

Étude de seconde saisie de données  
dans les établissements qui calculent  
les coûts par cas en Ontario,  
exercices financiers 2002-2003 et 2003-2004

Équipe des résultats de santé pour la gestion de l'information  
Novembre 2005



## Sommaire

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et CHIM Information Consulting Inc. (CHIM) ont uni leurs efforts pour réaliser une étude de seconde saisie de données visant à examiner les pratiques de codification clinique en vigueur dans les 10 corporations hospitalières qui calculent les coûts par cas en Ontario.

Cette étude de seconde saisie de données est la plus vaste jamais réalisée au Canada. Environ 14 500 congés de patients au cours des exercices financiers 2002-2003 et 2003-2004 ont fait l'objet d'une seconde saisie de données dans les 18 établissements faisant partie des 10 corporations hospitalières qui calculent les coûts par cas en Ontario. De plus, environ 800 congés de patients ont été codifiées à nouveau dans le but précis d'évaluer la fiabilité inter-évaluateur des professionnels de l'information sur la santé qui ont participé à l'étude.

Les corporations hospitalières de l'Ontario qui calculent les coûts par cas recueillent des données sur les coûts liés au patient au moyen d'une méthode normalisée. Les données comprennent les coûts directs et indirects engagés par l'hôpital en ce qui concerne les soins prodigués au patient. Les enregistrements des coûts liés au patient sont intégrés aux enregistrements cliniques que les hôpitaux soumettent à l'ICIS. Il en résulte un ensemble de données applicables à de nombreuses initiatives d'envergure, notamment l'élaboration par l'ICIS d'une nouvelle méthodologie de regroupement des patients hospitalisés en soins de courte durée et de la pondération de la consommation des ressources (RIW<sup>MD</sup>) qui y est associée. Ces initiatives sont basées sur la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, Canada (CIM-10-CA) et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). La qualité des données cliniques recueillies par ces hôpitaux est donc particulièrement importante.

Les résultats de l'étude sont encourageants :<sup>1</sup>

- La codification des données non médicales (p. ex. date de naissance, sexe, date de l'admission) est encore adéquate. Les taux de concordance des éléments de données non médicaux varient de 97 % à 100 %.
- La codification des interventions et de ses attributs est également adéquate. On a pu observer des taux de concordance de 86 % en 2002-2003 et de 91 % en 2003-2004.
- On a remarqué des améliorations dans la qualité de la codification d'un exercice financier à l'autre en ce qui a trait au code d'intervention, à l'attribution de la significativité d'une condition, à l'attribution du degré de

---

<sup>1</sup> Les chiffres présentés dans le sommaire qui se rapportent à l'ensemble de données principal ont été ajustés en fonction de l'« effet du codificateur » pour tous les éléments de données, sauf dans le cas des données non médicales, de la durée prévue du séjour et de la pondération de la consommation des ressources. Les chiffres qui se rapportent aux données d'inter-évaluation comprennent les ajustements en fonction de l'effet des groupes clients.

<sup>MD</sup> Marque déposée de l'Institut canadien d'information sur la santé.

complexité (dans les cas où il a été appliqué) et à la variation nette de la durée prévue du séjour. Bien que la tendance à la hausse des variables observées soit encourageante, le degré général de cohérence dans la codification de ces éléments est toujours faible.

Par ailleurs, l'étude a mis en relief six secteurs prioritaires qui requièrent une amélioration sur le plan de la qualité des données.

- (1) *Caractère significatif des diagnostics.* La détermination des diagnostics qui influent sur la durée de séjour du patient et des ressources requises dans le cadre des soins a posé des problèmes aux codificateurs d'origine et aux seconds codificateurs. Si on passe en revue l'ensemble des états considérés comme significatifs par le codificateur d'origine et/ou par le second codificateur, seulement 62% des conditions ont été rapportées comme étant significatives par les deux codificateurs en 2002-2003 et 67% en 2003-2004.
- (2) *Documentation au dossier médical.* La majorité des divergences observées dans les résultats de l'étude principale et des données d'inter-évaluation ont été attribuées à la documentation au dossier médical. Plusieurs facteurs expliquent les divergences observées par les codificateurs. Les cinq raisons principales sont les suivantes :
  - Le second codificateur et l'archiviste de l'hôpital n'interprètent pas le dossier de la même façon;
  - La documentation dans le dossier médical était incomplète au moment où la première codification a eu lieu;
  - Des données contradictoires dans le dossier médical ont amené le second codificateur et l'archiviste de l'hôpital à choisir un code de diagnostic différent;
  - Certaines données du dossier médical ont échappé à l'archiviste de l'hôpital;
  - Le second codificateur a déterminé que le dossier médical ne faisait pas état de la spécificité du code de diagnostic attribué par l'archiviste de l'hôpital.
- (3) *Sélection du diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour.* Les taux de concordance des codes attribués au diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour étaient faibles, à environ 75 % pour chacun des deux exercices financiers. Ces écarts ont touché l'attribution de la catégorie clinique principale (CCP) dans environ 5 % des congés de patients.
- (4) *Fiabilité inter-évaluateur.* En général, les données d'inter-évaluation (c.-à-d. la comparaison entre les seconds codificateurs) ont révélé des résultats comparables à ceux du jeu de données principal (c.-à-d. la comparaison entre le codificateur d'origine et le second codificateur). Ce résultat était étonnant, étant donné la rigueur du processus de

sélection des seconds codificateurs, la formation intensive d'une semaine ainsi que le soutien qu'on leur a assuré et les ressources dont ils disposaient lors de la collecte des données.

Les résultats suivants font exception :

- Le taux de concordance pour le code attribué au diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour était plus élevé dans les données d'inter-évaluation que dans l'ensemble de données principal, dans une proportion de 12 % en 2002-2003 et de 18 % en 2003-2004.
- Le taux de concordance pour l'attribution de la significativité de l'état du patient était supérieur de 7 % en 2003-2004 dans l'ensemble de données d'inter-évaluation.
- L'amélioration du code de sélection du diagnostic, d'une année à l'autre, était importante dans les données d'inter-évaluation mais non dans l'ensemble de données principal.
- La codification des interventions a connu une amélioration d'une année à l'autre dans le jeu de données principal, mais non dans l'ensemble de données d'inter-évaluation.

Tout biais issu de la variabilité du taux de concordance entre les seconds codificateurs a été ajusté dans le rapport (sous le nom d'« effet du codificateur »).

- (5) *Différence dans les pratiques de codification d'un établissement à un autre.* Les pratiques de codification des établissements qui calculent les coûts par cas ne sont pas les mêmes. Une analyse approfondie des données a révélé des différences persistantes d'un établissement à un autre, même après un ajustement en fonction des différents types d'états de santé qui caractérisent les patients (l'« effet des groupes clients »).
- (6) *Incidences des écarts sur le regroupement.* Les écarts observés dans la codification des diagnostics, des interventions et de l'attribution de la significativité des diagnostics ont influé sur les variables dérivées de la méthodologie de regroupement de l'ICIS de plusieurs façons :
  - L'attribution d'un groupe de maladies analogues a changé dans environ 14 % des congés de patients en 2002-2003 et 16 % en 2003-2004.
  - Les différences dans le typage des diagnostics ont modifié l'attribution du degré de complexité pour 13 % des congés de patients en 2002-2003 et 10 % en 2003-2004. Ces proportions ont atteint 21 % et 15 % respectivement pour les deux années d'analyse après que les cas de complexité intégrée (par exemple, obstétrique, nouveau-nés, santé mentale) ont été supprimés. Les taux de concordance observés dans le cas du degré de complexité 1 étaient élevés (93 % en 2003-2004), alors qu'ils étaient moins

élevés dans le cas des autres degrés de complexité. En 2003-2004, les taux de concordance des degrés de complexité 2, 3 et 4 étaient de 50 %, 42 % et 59 %, respectivement.

- La variation nette de la valeur de durée prévue du séjour était à la baisse, de 7,3 % en 2002-2003 et de 4,5 % en 2003-2004.
- La variation nette de la valeur de la pondération de la consommation des ressources était à la baisse, de 4,3 % en 2002-2003 et de 2,8 % en 2003-2004.

**Recommandations :** L'étude a mis en relief des problèmes importants dans la qualité de la codification clinique dans les établissements qui calculent les coûts par cas en Ontario. Les recommandations ci-dessous ont été formulées afin de régler les problèmes observés et d'améliorer la qualité des données cliniques dans la Base de données sur les congés des patients :

1. Revoir la notion actuelle du typage des diagnostics en vue d'améliorer l'uniformité de sa mise en œuvre.
2. Analyser davantage les données cliniques de 2004-2005 afin d'évaluer à quel point les initiatives mises sur pied en 2003-2004 ont pu contribuer à réduire les écarts observés dans l'étude.
3. Établir des partenariats locaux de gestion des données.
4. Mettre sur pied un groupe d'experts en documentation clinique pour inciter les médecins à se pencher sur les problèmes liés à la documentation des dossiers médicaux.
5. Mener des analyses détaillées des taux d'écart dans les hôpitaux qui calculent les coûts par cas afin d'isoler les facteurs précis qui contribuent aux résultats observés.