût par cas pondéré (CPCP)} = \frac{\text{Coût total net associé aux patients hospitalisés}}{\text{Nombre total de cas pondérés}}$$

Par exemple, si un hôpital compte 5 000 cas pondérés au cours d'une période et que le coût total net associé aux patients hospitalisés s'élève à 10 millions de dollars, le CPCP moyen des patients hospitalisés sera de 2 000 \$.

$$2\,000\ \$ = \frac{10\,000\,000\ \$}{5\,000}$$

Remarque : Le coût total net associé aux patients hospitalisés exclut la rémunération des médecins.

Comment estimer les coûts moyens

Une fois le CPCP moyen calculé, on peut appliquer le coût moyen au nombre total de cas pondérés de chaque service ou programme.

$$\text{Estimation des coûts totaux} = \text{CPCP} \times \text{Nombre total de cas pondérés}$$

Comme le montre l'exemple précédent, si le même hôpital compte 250 cas pondérés pour une certaine maladie et que le CPCP moyen associé aux patients hospitalisés s'élève à 2 000 \$, le coût total approximatif moyen déboursé par l'hôpital qui traite ces patients s'élève à environ 500 000 \$.

$$500\,000\ \$ = 2\,000\ \$ \times 250$$

La PCR et le CPCP combinés constituent un moyen simple permettant d'estimer les coûts moyens associés aux patients et aux programmes. Cette information peut s'avérer fort utile pour diverses décisions financières, dont celles qui touchent la gestion efficace des cas et des ressources, l'établissement des budgets, la planification des programmes, la restructuration, la planification des soins ou le financement de l'hôpital.

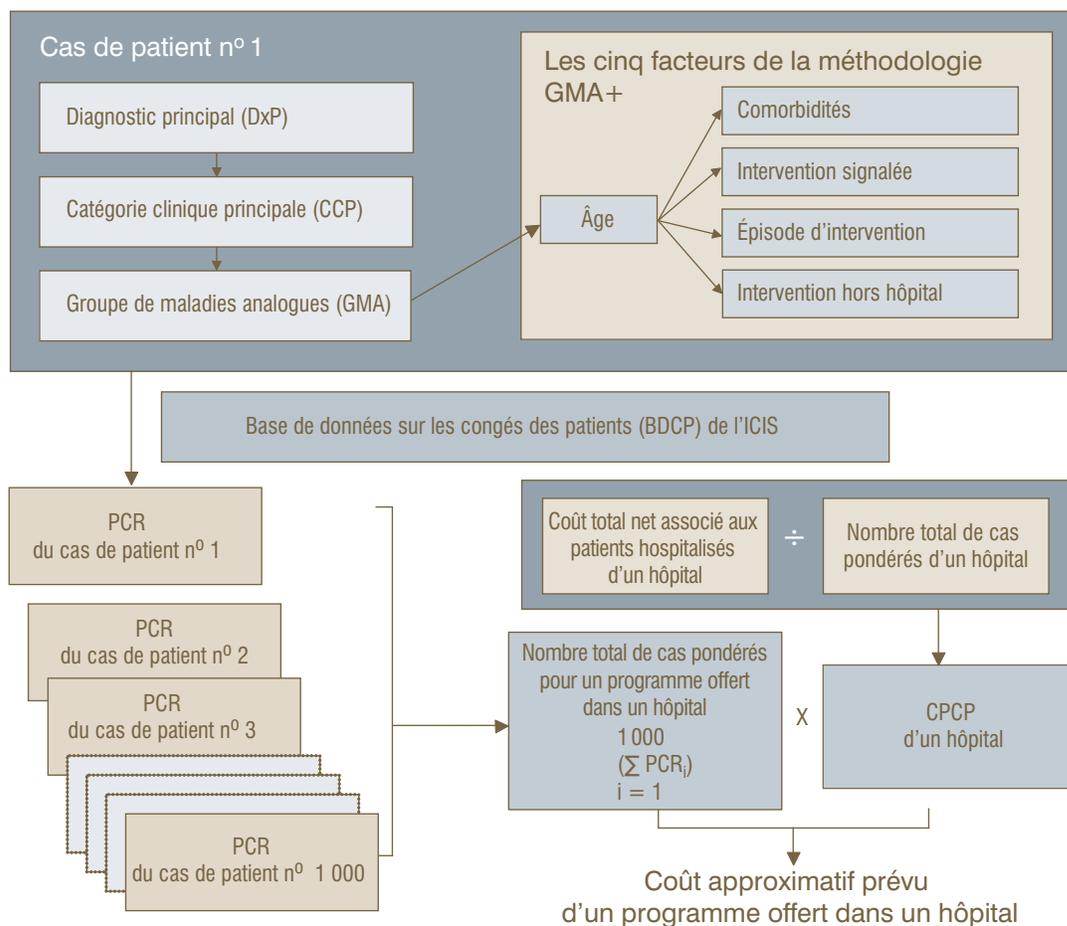
L'utilisation des données sur les coûts hospitaliers lors de la prise de décisions fondées sur des données probantes

Les gestionnaires des services de santé dispensés à l'hôpital et les décideurs peuvent utiliser les données sur les coûts pour appuyer leurs décisions relatives à la planification stratégique, à l'évaluation du rendement des programmes, à la gestion des ressources, à l'élaboration de propositions, à la planification des soins, à l'établissement des budgets et au financement des hôpitaux. Voici quelques exemples de la façon dont on peut utiliser les données sur les coûts hospitaliers pour prendre des décisions fondées sur des données probantes :

- **Planification stratégique** : Les rapports sur les coûts hospitaliers permettent d'évaluer les répercussions financières possibles des décisions stratégiques. Par exemple, si un hôpital songe à ajouter un nouveau programme ou un nouveau médecin, ou propose l'agrandissement de l'un de ses établissements, les rapports sur les coûts permettent d'estimer les répercussions financières possibles de ces changements. En outre, la comparaison des coûts liés aux programmes ou aux services peut entraîner des résultats imprévus. Par exemple, les résultats peuvent indiquer que les allocations budgétaires proposées pour les patients hospitalisés ne correspondent pas aux secteurs qui doivent retenir l'attention.
- **Évaluation du rendement des programmes** : Dans le cas des hôpitaux qui ont mis en place des systèmes pour mesurer les coûts réels, on peut comparer le *CPCP global* de l'hôpital au *CPCP réel* de chaque programme. Si ce dernier est moindre, on peut alors conclure que le programme coûte moins cher que la moyenne établie pour l'hôpital.
- **Planification des soins** : Les données sur les coûts par cas permettent aux dispensateurs de soins de comparer et de cerner des modèles ou des pratiques rentables de soins aux patients.
- **Évaluation des nouvelles technologies** : Les données sur les coûts par cas peuvent éclairer des évaluations qui tiennent compte des volumes cliniques et du rendement financier.

3 Estimation des coûts moyens associés aux patients hospitalisés

Le schéma suivant présente la façon dont on calcule les coûts moyens associés aux patients hospitalisés. Dans cet exemple, 1 000 patients hospitalisés sont traités dans le cadre d'un programme clinique à l'hôpital. Pour estimer les coûts moyens, la méthodologie GMA+ classe d'abord chaque cas de patient selon la catégorie clinique principale (CCP) et le GMA en fonction du diagnostic principal et d'autres renseignements. Par la suite, on calcule la valeur de la PCR pour chaque cas en ajustant la pondération de base attribuée à un GMA en fonction de l'âge du patient et des autres facteurs. Si l'on additionne l'ensemble des valeurs PCR de ce programme, on obtient le nombre total de cas pondérés pour ce programme. De la même façon, on calcule le nombre total de cas pondérés pour l'ensemble des cas de cet hôpital en additionnant les cas pondérés pour l'ensemble des programmes. On calcule ensuite le CPCP en divisant le coût net total associé aux patients hospitalisés par le nombre total de cas pondérés de l'hôpital. Enfin, on évalue le coût approximatif prévu du programme offert dans cet hôpital en multipliant le nombre total de cas pondérés par le CPCP.





3.0

Coup d'œil sur les coûts hospitaliers : Exemples choisis

Nous avons déjà traité de la méthodologie GMA+ et de la façon dont on peut calculer les coûts hospitaliers associés aux patients hospitalisés à partir du coût par cas pondéré moyen et de la pondération de la consommation des ressources. La présente section illustre la façon dont on utilise la méthodologie GMA+ pour calculer les coûts moyens des hôpitaux de soins de courte durée dans le cas des patients typiquesⁱ. Elle se penche particulièrement sur les facteurs qui influent sur le coût des séjours à l'hôpital des patients typiques. On y trouve des exemples de coûts d'hospitalisation associés aux patients atypiques (soit les coûts associés aux patients transférés d'un hôpital à un autre, aux patients qui décèdent et aux patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin avant la fin de leur traitement).

Qu'est-ce qu'un patient typique?

Par « patients typiques », s'entend les patients dont le traitement s'est déroulé normalement et comme prévu. Ils excluent les transferts d'un établissement de soins de courte durée à un autre, les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les séjours prolongés.

Bien que les patients admis en raison de problèmes de santé variés (par exemple, une patiente enceinte et un patient qui a subi un infarctus) entraînent des coûts d'hospitalisation différents, il en est de même pour les types d'interventions pratiquées sur des patients *semblables*. Par exemple, les coûts associés à la grossesse et à l'accouchement diffèrent selon le type d'accouchement : un accouchement vaginalⁱⁱ (2 104 \$ par accouchement) a tendance à être moins coûteux en moyenne qu'un accouchement par césarienneⁱⁱⁱ (4 108 \$ par accouchement).

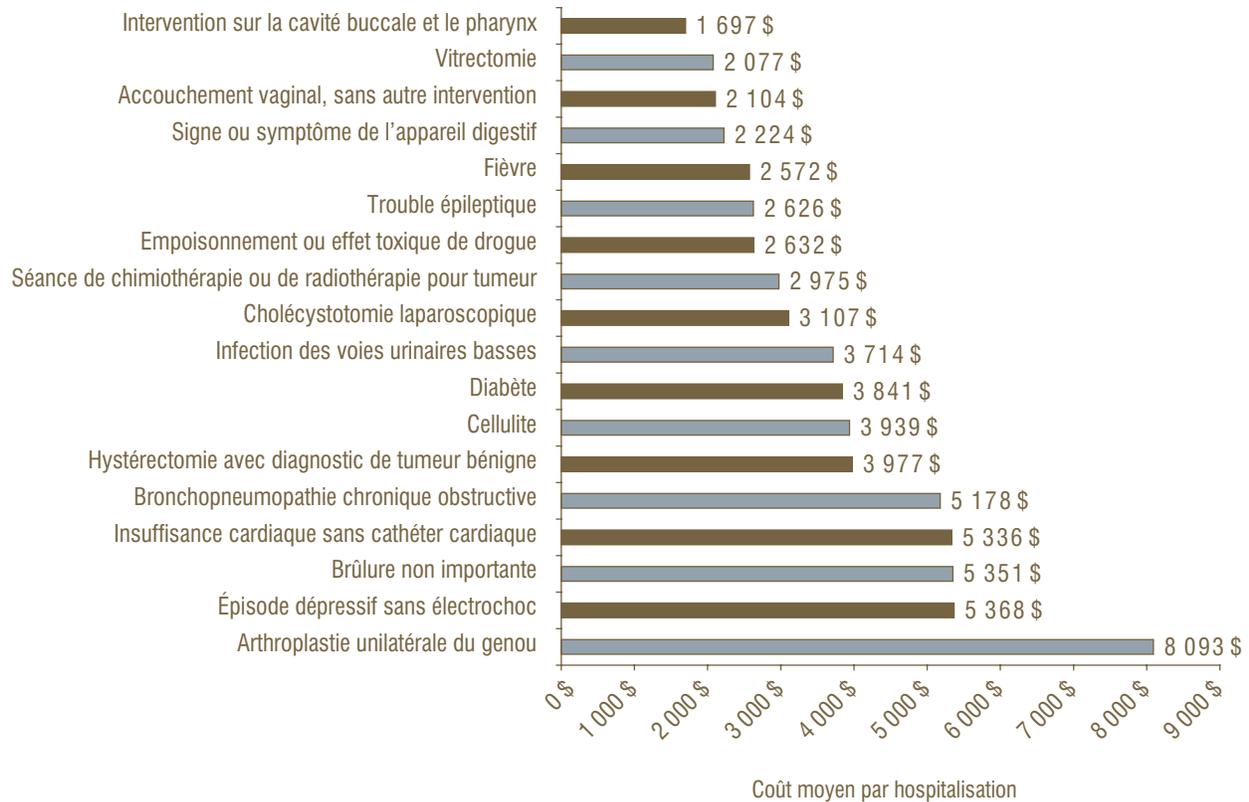
i Toutes les données sur les coûts présentées dans cette section sont calculées à partir du coût par cas pondéré, qui exclut la rémunération des médecins.

ii Par accouchement vaginal, s'entend un accouchement vaginal sans autre intervention.

iii Par accouchement par césarienne, s'entend les césariennes primaires.

4 Coûts moyens associés aux patients hospitalisés typiques souffrant des problèmes de santé les plus courants

Cette figure montre les coûts hospitaliers moyens (2005-2006) associés aux patients hospitalisés typiques affichant les problèmes de santé et/ou les traitements les plus courants pour chaque groupe de patients des établissements de soins de courte durée. Les séjours prolongés, les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts à destination ou en provenance d'établissements de soins de courte durée ont été exclus.



Remarques : On ne disposait pas de données comparables pour le Québec. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Sources : Base de données canadienne SIG et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

D'autres raisons expliquent les variations dans les coûts d'hospitalisation, notamment le mode et le lieu du traitement, le type de

patient et la durée du séjour à l'hôpital. De nombreux facteurs peuvent influencer sur les coûts en plus du type d'intervention pratiquée.

Facteurs influant sur les coûts hospitaliers

De nombreux facteurs influent sur les coûts liés au traitement d'un patient admis à l'hôpital. C'est même le cas des patients qui souffrent du même problème de santé et qui nécessitent le même traitement ou un traitement similaire. La présente section se penche sur la mesure dans laquelle les cinq facteurs décrits au chapitre 2 (la catégorie d'âge, le niveau de comorbidité, l'intervention signalée, l'épisode d'intervention et l'intervention hors hôpital) influent sur les coûts associés aux patients typiques traités à l'hôpital pour des problèmes de santé similaires. Il est important de noter que même si les coûts plus élevés sont associés à ces facteurs, cela ne signifie pas que les patients ont subi des traitements ou des interventions inutiles ou inappropriés.

Catégorie d'âge

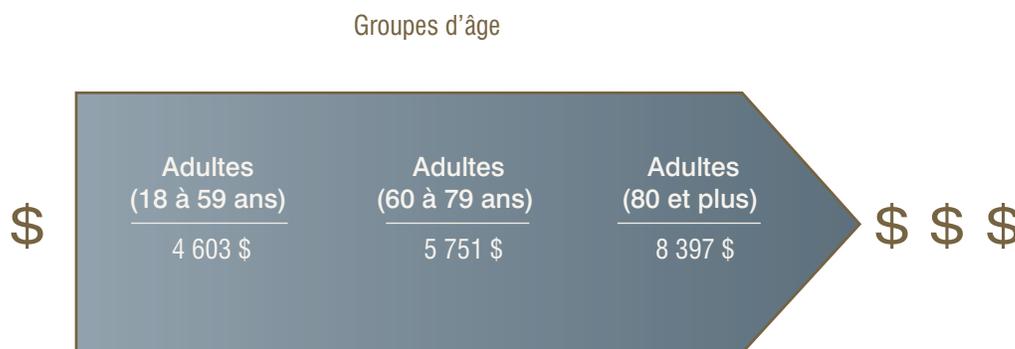
On peut noter des écarts notables dans les coûts d'hospitalisation des patients de différents groupes d'âge. Ces écarts peuvent être attribuables aux coûts des services et des tests dispensés dans les hôpitaux ainsi qu'à la durée de

l'admission. Selon le type et la gravité de la maladie, ainsi que sa progression, il est possible que les patients des divers groupes d'âge aient besoin de différents types de services et de tests, et prennent plus ou moins de temps pour guérir ou se remettre de leurs traitements. Prenons par exemple les patients adultes ayant subi une arthroplastie unilatérale de la hanche par rapport aux patients sur lesquels on n'a posé aucun autre diagnostic de maladie et qui ont reçu des traitements similaires. Le coût moyen par hospitalisation s'élevait à 8 581 \$ chez les patients typiques de 18 à 59 ans, à 8 777 \$ chez les 60 à 79 ans et à 9 661 \$ chez les 80 ans et plus.

Un autre exemple concerne les patients qui n'ont subi aucune intervention chirurgicale et qui étaient habituellement semblables, à l'exception de leur âge. Le coût moyen par cas typique associé aux patients hospitalisés en raison de la maladie de Parkinson était presque deux fois plus élevé chez les patients de 80 ans et plus par rapport aux 18 à 59 ans.

5 Patients admis en raison de la maladie de Parkinson

Le schéma qui suit présente les différences dans les coûts d'hospitalisation selon les groupes d'âge des patients. Il indique des coûts moyens à la hausse dans les hospitalisations liées au traitement de la maladie de Parkinson selon le groupe d'âge. On remarque que les coûts associés aux soins des patients plus âgés ont tendance à être plus élevés que ceux des patients plus jeunes.



Coûts hospitaliers moyens par cas typique, 2005-2006

Remarques : On ne disposait pas de données comparables pour le Québec. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Sources : Base de données canadienne SIG et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Niveau de comorbidité

Le traitement d'un problème de santé chez un patient qui souffre d'autres maladies (autres que le diagnostic principal^{iv}) peut être plus coûteux que le traitement d'un patient atteint du même problème de santé sans les autres maladies. Par exemple, les coûts associés au traitement de patients typiques de 60 à 79 ans ayant

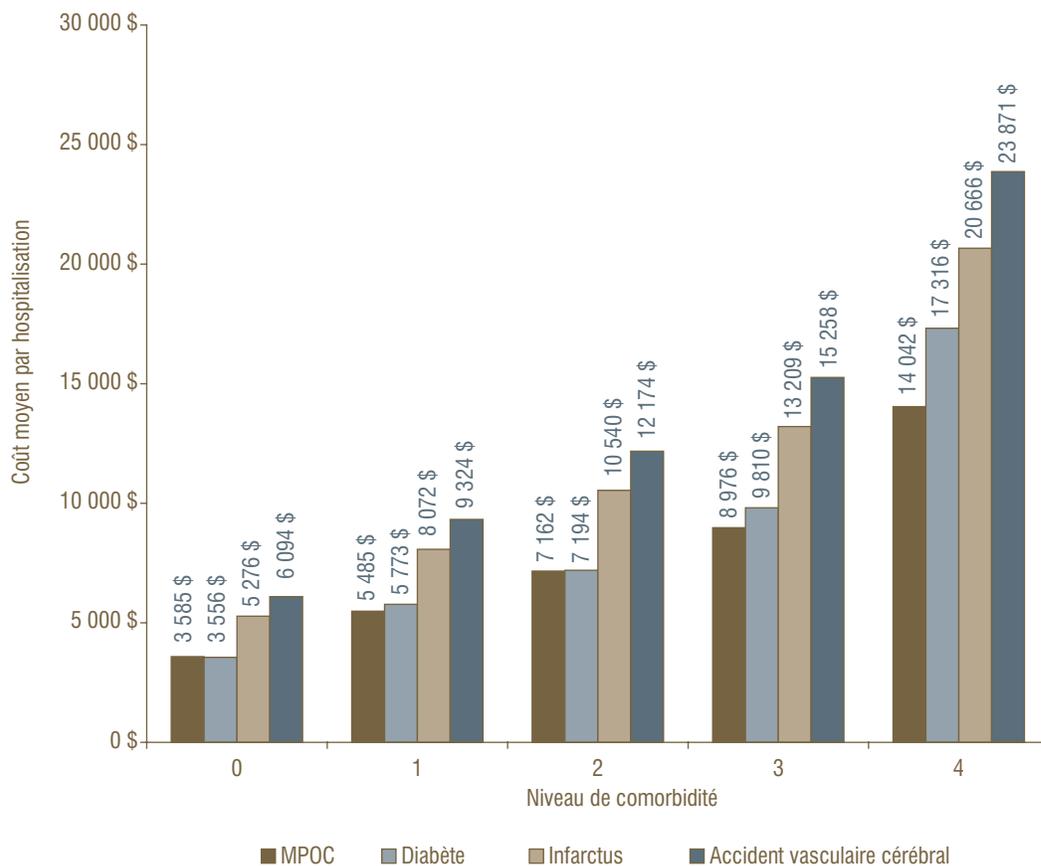
subi l'ablation de la vésicule biliaire^v étaient plus élevés chez les patients atteints de maladies autres que celles ayant entraîné leur admission à l'hôpital; le coût moyen de l'hospitalisation s'élevait à 3 234 \$ pour les patients qui n'étaient pas atteints d'une autre maladie, contre 4 900 \$ pour ceux souffrant d'autres maux.

iv Le diagnostic qui décrit le problème principal ayant entraîné l'hospitalisation du patient.

v Cholécystotomie laparoscopique.

6 Les coûts hospitaliers augmentent au même rythme que le nombre de maladies

Le graphique qui suit illustre l'augmentation des coûts liés à l'hospitalisation parallèlement à l'augmentation des comorbidités (maladies autres que le diagnostic principal) en 2005-2006, et ce, pour quatre problèmes de santé courants, soit le diabète, l'accident vasculaire cérébral, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'infarctus aigu du myocarde. Dans certains cas, le coût moyen du traitement à l'hôpital des patients typiques de 60 à 79 ans affichant une comorbidité de niveau 4 (un niveau de comorbidité élevé indique une plus grande consommation des ressources liées à la présence d'autres maladies) est cinq fois plus élevé que le coût du traitement à l'hôpital de cas semblables n'ayant aucune comorbidité.



Remarques : On ne disposait pas de données comparables pour le Québec. Dans la méthodologie GMA+, les niveaux de comorbidité varient de 0 à 4. Le niveau 0 désigne les cas pour lesquels on n'a observé aucune comorbidité figurant sur la liste des comorbidités. Les niveaux 1 à 4 sont définis en fonction de l'incidence sur les coûts d'au moins une comorbidité figurant sur la liste des comorbidités. Les coûts associés aux patients du niveau 1 ont enregistré une hausse de 25 à 49 %, tandis que ceux associés aux patients du niveau 4 ont affiché une hausse de 125 % ou plus. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Sources : Base de données canadienne SIG et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Différentes interventions pratiquées sur des patients semblables peuvent entraîner des coûts d'hospitalisation très différents

En 2005-2006, le coût moyen par hospitalisation dans le but de traiter des patients typiques atteints de maladies et troubles de l'appareil circulatoire s'élevait à 6 553 \$. Ces groupes de patients incluent les personnes qui ont subi une transplantation cardiaque, un remplacement de la valvule cardiaque, un pontage aortocoronarien, une angioplastie, un infarctus du myocarde ou qui souffrent d'arythmie, d'angine et d'autres problèmes de santé. Compte tenu des différences notées sur le plan des diagnostics et des traitements, certaines de ces hospitalisations ont coûté moins cher que les autres. Par exemple, les coûts associés aux patients typiques traités pour une angine de poitrine stable ou des douleurs thoraciques ne nécessitant pas de cathéter s'élèvent en moyenne à 1 956 \$, alors que les coûts moyens associés à l'hospitalisation des patients ayant subi une transplantation cardiaque s'élevaient à près de 74 576 \$.

Les groupes de patients semblables subissent parfois des interventions différentes. Par exemple, le pontage aortocoronarien et/ou l'angioplastie sont des traitements courants pour les patients souffrant de coronaropathie ou de maladie cardiovasculaire. De nombreux facteurs peuvent influencer sur la décision d'avoir recours à une intervention; parmi ceux-ci, on note les états cliniques des patients, les modes de pratique des médecins et les préférences des patients en matière de traitement. Les coûts hospitaliers peuvent différer selon les décisions. Les hospitalisations relatives à un pontage aortocoronarien sont, en moyenne, plus coûteuses que celles liées à une angioplastie. En 2005-2006, le coût moyen par hospitalisation des patients typiques ayant subi un pontage aortocoronarien s'élevait à 17 869 \$, contre 7 829 \$ pour les patients typiques ayant subi une angioplastie. Cependant, le volume de cas d'angioplastie (n = 18 295) était presque deux fois plus élevé que celui des pontages (n = 9 585).

Intervention signalée

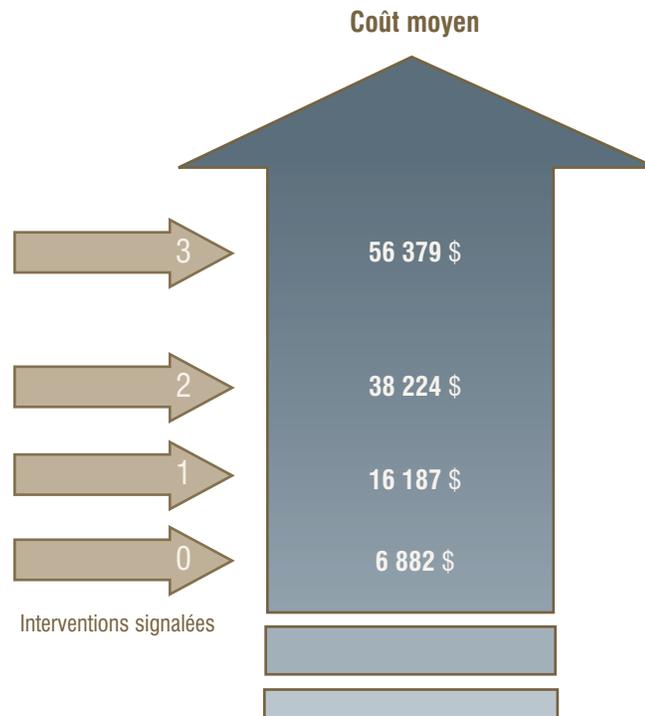
Certaines interventions, comme la radiothérapie, la chimiothérapie et la dialyse, sont l'indice d'un traitement à l'hôpital dont le coût sera plus élevé. Par exemple, les données indiquent que le coût moyen par hospitalisation des patients typiques de 60 à 79 ans admis en raison d'une insuffisance respiratoire s'élevait à 6 882 \$ pour les cas ne présentant aucune

intervention signalée, alors qu'il s'élevait à plus de 16 187 \$ pour les cas présentant une intervention signalée ou plus, une fois l'effet des autres facteurs éliminé. Chez les patients de 18 à 59 ans admis en raison d'une pneumonie^{vi}, le coût moyen par cas ne présentant aucune intervention signalée s'élevait à 3 056 \$ contre 16 753 \$ pour les cas présentant deux interventions signalées.

vi Pneumonie virale ou sans précision.

7 Interventions signalées chez les patients souffrant d'insuffisance respiratoire

Les soins hospitaliers dispensés aux patients typiques qui subissent des interventions signalées coûtent davantage en moyenne que ceux dispensés aux patients qui n'en subissent aucune. La figure qui suit illustre cette observation dans le cas des personnes âgées (60 à 79 ans) traitées pour une insuffisance respiratoire en 2005-2006. Elle démontre également que le coût moyen change de manière significative au fur et à mesure que le *nombre d'interventions signalées* augmente.



Remarques : On ne disposait pas de données comparables pour le Québec. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Sources : Base de données canadienne SIG et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

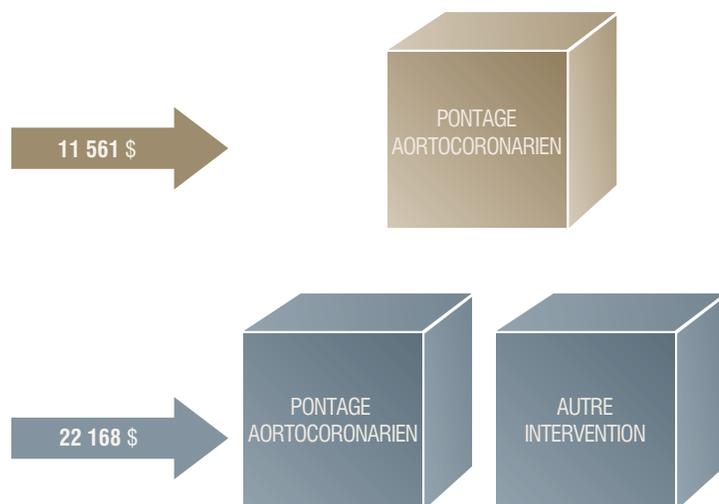
Épisode d'intervention

Les admissions à l'hôpital ne sont pas toutes liées à des chirurgies ou à des visites à la salle d'opération (74 % en 2005-2006). Un peu plus de 1 % d'entre elles étaient liées à deux interventions ou plus. En général, plus le nombre de chirurgies ou de visites à la salle

d'opération était élevé, plus les coûts liés à l'hospitalisation étaient élevés. Par exemple, le coût des hospitalisations chez les patients de 60 à 79 ans ayant subi une colostomie ou une entérostomie était presque deux fois plus élevé, en moyenne, si les patients avaient subi deux interventions au cours d'une même admission.

8 Les coûts augmentent-ils en fonction du nombre d'interventions?

Les coûts associés au traitement des patients qui visitent la salle d'opération plus d'une fois au cours de leur séjour à l'hôpital pourraient être plus élevés. Par exemple, lorsqu'on compare les patients typiques qui n'ont subi qu'un pontage aortocoronarien à ceux qui ont subi deux interventions au cours d'une même hospitalisation, le coût moyen de l'hospitalisation est presque deux fois plus élevé (2005-2006).



Remarques : On ne disposait pas de données comparables pour le Québec. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Sources : Base de données canadienne SIG et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Intervention hors hôpital

Certaines interventions pratiquées dans un établissement de santé autre que celui de traitement ou d'admission sont considérées comme des interventions hors hôpital^{vii}. Cette catégorie englobe moins de 1 % de l'ensemble des cas. Les interventions hors hôpital peuvent entraîner une baisse des coûts moyens par cas pour l'hôpital d'admission. Par exemple, le coût moyen par cas typique associé aux patients de 80 ans et plus hospitalisés pour l'implantation ou le retrait d'un stimulateur cardiaque et qui ont subi une intervention hors hôpital s'élève à 6 385 \$. Cependant, les coûts associés à

l'hospitalisation des patients typiques qui ont subi l'intervention à l'établissement d'admission ou de traitement sont, en moyenne, environ deux fois plus élevés.

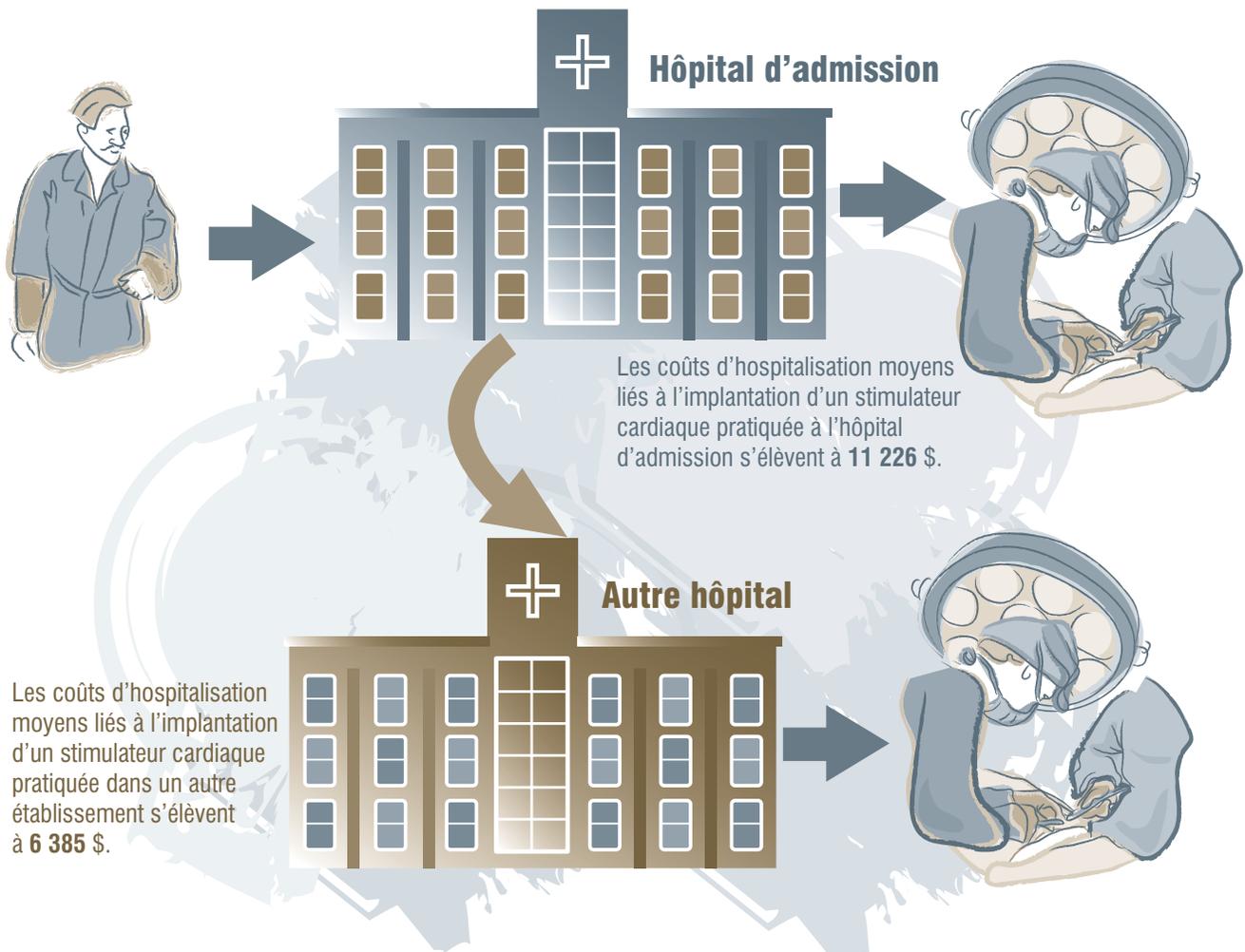
En outre, les coûts hospitaliers moyens par cas typique chez les patients de 60 à 79 ans ayant subi un infarctus et sur lesquels on a pratiqué une angioplastie et une intervention hors hôpital s'élevaient à près de la moitié des coûts hospitaliers moyens associés à des cas semblables traités à l'hôpital d'admission^{viii}.

vii Les patients qui sont envoyés à un autre établissement pour y subir une intervention hors hôpital ne sont pas considérés comme des patients transférés parce qu'ils reviennent à l'hôpital d'admission une fois l'intervention pratiquée à l'autre établissement.

viii Ces patients ne présentaient aucune autre maladie ou intervention signalée.

9 Différences dans les coûts liés à l'implantation d'un stimulateur cardiaque pratiquée à l'hôpital d'admission par rapport à la même intervention pratiquée hors hôpital

Le schéma ci-dessous présente la différence entre les coûts d'hospitalisation moyens liés à l'implantation chez les patients typiques d'un stimulateur cardiaque pratiquée à l'hôpital d'admission par rapport à la même intervention pratiquée dans un autre établissement (2005-2006). Les coûts d'hospitalisation étaient presque deux fois plus élevés lorsque l'intervention était pratiquée à l'hôpital d'admission plutôt que dans un autre établissement.



Remarques : On ne disposait pas de données comparables pour le Québec. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Sources : Base de données canadienne SIG et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

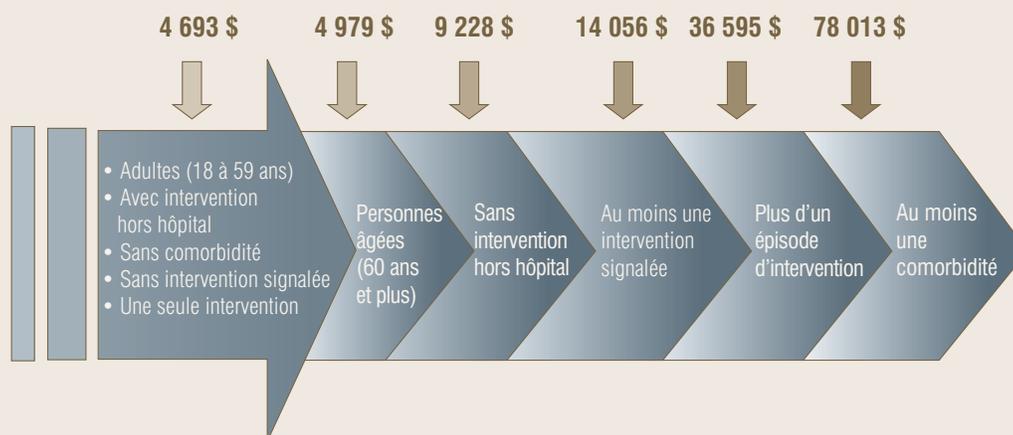
Dans quelle mesure les cinq facteurs d'ajustement influent-ils sur les coûts hospitaliers?

La méthodologie GMA+ utilise cinq facteurs (catégorie d'âge, niveau de comorbidité, intervention signalée, épisode d'intervention et intervention hors hôpital) pour établir la PCR. Les coûts d'hospitalisation moyens varient donc en fonction des pondérations.

La figure qui suit présente un exemple de l'influence cumulative de ces cinq facteurs sur les coûts liés au traitement de patients hospitalisés sur lesquels on a pratiqué une angioplastie à la suite d'un infarctus. Le coût global moyen par hospitalisation pour ces patients s'élevait à 10 553 \$. Cependant, les coûts des séjours à l'hôpital qui leur étaient associés variaient de 4 693 \$ à 78 013 \$ après l'ajustement en fonction de facteurs variés.

10 L'influence des facteurs sur les coûts

La figure qui suit présente l'influence cumulative des facteurs sur les coûts d'hospitalisation en 2005-2006. Le coût moyen par hospitalisation continue d'augmenter au fur et à mesure que d'autres facteurs s'ajoutent. Par exemple, les coûts liés à l'hospitalisation de patients typiques de 60 ans et plus sur lesquels on a pratiqué une angioplastie à l'hôpital d'admission (ne présentant donc aucune intervention hors hôpital), qui nécessitent au moins une intervention signalée, qui ont également subi au moins deux interventions au cours d'une même admission et qui souffrent d'au moins une autre maladie (autre que l'infarctus) sont près de 17 fois plus élevés en moyenne que les coûts liés à l'hospitalisation de patients typiques plus jeunes (18 à 59 ans) dont l'intervention a été pratiquée ailleurs qu'à l'établissement d'admission et qui ne présentaient aucun autre facteur.



Remarques : On ne disposait pas de données comparables pour le Québec. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Sources : Base de données canadienne SIG et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Coûts associés au traitement des patients atypiques et de longue durée

Les coûts typiques des soins de courte durée dispensés à l'hôpital ne brossent pas le tableau complet. Dans les établissements de soins de courte durée, certains patients sont « atypiques », c'est-à-dire qu'ils ne reçoivent pas les soins normaux ou prévus associés à un patient hospitalisé classé dans un GMA particulier. Cette situation survient lorsque le patient se présente à l'établissement, ou en sort, en raison de circonstances qui n'ont pas permis de prévoir la durée totale de son séjour ou les coûts connexes. Cette catégorie de patients inclut les décès, les transferts à destination ou en provenance d'autres établissements de soins de santé de courte durée et les sorties contre l'avis du médecin avant la fin recommandée du traitement. Ils représentent 15 % de

l'ensemble des cas en milieu hospitalier. Étant donné que ces patients sont susceptibles de consommer les ressources différemment, les coûts associés à leurs soins peuvent varier par rapport aux patients « typiques ». Dans certains cas, les patients atypiques peuvent entraîner des coûts plus élevés, dans d'autres, des coûts moindres.

Les patients qui décèdent à l'hôpital ou qui sortent contre l'avis du médecin avant la fin de leur traitement peuvent entraîner des coûts plus ou moins élevés, selon la durée globale de leur séjour et leur consommation des ressources. Par exemple, les coûts moyens associés aux patients qui sortent contre l'avis du médecin avant la fin de leur traitement peuvent être inférieurs à ceux des patients qui restent jusqu'à la fin de leur traitement parce que la durée de leur séjour est plus courte et parce que leur consommation de ressources est moindre.

On peut également qualifier un patient d'atypique s'il est transféré de l'établissement d'admission à un autre établissement aux fins de traitement, possiblement parce que l'hôpital d'admission ne disposait pas des ressources nécessaires au traitement. Les transferts peuvent également découler de complications survenues au cours du séjour d'un patient à l'hôpital ou d'autres facteurs. Certains établissements de soins de courte durée, comme les hôpitaux d'enseignement, peuvent traiter un plus grand nombre de patients transférés et d'autres patients atypiques que d'autres établissements. Ce phénomène peut être attribuable en partie au niveau de spécialisation, à la taille et à l'emplacement de ces hôpitaux. On peut brosser un tableau plus fidèle des coûts liés au transfert de patients en constituant des épisodes de soins qui nous permettent de

suivre ces patients au sein du système de santé. Par exemple, le coût moyen par hospitalisation des patients qui ont subi un infarctus et qui n'ont pas été transférés au cours de leur épisode de soins^{viii} s'élevait à 6 910 \$, contre 8 300 \$ par épisode pour les patients transférés^{ix}.

Les coûts associés aux patients qui séjournent à l'hôpital plus longtemps que d'autres en raison de problèmes similaires ont également tendance à être plus élevés. Les séjours plus longs à l'hôpital peuvent être la cause de complications attribuables aux types de problèmes de santé ou de traitements, à la nécessité d'effectuer des interventions ou des tests plus nombreux ou plus variés et à la nécessité de dispenser des soins plus longs après la chirurgie.

Autres facteurs qui influent sur les coûts hospitaliers globaux

Il existe d'autres facteurs associés aux coûts hospitaliers qui ne peuvent être pris en compte par la méthodologie GMA+. Ces facteurs incluent (sans toutefois s'y limiter) des microfacteurs et des macrofacteurs liés à l'infrastructure des hôpitaux et certaines caractéristiques associées aux patients ou à la population. Par exemple, la gravité de la maladie (en plus des comorbidités du patient) au moment de l'hospitalisation peut influencer sur la durée globale du séjour du patient et sur les coûts³.

viii Cas typiques.

ix Les coûts liés au transfert et d'autres coûts non utilisés dans le calcul des valeurs PCR sont exclus.

Lacunes de l'information

Ce que nous savons

- La variation des dépenses de santé et des hôpitaux au Canada et au fil du temps.
- Les sommes consacrées aux soins de santé en général et aux soins hospitaliers en particulier par les secteurs public et privé au Canada et dans d'autres pays de l'OCDE.
- L'influence de certains facteurs, comme l'âge du patient et le lieu où il est traité, sur les coûts moyens des soins de courte durée.
- La façon de calculer les coûts moyens associés aux patients hospitalisés au moyen de la pondération de la consommation des ressources (PCR) propre aux patients et des données relatives au coût par cas pondéré propres (CPCP) aux hôpitaux.

Ce que nous ignorons

- Les différences dans la couverture des dépenses liées aux hôpitaux, aux médecins et aux médicaments et leur incidence sur les résultats et la rentabilité.
- L'influence des diverses combinaisons de financement public et privé et de la prestation des services sur les coûts, l'accès, la qualité, les résultats et la satisfaction.
- La mesure dans laquelle divers facteurs (par exemple, les différences dans la dotation ou les tendances de pratique, l'organisation des services hospitaliers ainsi que la disponibilité et l'utilisation des services à l'extérieur de l'hôpital) expliquent les différences relatives aux dépenses hospitalières au pays.

Ce qui se passe

- Depuis la période de soumission de données du premier trimestre de 2007-2008, l'ICIS a créé ou amélioré des rapports de la BDCP à l'intention de ses clients, tels que le Programme électronique de comparaison de l'activité des hôpitaux (eCHAP) et le Rapport électronique spécifique aux hôpitaux (eHSR), qui présenteront des renseignements détaillés et comparatifs sur les facteurs des GMA+, y compris les niveaux de comorbidité, les épisodes d'interventions, les interventions signalées et les interventions hors hôpital.
- L'ICIS fera parvenir aux ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, aux régies régionales de la santé ainsi qu'aux établissements les données de la BDCP regroupées afin de refléter la nouvelle méthodologie GMA+ et les indicateurs connexes. Les fichiers de données antérieures ont été distribués à l'automne 2007.
- Le *Rapport sur les hôpitaux de l'Ontario 2007 : Les soins de courte durée*, élaboré par l'ICIS en collaboration avec le Hospital Report Research Collaborative et avec l'aide de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, présente des données à jour sur le rendement financier et certains indicateurs des hôpitaux qui fournissent des soins de courte durée aux patients hospitalisés en Ontario.
- L'ICIS offre maintenant une formation en ligne intitulée *Introduction à la méthodologie GMA+* ainsi qu'un atelier, *Étude approfondie de la méthodologie GMA+*. La formation et l'atelier offrent un aperçu des changements apportés à l'ancienne méthodologie CMG/Plx et expliquent clairement la façon dont la méthodologie GMA+ peut influencer sur les analyses en cours dans divers établissements.

Références

1. Organisation de coopération et de développement économiques, *OECD Health Data, 2007* (CD-ROM), OCDE, 2007.
2. J. Paul, N. Seeman, A. Gagliardi, S. Mahindra, P. Blackstein-Hirsch et A. D. Brown, *New Measures of Ambulatory Care Performance in Ontario: Preliminary System Snapshot, 2006*, Hospital Report Research Collaborative, 2006.
3. E. Yuen, « Severity of Illness and Ambulatory Care Sensitive Conditions », *Medical Care Research Review*, vol. 61, n° 3 (2004), p. 376-391.





Annexe : Groupes de maladies
analogues selon les catégories
cliniques principales

Comment utiliser ces tableaux

Le rapport fournit de l'information sur les coûts associés à la prestation de soins de santé aux Canadiens et se penche particulièrement sur les soins de courte durée offerts à l'hôpital. Le rapport se penche sur l'utilisation de la méthodologie GMA+, qui rassemble les patients hospitalisés en soins de courte durée en catégories cliniques principales (CCP) et regroupe ceux dont les caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources sont similaires en groupes de maladies analogues (GMA). Les tableaux présentés en annexe indiquent les coûts d'hospitalisation moyens chez des patients typiques admis dans des établissements de courte durée et classés dans des GMA selon les CCP. Ils illustrent également la répartition des cas « typiques » et « atypiques » pour l'ensemble des GMA. Vous trouverez les notes techniques relatives à ces données à la fin de la présente annexe.

CCP 01 : Maladies et troubles du système nerveux

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
001	Intervention sur un vaisseau intracrânien sauf l'extraction, approche ouverte	777	28 122	14 098	62,7	23,8	0,3	9,5	3,7
002	Intervention sur un vaisseau intracrânien sauf l'extraction, approche percutanée	487	11 129	9 272	67,6	23,6	0,2	5,3	3,3

Le code et la description du GMA renvoient aux problèmes de santé utilisés pour classer des patients semblables dans un groupe auquel on a attribué un code particulier.

Le volume total renvoie au nombre total de cas typiques, atypiques et particuliers nécessitant un séjour prolongé dans leurs GMA respectifs.

On calcule le coût moyen (moyenne et médiane) des cas typiques de soins de courte durée à partir des données de la Base de données sur les congés des patients et de la Base de données canadienne SIG, puis en appliquant la PCR et le CPCP aux GMA respectifs. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.

Les cas de la BDCP utilisés dans le présent tableau sont classés en tant que cas typiques, atypiques et particuliers nécessitant un séjour prolongé, et sont répartis selon le pourcentage du volume total de cas. Les cas atypiques sont ensuite répartis selon les transferts, les sorties contre l'avis du médecin et les décès.

CCP 01 : Maladies et troubles du système nerveux

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
001	Intervention sur un vaisseau intracrânien sauf l'extraction, approche ouverte	777	28 122	14 098	62,7	23,8	0,3	9,5	3,7
002	Intervention sur un vaisseau intracrânien sauf l'extraction, approche percutanée	487	11 129	9 272	67,6	23,6	0,2	5,3	3,3
003	Autre intervention vasculaire avec diagnostic relié au système nerveux	978	8 165	6 089	87,3	5,9	0,1	1,5	5,1
004	Craniotomie pour drainage	235	20 627	8 863	41,3	40,4	0,0	13,2	5,1
005	Insertion d'un shunt ou moniteur cérébral	1 472	25 127	11 162	64,7	18,5	0,3	12,6	3,9
006	Intervention crânienne	785	16 051	10 961	81,9	12,9	0,1	2,2	2,9
007	Intervention majeure/région thoracique sur la colonne vertébrale/canal rachidien/vertèbres	1 019	12 832	9 238	86,1	9,5	0,1	0,8	3,5
008	Intervention mineure/autre région sur la colonne vertébrale/canal rachidien/vertèbres	1 493	8 192	7 309	92,7	4,8	0,0	0,8	1,7
009	Excision et réparation au cerveau	2 764	12 447	10 138	79,8	13,9	0,2	2,3	3,8
010	Drainage ou libération du cerveau	1 393	7 459	5 816	71,8	21,8	0,1	3,3	2,9
011	Gestion d'un dispositif ou autre intervention mineure au système nerveux	931	6 801	5 608	77,1	14,6	0,2	2,7	5,4
012	Endartériectomie de la carotide	2 542	6 324	5 530	92,1	2,5	0,2	0,4	4,8
013	Intervention majeure sur un nerf/intervention sur un autre site	613	5 991	4 974	91,2	1,3	0,0	0,0	7,5
014	Intervention mineure sur un nerf	262	2 868	2 549	92,7	0,4	0,4	0,4	6,1
023	Maladie de Parkinson/Autre trouble Parkinsonien	1 360	8 903	8 397	77,8	7,5	0,4	5,4	8,9
024	Autre maladie dégénérative du système nerveux	1 217	7 059	4 826	74,5	8,2	0,5	10,4	6,4
025	Épisode hémorragique du système nerveux central	5 273	10 143	6 300	40,2	24,1	0,5	32,2	3,1
026	Épisode ischémique du système nerveux central	12 500	8 829	6 094	67,3	13,2	0,4	13,7	5,5
027	Trouble cérébrovasculaire	1 774	5 654	4 675	71,6	14,7	0,6	8,1	5,0
028	Accident vasculaire cérébral non spécifié	10 114	6 080	4 743	67,5	10,2	0,7	16,3	5,3
029	Accident ischémique transitoire	6 925	2 629	2 410	90,3	4,4	0,9	0,2	4,2
030	Méningite virale	767	2 233	2 071	91,0	5,5	1,3	0,0	2,2
031	Méningite autre que virale	885	8 242	6 182	73,9	20,0	0,7	3,7	1,7
032	Infection et inflammation du système nerveux central, sauf méningite	1 096	10 080	6 574	60,9	26,1	1,4	6,7	5,0
033	Neuropathie ou polynévrite	957	8 083	5 136	76,8	16,7	0,6	2,3	3,6
034	Autre trouble d'un nerf	1 544	3 896	2 880	86,7	7,6	0,6	0,8	4,3

CCP 01 : Maladies et troubles du système nerveux (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
035	Trouble neuromusculaire	604	8 945	7 182	78,6	14,9	0,2	3,0	3,3
036	Sclérose en plaques/ Trouble démyélinisant	1 437	5 866	4 099	83,5	9,5	1,0	1,0	5,1
037	Autre dysfonctionnement du système nerveux central	5 053	5 136	4 332	82,1	7,8	1,7	2,4	6,0
038	Tumeur du système nerveux central	3 850	6 313	5 166	56,9	24,2	0,5	13,2	5,2
039	État de mal épileptique	1 130	6 134	3 570	78,8	14,4	2,0	2,0	2,7
040	Trouble épileptique	13 832	2 626	2 259	86,0	6,2	3,0	0,5	4,3
041	Migraine ou autre céphalée	3 618	1 950	1 782	88,9	6,2	1,3	0,1	3,6
042	Autre trouble du système nerveux central	2 947	5 590	3 274	59,9	17,3	1,1	17,8	3,9
901	Intervention non reliée à la CCP 01	1 498	18 947	10 836	69,1	11,8	0,2	12,9	6,0

CCP 02 : Maladies et troubles de l'œil

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
050	Intervention sur l'orbite ou globe oculaire	605	6 349	5 763	88,4	7,4	0,2	0,0	4,0
051	Extraction et insertion d'un cristallin	833	2 729	2 674	94,5	1,2	0,0	0,0	4,3
052	Vitrectomie	2 875	2 077	2 074	96,7	0,7	0,0	0,0	2,7
053	Intervention extra-oculaire, sauf le système lacrymal	510	1 811	1 799	90,6	2,0	0,4	0,0	7,1
054	Intervention sur la sclère/choroïde/rétine sans vitrectomie	719	1 612	1 590	97,6	0,4	0,0	0,0	1,9
055	Intervention sur le système lacrymal	139	1 365	1 378	92,8	1,4	0,0	0,0	5,8
056	Autre intervention ophtalmique	654	2 111	2 064	91,9	2,9	0,5	0,0	4,7
063	Inflammation de l'orbite	670	2 308	2 361	88,4	8,1	0,6	0,0	3,0
064	Trouble ophtalmologique majeur	496	3 893	3 619	86,7	10,7	0,8	0,2	1,6
065	Autre trouble ophtalmologique	1 135	2 014	1 800	85,8	8,3	1,1	0,0	4,8
902	Intervention non reliée à la CCP 02	51	8 436	5 614	88,2	9,8	0,0	2,0	0,0

CCP 03 : Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche ou de la gorge

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
070	Prothèse cochléaire	330	27 137	24 611	98,5	0,3	0,0	0,0	1,2
071	Excision radicale sur la tête ou le cou	530	38 693	37 435	89,2	6,2	0,2	1,9	2,5
072	Prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire	34	15 799	14 735	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
073	Excision de l'oropharynx	146	10 214	6 542	93,8	1,4	0,0	2,1	2,7
074	Intervention sur le système lymphatique avec diagnostic d'ORL	640	11 427	5 900	93,9	1,7	0,2	1,1	3,1
075	Intervention sur le larynx/trachée avec diagnostic d'ORL	363	9 593	3 895	86,5	8,8	0,6	0,3	3,9
076	Occlusion d'une artère en raison d'une épistaxis	99	6 452	4 777	83,8	11,1	0,0	0,0	5,1
077	Excision partielle du tissu musculo-squelettique de la tête	271	4 378	3 258	91,1	1,1	0,0	0,0	7,7
078	Autre intervention musculo-squelettique sur la tête	4 241	4 808	4 526	97,3	0,3	0,0	0,0	2,3
079	Intervention sur l'oreille externe	266	4 443	4 092	98,1	0,8	0,0	0,0	1,1
080	Autre intervention sur l'oreille	1 115	1 805	1 758	97,0	0,2	0,0	0,0	2,9
081	Intervention sur la voûte palatine/voile du palais/gencive	832	3 528	3 356	96,6	0,2	0,2	0,0	2,9
082	Intervention sur la mastoïde	837	3 281	3 155	94,3	0,5	0,1	0,0	5,1
083	Intervention sur une glande de la région ORL	1 526	3 203	2 863	95,6	0,3	0,0	0,1	4,1
084	Intervention sur les sinus	1 713	2 210	2 175	96,1	0,2	0,0	0,0	3,7
085	Intervention sur la glotte	355	2 970	2 105	90,1	1,4	0,3	0,0	8,2
086	Intervention sur la cavité buccale/pharynx	11 191	1 697	1 659	96,8	0,4	0,2	0,0	2,5
087	Intervention sur le nez/cartilages du nez	1 864	1 929	1 813	97,0	0,4	0,2	0,0	2,4
088	Intervention sur la peau avec diagnostic d'ORL	375	3 281	3 247	95,5	1,1	0,3	0,0	3,2
094	Affection maligne de la région ORL	1 199	9 248	5 244	67,4	12,2	1,0	13,3	6,2
095	Apnée du sommeil	1 530	2 287	1 767	93,1	1,7	0,3	0,0	4,9
096	Épiglottite	349	3 294	2 615	86,5	11,7	0,6	0,3	0,9
097	Grippe et infection des voies respiratoires supérieures	3 743	2 145	1 765	93,1	3,4	0,5	0,2	2,8

CCP 03 : Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche ou de la gorge (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
098	Déséquilibre et perte auditive	6 450	2 137	2 062	93,6	1,8	0,7	0,1	3,8
099	Épistaxis	1 945	1 952	1 876	87,9	7,5	0,7	0,7	3,1
100	Sinusite	626	2 267	2 017	93,5	3,7	1,4	0,0	1,4
101	Affection de la cavité buccale/glandes salivaires/mâchoires	1 986	2 480	2 121	92,8	3,7	0,8	0,3	2,4
102	Otite moyenne avec ou sans tube de ventilation	885	1 986	1 733	94,8	2,6	1,0	0,0	1,6
103	Amygdalite ou pharyngite	4 739	1 231	938	94,2	2,4	1,1	0,0	2,3
104	Croup	2 424	1 013	956	94,3	2,3	0,5	0,0	3,0
105	Troubles divers de la région ORL	2 753	2 488	1 983	88,6	5,7	0,9	0,3	4,5
903	Intervention non reliée à la CCP 03	181	11 886	4 923	77,3	7,2	0,0	6,1	9,4

CCP 04 : Maladies et troubles de l'appareil respiratoire

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
110	Grefte de poumon	78	93 985	52 921	78,2	6,4	0,0	10,3	5,1
111	Résection ouverte d'un poumon par voie intrapéricardique	91	16 036	12 253	80,2	4,4	0,0	7,7	7,7
112	Résection ouverte d'un poumon par voie thoracique	3 867	13 716	10 146	90,3	4,0	0,2	2,3	3,2
113	Pleurectomie	837	12 863	8 553	70,1	24,6	0,1	2,3	2,9
114	Résection d'un poumon par voie endoscopique	1 019	7 353	6 085	90,2	6,2	0,1	0,9	2,6
115	Biopsie et inspection de l'appareil respiratoire	1 416	9 431	4 739	81,5	9,6	0,1	5,8	3,0
116	Pleurodèse	140	7 113	6 328	81,4	7,1	0,0	7,1	4,3
117	Autre intervention sur l'appareil respiratoire	1 729	13 303	6 597	71,3	15,6	0,3	9,5	3,2
118	Intervention sur le système osseux avec diagnostic de trouble respiratoire	174	11 802	7 051	84,5	6,3	0,0	2,9	6,3
119	Excision et biopsie de ganglions lymphatiques avec diagnostic de trouble respiratoire	389	4 427	3 440	82,5	9,5	0,3	4,4	3,3

CCP 04 : Maladies et troubles de l'appareil respiratoire (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
120	Autre intervention avec diagnostic de trouble respiratoire	443	32 982	14 685	58,2	17,8	0,7	16,7	6,5
130	Insuffisance respiratoire	3 888	25 827	11 104	40,9	18,0	0,7	37,7	2,7
131	Échec ou rejet d'une greffe de poumon	43	9 876	7 802	81,4	7,0	0,0	9,3	2,3
132	Tumeur maligne de l'appareil respiratoire	11 319	7 074	5 225	55,5	11,0	0,4	29,3	4,0
133	Maladie infectieuse ou parasitaire de l'appareil respiratoire	216	14 549	7 140	69,4	17,6	0,9	9,7	2,3
134	Tuberculose de l'appareil respiratoire	500	10 122	8 272	72,6	15,8	3,4	4,4	3,8
135	Pneumopathie par aspiration	4 931	11 004	6 239	62,8	6,8	1,0	25,9	3,6
136	Pneumonie bactérienne	2 987	8 868	5 254	72,9	9,7	1,5	12,1	3,8
137	Maladie bactérienne de l'appareil respiratoire	203	9 204	5 550	77,8	14,3	1,0	5,9	1,0
138	Pneumonie virale ou non précisée	45 173	4 327	3 958	82,0	5,5	1,2	7,9	3,4
139	Maladie pulmonaire obstructive chronique	52 296	5 178	3 816	84,5	3,9	1,0	6,6	4,0
140	Bronchectasie	692	5 469	4 403	90,0	3,2	0,4	3,3	3,0
141	Infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures	10 888	2 740	2 527	91,7	4,9	0,6	0,2	2,5
142	Autre affection pulmonaire	5 323	7 588	4 773	64,9	15,1	0,9	16,0	3,1
143	Affection de la plèvre	3 378	5 126	4 154	74,5	14,9	1,4	5,9	3,4
144	Pneumothorax	1 701	2 734	2 138	75,7	18,6	0,6	2,4	2,7
145	Trouble respiratoire postopératoire	1 532	3 311	2 269	82,2	11,2	0,6	2,6	3,5
146	Brûlure des voies respiratoires	39	8 087	–	74,4	17,9	2,6	2,6	2,6
147	Asthme	17 140	1 918	1 779	93,8	2,7	1,4	0,1	1,9
148	Autre trouble respiratoire	2 750	3 923	2 795	77,7	11,9	0,8	3,2	6,4
149	Signe ou symptôme de l'appareil respiratoire	5 270	2 727	2 592	85,4	8,0	1,7	2,2	2,7
904	Intervention non reliée à la CCP 04	2 112	33 811	15 844	59,4	13,7	0,3	22,1	4,5

CCP 05 : Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
160	Grefe du cœur	143	74 576	56 255	62,9	17,5	0,0	13,3	6,3
161	Implantation d'un défibrillateur à synchronisation automatique	1 946	30 274	24 553	73,2	23,9	0,1	0,3	2,6
162	Remplacement de valvule cardiaque	5 069	23 341	20 386	72,5	18,8	0,1	5,1	3,6
163	Intervention cardiothoracique majeure avec pompe	820	24 184	18 226	80,9	10,0	0,1	5,4	3,7
164	Intervention cardiothoracique majeure sans pompe	761	21 334	14 431	74,4	13,0	0,3	7,9	4,5
165	Réparation de valvule cardiaque, sauf par approche transluminale percutanée	1 239	20 506	17 175	74,7	18,3	0,2	4,4	2,3
166	Pontage aortocoronarien avec cathéter cardiaque avec IM/choc/arrêt cardiaque avec pompe	1 389	30 608	27 153	54,0	37,6	0,0	6,7	1,7
167	Pontage aortocoronarien avec cathéter cardiaque avec IM/choc/arrêt cardiaque sans pompe	160	31 443	29 282	70,6	23,8	0,0	3,1	2,5
168	Pontage aortocoronarien avec cathéter cardiaque avec IM/choc/arrêt cardiaque sans pompe	1 592	22 331	20 795	57,9	38,7	0,1	1,8	1,6
169	Pontage aortocoronarien avec cathéter cardiaque sans IM/choc/arrêt cardiaque sans pompe	177	24 267	23 179	81,4	15,8	0,6	1,1	1,1
170	Pontage aortocoronarien sans cathéter cardiaque avec IM/choc/arrêt cardiaque avec pompe	1 245	24 900	22 302	32,7	59,7	0,1	5,6	1,9
171	Pontage aortocoronarien sans cathéter cardiaque avec IM/choc/arrêt cardiaque sans pompe	165	26 206	24 334	30,9	67,3	0,0	1,8	0,0
172	Pontage aortocoronarien sans cathéter cardiaque sans IM/choc/arrêt cardiaque avec/sans pompe	9 789	15 173	15 910	73,5	21,1	0,1	0,7	4,6
173	Intervention cardiothoracique mineure	379	13 959	10 143	68,6	20,3	0,3	7,4	3,4
174	Implantation/retrait d'un stimulateur cardiaque, sauf défibrillateur à autosynchronisation	9 967	12 120	10 116	77,9	17,3	0,1	2,2	2,5
175	Intervention coronarienne percutanée avec IM/choc/arrêt/insuffisance cardiaque	12 397	10 553	9 061	62,8	32,2	0,4	2,4	2,2
176	Intervention coronarienne percutanée sans IM/choc/arrêt/insuffisance cardiaque	15 442	5 810	5 901	68,0	28,3	0,2	0,1	3,4

CCP 05 : Maladies et troubles de l'appareil circulatoire (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
177	Gestion d'un stimulateur cardiaque ou d'électrodes épicaudiques	939	8 503	7 377	91,2	5,1	0,1	0,3	3,3
178	Intervention cardiothoracique transluminale percutanée, sauf intervention coronarienne percutanée	1 253	8 613	7 511	76,6	10,9	0,2	8,1	4,2
179	Intervention sur le système de conduction cardiaque	2 110	4 061	3 583	85,3	4,5	0,2	0,0	10,0
180	Amputation d'un membre, sauf une main ou un pied	1 198	19 600	14 490	62,9	23,6	0,5	10,4	2,6
181	Intervention sur l'aorte abdominale	4 461	17 613	13 369	83,5	6,9	0,2	6,6	2,8
182	Dérivation et extraction d'une veine ou d'une artère d'un membre	4 328	9 995	7 900	84,5	9,2	0,2	3,5	2,6
183	Amputation d'une main ou d'un pied	328	7 674	5 943	83,5	11,6	0,3	2,4	2,1
184	Éveinage ou ligature d'une veine	635	1 948	1 980	98,4	0,3	0,0	0,0	1,3
185	Interventions vasculaires diverses	3 232	8 631	5 835	86,9	7,6	0,4	2,6	2,5
193	Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque avec cathéter cardiaque	7 401	7 622	6 382	58,0	37,3	0,6	2,0	2,1
194	Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque sans cathéter cardiaque	28 446	6 910	5 276	51,3	29,4	1,0	15,0	3,2
195	Insuffisance cardiaque avec cathéter cardiaque	1 396	9 319	7 434	71,4	22,9	0,4	2,7	2,7
196	Insuffisance cardiaque sans cathéter cardiaque	39 617	5 336	4 553	79,0	6,0	0,7	10,0	4,2
197	Maladie hypertensive, sauf hypertension artérielle bénigne	893	5 914	4 802	85,0	8,1	0,7	3,1	3,1
198	Trouble cardiaque congénital	362	5 438	4 822	72,1	18,8	0,3	1,7	7,2
199	Maladie valvulaire cardiaque	2 375	7 511	5 079	53,7	33,7	3,5	6,7	2,4
200	Embolie pulmonaire	5 192	4 935	4 060	83,0	7,8	0,5	5,9	2,8
201	Arythmie avec cathéter cardiaque	933	7 389	6 394	74,5	22,7	0,5	0,2	2,0
202	Arythmie sans cathéter cardiaque	29 216	3 358	2 928	85,6	8,7	0,8	1,7	3,2
203	Angine instable/cardiopathie artériocléreuse avec cathéter cardiaque	9 218	4 543	4 261	61,7	35,8	0,5	0,4	1,6
204	Angine instable/cardiopathie artériocléreuse sans cathéter cardiaque	23 304	3 247	2 941	66,4	25,6	1,8	1,6	4,6
205	Syncope	9 889	2 579	2 462	90,8	3,4	1,4	0,4	4,0
206	Hypertension artérielle bénigne	4 168	2 581	2 489	92,2	2,9	1,1	0,2	3,6
207	Angine, sauf instable, et douleur thoracique avec cathéter cardiaque	4 893	3 839	4 007	82,3	16,0	0,3	0,1	1,3
208	Angine, sauf instable, et douleur thoracique sans cathéter cardiaque	29 458	1 956	2 028	90,2	3,6	2,0	0,1	4,1

CCP 05 : Maladies et troubles de l'appareil circulatoire (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
209	Troubles cardiaques divers	11 309	4 382	3 602	76,5	14,6	1,1	3,9	3,8
210	Embolie et thrombose, sauf thrombophlébite profonde	678	5 700	5 133	75,8	16,1	0,7	4,4	2,9
211	Thrombophlébite profonde	2 443	4 217	3 677	87,4	6,6	0,9	1,9	3,3
212	Maladie vasculaire périphérique	1 052	3 962	3 321	65,9	19,5	0,9	8,6	5,2
213	Maladies vasculaires diverses	3 698	4 835	3 986	67,3	17,9	0,9	11,3	2,5
905	Intervention non reliée à la CCP 05	2 286	13 282	9 969	70,4	11,6	0,6	13,8	3,6

CCP 06 : Maladies et troubles de l'appareil digestif

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
220	Reconstruction ou excision majeure des voies gastro-intestinales supérieures	989	20 531	11 986	79,1	8,9	0,3	7,8	3,9
221	Colostomie ou entérostomie	8 430	18 000	10 908	79,8	8,4	0,2	7,7	3,9
222	Résection du gros intestin ou rectum approche ouverte sans colostomie non planifiée	5 341	15 823	8 872	84,6	7,4	0,2	5,2	2,6
223	Résection du gros intestin ou rectum approche ouverte sans colostomie planifiée	11 809	10 312	7 860	93,0	2,9	0,1	1,3	2,8
224	Intervention majeure sur l'œsophage	421	31 576	21 260	82,4	6,4	0,2	6,4	4,5
225	Excision mineure ou réparation voies gastro-intestinales supérieures non planifiée	4 330	13 703	8 841	80,6	8,6	0,4	7,2	3,1
226	Excision mineure ou réparation voies gastro-intestinales supérieures planifiée	5 435	7 900	6 219	93,4	3,5	0,2	1,0	2,0
227	Résection du gros intestin ou rectum approche endoscopique sans colostomie	1 931	7 844	6 820	94,9	1,9	0,1	1,1	2,1
228	Réparation de hernie complexe	8 218	3 583	3 129	96,8	1,2	0,2	0,1	1,7
229	Réparation de hernie non complexe	13 784	2 903	2 735	96,5	0,9	0,5	0,1	2,0
230	Réparation, fixation ou autre intervention modérée voies gastro-intestinales inférieures	689	5 520	5 133	93,9	2,5	0,1	1,0	2,5
231	Intervention mineure sur les voies gastro-intestinales supérieures	4 072	5 418	3 725	80,9	10,8	1,1	4,1	3,2
232	Intervention mineure sur les voies gastro-intestinales inférieures	5 818	3 521	3 165	91,5	3,7	0,3	1,3	3,1

CCP 06 : Maladies et troubles de l'appareil digestif (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
233	Appendicectomie compliquée	5 636	4 640	3 893	94,0	4,4	0,2	0,1	1,3
234	Appendicectomie simple	15 511	2 619	2 535	95,5	2,2	0,2	0,0	2,0
235	Intervention sur l'anus, sauf reconstruction	2 448	2 166	2 003	95,1	0,9	0,4	0,1	3,4
236	Retrait d'un corps étranger dans les voies gastro-intestinales supérieures	628	1 251	1 158	86,8	4,8	0,5	0,5	7,5
237	Autre intervention avec diagnostic gastro-intestinal	5 429	7 104	5 354	88,4	5,0	0,3	4,0	2,3
248	Entérite grave	5 547	5 166	3 989	81,1	5,7	0,3	9,3	3,6
249	Entérite	26 084	1 953	1 794	93,7	2,3	0,9	0,4	2,8
250	Tumeur maligne de l'appareil digestif	5 962	6 235	5 199	62,0	10,4	0,3	22,3	4,9
251	Ulcère compliqué	1 027	4 281	3 161	78,4	12,4	2,1	3,2	3,9
252	Ulcère non compliqué	1 498	2 901	2 779	90,6	4,8	1,2	0,5	2,9
253	Maladie inflammatoire de l'intestin	6 596	3 892	3 032	90,1	5,5	2,0	0,3	2,0
254	Hémorragie gastro-intestinale	18 159	3 270	2 748	82,5	8,5	1,6	3,9	3,5
255	Occlusion gastro-intestinale	17 943	3 004	2 580	84,4	9,2	1,0	2,8	2,6
256	Oesophagite, gastrite et maladies diverses de l'appareil digestif	19 994	2 861	2 776	91,7	3,8	1,2	0,7	2,6
257	Signe ou symptôme de l'appareil digestif	36 074	2 224	1 723	89,0	5,0	2,0	0,7	3,4
258	Autre trouble gastro-intestinal	10 093	3 434	2 785	78,6	14,4	0,8	3,0	3,2
906	Intervention non reliée à la CCP 06	1 964	8 188	5 932	82,1	9,0	0,3	5,2	3,4

CCP 07 : Maladies et troubles de l'appareil hépatobiliaire ou du pancréas

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
270	Greffe du foie, du pancréas ou du duodénum	292	54 187	34 534	67,8	19,2	0,0	7,9	5,1
271	Excision du pancréas avec le duodénum	464	27 703	21 124	82,8	9,5	0,0	5,4	2,4
272	Drainage ou biopsie du pancréas	232	22 960	15 733	69,4	19,4	0,9	8,2	2,2
273	Pontage ou excision du pancréas	260	30 705	19 029	80,8	10,8	0,8	5,0	2,7
274	Intervention hépato-biliaire majeure	1 542	15 109	11 125	86,3	6,5	0,1	3,3	3,8
275	Intervention hépato-biliaire mineure	1 167	6 026	4 827	85,5	5,8	0,4	4,3	3,9
276	Cholécystectomie ouverte avec exploration du canal cholédoque	372	11 304	7 672	87,6	7,5	0,5	2,4	1,9
277	Cholécystectomie ouverte sans exploration du canal cholédoque	2 494	8 173	6 405	89,7	6,1	0,1	1,6	2,5
278	Cholécystotomie laparoscopique avec ou sans exploration du canal cholédoque	15 423	3 107	2 755	95,0	2,1	0,2	0,1	2,5
279	Drainage hépato-biliaire	107	12 306	7 773	78,5	11,2	0,0	7,5	2,8
280	Dilatation ou drainage du canal cholédoque	1 634	6 282	4 894	83,7	9,1	0,2	4,7	2,4
281	Extraction ou destruction d'un calcul du canal cholédoque	3 599	4 731	3 940	90,1	6,1	0,6	0,7	2,4
282	Autre intervention liée au système hépato-biliaire	1 057	5 430	4 232	80,6	6,9	0,9	6,9	4,7
283	Échec et rejet d'une greffe du foie, du pancréas ou du duodénum	92	6 519	5 075	80,4	10,9	1,1	5,4	2,2
284	Tumeur maligne hépato-biliaire ou pancréatique	4 677	5 897	4 644	57,2	9,0	0,4	29,5	3,9
285	Cirrhose et hépatite alcoolique	6 599	5 513	4 353	67,4	9,6	2,8	16,6	3,6
286	Affection du foie sauf cirrhose et tumeur maligne	2 534	4 406	3 183	76,0	12,7	1,8	6,3	3,2
287	Trouble du pancréas sauf tumeur maligne	11 656	3 672	2 478	86,2	7,1	2,9	1,6	2,2
288	Trouble des voies biliaires	10 397	2 913	2 927	83,9	11,6	1,1	1,1	2,3
907	Intervention non reliée à la CCP 07	591	12 330	6 101	71,4	9,8	0,2	15,2	3,4

CCP 08 : Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles ou du tissu conjonctif

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
300	Remplacement articulaire avec tumeur maligne	111	24 040	15 937	68,5	23,4	0,0	6,3	1,8
301	Intervention sur le dos ou le cou avec tumeur maligne	328	20 006	12 451	69,5	22,3	0,0	4,9	3,4
302	Intervention sur un membre inférieur avec lambeau ou greffon et tumeur maligne	176	12 557	9 134	92,0	5,7	0,0	1,1	1,1
303	Fixation d'un membre inférieur avec tumeur maligne	117	13 756	9 422	66,7	20,5	0,0	9,4	3,4
304	Autre intervention sur un membre inférieur avec tumeur maligne	187	8 073	6 212	91,4	4,3	0,0	1,1	3,2
305	Intervention sur un os crano-facial avec tumeur maligne	80	18 742	7 652	91,3	2,5	0,0	0,0	6,3
306	Intervention sur un membre supérieur avec lambeau ou greffon et tumeur maligne	79	8 951	7 683	93,7	3,8	0,0	0,0	2,5
307	Autre intervention sur un membre supérieur avec tumeur maligne	59	6 654	5 718	88,1	5,1	0,0	1,7	5,1
308	Autre intervention musculo-squelettique avec tumeur maligne	244	8 903	5 998	92,2	2,5	0,0	1,2	4,1
312	Intervention sur la colonne thoracique/C1/C2	907	21 064	14 676	87,8	6,4	0,3	0,4	5,1
313	Intervention sur les vertèbres de la colonne vertébrale	8 089	8 516	7 588	91,9	3,8	0,2	0,1	4,0
314	Autre intervention sur le dos ou le cou	4 855	4 218	3 921	94,2	2,1	0,2	0,1	3,4
315	Arthroplastie bilatérale de la hanche ou du genou	1 146	12 332	11 359	95,5	2,0	0,1	0,6	1,7
316	Reprise d'une arthroplastie de la hanche avec infection	524	19 455	12 497	72,9	22,5	0,0	1,9	2,7
317	Reprise d'une arthroplastie de la hanche sans infection	2 783	11 830	10 305	84,4	11,4	0,0	0,6	3,6
318	Reprise d'une arthroplastie du genou avec infection	551	16 610	11 145	81,3	15,1	0,4	0,4	2,9
319	Reprise d'une arthroplastie du genou sans infection	1 727	10 264	9 394	92,4	4,5	0,2	0,1	2,9
320	Arthroplastie unilatérale de la hanche	19 567	9 122	8 777	91,1	5,0	0,1	0,2	3,7
321	Arthroplastie unilatérale du genou	31 080	8 093	7 806	94,6	3,4	0,1	0,1	1,8
322	Intervention ouverte au genou sauf une fixation avec infection	250	10 775	9 200	86,0	10,4	0,4	1,6	1,6
323	Intervention ouverte au genou sauf une fixation sans infection	1 174	3 557	3 203	95,6	2,0	0,0	0,0	2,4

CCP 08 : Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles ou du tissu conjonctif (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
324	Intervention close au genou sauf une fixation avec infection	272	9 999	6 239	80,5	15,4	1,1	0,4	2,6
325	Intervention close au genou sauf une fixation sans infection	3 135	2 895	2 848	96,1	0,3	0,2	0,0	3,3
326	Arthroplastie de l'épaule	1 297	7 789	7 431	95,3	1,9	0,2	0,2	2,5
327	Autre remplacement articulaire	620	6 803	6 185	96,6	1,0	0,2	0,0	2,3
328	Résection ou amputation du pelvis ou de la jambe avec infection	585	12 707	10 002	76,9	16,1	1,0	2,2	3,8
329	Résection ou amputation du pelvis ou de la jambe sans infection	886	6 004	4 939	84,4	9,3	0,3	1,4	4,6
330	Fixation d'un membre inférieur, sauf la cheville et le pied	1 785	7 308	5 494	86,2	9,6	0,1	1,5	2,7
331	Ostéotomie d'un membre inférieur, sauf un pied	1 469	5 597	4 966	96,8	1,6	0,1	0,0	1,6
332	Autre réparation d'un os de la jambe, sauf la cheville et le pied	948	3 986	3 214	91,1	4,1	0,6	0,2	3,9
333	Intervention majeure sur le pied, sauf les tissus mous avec infection	395	6 867	4 423	87,3	6,8	1,0	0,8	4,1
334	Intervention majeure sur le pied, sauf les tissus mous sans infection	2 653	3 770	3 549	94,5	1,2	0,0	0,1	4,1
335	Autre intervention sur le pied, sauf les tissus mous	1 504	2 008	1 874	95,7	0,3	0,0	0,0	3,9
336	Résection, amputation ou fixation d'un membre supérieur, sauf l'épaule ou la main	1 167	4 249	3 564	92,8	1,5	0,3	0,1	5,4
337	Intervention sur la main	1 382	2 973	2 707	92,3	0,8	0,4	0,0	6,4
338	Ostéotomie d'un membre supérieur, sauf la main	273	2 976	2 870	97,1	0,4	0,0	0,4	2,2
339	Intervention sur un autre membre supérieur, sauf la main	152	2 481	2 331	96,7	0,7	0,0	0,0	2,6
340	Intervention sur le coude	431	3 755	3 028	92,6	1,2	0,5	0,0	5,8
341	Intervention sur l'épaule ou la coiffe des rotateurs	4 596	2 738	2 605	96,2	0,2	0,1	0,1	3,4
342	Biopsie ou inspection effractive d'un os	509	3 958	3 353	87,8	1,8	0,6	0,2	9,6
343	Autre intervention musculo-squelettique, sauf sur les tissus mous	222	3 866	3 028	93,7	1,8	0,5	0,0	4,1
344	Intervention sur les tissus mous d'un membre supérieur	389	4 007	3 009	93,6	2,8	1,3	0,5	1,8
345	Intervention sur les tissus mous d'un membre inférieur	2 709	3 135	2 667	93,3	2,0	0,1	0,3	4,2

CCP 08 : Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles ou du tissu conjonctif (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
346	Autre intervention sur les tissus mous du système musculo-squelettique	289	7 657	4 838	84,8	9,7	0,7	2,8	2,1
347	Intervention sur un os cranio-facial avec diagnostic du système musculo-squelettique	882	6 574	4 371	93,2	1,1	0,6	0,2	4,9
348	Intervention sur la peau avec diagnostic du système musculo-squelettique	469	8 202	5 158	86,4	8,3	0,9	0,2	4,3
349	Intervention sur un nerf avec diagnostic du système musculo-squelettique	475	4 700	3 565	92,0	0,8	0,0	0,4	6,7
357	Tumeur maligne du système musculo-squelettique	2 354	8 829	6 659	60,6	19,3	0,7	16,0	3,4
358	Fracture pathologique	2 160	9 280	7 215	79,6	10,6	0,5	3,9	5,4
359	Ostéomyélite ou arthrite septique	1 823	8 240	5 633	69,4	20,3	4,2	2,0	4,1
360	Maladie des vertèbres ou des disques	4 491	4 328	4 141	85,5	8,9	1,0	0,8	3,8
361	Affection disséminée du tissu conjonctif	1 734	5 327	3 875	83,4	9,0	0,8	2,2	4,6
362	Arthrite	4 619	4 442	3 867	90,7	4,1	0,5	0,5	4,2
363	Autre affection des tissus mous	1 532	4 986	4 288	81,8	9,1	2,9	2,0	4,2
364	Douleur dorsale ou tour de reins	5 516	2 961	3 043	90,8	3,9	1,8	0,5	2,9
365	Douleurs ou raideurs, sauf dans le dos	2 235	3 005	2 975	88,0	5,8	1,3	0,9	4,1
366	Autre trouble du système musculo-squelettique	1 096	7 276	5 799	72,4	17,7	0,8	4,5	4,6
367	Autres syndromes et déformations	430	7 922	7 703	79,8	14,0	0,5	1,4	4,4
368	Surveillance orthopédique	2 225	3 719	3 294	71,0	22,6	1,1	1,5	3,9
369	Entorse, foulure, problème d'articulation ou de tendon	2 342	2 610	2 649	89,3	5,1	1,3	0,1	4,2
908	Intervention non reliée à la CCP 08	685	14 983	6 853	77,2	8,8	0,4	5,4	8,2
999	Données non groupables	2	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

CCP 09 : Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et du sein

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
380	Intervention majeure sur un os ou une articulation avec diagnostic de l'appareil cutané	603	18 777	12 855	72,3	14,9	1,2	6,3	5,3
381	Intervention mineure sur un os ou une articulation avec diagnostic de l'appareil cutané	650	10 503	5 063	86,8	7,2	1,4	0,9	3,7
382	Intervention sur un muscle, un tendon ou les tissus mous avec diagnostic de l'appareil cutané	2 334	6 209	4 745	89,3	4,9	1,9	1,0	2,8
383	Intervention autre que sur l'appareil cutané avec greffe cutanée	320	10 689	6 996	86,9	9,1	0,3	0,9	2,8
384	Intervention autre que sur l'appareil cutané sans greffe cutanée	709	6 252	5 117	91,0	2,4	0,6	0,8	5,2
385	Réparation ou reconstruction du sein	1 557	6 307	5 964	99,0	0,1	0,1	0,1	0,8
386	Excision radicale/totale du sein, bilatéral	288	5 348	5 262	96,9	0,3	0,0	0,0	2,8
387	Excision radicale/totale du sein, unilatéral	5 868	3 903	3 767	95,8	0,6	0,0	0,1	3,5
388	Excision partielle du sein avec diagnostic de tumeur maligne du sein	4 108	3 444	3 337	96,0	0,1	0,0	0,0	3,8
389	Excision partielle du sein sans diagnostic de tumeur maligne du sein	849	2 690	2 621	96,7	0,2	0,1	0,0	2,9
390	Autre intervention sur le sein	4 941	3 043	2 928	97,6	0,3	0,0	0,0	2,1
391	Intervention sur le système lymphatique avec diagnostic de l'appareil cutané	319	2 741	2 516	95,9	0,6	0,0	0,3	3,1
392	Autre intervention sur la peau ou le tissu sous-cutané	3 553	4 111	3 532	93,1	1,8	0,5	0,1	4,5
401	Ulcère de décubitus ou ulcère d'un membre inférieur NCA	1 370	11 153	8 254	77,2	11,1	2,3	4,1	5,3
402	Diabète avec ulcère du pied	1 439	7 226	5 918	77,3	13,1	2,8	3,1	3,6
403	Tumeur maligne de la peau	244	5 922	4 642	58,2	6,1	0,8	26,6	8,2
404	Tumeur maligne du sein	916	8 019	5 536	52,4	9,8	0,4	33,1	4,3
405	Cellulite	12 563	3 939	3 719	88,1	4,8	2,7	0,8	3,6
406	Abcès	1 214	3 499	2 605	82,1	7,7	7,2	0,2	2,7
407	Autre maladie ou trouble de la peau ou du tissu sous-cutané	4 185	3 216	2 543	89,7	4,9	1,5	0,8	3,0
408	Lésion de la peau, du tissu sous-cutané ou du sein	1 859	2 682	3 278	89,2	3,3	2,2	0,4	4,9
409	Affection bénigne du sein	245	2 228	1 951	90,6	2,9	1,6	0,4	4,5
909	Intervention non reliée à la CCP 09	347	10 638	6 308	84,1	6,6	0,9	4,0	4,3
999	Données non groupables	4	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

CCP 10 : Maladies et troubles endocriniens, nutritionnels et métaboliques

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
110	Grefe de poumon	35	65 216	–	65,7	20,0	0,0	8,6	5,7
270	Grefe du foie, du pancréas ou du duodénum	37	31 638	27 054	97,3	2,7	0,0	0,0	0,0
271	Excision du pancréas avec le duodénum	3	–	–	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0
273	Pontage ou excision du pancréas	58	22 206	17 905	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
420	Intervention sur l'hypophyse ou l'épiphyse cérébrale	510	10 279	7 696	93,3	3,3	0,2	0,4	2,7
421	Intervention sur la glande surrénale	369	8 268	6 666	95,1	1,4	0,5	0,3	2,7
422	Réduction par gastroplastie ou pontage gastrique avec obésité	703	8 961	7 287	98,3	0,1	0,0	0,6	1,0
423	Réduction de taille de la peau ou du tissu cutané	1 154	3 469	3 321	97,0	0,2	0,0	0,0	2,9
424	Intervention sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde ou le thymus	9 040	3 412	3 214	95,9	0,1	0,0	0,1	3,9
425	Autre intervention avec diagnostic du système endocrinien	86	19 854	9 209	74,4	9,3	1,2	12,8	2,3
432	Fibrose kystique	1 038	12 533	8 944	89,4	6,7	1,3	1,4	1,2
433	Trouble nutritionnel	2 235	6 958	5 417	82,7	9,2	1,4	3,8	3,0
434	Maladie ou trouble de la glande surrénale ou l'hypophyse	1 141	4 862	4 222	86,0	8,6	1,0	2,1	2,4
435	Trouble du métabolisme	1 312	5 396	4 732	84,2	8,3	0,9	3,7	2,9
436	Déséquilibre hydrique ou électrolytique	7 324	3 403	2 722	87,6	4,3	1,7	2,5	3,9
437	Diabète	20 010	3 841	2 536	84,8	6,4	3,0	2,1	3,8
438	Déshydratation	5 629	3 409	2 775	87,7	2,8	0,9	4,6	4,1
439	Maladie ou trouble du pancréas	941	2 871	2 140	87,5	5,2	2,4	1,5	3,4
440	Maladie ou trouble de la glande thyroïde ou parathyroïde	1 074	2 699	1 683	85,6	5,4	0,8	2,6	5,6
910	Intervention non reliée à la CCP 10	3 637	11 456	6 430	76,4	13,5	0,6	5,4	4,1

CCP 11 : Maladies et troubles du rein, de l'appareil urinaire ou de l'appareil génital de l'homme

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
450	Greffe de rein	752	21 609	14 668	95,6	2,4	0,1	0,3	1,6
451	Donneur de rein	384	7 031	6 873	99,5	0,3	0,0	0,0	0,3
452	Excision radicale ou reconstruction de la vessie	925	19 492	13 067	91,4	4,3	0,1	1,9	2,3
453	Extériorisation des voies urinaires hautes	107	15 768	12 404	87,9	7,5	0,9	1,9	1,9
454	Réparation majeure des voies urinaires hautes	4 562	8 512	7 100	95,3	1,6	0,1	0,8	2,2
455	Intervention mineure sur les voies urinaires hautes approche endoscopique ou ouverte	3 026	6 461	4 745	92,1	3,6	0,3	1,0	2,9
456	Intervention mineure sur les voies urinaires hautes approche externe ou par voie naturelle	7 985	2 628	2 287	90,5	4,9	0,2	0,2	4,1
457	Intervention majeure sur les voies urinaires basses	705	7 684	5 936	94,3	2,3	0,3	1,3	1,8
458	Intervention mineure sur les voies urinaires basses, admission non planifiée	1 660	4 153	2 947	90,7	3,4	0,2	1,6	4,0
459	Intervention mineure sur les voies urinaires basses, admission planifiée	7 025	2 305	2 229	94,5	1,4	0,1	0,1	3,9
460	Intervention majeure sur l'appareil reproducteur masculin	1 750	3 212	2 768	91,0	2,6	0,3	0,3	5,8
461	Intervention mineure sur l'appareil reproducteur masculin	1 027	1 775	1 915	92,6	0,9	0,1	0,0	6,4
462	Excision radicale de la prostate	5 961	6 846	6 544	97,9	0,3	0,0	0,1	1,6
463	Excision partielle de la prostate, approche ouverte	248	5 257	4 791	94,8	1,6	0,0	0,0	3,6
464	Excision partielle ou destruction de la prostate, approche fermée	15 601	2 980	2 770	95,1	1,3	0,1	0,2	3,4
465	Intervention reliée à la dialyse admission non planifiée	179	16 740	14 006	83,8	5,0	0,0	6,7	4,5
466	Intervention reliée à la dialyse admission planifiée	682	3 485	2 572	90,5	3,2	0,3	0,7	5,3
467	Autre intervention avec diagnostic de l'appareil urinaire	788	8 841	5 500	86,5	7,0	0,1	3,9	2,4
477	Insuffisance rénale	10 589	6 592	4 484	63,6	16,5	1,0	14,7	4,1
478	Tumeur maligne de l'appareil urinaire	1 507	5 863	4 860	60,7	12,9	0,1	20,2	6,1
479	Tumeur maligne de l'appareil reproducteur masculin	1 224	5 117	4 311	61,6	11,1	0,3	21,2	5,8
480	Maladie de rein	2 011	4 999	3 379	73,9	16,3	1,0	3,9	4,9

CCP 11 : Maladies et troubles du rein, de l'appareil urinaire ou de l'appareil génital de l'homme (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
481	Autre affection de l'appareil urinaire	1 407	3 122	2 741	84,6	8,9	0,6	1,2	4,6
482	Autre affection du rein ou de l'uretère	379	3 163	2 806	80,7	11,1	0,5	1,8	5,8
483	Maladie ou trouble de l'appareil reproducteur masculin	1 400	2 322	1 923	90,9	4,6	1,3	0,2	3,1
484	Signe ou symptôme de l'appareil urinaire	4 248	2 265	2 057	87,7	7,2	0,5	0,7	3,9
485	Obstruction des voies urinaires avec drainage par voie percutanée	274	4 215	3 447	86,5	7,3	0,4	2,6	3,3
486	Obstruction des voies urinaires sans drainage par voie percutanée	8 237	1 370	1 218	87,0	8,2	1,1	0,1	3,6
487	Infection des voies urinaires basses	17 729	3 714	3 254	88,8	3,0	0,6	2,6	5,0
488	Infection des voies urinaires hautes	6 160	2 768	2 238	91,9	3,8	1,3	0,5	2,6
911	Intervention non reliée à la CCP 11	828	14 320	9 613	69,3	15,7	0,2	11,2	3,5

CCP 12 : Maladies et troubles de l'appareil génital de la femme

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
500	Intervention gynécologique radicale	553	8 036	6 642	96,2	1,6	0,0	0,4	1,8
501	Hystérectomie avec tumeur maligne	3 675	6 499	6 010	95,6	1,1	0,1	0,3	3,0
502	Hystérectomie avec diagnostic de tumeur bénigne	31 847	3 977	3 800	98,4	0,2	0,1	0,0	1,4
503	Fixation/occlusion/retrait sur l'appareil reproducteur féminin, sauf trompes/ovaires	4 246	4 306	4 312	98,0	0,1	0,0	0,0	1,9
504	Intervention sur ovaires/trompes de Fallope pour une tumeur maligne, sauf par endoscopie	539	7 138	6 281	92,6	3,5	0,0	1,3	2,6
505	Intervention sur ovaires/trompes de Fallope sans tumeur bénigne, sauf par endoscopie	5 200	4 046	3 728	97,0	0,8	0,3	0,1	1,9
506	Fixation de la vessie	4 643	3 174	2 981	98,5	0,3	0,0	0,1	1,1
507	Réparation/brachythérapie/ autre intervention sur l'app. reproduct. féminin, sauf trompes/ovaires	3 961	2 734	2 865	97,8	0,3	0,1	0,0	1,8
508	Autre intervention avec diagnostic de l'appareil reproducteur féminin	886	5 694	4 603	92,4	2,7	0,5	1,8	2,6
509	Intervention thérapeutique sur l'appareil reproducteur féminin, par laparoscopie	3 511	2 595	2 467	94,7	0,7	0,2	0,0	4,4
510	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie	400	2 514	2 179	91,3	3,3	1,5	0,0	4,0
511	Intervention sur la vulve ou le périnée	919	1 567	1 447	94,1	0,7	0,3	0,0	4,9
512	Dilatation et curetage ou autre intervention mineure sur l'utérus	1 097	1 538	1 434	92,3	1,6	0,2	0,1	5,8
520	Tumeur maligne de l'appareil reproducteur féminin	1 773	4 956	3 432	67,1	10,9	0,3	16,8	4,9
521	Fibrome, prolapsus, fistule ou autre trouble	1 090	2 363	2 267	94,0	2,3	0,3	0,1	3,3
522	Trouble inflammatoire de l'appareil reproducteur féminin	1 525	2 280	2 060	89,5	4,5	3,3	0,0	2,7
523	Trouble de la fertilité	130	2 744	2 017	96,2	1,5	0,0	0,0	2,3
524	Trouble menstruel/endométriase/autre trouble non inflammatoire de l'app. reproducteur féminin	2 672	1 304	1 253	89,2	5,4	1,1	0,0	4,3
912	Intervention non reliée à la CCP 12	167	7 889	3 738	76,6	9,6	0,6	10,2	3,0

CCP 13 : Grossesse et accouchement

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
530	Intervention majeure liée à un diagnostic d'obstétrique	103	11 053	9 363	84,5	10,7	0,0	0,0	4,9
531	Intervention majeure non liée à un diagnostic d'obstétrique	66	13 954	11 072	81,8	16,7	0,0	0,0	1,5
532	Intervention fœtale	38	4 424	3 671	92,1	5,3	0,0	0,0	2,6
536	Césarienne répétée	28 014	3 064	2 931	96,2	1,2	0,1	0,0	2,5
537	Césarienne primaire	44 386	4 108	3 657	93,9	2,7	0,1	0,0	3,2
538	Acc. vaginal après acc. précédent par césarienne, par forceps/ventouse avec autre interv. min.	154	2 315	2 272	98,7	0,0	0,0	0,0	1,3
539	Acc. vaginal après acc. précédent par césarienne, par forceps/ventouse sans autre interv. min.	897	2 370	2 299	95,7	1,3	0,2	0,0	2,8
540	Acc. vaginal après acc. précédent par césarienne, sans instrumentation avec autre interv. min.	275	2 532	2 436	94,9	1,5	0,7	0,0	2,9
541	Acc. vaginal après acc. précédent par césarienne, sans instrumentation sans autre interv. min.	4 674	2 172	2 091	96,2	1,5	0,2	0,0	2,1
542	Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale avec intervention mineure	3 267	3 113	2 889	97,6	1,0	0,1	0,0	1,3
543	Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale sans autre intervention	24 021	2 785	2 609	97,0	1,0	0,1	0,0	1,9
544	Accouchement vaginal avec intervention mineure	5 124	2 705	2 552	96,2	1,2	0,1	0,0	2,5
545	Accouchement vaginal sans autre intervention	154 689	2 104	2 007	96,5	1,1	0,1	0,0	2,3
546	Grossesse extra-utérine traitée chirurgicalement ou avec intervention mineure	2 552	2 720	2 694	95,2	2,9	0,3	0,0	1,6
547	Grossesse extra-utérine traitée médicalement	578	776	755	82,0	10,6	1,9	0,0	5,5
548	Anomalie fœtale traitée chirurgicalement ou avec intervention mineure	113	2 490	2 490	92,0	0,0	0,9	0,0	7,1

CCP 13 : Grossesse et accouchement (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
549	Anomalie fœtale traitée médicalement	570	2 558	2 557	97,4	0,9	0,4	0,0	1,4
550	Diagnostic d'avortement traité chirurgicalement ou avec intervention mineure	6 235	976	975	95,4	2,2	0,3	0,0	2,1
551	Diagnostic d'avortement traité médicalement	3 219	1 436	1 439	86,9	6,6	1,8	0,0	4,8
552	Trouble post-partum traité chirurgicalement ou avec intervention mineure	1 355	1 791	1 651	89,2	6,3	0,7	0,1	3,8
553	Trouble post-partum traité médicalement	3 753	1 837	1 497	72,6	23,5	0,8	0,0	3,1
554	Trouble consécutif à un avortement traité chirurgicalement ou avec intervention mineure	100	2 196	2 165	96,0	3,0	0,0	0,0	1,0
555	Trouble consécutif à un avortement traité médicalement	319	1 236	1 221	93,7	3,8	1,9	0,0	0,6
556	Trouble antepartum traité chirurgicalement ou avec intervention mineure	325	3 261	2 950	89,5	7,1	0,9	0,0	2,5
557	Trouble antepartum traité médicalement	31 794	1 256	1 049	81,2	12,3	1,8	0,0	4,7

CCP 14 : Nouveau-nés et affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
570	Nouveau-né de 1 500 grammes ou plus avec intervention gastro-intestinale ou diaphragmatique majeure	347	26 433	18 835	31,7	59,4	0,0	4,3	4,6
571	Nouveau-né de 1 500 grammes ou plus avec intervention cardiovasculaire majeure	409	66 223	40 478	11,0	76,0	0,0	4,6	8,3
572	Nouveau-né de 1 500 grammes ou plus avec intervention neurologique majeure	72	38 721	–	31,9	62,5	0,0	4,2	1,4
576	Nouveau-né normal, accouchement vaginal, naissance unique	156 726	643	642	98,0	0,1	0,1	0,0	1,7
577	Nouveau-né normal, accouchement multiple ou par césarienne	51 920	1 160	1 160	98,5	0,3	0,0	0,0	1,1
578	Nouveau-né de moins de 750 grammes	978	117 054	113 720	7,7	25,5	0,0	66,0	0,9
579	Nouveau-né de 750 à 999 grammes, gestation de moins de 29 semaines	412	92 795	84 447	25,5	60,0	0,0	13,3	1,2
580	Nouveau-né de 750 à 999 grammes, gestation de 29 semaines ou plus	387	98 095	77 973	14,2	71,6	0,0	11,6	2,6
581	Nouveau-né de 1 000 à 1 499 grammes, gestation de moins de 29 semaines	389	66 802	51 573	34,2	58,6	0,0	6,7	0,3
582	Nouveau-né de 1 000 à 1 499 grammes, gestation de 29 semaines ou plus	2 008	42 067	34 488	28,4	67,9	0,0	2,9	0,7
583	Nouveau-né de 1 500 à 1 999 grammes, gestation de moins de 32 semaines	626	34 712	29 390	40,9	56,1	0,2	2,1	0,8
584	Nouveau-né de 1 500 à 1 999 grammes, gestation de 32 à 34 semaines	1 486	20 726	22 753	68,4	30,3	0,1	0,5	0,7
585	Nouveau-né de 1 500 à 1 999 grammes, gestation de 35 semaines ou plus	2 556	14 658	13 029	36,4	59,5	0,1	1,2	2,8
586	Nouveau-né de 2 000 à 2 499 grammes, gestation de moins de 35 semaines	2 199	16 016	14 643	74,0	24,0	0,0	0,8	1,2
587	Nouveau-né de 2 000 à 2 499 grammes, gestation de 35 ou 36 semaines	2 995	5 224	3 455	91,3	6,1	0,2	0,4	2,1
588	Nouveau-né de 2 000 à 2 499 grammes, gestation de 37 semaines ou plus	5 488	3 767	2 489	69,6	17,9	0,1	0,6	11,8
589	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, complication respiratoire grave	1 520	9 117	5 025	63,5	33,6	0,2	0,2	2,6
590	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, syndrome d'aspiration ou mort apparente du fœtus	2 076	4 357	2 105	76,1	19,2	0,0	2,1	2,6
591	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre problème respiratoire	10 421	2 459	1 815	88,5	8,4	0,0	0,0	3,1

CCP 14 : Nouveau-nés et affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
592	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, septicémie ou autre infection néonatale	1 585	5 474	3 972	85,0	11,0	0,1	0,5	3,4
593	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, gestation brève ou poids insuffisant	5 786	3 278	1 682	87,6	8,3	0,1	0,1	4,0
594	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, ictère	9 404	1 748	1 781	95,0	1,8	0,1	0,0	3,1
595	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, anomalie du système nerveux, respiratoire ou digestif	624	4 222	2 919	54,3	38,9	0,0	1,9	4,8
596	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, anomalies chromosomiques ou multiples	314	8 233	2 284	55,4	34,4	0,0	2,9	7,3
597	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, anomalie du système cardiovasculaire	848	2 735	1 834	55,3	39,3	0,0	1,7	3,8
598	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre anomalie congénitale	2 175	1 304	1 143	88,2	7,7	0,0	0,7	3,3
599	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre problème grave	215	13 548	10 846	50,2	46,0	0,0	3,3	0,5
600	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre problème moyen	3 441	4 427	2 795	77,0	17,2	0,0	0,4	5,3
601	Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre problème mineur	19 967	1 596	1 298	90,3	5,6	0,1	0,1	3,7
999	Données non groupables	36	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

CCP 15 : Maladies et troubles du sang et du système lymphatique

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
610	Grefte de la moelle osseuse ou de cellules souches	1 042	27 496	22 452	90,2	3,8	0,2	3,3	2,5
611	Thymectomie	88	11 482	6 904	96,6	1,1	0,0	0,0	2,3
612	Splénectomie	574	9 434	6 657	91,3	4,0	0,0	2,6	2,1
613	Intervention avec diagnostic de leucémie	259	49 803	25 030	74,1	10,4	0,0	13,5	1,9
614	Intervention avec diagnostic myélome multiple	151	17 044	10 110	69,5	13,9	0,0	11,3	5,3
615	Intervention avec diagnostic de lymphome	2 545	8 523	5 406	86,3	6,0	0,0	4,4	3,3
616	Intervention avec tumeur d'un autre siège	863	9 533	6 133	87,0	5,7	0,1	5,7	1,5
617	Intervention avec diagnostic du sang ou du système lymphatique, sauf tumeur maligne	1 717	8 307	4 456	88,9	5,0	0,2	2,6	3,3
624	Leucémie myéloïde aiguë	1 505	20 135	12 523	59,7	16,7	0,2	21,0	2,4
625	Leucémie aiguë, sauf myéloïde	677	21 242	16 062	61,4	23,0	0,0	13,6	1,9
626	Autre leucémie	1 708	6 177	4 388	68,3	9,0	0,6	16,9	5,1
627	Myélome multiple	1 192	8 602	5 997	59,8	15,0	0,2	20,5	4,5
628	Lymphome	3 495	9 472	7 316	63,2	15,4	0,3	17,9	3,3
629	Anémie aplasique	859	6 572	4 478	80,8	11,2	0,9	4,4	2,7
630	Tumeur maligne d'un autre siège	1 179	7 868	5 299	49,8	10,7	0,3	34,4	4,8
631	Tumeur bénigne d'un autre siège	136	5 589	3 612	74,3	17,6	0,0	5,1	2,9
632	Anomalie de la coagulation	806	4 810	3 698	85,0	6,9	0,2	4,2	3,6
633	Agranulocytose	5 271	4 894	3 727	90,1	5,0	0,5	1,9	2,5
634	Hémoglobinopathie	1 192	3 913	3 034	92,0	2,9	3,2	0,2	1,7
635	Autre anémie	9 687	3 309	2 765	87,3	5,1	0,9	2,5	4,3
636	Purpura et autres troubles hémorragiques	1 763	2 501	2 352	86,2	8,7	0,7	1,4	3,1
637	Autre maladie ou trouble du sang ou du système lymphatique	1 209	3 978	3 043	85,6	9,3	0,6	1,7	2,9
638	Séance de chimiothérapie ou de radiothérapie pour tumeur	9 974	2 975	2 437	91,3	4,2	0,2	0,3	4,0
639	Autre chimiothérapie	370	1 714	1 731	91,4	4,6	0,3	0,0	3,8
640	Lymphadénite aiguë	378	2 947	2 897	89,2	9,3	0,3	0,3	1,1

CCP 16 : Maladies infectieuses multisystémiques ou de siège non précisé

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
650	Foyers infectieux multisystémiques ou non précisés avec intervention	1 708	25 688	15 404	57,1	15,3	0,8	23,4	3,4
653	Septicémie à staphylocoques dorés, à Pseudomonas ou à entérocoques	1 266	12 796	8 222	57,3	15,3	2,4	22,9	2,1
654	Septicémie autre ou non précisée	8 499	9 177	5 260	59,2	10,9	0,9	25,7	3,3
655	VIH avec complication ou manifestation importante, sauf respiratoire	392	17 648	9 383	52,8	12,8	14,8	17,6	2,0
656	VIH avec symptômes/infections ou troubles gastro-intestinaux/hépto-biliaires/ophtalmiques	355	7 400	5 176	68,5	5,4	14,4	7,9	3,9
657	VIH avec complication ou manifestation respiratoire importante	694	8 930	5 849	67,7	7,1	14,0	7,6	3,6
658	VIH avec diagnostics autres ou divers	262	6 930	4 672	62,6	6,9	16,8	10,7	3,1
659	Varicelle, zona ou maladie à cytomégalovirus	498	4 061	3 114	87,3	6,0	0,8	1,6	4,2
660	Autre maladie infectieuse ou parasitaire	1 866	5 751	3 933	79,8	10,9	2,1	4,4	2,7
661	Maladie virale autre ou non précisée	4 018	1 862	1 728	94,4	3,1	0,6	0,1	1,8
662	Fièvre	4 889	2 572	2 166	88,8	6,0	1,9	0,3	3,0

CCP 17 : Troubles mentaux et du comportement

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
670	Démence	8 472	11 609	10 214	78,7	7,2	0,5	5,9	7,8
671	Trouble mental organique	4 544	10 382	9 228	80,5	8,5	1,6	3,7	5,7
672	Troubles mentaux divers	1 382	6 326	5 793	80,0	4,3	4,8	5,0	5,8
673	Trouble de l'alimentation	1 290	16 139	16 831	83,1	8,8	5,7	0,3	2,1
674	Affection puerpérale	359	4 905	4 706	84,1	5,3	6,7	0,0	3,9
675	Autre syndrome comportemental	99	5 934	4 899	87,9	3,0	6,1	0,0	3,0
676	Schizophrénie avec électrochoc	126	25 055	22 439	84,9	9,5	1,6	0,0	4,0
677	Schizophrénie sans électrochoc	12 722	8 506	7 803	81,4	10,3	5,9	0,1	2,3
678	Troubles schizotypiques ou délirants	7 167	6 805	5 796	79,2	12,5	6,4	0,1	1,8
679	Trouble schizo-affectif avec électrochoc	226	22 145	20 898	85,0	7,1	1,8	0,0	6,2
680	Trouble schizo-affectif sans électrochoc	5 297	9 292	8 539	82,4	10,6	4,9	0,1	2,0
681	Trouble de l'identité sexuelle ou de la préférence sexuelle	21	5 674	–	95,2	4,8	0,0	0,0	0,0
682	Troubles des habitudes et des impulsions	181	3 884	3 384	85,6	6,6	3,9	0,6	3,3
683	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3 837	3 127	2 844	83,9	5,0	8,5	0,0	2,5
684	Trouble obsessionnel-compulsif	431	8 586	6 477	83,1	9,3	5,6	0,0	2,1
685	Trouble somatoforme ou dissociatif	1 046	4 548	3 940	84,1	9,1	3,2	0,1	3,5
686	Trouble anxieux	3 933	3 441	2 703	89,9	3,4	4,1	0,0	2,7
687	Réaction à un facteur de stress ou trouble de l'adaptation	9 428	2 607	2 354	87,2	4,5	5,4	0,0	2,9
688	Trouble bipolaire avec électrochoc	203	22 207	13 618	90,1	5,9	1,0	0,0	3,0
689	Trouble bipolaire sans électrochoc	11 894	7 900	6 851	80,5	11,1	6,3	0,1	2,0
690	Trouble bipolaire, dépression sévère avec électrochoc	249	16 959	13 330	87,1	8,0	0,8	0,8	3,2
691	Trouble bipolaire, dépression sévère sans électrochoc	1 680	7 892	6 846	84,5	9,4	2,8	0,2	3,2
692	Épisode dépressif avec électrochoc	1 605	17 081	12 946	90,9	5,3	1,3	0,7	1,8
693	Épisode dépressif sans électrochoc	26 874	5 368	4 388	85,7	7,8	4,5	0,1	1,9
694	Trouble de l'humeur (affectif)	1 025	5 757	4 802	84,7	8,6	5,6	0,0	1,2
695	Retard mental ou trouble du développement	624	7 489	7 320	89,3	5,6	0,8	0,2	4,2
696	Trouble de l'enfance ou de l'adolescence	1 964	7 219	6 228	90,8	5,4	2,5	0,0	1,3
697	Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	435	3 387	2 848	88,5	4,8	3,4	0,0	3,2
698	Utilisation de substances psychoactives, intoxication aiguë	2 897	1 815	1 688	82,7	2,0	9,4	0,2	5,7

CCP 17 : Troubles mentaux et du comportement (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
699	Utilisation de substances psycho-actives, utilisation nocive pour la santé	4 074	2 898	2 641	79,8	3,9	14,2	0,0	2,1
700	Utilisation de substances psycho-actives, syndrome de dépendance	6 135	3 374	2 920	80,2	3,1	14,0	0,1	2,5
701	Utilisation de substances psycho-actives, syndrome de sevrage	3 795	3 119	2 728	83,5	2,7	11,2	0,1	2,5
702	Utilisation de substances psycho-actives, syndrome de sevrage avec delirium	1 304	5 052	3 881	84,0	4,2	8,5	0,5	2,8
703	Utilisation de substances psycho-actives, trouble résiduel/survenue tardive/psychotique	2 502	5 261	3 914	83,0	5,7	8,3	0,1	2,9
704	Utilisation de substances psycho-actives, syndrome amnésique ou autre trouble/non précisé	905	5 678	3 963	81,5	5,1	8,1	0,4	4,9

CCP 18 : Brûlures

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
710	Brûlure importante avec greffe cutanée	145	109 393	67 739	60,0	30,3	0,7	7,6	1,4
711	Brûlure non importante avec greffe cutanée	481	17 841	12 195	79,0	15,6	0,8	1,2	3,3
712	Intervention avec brûlure sans greffe cutanée	11	12 401	–	63,6	27,3	0,0	9,1	0,0
717	Brûlure importante	1	–	–	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
718	Brûlure non importante	1 252	5 351	3 915	78,8	16,0	1,3	2,0	1,9
918	Intervention non reliée à la CCP 18	12	32 289	–	75,0	8,3	0,0	8,3	8,3

CCP 19 : Lésions traumatiques, blessures, empoisonnements et toxicité médicamenteuse

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
725	Grefte d'organe avec lésion ou complication due à un traitement	29	75 582	–	89,7	0,0	0,0	10,3	0,0
726	Arthroplastie de la hanche avec lésion ou complication due à un traitement	7 111	13 003	10 978	63,9	25,5	0,0	5,1	5,5
727	Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur	14 784	11 028	9 314	65,6	24,3	0,2	4,1	5,8
728	Autre intervention sur la hanche/membre inférieur avec lésion ou complication due à un traitement	1 002	5 749	4 042	85,9	9,4	0,7	0,4	3,6
729	Remplacement, fixation ou réparation du tibia, du péroné ou du genou	7 645	5 415	4 594	85,3	10,8	0,4	0,3	3,3
730	Autre intervention majeure sur les os avec lésion ou complication due à un traitement	1 320	17 052	9 413	63,8	29,7	0,8	2,9	2,8
731	Intervention sur la moelle épinière avec lésion ou complication due à un traitement	1 579	25 649	10 910	64,5	28,8	0,7	2,9	3,2
732	Intervention intracrânienne avec lésion ou complication due à un traitement	1 637	23 044	9 041	54,3	26,5	0,7	15,1	3,4
733	Intervention thoraco-abdominale majeure avec lésion ou complication due à un traitement	2 853	21 648	11 145	71,0	16,1	0,9	9,1	2,9
734	Autre intervention thoraco-abdominale avec lésion ou complication due à un traitement	2 906	8 682	5 301	80,9	11,5	1,1	4,5	2,0
735	Intervention sur le crâne avec lésion ou complication due à un traitement	120	11 663	6 549	82,5	14,2	0,8	0,0	2,5
736	Intervention sur la peau ou les tissus mous avec lésion et lambeau ou greffon	1 184	10 309	6 146	82,2	14,2	0,6	0,5	2,5
737	Intervention sur la peau ou les tissus mous sans lésion et lambeau ou greffon	2 531	4 497	3 437	86,9	8,6	0,8	0,3	3,4
738	Fixation ou réparation de l'articulation de l'épaule	740	5 477	4 671	88,4	8,8	0,4	0,5	1,9
739	Réduction, fixation ou réparation de la partie supérieure du corps ou membre supérieur, sauf l'épaule	11 278	2 927	2 831	90,3	4,6	0,3	0,1	4,6
740	Fixation interne d'un os de la face	2 260	5 614	4 366	88,8	8,0	0,9	0,0	2,3
741	Autre intervention sur un os facial avec lésion ou complication due à un traitement	189	2 383	2 316	94,2	4,2	0,0	0,0	1,6
742	Intervention en ORL avec lésion ou complication due à un traitement	448	3 749	3 335	89,7	4,0	0,9	0,7	4,7
743	Autre interv. sur os de la partie supérieure du corps avec lésion ou complicat. due à un traitement	1 606	3 814	3 118	88,4	6,2	0,2	0,1	5,2

CCP 19 : Lésions traumatiques, blessures, empoisonnements et toxicité médicamenteuse (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
744	Interv. sur muscle/tendon/articul. min. avec lésion/complicat. due à un traitement, membre inférieur	705	3 504	3 002	88,2	5,8	0,0	0,0	6,0
745	Intervention sur un nerf avec lésion	1 349	3 388	2 944	86,5	6,2	0,6	0,0	6,7
746	Réduction d'un membre inférieur, sauf la cheville et le pied	66	3 693	3 409	71,2	18,2	0,0	1,5	9,1
747	Réduction, fixation ou réparation de la cheville ou du pied	9 387	3 639	3 287	88,2	6,6	0,3	0,1	4,9
748	Autre intervention pour une lésion ou une complication due à un traitement	924	2 904	2 436	89,4	5,5	0,4	1,0	3,7
749	Intervention sur l'œil avec lésion ou complication due à un traitement	212	4 241	3 595	88,2	8,0	0,5	0,9	2,4
750	Interv. sur muscle/tendon/articul. min. avec lésion/complicat. due à un traitement, membre supérieur	681	2 264	2 256	91,9	1,9	0,3	0,0	5,9
751	Retrait d'un corps étranger, peau et tissus mous	196	2 297	1 996	91,8	3,1	1,0	0,5	3,6
760	Lésion importante, exposition à un élément	426	7 162	4 327	63,6	15,7	2,8	16,2	1,6
761	Fracture, dislocation ou rupture du bassin, du sacrum ou du coccyx	3 859	7 200	6 197	76,7	15,1	0,6	2,5	5,1
762	Complication d'un organe greffé	497	7 253	4 748	83,3	8,5	0,6	2,8	4,8
763	Lésion traumatique intracrânienne avec lésion d'un autre organe	321	19 997	11 796	44,5	26,2	0,3	24,9	4,0
764	Lésions traumatiques intracrâniennes multiples	782	11 437	8 916	52,8	19,3	1,7	22,9	3,3
765	Lésion traumatique intracrânienne simple	3 394	4 554	3 119	62,8	19,9	2,3	11,2	3,8
766	Fracture du fémur	4 089	6 098	5 576	37,0	54,5	0,3	6,6	1,7
767	Autre fracture ou dislocation d'une jambe	2 837	2 079	1 760	66,5	27,0	1,0	0,5	5,1
768	Fracture de la rotule, du tibia supérieur ou du péroné	945	4 434	2 778	67,8	25,9	0,8	0,5	4,9
769	Fracture de l'épaule ou de l'humérus supérieur	1 843	4 568	2 844	76,4	14,8	1,0	2,0	5,9
770	Autre fracture ou dislocation du bras ou de l'épaule	3 921	1 658	1 397	78,4	12,7	0,7	0,6	7,7
771	Blessure de la colonne vertébrale	4 467	5 319	4 587	74,1	20,2	0,9	1,9	2,9
772	Fracture d'une côte ou du volet costal	2 247	5 039	4 067	84,6	8,4	1,9	2,0	3,0
773	Lésions traumatiques multiples d'un organe interne	613	8 884	4 868	80,1	15,2	1,3	2,0	1,5
774	Lésion traumatique unique d'un organe interne	2 949	4 026	3 156	82,3	11,9	2,0	1,4	2,3

CCP 19 : Lésions traumatiques, blessures, empoisonnements et toxicité médicamenteuse (suite)

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
775	Fracture du crâne ou d'un os facial	2 399	2 495	2 212	77,0	15,0	3,1	1,2	3,7
776	Plaie ouverte ou lésion mineure autre ou non précisée	9 811	2 088	1 619	84,7	7,5	2,8	0,9	4,0
777	Fracture ou dislocation autre ou non précisée	378	3 536	3 283	83,9	11,6	0,5	0,5	3,4
778	Empoisonnement ou effet toxique de drogue	14 389	2 632	1 989	79,7	8,5	6,6	1,1	4,0
779	Commotion	2 206	1 710	1 610	87,9	5,7	2,0	0,1	4,3
780	Complication postopératoire sauf hémorragie	7 339	4 252	3 536	82,8	12,4	0,7	1,0	3,1
781	Complication due à un traitement autre ou non précisée	4 294	2 173	1 737	89,3	4,6	0,8	0,7	4,6
782	Hémorragie postopératoire	4 456	1 790	1 635	90,0	5,7	0,3	0,3	3,6
783	Fracture ou dislocation du poignet, de la main, de la cheville ou du pied	970	1 855	1 534	77,1	15,4	2,0	0,1	5,5

CCP 20 : Autres motifs reliés à une hospitalisation

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
800	Autre admission avec intervention majeure	1 950	45 044	52 080	82,5	10,3	0,2	2,9	4,2
801	Autre admission avec intervention mineure	3 100	16 050	5 591	75,4	10,2	0,1	6,7	7,6
805	Réadaptation	8 631	18 796	13 875	45,4	49,2	0,4	1,9	3,1
806	Convalescence	20 356	2 678	2 554	31,5	53,9	0,6	1,6	12,4
807	Prématurité et restriction de croissance, bébés âgés de plus de 28 jours	646	26 449	18 220	5,1	92,9	0,0	0,3	1,7
808	Anomalies congénitales multiples ou non précisées	60	7 934	7 087	76,7	15,0	1,7	3,3	3,3
809	En attente de placement	3 454	5 763	5 719	65,1	23,6	0,5	3,4	7,4
810	Soins palliatifs	16 894	7 984	6 714	27,6	4,3	0,2	63,0	4,9
811	Signes et symptômes généraux	13 430	4 847	4 133	82,5	5,7	1,9	3,5	6,4
812	Autre facteur entraînant l'hospitalisation	4 536	3 738	3 356	75,6	14,3	1,1	4,5	4,7
813	Traitement ou examen de suivi	14 436	1 260	1 263	82,6	9,5	0,3	0,1	7,5
814	Observation ou évaluation	909	948	880	88,1	5,2	2,0	0,0	4,7
815	Intervention annulée	7 238	280	240	97,4	1,5	0,6	0,0	0,4

CCP 99 : Autres GMA ou données non groupables

Code du GMA	Description du GMA	Volume total	Coût moyen des cas typiques (\$)		Répartition des cas (%)				
			Moyenne	Médiane	Cas typiques	Transferts	Cas atypiques Sorties contre l'avis du médecin	Décès	Cas particuliers nécessitant un séjour prolongé
991	Donneur cadavérique	17	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
992	Mortinaissance	2 027	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
993	Diagnostic pas généralement associé à une hospitalisation	2 257	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
994	Diagnostic obstétrical invalide	230	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
999	Données non groupables	116	–	–	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Notes techniques

1. Les données présentées dans les tableaux sont tirées de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et de la Base de données canadienne SIG (BDCS), pour l'exercice 2005-2006. Les analyses ne tiennent compte que des données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée. Les coûts ne comprennent pas la rémunération du médecin.
2. Les groupes de patients présentés dans les tableaux sont fondés sur la méthodologie GMA+ de l'ICIS, qui rassemble les patients hospitalisés en soins de courte durée en catégories cliniques principales (CCP) et classe en groupes de maladies analogues (GMA) les patients dont les caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources sont similaires.
3. Certains GMA présentés dans les tableaux peuvent être classés dans plus d'une CCP. Les CCP figurant dans les tableaux pour ces types de GMA sont des CCP « d'attache », qui renvoient aux systèmes corporels les plus opérés. Par exemple :

Code du GMA	Description du GMA	CCP d'attache	Autre CCP
110	Greffe de poumon	4	10
270	Greffe du foie, du pancréas ou du duodénum	7	10
271	Excision du pancréas avec le duodénum	7	10
272	Drainage ou biopsie du pancréas	7	10
273	Pontage ou excision du pancréas	7	10
999	Données non groupables	99	8, 9, 14

4. L'analyse des coûts moyens présentée dans les tableaux n'inclut que les cas typiques (c'est-à-dire les mortinaissances, les transferts, les sorties contre l'avis du médecin, les décès et les séjours plus longs que prévu ont été exclus). Les coûts sont assignés aux groupes de patients à partir de la pondération de la consommation des ressources (PCR) propre aux patients et des données relatives au coût par cas pondéré (CPCP).

5. Dans le cas des GMA de cas typiques présentant moins de cinq enregistrements, les données sur les coûts moyens et médians ne sont pas fournies. Dans le cas des GMA présentant de 5 à 30 enregistrements, les données sur les coûts médians ne sont pas fournies. Cette décision est fondée sur le fait que les valeurs PCR ne sont pas bien réparties et que les données moyennes ou médianes ne reflètent pas fidèlement les valeurs moyennes ou médianes réelles de la population. Les données moyennes ou médianes supprimées en raison de cellules de faible valeur sont identifiées d'un symbole (-).
6. On attribue le statut atypique à un cas en fonction de la hiérarchie suivante : décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts. Par exemple, un patient transféré à un établissement et qui décède par la suite serait classé en tant que décès; un patient transféré dans un établissement et qui sort de l'hôpital contre l'avis du médecin serait classé en tant que patient sorti contre l'avis du médecin. Si un patient reste plus longtemps que prévu, on le classe en tant que cas particulier nécessitant un séjour prolongé, peu importe s'il est décédé, s'il a quitté volontairement l'hôpital contre l'avis du médecin ou s'il a été transféré.

