



Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009

Décembre 2010



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

À propos de l'ICIS.....	v
Remerciements.....	vii
Sommaire.....	ix
Chapitre 1 — Introduction.....	1
1.1 La Base de données sur les congés des patients.....	2
1.2 Aperçu, justification et objectifs de l'étude.....	3
1.3 Respect de la vie privée, confidentialité et sécurité.....	4
1.4 Objectifs du rapport.....	4
Chapitre 2 — Méthode employée.....	5
2.1 Plan de l'étude.....	7
2.2 Formation et collecte de données.....	8
2.3 Traitement et analyse des données.....	8
Chapitre 3 — Qualité de la codification des AVC.....	11
3.1 Intégralité de la déclaration des AVC dans la BDCP.....	13
3.2 Exactitude de la déclaration des AVC dans la BDCP.....	15
3.3 Sujets d'intérêt sur les AVC.....	18
3.4 Qualité de la codification d'autres problèmes de santé pour les patients victimes d'AVC.....	21
3.5 Qualité des variables des groupes de maladies analogues.....	23
3.6 Qualité de la codification des AVC au fil du temps.....	25
3.7 Cohérence des données sur les patients victimes d'AVC dans la BDCP et le SNISA.....	27
3.8 Résumé des constatations sur la qualité de la codification des AVC.....	30
Chapitre 4 — Qualité de la codification du traitement thrombolytique.....	31
4.1 Intégralité de la déclaration des traitements thrombolytiques dans la BDCP ..	33
4.2 Sujets d'intérêt sur les traitements thrombolytiques.....	35
4.3 Qualité de la codification d'autres interventions en santé associées au traitement d'un AVC.....	38
4.4. Résumé des constatations sur la qualité de la codification des traitements thrombolytiques.....	39
Chapitre 5 — Codification des données aux fins du Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne.....	41
5.1 Présence d'information utile au projet 340.....	43
5.2 Résumé des constatations liées au projet 340.....	45
Chapitre 6 — Problèmes de codification.....	47
6.1 Problèmes de codification des AVC.....	49
6.2 Problèmes de codification des traitements thrombolytiques.....	50
Chapitre 7 — Conclusion.....	51
7.1 Résumé des constatations.....	52
7.2 Suggestions visant à améliorer la qualité de la codification.....	54
Annexe A : Codes des symptômes associés à l'AVC.....	55
Références.....	57

Liste des tableaux

Tableau 1	Volume d'abrévés soumis à la BDCP en 2008-2009, par province ou territoire.....	2
Tableau 2	Caractéristiques des abrévés soumis à la BDCP en 2008-2009 comparées à celles des abrévés provenant de l'échantillon de l'étude.....	9
Tableau 3	Modèle analytique.....	10
Tableau 4	Comparaison des diagnostics d'AVC relevés lors de l'examen des dossiers avec les diagnostics d'AVC des abrévés de la BDCP.....	13
Tableau 5	Comparaison des AVC des abrévés de la BDCP avec les AVC relevés lors de l'examen des dossiers.....	15
Tableau 6	Comparaison des AVC relevés comme étant significatifs lors de l'examen des dossiers avec l'information figurant dans l'abrévé de la BDCP.....	18
Tableau 7	Analyse de la qualité de la codification des AVC après l'admission.....	20
Tableau 8	Proportion des hospitalisations pour un accident ischémique transitoire comportant aussi un AVC codifié comme un épisode distinct.....	20
Tableau 9	Qualité de la codification d'autres problèmes de santé pour les patients victimes d'AVC, durant l'hospitalisation.....	21
Tableau 10	Qualité de la codification pour d'autres diagnostics de patients victimes d'AVC, par bloc de codes de la CIM-10-CA, durant l'hospitalisation.....	22
Tableau 11	Changements de groupe de maladies analogues résultant de problèmes de qualité de la codification.....	24
Tableau 12	Cohérence de la codification des éléments de données non cliniques entre l'abrévé de la BDCP et l'abrévé du service d'urgence.....	28
Tableau 13	Cohérence de la codification des AVC entre l'abrévé de la BDCP et l'abrévé du service d'urgence.....	29
Tableau 14	Comparaison des traitements thrombolytiques relevés lors de l'examen des dossiers et des interventions figurant dans les abrévés de la BDCP ..	33
Tableau 15	Changements apportés au code du lieu d'intervention.....	38
Tableau 16	Qualité de la codification des interventions durant l'hospitalisation des patients victimes d'un AVC.....	39
Tableau 17	Présence d'information utile au projet 340 dans le dossier médical.....	43
Tableau 18	Présence d'information sur la date et l'heure auxquelles la thrombolyse aiguë a été administrée dans le dossier des patients ayant reçu cet agent.....	44
Tableau 19	Présence d'information sur des éléments de données sélectionnés du projet 340 dans le dossier du patient, selon le type d'AVC.....	45
Tableau 20	Codes des symptômes associés à l'AVC.....	55

Liste des figures

Figure 1	Fréquence à laquelle les diagnostics significatifs d'AVC relevés lors de l'examen des dossiers étaient également présents et codifiés comme étant significatifs dans la BDCP	14
Figure 2	Fréquence à laquelle les AVC significatifs relevés lors de l'examen des dossiers étaient codifiés comme tels dans la BDCP	16
Figure 3	Fréquence à laquelle les AVC significatifs relevés lors de l'examen des dossiers étaient codifiés comme tels dans la BDCP, par code d'entrée déclaré dans la BDCP	17
Figure 4	Cohérence des codes de la CIM-10-CA attribués aux AVC	19
Figure 5	Variation nette de la pondération de la consommation des ressources pour les trois groupes de maladies analogues associés aux AVC	25
Figure 6	Qualité de la codification des AVC en 2007-2008 et en 2008-2009	26
Figure 7	Cohérence de la présence d'un AVC entre l'abrégé de la BDCP et l'abrégé du service d'urgence	29
Figure 8	Comparaison des traitements thrombolytiques relevés lors de l'examen des dossiers et des données codifiées dans l'abrégé de la BDCP	34
Figure 9	Pertinence de la codification du traitement thrombolytique selon le type d'AVC	36
Figure 10	Écarts quant à la date et au lieu de l'administration du traitement thrombolytique	37
Figure 11	Analyse des problèmes de codification des AVC déclarés dans la BDCP ...	49
Figure 12	Analyse des problèmes de codification des traitements thrombolytiques déclarés dans la BDCP	50

À propos de l'ICIS

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.

La bonne qualité des données est inhérente au mandat de l'ICIS, qui consiste à orienter les politiques publiques, à contribuer à une gestion efficace du système de santé et à favoriser la sensibilisation du public aux facteurs qui influent sur la santé. Il a mis sur pied un programme complet de qualité des données composé de processus et de politiques visant à améliorer continuellement la qualité des données, au sein de l'ICIS comme dans le secteur de la santé en général.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé souhaite remercier les personnes et les organismes suivants pour leur participation à cette étude sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients :

- les 11 professionnels de la gestion de l'information sur la santé qui ont recueilli les données;
- les 28 hôpitaux du Canada qui ont pris part à cette étude et ont accueilli les seconds codificateurs dans leur établissement;
- l'Association canadienne interprofessionnelle du dossier de santé, qui a contribué au recrutement des seconds codificateurs au moyen d'annonces;
- les ministères provinciaux de la Santé et les régies régionales de la santé qui ont appuyé cette initiative axée sur la qualité des données dans leur province.

Veillez prendre note que les constatations et les recommandations énoncées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Sommaire

Dans le cadre de son programme exhaustif consacré à la qualité des données, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) réalise différentes analyses et études de la qualité des données de ses banques de données, dont un programme systématique de seconde saisie pour sa Base de données sur les congés des patients (BDCP). Le présent rapport résume les résultats d'une étude de seconde saisie menée sur les données soumises à la BDCP pour l'exercice 2008-2009. Plus précisément, cette étude visait à évaluer la qualité de la codification des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des traitements thrombolytiques ainsi qu'à déterminer si les dossiers contenaient les renseignements requis pour le Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral.

Remarque : les résultats de cette étude ne sont pas représentatifs de la BDCP; ils représentent plutôt une population ciblée de patients victimes d'AVC.

Qualité de la codification des AVC

- Il existe une tendance à codifier I64– *Accident vasculaire cérébral, non précisé* dans la BDCP alors que la documentation du dossier indique que l'AVC était ischémique. Les Normes canadiennes de codification exigent que le code le plus précis de la CIM-10-CA soit soumis à la BDCP. Par conséquent, il est incorrect d'employer le code I64– *Accident vasculaire cérébral, non précisé* si le dossier contient des renseignements qui permettent l'utilisation d'un code plus précis, par exemple celui d'un AVC ischémique ou hémorragique.
- La plupart des incohérences de codification pour les AVC ischémiques et hémorragiques n'ont pas entraîné de changement de type d'AVC, mais plutôt des divergences sur le plan du code associé à la cause de l'épisode ischémique ou à l'endroit du cerveau où l'hémorragie s'est produite.
- Parmi les codes d'AVC déclarés dans la BDCP comme ayant une incidence sur la durée du séjour ou l'utilisation des ressources, l'information au dossier analysée lors de la seconde saisie appuyait dans 94 % des cas leur inclusion à titre de problème de santé significatif. Ce résultat indique une possible surdéclaration dans la BDCP de 6 % des AVC significatifs.
- De tous les diagnostics d'AVC relevés lors de l'examen des dossiers comme ayant joué un rôle important dans les soins fournis et les ressources utilisées (c'est-à-dire les diagnostics *significatifs*), 97 % ont été déclarés significatifs dans les abrégés de la BDCP. Ce résultat indique une possible sous-déclaration dans la BDCP de 3 % des AVC pouvant avoir une incidence sur la durée du séjour du patient ou sur l'utilisation des ressources.

Qualité de la codification du traitement thrombolytique

- De tous les cas où la documentation des dossiers indiquait qu'un traitement thrombolytique avait été administré à un patient victime d'AVC, 81 % ont été déclarés dans les abrégés de la BDCP en tant que tels. Ce résultat indique une possible sous-déclaration dans la BDCP de 19 % des traitements thrombolytiques administrés aux victimes d'AVC hospitalisées.
- Peu de divergences ont été relevées en ce qui a trait au code de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) attribué au traitement thrombolytique; toutefois, un plus grand nombre de divergences ont été recensées pour la codification du moment où l'agent a été administré (taux de divergence de 5 % pour la date d'intervention) et du lieu où il a été administré dans l'établissement de santé (taux de divergence de 22 % pour le code du lieu d'intervention).

Présence d'information utile au projet 340 sur l'AVC

- La date et l'heure de début des symptômes d'AVC, qui correspondent à la date et à l'heure où le patient a ressenti pour la première fois les symptômes d'AVC, peu importe le lieu où il se trouvait, étaient souvent absentes du dossier. La saisie de ces éléments de données permet de mettre en relation la qualité des soins offerts aux patients avec la date et l'heure où ils ont commencé à être traités pour leurs symptômes d'AVC. Parmi tous les dossiers examinés, l'étude a relevé que l'heure à laquelle le patient a commencé à manifester des symptômes d'AVC n'était pas inscrite dans 37 % des cas et que la date n'était pas indiquée dans 11 % des cas.
- Les notes cliniques ne donnaient aucun détail sur la prescription d'un antithrombotique lors du congé dans 3 % des dossiers.
- Parmi les hospitalisations au cours desquelles un traitement thrombolytique a été administré, 4 % ne comportaient pas de documentation sur l'heure d'administration de la thrombolyse aiguë.

Problèmes de codification

- Les incohérences dans la codification des AVC ont été attribuées à des interprétations différentes de l'information figurant au dossier ou à l'absence d'information.
- Les normes de codification concernant le traitement thrombolytique n'ont peut-être pas été suivies de façon cohérente, ce qui a entraîné une sous-déclaration dans la BDCP.
- Au cours de l'exercice précédant le lancement du Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral (projet 340), les dossiers ne contenaient pas toujours les renseignements requis pour recueillir toutes les données exigées par le projet.

Suggestions visant à améliorer la qualité de la codification

Les résultats du présent rapport mettent de nouveau en évidence que l'amélioration de la qualité de l'information et des données de la BDCP est une responsabilité qui incombe tant aux professionnels de la santé dans les établissements qui traitent les patients et documentent les soins prodigués qu'aux codificateurs qui dépouillent les renseignements sur les patients et consignent des données dans l'abrégé de la BDCP et aux responsables qui mettent à jour la BDCP et établissent des directives de codification.

Les administrateurs, les médecins et le personnel des archives médicales des établissements qui ont pris part à l'étude peuvent prendre connaissance des résultats dans un rapport sur leur établissement pour cerner les points à améliorer, contribuant ainsi à la production de données de qualité supérieure dans la BDCP.

Pour en savoir plus

Le présent rapport offre de l'information détaillée sur la qualité de la codification dans la BDCP. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez écrire à qualitedesdonnees@icis.ca.



Chapitre 1 — Introduction

1.1 La Base de données sur les congés des patients

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) est une base de données nationale qui contient de l'information de nature démographique, administrative et clinique sur les sorties des établissements de soins de courte durée (congés, décès, départs volontaires et transferts) du Canada. Élaborée en 1963, la BDCP avait comme objectif de permettre la collecte des données sur les sorties des établissements en Ontario. Au fil du temps, sa portée s'est étendue à l'échelle nationale (à l'exception du Québec).

Les établissements utilisent les données de la BDCP pour appuyer la gestion de l'utilisation, les décisions et la recherche administrative. Les gouvernements s'en servent aux fins de financement, de même qu'aux fins de planification et d'évaluation du système. Les universités et autres établissements d'enseignement utilisent les données de la BDCP dans le cadre de nombreuses recherches¹.

En 2008-2009, la population de référence de la BDCP comprenait toutes les sorties (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés) des patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour. Pour cette population de référence, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a reçu des données sur les patients hospitalisés provenant de 584 établissements de soins de courte durée de neuf provinces et de trois territoires, comme l'indique le tableau 1.

Tableau 1 : Volume d'abrévés soumis à la BDCP en 2008-2009, par province ou territoire*

Province ou territoire	Nombre d'établissements de soins de courte durée	Nombre d'abrévés de patients hospitalisés
Terre-Neuve-et-Labrador	33	55 446
Île-du-Prince-Édouard	7	15 914
Nouvelle-Écosse	33	91 789
Nouveau-Brunswick	22	93 173
Québec [†]	s.o.	s.o.
Ontario	169	1 085 025
Manitoba	73	133 191
Saskatchewan	64	135 710
Alberta	96	355 773
Colombie-Britannique	81	409 143
Yukon	1	3 353
Territoires du Nord-Ouest	4	5 628
Nunavut	1	2 147
Total	584	2 386 292

Remarques

* Les données présentées dans le tableau ci-dessus concernent les abrévés de la BDCP, appartenant à la population de référence de la BDCP, qui ont été soumis par des établissements de soins de courte durée.

† Le Québec soumet ses données sur les patients hospitalisés à la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.

1.2 Aperçu, justification et objectifs de l'étude

L'étude avait pour objectif principal d'évaluer la qualité de la codification de l'information clinique dans la BDCP en 2008-2009 concernant les patients victimes d'AVC afin de fournir des résultats sur la qualité de la codification du type d'AVC et sur l'intégralité de la codification de l'administration d'un traitement thrombolytique. Une étude distincte a été réalisée pour évaluer la capacité à remplir des champs de données supplémentaires sur les principaux processus et résultats en fonction des pratiques optimales des soins de l'AVC.

Plus précisément, les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- évaluer la qualité de la codification des données sur les AVC en accordant une attention particulière à la codification des AVC non précisés;
- évaluer la qualité de la codification des traitements thrombolytiques administrés aux patients victimes d'AVC;
- évaluer si l'information requise pour le Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral figurait dans les dossiers.

Pour réaliser la présente étude, les professionnels de la gestion de l'information sur la santé (soit les codificateurs des dossiers de santé des hôpitaux) ont réalisé un examen des dossiers et saisi les données, qui ont ensuite été comparées à la BDCP au moyen d'un processus appelé seconde saisie. Les codificateurs qui ont recueilli les données sont ici appelés seconds codificateurs. Le but de la collecte et de l'analyse de données de seconde saisie est de cerner les problèmes systémiques de codification et de collecte des données. Ceux-ci peuvent avoir plusieurs sources, notamment :

- le manque de clarté des directives du *Manuel de saisie de l'information, BDCP*, des Normes canadiennes de codification de l'ICIS ou de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)* et de la *Classification canadienne des interventions en santé (CCI)*, ce qui rend difficile la mise en œuvre cohérente de ces normes et de ces directives pour les codifications;
- le non-respect de ces directives par les codificateurs ou le manque de formation à ce sujet pour différentes raisons, ce qui influe sur les données;
- les politiques des hôpitaux qui, involontairement, ont une incidence négative sur la qualité des données;
- la qualité et l'intégralité de la documentation des dossiers, qui jouent sur la capacité des codificateurs d'interpréter le séjour du patient en fonction des normes de codification;
- invariablement, des erreurs humaines involontairement introduites au cours du processus de codification et de saisie de l'information.

Grâce aux études de seconde saisie, l'ICIS peut déterminer l'importance de l'incohérence de la codification et isoler les causes des incohérences. Ces études n'ont pas pour objet d'attribuer la faute au codificateur de l'hôpital ou au second codificateur, mais bien de cerner les volets où les incohérences relevées entre les résultats de ces codificateurs se traduisent par des problèmes de qualité des données. Ces études fournissent à l'ICIS l'information nécessaire pour améliorer ses produits et entamer des discussions avec ses intervenants.

1.3 Respect de la vie privée, confidentialité et sécurité

Les politiques de l'ICIS sur la protection de la vie privée, la confidentialité et la sécurité, eu égard à la vie privée et à la protection des renseignements confidentiels des rapports individuels et des établissements, ont été scrupuleusement observées tout au long de l'étude. Pour en connaître davantage sur les politiques de l'ICIS relativement à la confidentialité et à la protection des données, consultez le site Web à www.icis.ca/vieprivee.

1.4 Objectifs du rapport

Ce rapport présente les résultats de l'étude sur la qualité des données de la BDCP de 2008-2009. Il est axé sur les patients victimes d'AVC.

Le présent rapport comprend sept chapitres. Le chapitre 1 présente l'étude et le chapitre 2, la méthode employée. Les trois chapitres suivants sont consacrés aux objectifs de l'étude : le chapitre 3 évalue la qualité de la codification des diagnostics d'AVC, le chapitre 4 évalue la qualité de la codification des traitements thrombolytiques et le chapitre 5, si les renseignements requis pour le Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral sont présents au dossier. Les deux derniers chapitres résument les problèmes de codification, les constatations et les recommandations principales.



Chapitre 2 — Méthode employée

L'étude a été conçue pour comparer les données inscrites dans les abrégés des patients hospitalisés et déclarées dans la BDCP à l'information consignée dans le dossier des patients.

2.1 Plan de l'étude

Pour répondre en partie à son objectif principal, l'étude a été conçue de manière à évaluer la validité du volume élevé d'AVC non précisés déclarés dans la BDCP. Les AVC non précisés devraient être codifiés comme tels seulement dans les cas où le dossier du patient ne précise pas si l'épisode d'AVC était hémorragique ou ischémique. On a cherché à savoir si le type d'AVC était bel et bien inscrit dans le dossier pour bon nombre des AVC déclarés comme non précisés. Les établissements qui disposent d'un tomodensitomètre (TDM) ou d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont été ciblés étant donné que les résultats des examens effectués avec ces appareils peuvent aider à déterminer le type d'AVC.

Les dossiers des patients qui ont servi à l'étude n'ont pas été sélectionnés de manière à être représentatifs de la population entière de la BDCP, mais plutôt de manière à être représentatifs d'une population ciblée.

Les dossiers des patients ont été sélectionnés en fonction d'un échantillon probabiliste en deux étapes. Les établissements qui répondaient aux critères suivants ont été échantillonnés dans la première étape : 1) disposer d'un TDM ou d'un appareil d'IRM; 2) avoir soumis au moins 1 000 abrégés en 2008-2009. Au terme de la première étape de l'échantillonnage probabiliste, 28 établissements ont été sélectionnés. Dans la deuxième étape de l'échantillonnage, les dossiers de patients ont été sélectionnés parmi ces 28 établissements. Les dossiers des patients échantillonnés devaient répondre à certaines exigences cliniques, comme la présence de codes précis de la CIM-10-CA sur l'abrégé de la BDCP, ainsi qu'à certaines exigences logistiques, comme une durée de séjour inférieure ou égale à 30 jours. En effet, les hospitalisations associées à des durées de séjour plus longues ne pouvaient pas être comparées à celles correspondant à des durées de séjour plus courtes.

Comme certains établissements et les hospitalisations de longue durée ont été exclus, l'échantillon de l'étude était composé de 23 053 hospitalisations pour des AVC, soit 61 % des 37 572 hospitalisations en raison d'un AVC déclarées dans la BDCP. Quelque 5 297 autres hospitalisations, qui ne concernaient pas directement les AVC, ont été incluses dans l'échantillon de l'étude étant donné qu'elles présentaient un intérêt particulier pour répondre aux autres objectifs de l'étude consistant à évaluer la qualité de la codification des traitements thrombolytiques et la présence dans le dossier d'information utile pour recueillir des données sur le Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident cardiovasculaire.

2.2 Formation et collecte de données

Dans le cadre de la formation des codificateurs de l'étude en vue de la collecte de données, certaines lignes directrices ont été élaborées afin de s'assurer de la cohérence et de la minutie de l'examen et de l'interprétation de l'information consignée aux dossiers. Celles-ci ont été créées en collaboration avec la Division des classifications de l'ICIS, responsable de l'élaboration et de la mise à jour des classifications des diagnostics et des interventions au Canada (CIM-10-CA et CCI). La formation était axée sur le typage des diagnostics et les directives de codification pour les problèmes de santé et les interventions auxquels s'intéressait l'étude. Avant de procéder à la collecte de données sur le terrain, les codificateurs de l'étude ont été appelés à passer un test de codification visant à évaluer leur compréhension des lignes directrices de l'étude.

Pour la collecte de données, les codificateurs de l'étude ont examiné les renseignements inscrits aux dossiers des patients concernant le séjour à l'hôpitalⁱ. Les résultats ont été consignés à l'aide d'une application logicielle de l'ICIS. Le logiciel a permis d'enregistrer les données de l'étude et de les comparer aux données contenues dans la BDCP sur les dossiers sélectionnés, pour ensuite repérer les divergences entre les données de la BDCP et celles de l'étude. Les codificateurs de l'étude ont ensuite rapproché les données en consignait la raison de chaque divergence ou en entrant de l'information pertinente supplémentaire.

2.3 Traitement et analyse des données

Les données recueillies dans le cadre de l'étude ont fait l'objet d'un traitement en deux temps. D'abord, les données ont fait l'objet de validations et de vérifications logiques pour s'assurer que les fichiers avaient le bon format et pour déceler les données manquantes ou erronées et les incohérences dans les données transmises. Au besoin, le personnel de l'ICIS a corrigé les données manuellement. Ensuite, des facteurs de pondération et des poids bootstrap ont été utilisés pour vérifier les dossiers de l'échantillon. Cela a permis d'assurer une estimation représentative et une estimation de la variance des données de l'étude. Les deux étapes de traitement des données sont essentielles pour assurer la précision et la représentativité des données de l'étude.

Seules les estimations pondérées pour l'étude de seconde saisie sont présentées dans ce rapport. Par conséquent, les 4 102 abrégés étudiés sont représentatifs de la population de référence, composée de 28 350 abrégés. Puisque les estimations sont effectuées d'après un échantillon de la population, de nombreuses estimations présentées dans le cadre de l'étude sont assorties d'un intervalle de confiance de 95 % pour déterminer l'erreur d'échantillonnageⁱⁱ. Les estimations de la variance ont été calculées à l'aide de la méthode bootstrap.

i. La collecte des données s'est déroulée de septembre à novembre 2009. Le nombre d'abrégés ayant fait l'objet d'une seconde saisie, soit 4 102, a dépassé l'objectif qui avait été fixé à 4 080.

ii. L'échantillon examiné dans le cadre de la présente étude n'est que l'un des nombreux échantillons, de conception et de taille similaires, qui auraient pu être choisis à partir de la même population. L'erreur d'échantillonnage est une mesure de la variabilité entre tous les échantillons possibles.

Le tableau 2 compare les caractéristiques de tous les abrégés de la BDCP aux estimations pondérées calculées en utilisant les données de l'étude. Ces données démontrent que les estimations pondérées à l'aide des données de l'étude pour décrire la population de patients sont généralement comparables à celles qui concernent tous les patients victimes d'AVC provenant d'établissements qui disposent d'un TDM ou d'un appareil d'IRM, sans toutefois être entièrement représentatives.

Tableau 2 : Caractéristiques des abrégés soumis à la BDCP en 2008-2009 comparées à celles des abrégés provenant de l'échantillon de l'étude

	Tous les abrégés hospitalisés en soins de courte durée de la BDCP	Nombre d'abrégés dans la BDCP ayant été soumis par un établissement disposant d'un TDM ou d'un appareil d'IRM	Estimations pondérées à l'aide de l'échantillon de l'étude [*]
Nombre d'abrégés	2 386 292	2 032 490	--
Nombre d'abrégés avec une durée de séjour inférieure ou égale à 30 jours	2 301 536	1 959 341	--
Nombre d'abrégés admissibles au projet 340 sur l'AVC	39 423	33 356	25 544
Nombre d'abrégés pour les patients victimes d'AVC[†]	37 572	32 750	23 053
<i>Patients ayant reçu un traitement thrombolytique[‡]</i>	1 636	1 594	1 248
<i>Âge (en années), moyenne (écart interquartile)</i>	72 (63-83)	71 (62-83)	71 (61-82)
<i>Nombre total de comorbidités[§], N (moyenne)</i>	86 817 (2,3)	78 701 (2,4)	43 304 (1,9)
<i>Nombre total d'interventions, N (moyenne)</i>	61 401 (1,6)	57 162 (1,7)	33 488 (1,5)

Remarques

N : nombre au sein de la population.

* L'échantillon de l'étude représente les hospitalisations de courte durée (≤ 30 jours) dans des établissements disposant d'un TDM ou d'un appareil d'IRM qui ont soumis au moins 1 000 abrégés pour des patients ayant subi un AVC. Le symbole « -- » est utilisé pour les estimations dans lesquelles l'échantillon de l'étude n'est pas comparable.

† Code de la CIM-10-CA se situant entre I60.– et I64 et auquel on a attribué un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X, Y).

‡ Code 1.^^.35.H^-C1 de la CCI.

§ Diagnostics de type 1 et 2 seulement. Les estimations des patients victimes d'AVC et des comorbidités à l'aide de l'échantillon à l'étude sont moindres du fait que les hospitalisations de patients dont la durée du séjour est supérieure à 30 jours ont été exclues de la méthodologie.

Les taux de concordance ont été calculés pour divers paramètres. Les données de l'étude ont également été analysées au moyen du modèle analytique présenté dans le tableau 3. Il est à noter que ce modèle a aussi servi à analyser les AVC, les traitements thrombolytiques, les variables de sortie des groupes de maladies analogues et d'autres éléments de données d'intérêt.

Tableau 3 : Modèle analytique

		Statut du problème de santé dans le critère des données de l'étude	
		Présence	Absence
Statut du problème de santé dans la BDCP	Présence	A	B
	Absence	C	D

La **sensibilité** et la **valeur prédictive positive** sont deux statistiques ayant servi tout au long du rapport. Elles décrivent la qualité d'un test qui détermine la présence ou l'absence d'une caractéristique (ici, un problème de santé) en comparant les résultats du test à une autre catégorisation réputée sans erreur. Cette catégorisation « parfaite » est souvent appelée la « référence » ou le « critère ».

- **Sensibilité**, $A \div (A + C) \times 100 \%$: pourcentage de vrais positifs parmi tous les patients ayant un problème de santé selon les données de l'étude.
- **Valeur prédictive positive**, $A \div (A + B) \times 100 \%$: pourcentage des patients ayant un problème de santé selon la BDCP et ayant également le même problème de santé selon les données de l'étude.

Idéalement, le critère permet de déterminer si un problème de santé donné est bien présent chez le patient. Dans la présente étude, les résultats obtenus par les seconds codificateurs sont considérés comme le critère uniquement aux fins de calcul de ces statistiquesⁱⁱⁱ. Il est important de prendre note que les statistiques issues de cette étude doivent être interprétées avec prudence, la méthode utilisée se limitant à un examen de l'information au dossier des patients. Par conséquent, les données de seconde saisie constituent plus une norme de référence qu'un critère, puisque la présente étude ne permet pas de déceler les éventuelles erreurs de consignation lors de l'entrée des antécédents des patients, de l'établissement de diagnostics ou de l'enregistrement de tout autre renseignement clinique dans les dossiers.

iii. Les données recueillies par les seconds codificateurs ne sont pas parfaites. Ces variations de codification entre les seconds codificateurs sont connues et ont été évaluées lors d'une étude préalable de seconde saisie menée sur les données de 2005-2006 de la BDCP².



Chapitre 3 — Qualité de la codification des AVC

Le présent chapitre porte sur le premier objectif de l'étude : évaluer la qualité de la codification des données sur les AVC en accordant une attention particulière à la codification des AVC non précisés.

Un AVC est une perte soudaine de la fonction cérébrale, provoquée par une circulation sanguine inadéquate à l'intérieur du cerveau. Les AVC sont de nature ischémique ou hémorragique. Les AVC ischémiques surviennent à la suite de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, tandis que les AVC hémorragiques sont causés par la rupture d'un vaisseau sanguin dans les tissus du cerveau ou avoisinants³.

3.1 Intégralité de la déclaration des AVC dans la BDCP

Cette section explore l'*intégralité*⁴ des données de la BDCP en déterminant si tous les diagnostics d'AVC connexes consignés dans le dossier des patients figuraient également dans l'abrégé de la BDCP.

De tous les diagnostics significatifs d'AVC relevés lors de l'examen des dossiers, 97 % ont été déclarés dans les abrégés de la BDCP en tant que tels. Ce pourcentage correspond à la *sensibilité* (tableau 4). Celle-ci indique une possible sous-déclaration dans la BDCP^{iv} de 3 % des AVC qui peuvent avoir une incidence sur la durée de séjour du patient ou l'utilisation des ressources. Il s'agit d'un résultat positif signifiant que presque tous les AVC des patients hospitalisés sont déclarés dans la BDCP.

Tableau 4 : Comparaison des diagnostics d'AVC relevés lors de l'examen des dossiers avec les diagnostics d'AVC des abrégés de la BDCP

	Données de la BDCP (en milliers)		Total dans les données de l'étude (en milliers)	Sensibilité (IC 95 %)
	Présence	Sous- déclaration dans la BDCP		
Ensemble des diagnostics significatifs d'AVC dans les données de l'étude (relevés dans le dossier par le second codificateur de l'ICIS)*	23,1	0,6 [†]	23,7	97,4 (96,8-97,9)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

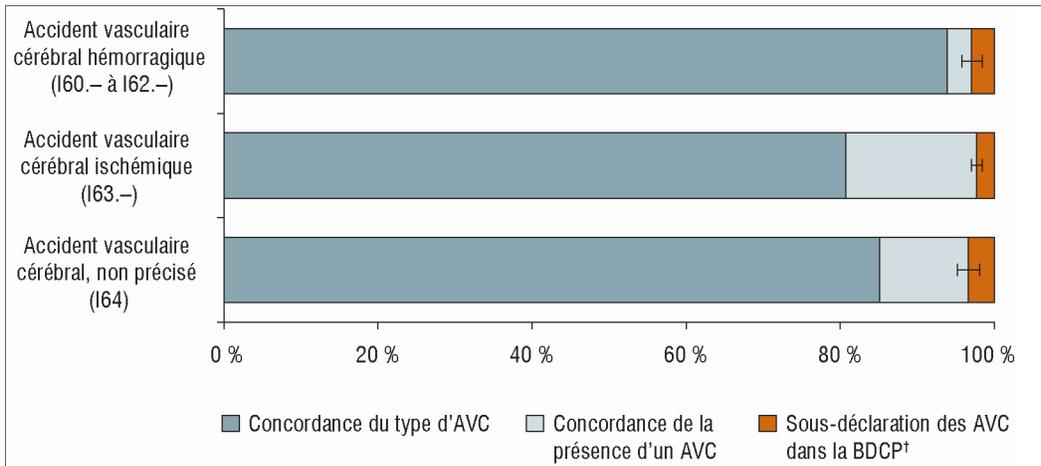
* Inclut les codes se situant entre I60.– et I64 auxquels on a attribué un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X, Y).

† Ces diagnostics étaient absents de la BDCP, portaient un typage indiquant qu'ils n'avaient pas d'incidence significative sur la durée du séjour du patient ou sur l'utilisation des ressources (c'est-à-dire un diagnostic de type 3) ou portaient un code de la CIM-10-CA qui ne se situait pas entre I60.– et I64.

Appliquée aux différents types d'AVC (hémorragique, ischémique et non précisé), cette analyse a conduit à la formulation de deux constatations principales. Premièrement, tous les types d'AVC ont été déclarés dans la BDCP avec le même degré d'intégralité, comme l'illustre la figure 1. Les zones d'intérêt de cette figure sont les barres orange, qui indiquent le degré de sous-déclaration des AVC dans la BDCP. La non-attribution du caractère significatif à un AVC associé au séjour d'un patient à l'hôpital, la codification d'une maladie vasculaire cérébrale d'un autre type et l'absence d'un code d'AVC comptent parmi les facteurs qui ont contribué à la sous-déclaration. La deuxième constatation principale est illustrée dans les zones bleu pâle de la figure, qui présentent la fréquence à laquelle un AVC déclaré dans la BDCP a été saisi comme un AVC d'un autre type par le codificateur de l'étude. Cette deuxième constatation met en relief la présence de problèmes de codification qui vont au-delà de l'intégralité de l'identification et qui sont propres à l'AVC ischémique et à l'AVC non précisé.

^{iv}. Plus précisément, ce résultat indique la sous-déclaration possible dans la BDCP par les établissements qui appartiennent à la population de l'étude.

Figure 1 : Fréquence à laquelle les diagnostics significatifs d'AVC relevés lors de l'examen des dossiers étaient également présents et codifiés comme étant significatifs dans la BDCP*



Remarques

* Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

† Inclut tous les cas pour lesquels l'abrégié de la BDCP n'indiquait pas que l'AVC avait une incidence sur le séjour du patient à l'hôpital.

La déclaration des AVC dans la BDCP a été analysée plus en profondeur pour déterminer si le degré d'intégralité de la codification variait selon le type de patient ou le type d'hospitalisation. Cette analyse n'a pas trouvé de lien entre l'intégralité des données sur les AVC et certaines caractéristiques démographiques sélectionnées des patients (sexe et groupe d'âge) ou certains descripteurs du séjour du patient à l'hôpital (état à la sortie, code d'entrée et durée du séjour)^v. En d'autres termes, la sensibilité des AVC pour chacune de ces sous-populations ne présentait pas d'écart significatif par rapport à la sensibilité globale de 97 %.

v. L'analyse des groupes d'âge a tenu compte des catégories suivantes : 0 à 65 ans, 66 à 79 ans et 80 ans et plus; l'analyse de la durée de séjour a tenu compte des catégories suivantes : 1 à 7 jours, 8 à 14 jours, 15 à 21 jours et 22 à 30 jours.

3.2 Exactitude de la déclaration des AVC dans la BDCP

Cette section examine l'*exactitude*³ des données sur les AVC déclarées dans la BDCP en déterminant la fréquence à laquelle l'information au dossier des patients appuie l'inclusion des codes d'AVC dans l'abrégé de la BDCP.

Parmi les codes d'AVC déclarés dans la BDCP comme ayant une incidence sur la durée du séjour ou l'utilisation des ressources, l'information au dossier analysée lors de la seconde saisie appuyait dans 94 % des cas leur inclusion à titre de problème de santé significatif. Ce pourcentage correspond à la *valeur prédictive positive* (tableau 5). Celle-ci indique une surdéclaration possible dans la BDCP^{vi} de 6 % des AVC significatifs. Ce résultat indique que les données de la BDCP sont très fiables sur le plan de la saisie des AVC.

Tableau 5 : Comparaison des AVC des abrégés de la BDCP avec les AVC relevés lors de l'examen des dossiers

	Données de l'étude (en milliers)		Total dans la BDCP (en milliers)	Valeur prédictive positive (IC 95 %)
	Présence	Surdéclaration dans la BDCP		
Ensemble des diagnostics significatifs dans la BDCP*	23,1	1,4 [†]	24,5	94,2 (93,3-95,2)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

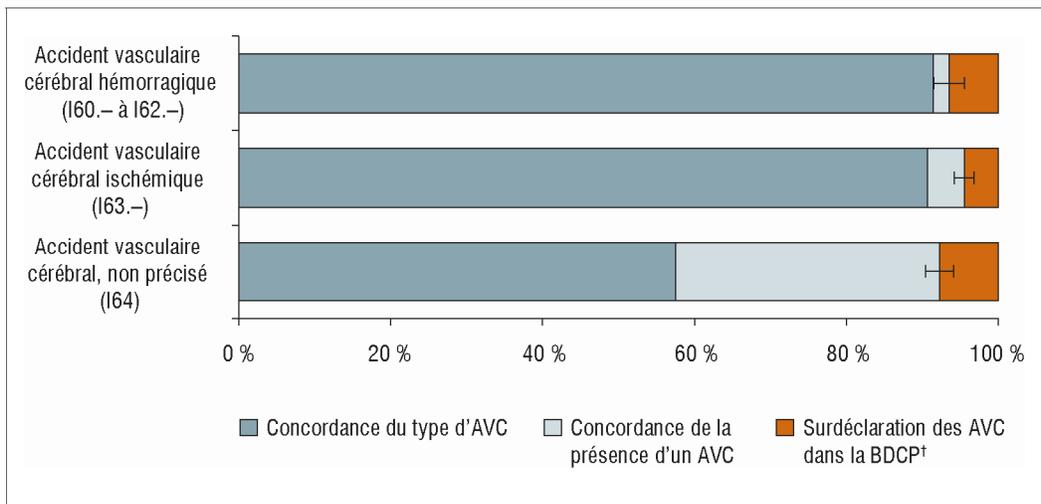
* Inclut les codes se situant entre I60.– et I64 auxquels on a attribué un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X, Y).

† Ces diagnostics n'ont pas fait l'objet d'une seconde saisie, ou bien la seconde saisie a déterminé qu'ils n'avaient pas d'incidence significative sur la durée du séjour du patient ou sur l'utilisation des ressources (c'est-à-dire un diagnostic de type 3) ou encore que leur code de la CIM-10-CA ne se situait pas entre I60.– et I64.

vi. Plus précisément, ce résultat indique la surdéclaration possible dans la BDCP par les établissements qui appartiennent à la population de l'étude.

Appliquée aux différents types d'AVC, cette analyse a conduit à la formulation de deux constatations principales. Premièrement, tous les types d'AVC ont été déclarés dans la BDCP avec un degré d'exactitude similaire, comme l'illustre la figure 2. Les zones d'intérêt de cette figure sont les barres orange, qui indiquent le degré de surdéclaration des AVC dans la BDCP. Les données sur les AVC ont été surdéclarées pour les cas où le codificateur de l'étude a déterminé que l'AVC n'avait pas eu d'incidence significative sur le séjour du patient à l'hôpital, où il a codifié une maladie vasculaire cérébrale autre qu'un AVC et où aucune documentation dans le dossier du patient n'indiquait la présence d'un AVC. La deuxième constatation principale est illustrée dans les zones bleu pâle de la figure, qui présentent la fréquence à laquelle le type d'AVC (hémorragique, ischémique ou non précisé) déclaré par le codificateur de l'étude différait de celui figurant dans l'abrégé de la BDCP. La barre bleu pâle la plus longue correspond à celle des AVC non précisés, ce qui indique que les problèmes de codification dans la BDCP sont plus nombreux pour ce type d'AVC.

Figure 2 : Fréquence à laquelle les AVC significatifs relevés lors de l'examen des dossiers étaient codifiés comme tels dans la BDCP*



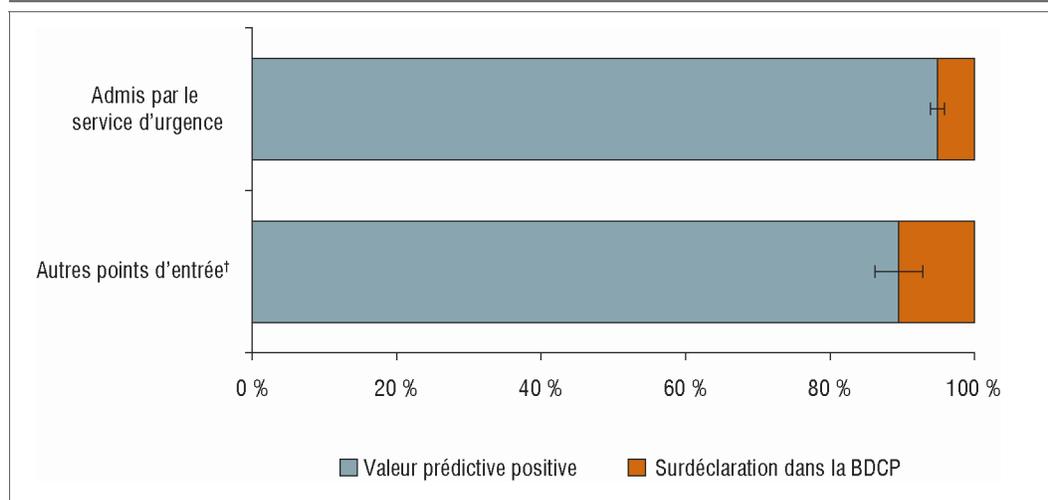
Remarques

* Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

† Inclut tous les cas pour lesquels les données de l'étude indiquaient que l'AVC n'avait pas d'incidence sur le séjour du patient à l'hôpital.

La déclaration des AVC dans la BDCP a été analysée plus en profondeur pour déterminer si le degré de l'exactitude de la codification variait selon le type de patient ou le type d'hospitalisation. L'analyse n'a pas établi de lien entre l'exactitude des données sur les AVC en tenant compte du sexe, du groupe d'âge, de la destination à la sortie ou de la durée du séjour. Toutefois, des différences ont été observées sur le plan des valeurs prédictives positives des hospitalisations selon le point d'entrée dans l'établissement de soins de santé (figure 3). Les AVC ont été déclarés dans la BDCP avec une plus grande exactitude pour les patients admis dans l'établissement de santé en passant par le service d'urgence.

Figure 3 : Fréquence à laquelle les AVC significatifs relevés lors de l'examen des dossiers étaient codifiés comme tels dans la BDCP, par code d'entrée déclaré dans la BDCP*



Remarques

* Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

† Les autres points d'entrée comprennent les cas avec les codes d'entrée C (admis par la clinique de l'établissement déclarant), D (admis par le service d'admission ou envoyé directement à l'unité) et P (admis par le service de chirurgie d'un jour de l'établissement déclarant). Bien que d'autres codes d'entrée puissent être déclarés dans l'abrégié de la BDCP, seuls ces trois codes ont été représentés dans l'échantillon de l'étude.

vii. Les catégories analysées pour les groupes d'âge étaient celles de 0 à 65 ans, de 66 à 79 ans et de 80 ans et plus; les catégories analysées pour la durée de séjour étaient celles de 1 à 7 jours, de 8 à 14 jours, de 15 à 21 jours et de 22 à 30 jours.

3.3 Sujets d'intérêt sur les AVC

La fiabilité de certaines analyses sur les AVC au moyen des données de la BDCP repose sur la grande qualité de la codification de certains attributs. Par exemple, certains attributs exigent que les types de diagnostics soient saisis de façon cohérente, tandis que d'autres requièrent que la spécificité des codes de la CIM-10-CA choisis soit précisée. La présente section analyse la qualité de la codification des données sur les AVC par rapport à différents besoins en matière d'information.

i AVC non précisé

Les Normes canadiennes de codification exigent que le code le plus précis de la CIM-10-CA soit soumis à la BDCP. Par conséquent, il est incorrect d'employer le code I64– *Accident vasculaire cérébral, non précisé* si le dossier contient des renseignements qui appuient le choix d'un code plus précis, par exemple celui d'un AVC ischémique ou hémorragique.

Le tableau 6 présente une analyse de tous les diagnostics d'AVC codifiés comme étant significatifs dans la BDCP et les compare aux données recueillies lors de l'examen des dossiers. Les cellules bleues indiquent les cas dans lesquels les AVC ont été saisis par le codificateur de l'étude de la même manière qu'ils avaient été déclarés dans la BDCP. Les cellules orange foncé indiquent les cas dans lesquels un AVC non précisé a été déclaré dans la BDCP alors que le codificateur de l'étude a été en mesure de saisir un code d'AVC plus précis. Cette analyse montre qu'il existe une tendance à codifier I64– *Accident vasculaire cérébral, non précisé* dans la BDCP alors que la documentation du dossier indique que l'AVC était ischémique. Le tableau 6 présente également de plus amples détails sur la surdéclaration des AVC comme un problème de santé significatif dans les deux dernières colonnes de droite.

Tableau 6 : Comparaison des AVC relevés comme étant significatifs lors de l'examen des dossiers avec l'information figurant dans l'abrégé de la BDCP

		Volume dans la BDCP (en milliers)	Données de l'étude				Aucun code de diagnostic significatif [†]
			AVC hémorragique	AVC ischémique	AVC non précisé	Code différent*	
Données de la BDCP	AVC hémorragique	5,1	91 %	2 %	0 %	2 %	4 %
	AVC ischémique	12,6	1 %	91 %	4 %	1 %	4 %
	AVC non précisé	6,8	1 %	34 %	57 %	2 %	5 %

Remarques

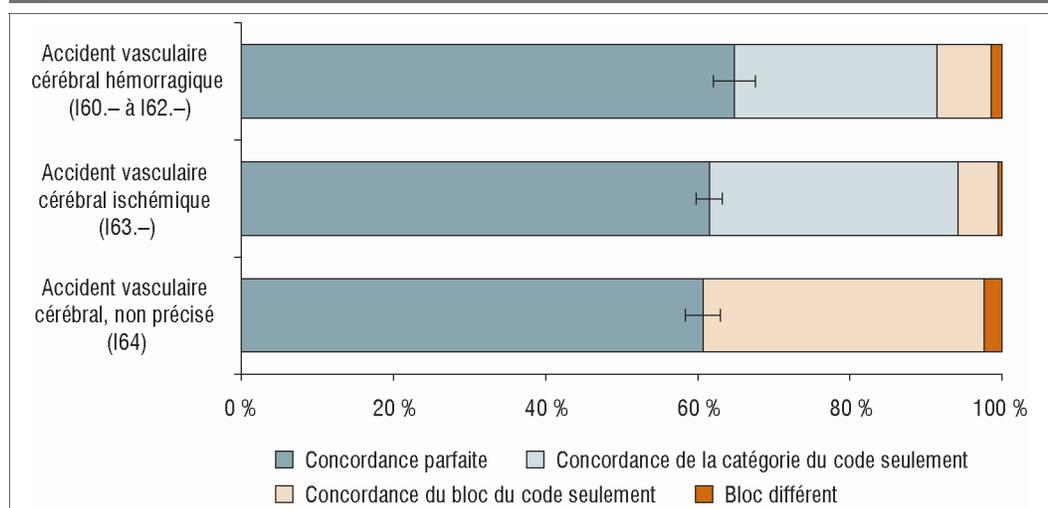
* Problèmes de santé saisis au moyen d'un code de diagnostic ne se situant pas dans les codes de la catégorie I60.– à I64 de la CIM-10-CA.

† Inclut les diagnostics de type 3 et les cas où aucun diagnostic n'a été saisi.

i Spécificité des codes pour les AVC

La présente section examine la cohérence de la codification des codes de la CIM-10-CA attribués aux AVC et ne porte que sur les AVC déclarés dans la BDCP dont l'examen des dossiers a confirmé la présence. La figure 4 illustre cette analyse et montre que les deux tiers des codes d'AVC présentent une concordance exacte; ce résultat est cohérent dans les trois catégories d'AVC. La non-concordance des codes de la CIM-10-CA attribués aux AVC est illustrée par les portions subséquentes du diagramme à barres. La plupart des incohérences de codification pour les AVC ischémiques et hémorragiques n'ont pas entraîné de changement de type d'AVC, mais plutôt des divergences sur le plan du code associé à la cause de l'épisode ischémique ou à l'endroit du cerveau où l'hémorragie s'est produite. Ces différences sont illustrées par l'élément statistique « Concordance de la catégorie du code seulement ». La plupart des différences de codification pour le code I64— *Accident vasculaire cérébral, non précisé* étaient attribuables au fait que le codificateur de l'étude avait déterminé que l'AVC était de nature ischémique, comme l'illustre l'élément statistique « Concordance du bloc du code seulement » dans la figure ci-dessous.

Figure 4 : Cohérence des codes de la CIM-10-CA attribués aux AVC*



Remarques

Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

* La portée de l'analyse se limite aux AVC auxquels on a attribué un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X, Y) dans la BDCP ainsi qu'un type de diagnostic significatif en seconde saisie.

i AVC après l'admission

La capacité à surveiller les AVC qui surviennent après l'admission du patient à l'hôpital revêt un intérêt particulier pour de nombreuses recherches, par exemple pour l'évaluation de la qualité des soins et de la sécurité des patients⁵.

L'étude a relevé un taux de sensibilité et une valeur prédictive positive légèrement plus faibles pour les AVC après l'admission (tableau 7). La plupart des divergences ne portaient pas sur l'existence de l'AVC, mais plutôt sur le fait que l'AVC soit survenu après l'admission du patient, ce qui explique pourquoi les résultats en matière d'exactitude de codification sont plus faibles que ceux présentés précédemment.

Tableau 7 : Analyse de la qualité de la codification des AVC après l'admission

	Volume (en milliers)		Sensibilité (IC 95 %)	Valeur prédictive positive (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
AVC après l'admission*	1,8	2,0	78,5 (72,5-84,5)	86,6 (81,6-91,7)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Inclut les codes se situant entre I60.- et I64 pour les AVC survenus après l'admission (type 2).

i Accidents ischémiques transitoires

Les Normes canadiennes de codification recommandent de ne pas inscrire le code G45.9– *Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision* dans un abrégé où figure déjà un code d'AVC, à moins qu'il s'agisse d'épisodes distincts. Le tableau 8 présente le volume d'abrévés portant le code G45.9 et illustre la proportion associée à un code d'épisode d'AVC distinct; cette analyse a relevé que la proportion des hospitalisations associées à un accident ischémique transitoire non précisé et un épisode d'AVC distinct était semblable dans les données de la BDCP et celles de l'étude.

Tableau 8 : Proportion des hospitalisations pour un accident ischémique transitoire comportant aussi un AVC codifié comme un épisode distinct*

	Données de la BDCP	Données de l'étude
Volume des hospitalisations comportant un accident ischémique transitoire	4 985	4 736
Proportion des patients qui ont aussi subi un épisode distinct d'AVC*	0,8 %	0,9 %

Remarque

* Cette analyse ne tient compte que des diagnostics saisis comme étant de type significatif.

3.4 Qualité de la codification d'autres problèmes de santé pour les patients victimes d'AVC

La présente section passe en revue la qualité de la codification des problèmes de santé saisis dans l'abrégé de la BDCP qui aident les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques à comprendre ce qui caractérise les patients victimes d'AVC. Les statistiques présentées dans cette section portent sur le niveau de l'hospitalisation et tiennent seulement compte de la présence d'un problème de santé, peu importe le nombre de fois qu'il a été codifié dans l'abrégé.

Dans un premier temps, la qualité de la codification des problèmes de santé qui constituent des facteurs de risque ou des effets secondaires découlant d'un AVC a été évaluée. Cette analyse, présentée dans le tableau 9, montre que la prévalence de la plupart des problèmes de santé associés aux hospitalisations pour des AVC est semblable, qu'elle ait été calculée à partir des données de la BDCP ou de celles de l'étude. Toutefois, les problèmes de santé avec un taux de sensibilité et une valeur prédictive positive plus faibles indiquent que différentes hospitalisations ont été incluses dans les calculs de prévalence. Les résultats soulignent que ces renseignements détaillés sur les patients victimes d'AVC sont moins précis que ceux portant sur l'existence d'un épisode d'AVC; des problèmes de qualité de la codification potentiels ont été relevés pour les patients victimes d'AVC souffrant d'arythmie et d'hypertriglycéridémie ou de dyslipidémie (dans les cellules orangées).

Tableau 9 : Qualité de la codification d'autres problèmes de santé pour les patients victimes d'AVC, durant l'hospitalisation*

Problème de santé	Méthode de classification [†]	Prévalence dans la population de patients victimes d'AVC (BDCP)	Prévalence dans la population de patients victimes d'AVC (étude)	Sensibilité [‡] (IC 95 %)	Valeur prédictive positive [‡] (IC 95 %)
Fibrillation auriculaire	I48.0	1 996	2 104	79 (72-85)	83 (78-88)
Dysphasie et aphasie avant l'admission	R47.0 de type 1	1 084	1 090	75 (68-83)	77 (68-85)
Infarctus du myocarde	I21.-	790	795	83 (74-92)	93 (87-99)
Arythmie	I47.-, I48.1, I49.-, R00	406	443	66 (51-82)	78 (65-92)
Hypertriglycéridémie et dyslipidémie	E78.-	281	245	63 (43-83)	62 (42-83)
Utilisation de drogues	De F10.- à F19.-	265	--	--	78 (57-98)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Les volumes des problèmes de santé devaient comporter au moins 30 abrégés dans l'échantillon de l'étude pour être inclus dans ce tableau. Le symbole « -- » indique que les statistiques ont été supprimées en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

† La méthode de classification a tenu compte de tous les diagnostics significatifs (types M, 1, 2, 6, W, X, Y), sauf avis contraire.

‡ À interpréter comme suit : la sensibilité correspond au pourcentage de patients ayant un problème de santé selon le codificateur de l'étude et déclarés comme tels dans la BDCP; la valeur prédictive positive correspond au pourcentage de patients, parmi les patients victimes d'AVC dans la BDCP, dont le problème de santé a été confirmé par la seconde saisie.

Le groupement des hospitalisations en fonction de la présence ou de l'absence d'un problème de santé dans chacun des blocs de codes de la CIM-10-CA a permis de réaliser une évaluation plus détaillée de la qualité de la codification des diagnostics. Cette évaluation est résumée au tableau 10. Les cellules avec un taux de sensibilité ou une valeur prédictive positive inférieurs à 70 % sont orangées; ces résultats indiquent une possible sous-déclaration ou surdéclaration de ces blocs de codes de la CIM-10-CA dans la BDCP. Les problèmes de codification pour les hospitalisations associées à des AVC étaient plus fréquents parmi les blocs de la CIM-10-CA concernant les symptômes et les signes.

Tableau 10 : Qualité de la codification pour d'autres diagnostics de patients victimes d'AVC, par bloc de codes de la CIM-10-CA, durant l'hospitalisation*

Bloc de codes de la CIM-10-CA et description [†]	Prévalence dans la BDCP	Prévalence (étude)	Sensibilité [‡] (IC 95 %)	Valeur prédictive positive [‡] (IC 95 %)
D60-D64 Aplasies médullaires et autres anémies	--	416	70 (56-84)	--
E10-E14 Diabète sucré	2 824	2 923	81 (76-86)	87 (82-91)
E70-E90 Anomalies du métabolisme	1 522	1 770	72 (65-79)	86 (80-92)
F00-F09 Troubles mentaux organiques	410	494	57 (43-71)	70 (58-83)
G40-G47 Affections épisodiques et paroxystiques	--	374	59 (41-76)	--
G80-G83 Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	2 414	2 257	77 (71-83)	72 (66-77)
G90-G99 Autres affections du système nerveux	817	802	89 (81-97)	89 (82-96)
I10-I15 Maladies hypertensives	3 261	3 995	66 (61-70)	81 (76-85)
I20-I25 Cardiopathies ischémiques	1 222	1 169	89 (84-95)	90 (85-96)
I30-I52 Autres formes de cardiopathies	3 106	3 307	80 (75-85)	87 (83-90)
I70-I79 Maladies des artères, artérioles et capillaires	374	--	--	65 (50-81)
I95-I99 Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire	421	398	79 (68-91)	78 (63-92)
J09-J18 Grippe et pneumonie	572	567	75 (64-86)	78 (66-89)
J40-J47 Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	--	333	78 (65-91)	--
J60-J70 Maladies du poumon dues à des agents externes	887	945	84 (76-92)	92 (85-99)
J95-J99 Autres maladies de l'appareil respiratoire	665	662	83 (73-94)	86 (77-96)
N17-N19 Insuffisance rénale	805	875	74 (63-84)	83 (73-93)
N30-N39 Autres maladies de l'appareil urinaire	1 424	1 745	70 (62-77)	90 (85-94)
R00-R09 Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire	544	455	67 (51-82)	60 (45-74)
R10-R19 Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen	867	1 162	53 (43-63)	72 (62-83)
R25-R29 Symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	730	--	--	67 (54-80)

Tableau 10 : Qualité de la codification pour d'autres diagnostics de patients victimes d'AVC, par bloc de codes de la CIM-10-CA, durant l'hospitalisation* (suite)

Bloc de codes de la CIM-10-CA et description [†]	Prévalence dans la BDCP	Prévalence (étude)	Sensibilité [‡] (IC 95 %)	Valeur prédictive positive [‡] (IC 95 %)
R40-R46 Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	689	439	71 (56-86)	48 (34-61)
R47-R49 Symptômes et signes relatifs au langage et à la voix	1 911	1 763	76 (69-83)	72 (66-79)
R50-R69 Symptômes et signes généraux	1 166	1 051	65 (57-74)	68 (59-78)
T80-T88 Complications de soins médicaux et chirurgicaux	531	592	65 (51-78)	79 (67-91)
Z40-Z54 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques	3 213	3 977	76 (72-80)	96 (93-98)
Z70-Z76 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs	1 846	1 840	95 (92-97)	95 (93-98)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Au moins 50 abrégés de l'échantillon de l'étude devaient contenir l'un des codes des blocs de la CIM-10-CA avec un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X, Y) pour être inclus dans ce tableau.

† Certaines descriptions de bloc de codes ont été abrégées et ne correspondent pas à celles de la CIM-10-CA. Le bloc I60 à I69 n'a pas été inclus dans ce tableau étant donné qu'il contient les codes d'AVC utilisés pour créer le sous-ensemble de données pour l'analyse.

‡ À interpréter comme suit : la sensibilité correspond au pourcentage de patients ayant un problème de santé selon le codificateur de l'étude et déclarés comme tels dans la BDCP; la valeur prédictive positive correspond au pourcentage de patients, parmi les patients victimes d'AVC dans la BDCP, dont le problème de santé a été confirmé par la seconde saisie.

3.5 Qualité des variables des groupes de maladies analogues

Les méthodologies des groupes de maladies analogues classent les patients dans des groupes homogènes sur les plans clinique et statistique selon la collecte des données cliniques et administratives. L'ajustement en fonction de différents degrés de gravité chez les patients est à la base des comparaisons entre organismes de services de santé et de la consommation des ressources ajustées pour les groupes clients (www.icis.ca/groupeclients). Les indicateurs de ressources sur les groupes de maladies analogues comprennent la durée prévue du séjour (DPS) et la pondération de la consommation des ressources (PCR).

Cette analyse se base sur la méthodologie de regroupement GMA+ 2009⁶.

Comme l'étude porte sur la codification des AVC, la fiabilité de certains groupes de maladies analogues — en particulier ceux qui décrivent les hospitalisations pour des AVC — a été passée en revue. Cette analyse, présentée au tableau 11, a établi un lien étroit entre les changements de groupe de maladies analogues et les divergences de codification des diagnostics relevées dans les données sur les AVC. Ainsi, les hospitalisations de la BDCP classées dans le groupe de maladies analogues 28 — Accident vasculaire cérébral non spécifié ont souvent été classées dans un groupe plus

descriptif, soit le groupe de maladies analogues 26 — Épisode ischémique du système nerveux central, après avoir analysé l'information sur les diagnostics et les interventions résultant de l'étude (cellules orangées). En outre, certaines hospitalisations ont été regroupées dans un groupe qui ne décrivait pas un AVC, comme l'illustre la dernière colonne du tableau. Cette observation est le corollaire des autres problèmes de codification liés à l'abrégié, notamment de diagnostics sous-déclarés ou surdéclarés.

Tableau 11 : Changements de groupe de maladies analogues résultant de problèmes de qualité de la codification

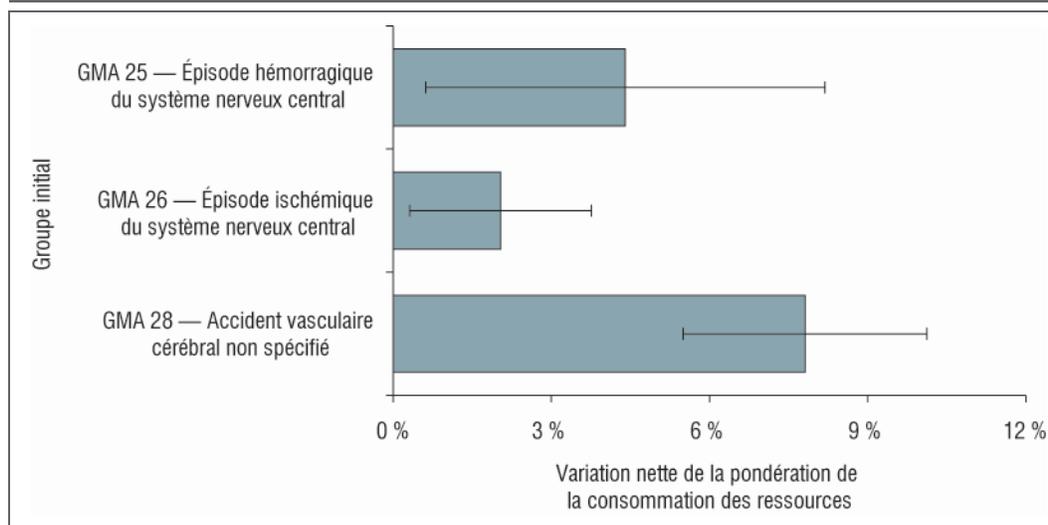
		Volume dans la BDCP (en milliers)	Données de l'étude			
			GMA 25 — Épisode hémorragique du système nerveux central	GMA 26 — Épisode ischémique du système nerveux central	GMA 28 — Accident vasculaire cérébral non spécifié	Tous les autres GMA
Données de la BDCP	GMA 25 — Épisode hémorragique du système nerveux central	2,9	91 %	3 %	0 %	6 %
	GMA 26 — Épisode ischémique du système nerveux central	9,8	1 %	92 %	4 %	3 %
	GMA 28 — Accident vasculaire cérébral non spécifié	5,2	1 %	35 %	57 %	8 %

Remarques

GMA : groupe de maladies analogues; les cellules bleues représentent les cas où les groupes de maladies analogues concordent.

La fiabilité de la pondération de la consommation des ressources a aussi été évaluée pour les hospitalisations qui avaient été classées dans l'un des trois groupes de maladies analogues associés aux AVC. Après avoir regroupé les données issues de l'étude, les variations en matière de pondération de la consommation des ressources affichaient une augmentation nette de la valeur pour chacun des groupes de maladies analogues (figure 5). Le plus grand pourcentage d'augmentation nette a été observé pour les cas d'abord classés dans le groupe de maladies analogues 28 — Accident vasculaire cérébral non spécifié. L'augmentation générale de la pondération de la consommation des ressources résulte des problèmes de qualité associés aux comorbidités et à la spécificité de la codification des AVC.

Figure 5 : Variation nette de la pondération de la consommation des ressources pour les trois groupes de maladies analogues associés aux AVC



Remarques

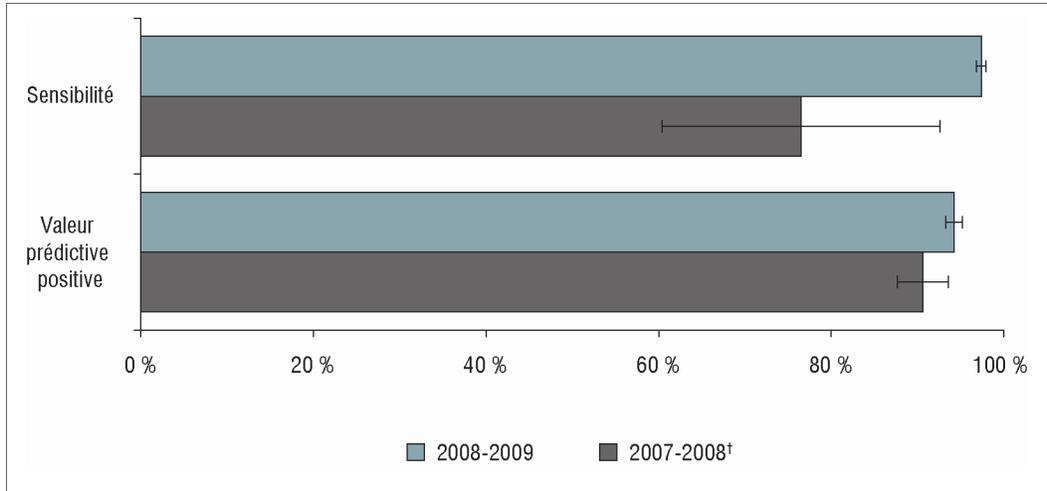
GMA : groupe de maladies analogues; les barres représentent les intervalles de confiance de 95 %.

3.6 Qualité de la codification des AVC au fil du temps

La qualité de la codification des AVC déclarés dans la BDCP en 2008-2009 a été comparée à celle des AVC déclarés dans la BDCP lors de l'exercice précédent. Dans le but d'établir les comparaisons les plus significatives qui soient, les données de 2007-2008 ayant servi à la comparaison ont été limitées à une population partageant les mêmes critères d'inclusion sur le plan de l'échantillonnage. Plus précisément, les estimations de 2007-2008 sont exclusivement fondées sur les données provenant des établissements disposant d'un TDM ou d'un appareil d'IRM et ayant soumis au moins 1 000 abrégés au cours de l'exercice.

La figure 6 illustre cette comparaison. Les résultats suggèrent que la qualité de la codification des AVC s'est améliorée depuis 2007-2008, mais les grands intervalles de confiance révèlent que la variation nette réelle est peut-être beaucoup plus petite.

Figure 6 : Qualité de la codification des AVC* en 2007-2008 et en 2008-2009



Remarques

Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

* Voir les remarques du tableau 4 pour connaître les diagnostics inclus dans cette analyse.

† Les estimations de 2007-2008 sont fondées sur un sous-ensemble des résultats de l'étude de seconde saisie; le sous-ensemble inclut seulement les données des établissements qui disposaient d'un TDM ou d'un appareil d'IRM et qui avaient soumis au moins 1 000 abrégés.

3.7 Cohérence des données sur les patients victimes d'AVC dans la BDCP et le SNISA

La présente analyse porte sur la cohérence de l'information saisie dans la BDCP et le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), plus particulièrement sur les hospitalisations pour un AVC des patients admis par le service d'urgence. L'analyse se limite aux patients hospitalisés dans les établissements de l'Ontario seulement et ayant reçu leur congé entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009^{viii}. Pour cette population, la correspondance a été établie avec un abrégé du service d'urgence du SNISA au moyen d'un algorithme de couplage déterministe afin de comparer les deux ensembles de données. L'algorithme de couplage a pris en compte le numéro d'assurance-maladie du patient, la date et l'heure de la sortie du service d'urgence, la date et l'heure de l'admission aux soins de courte durée, la date et l'heure de la sortie du patient du service d'urgence, le numéro d'établissement des soins de courte durée et l'issue de la visite au service d'urgence.

Suivant cette méthodologie, l'analyse de la cohérence présentée dans cette section porte sur 15 899 des 18 920 (84 %) hospitalisations de patients en raison d'un AVC de l'Ontario dans la BDCP.

Le tableau 12 présente l'analyse des données non cliniques. Bon nombre de ces éléments de données sont déclarés de façon cohérente d'un ensemble de données à l'autre. Il existe toutefois des incohérences relatives aux éléments de données servant à saisir la date et l'heure de certains événements. Certaines des incohérences de date et d'heure concernent les hospitalisations pour lesquelles le patient a dû attendre dans le service d'urgence, après son admission en soins de courte durée, pour obtenir un lit d'hospitalisation. Ce genre de situation semble semer la confusion sur le plan des heures d'admission et de sortie du service d'urgence. Jusqu'à 6 % des hospitalisations de patients en raison d'un AVC présentaient des incohérences de date et d'heure attribuables à cette situation; la plupart des différences résultent d'une erreur de codification dans l'abrégé du service d'urgence.

viii. La population de l'étude a été limitée aux patients hospitalisés en soins de courte durée dans la BDCP qui ont été admis par le service d'urgence de l'établissement d'admission (code d'entrée = E) et qui ont reçu un diagnostic d'AVC de type significatif (M, 1, 2, W, X, Y). Pour cette période de référence, l'Ontario était la seule des provinces et des territoires qui avait rendu obligatoire la collecte des données sur les visites au service d'urgence aux fins du SNISA. Les AVC déclarés dans l'abrégé du SNISA qui n'ont pas été déclarés dans un abrégé subséquent de la BDCP ont été exclus de l'analyse, tout comme les AVC soumis par un établissement de soins de courte durée et un service d'urgence autres que l'établissement indiqué dans l'abrégé de la BDCP.

Tableau 12 : Cohérence de la codification des éléments de données non cliniques* entre l'abrégé de la BDCP et l'abrégé du service d'urgence

	Taux de concordance
Sexe	99,9
Date de naissance	99,7
Code postal	98,1
Issue de la visite au service d'urgence	99,1
Numéro de l'établissement de soins de courte durée	97,4
Date de sortie du service d'urgence et date d'admission en soins de courte durée	98,7
<i>Heure de sortie du service d'urgence et heure d'admission en soins de courte durée†</i>	<i>77,4</i>
Date de sortie du patient du service d'urgence	94,3
<i>Heure de sortie du patient du service d'urgence†</i>	<i>69,6</i>

Remarques

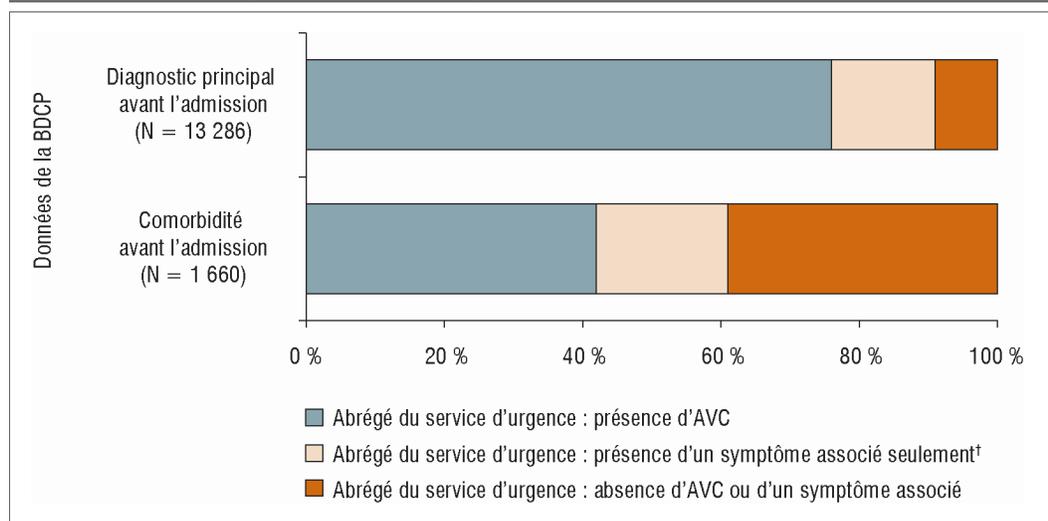
* Seuls les éléments de données comparables selon les définitions du *Manuel de saisie de l'information, BDCP* et du manuel du SNISA ont été évalués.

† La cohérence des éléments de données relatifs à l'heure a été évaluée seulement dans les cas où l'élément de données relatif à la date correspondant était cohérent.

La cohérence de la codification des données relatives aux diagnostics a aussi été évaluée pour les AVC avant l'admission inscrits dans la BDCP, qui représentent plus de 90 % de tous les AVC significatifs. Conformément aux Normes de codification canadiennes⁸, les AVC avant l'admission peuvent être saisis en tant que diagnostic principal (type M) ou comorbidité avant l'admission (type 1).

La figure 7 compare les données de la BDCP sur les AVC avant l'admission aux diagnostics dans l'abrégé du service d'urgence. L'analyse a révélé que l'abrégé du service d'urgence comportait un diagnostic d'AVC pour 76 % des abrégés de la BDCP sur lesquels l'AVC figurait en tant que diagnostic principal; ce pourcentage est beaucoup plus faible (42 %) pour les comorbidités avant l'admission dans la BDCP. Dans les autres cas, l'abrégé du service d'urgence signalait la présence d'un symptôme associé à un AVC (annexe A) ou ne contenait aucun diagnostic ayant un lien évident avec un AVC. En complément à cette analyse, le tableau 13 fournit plus de détails en comparant le type d'AVC des deux banques de données.

Les incohérences relevées par cette analyse illustrent des tendances prévisibles sur le plan clinique; les AVC hémorragiques et ischémiques dans la BDCP étaient souvent considérés par le service d'urgence comme un AVC non précisé ou comme des symptômes d'AVC. Ces patients qui se présentent au service d'urgence sont ultérieurement admis dans l'établissement, où ils subissent un examen par TDM ou IRM qui confirme ou infirme la présence d'un AVC et, bien souvent, permet d'en préciser le type.

Figure 7 : Cohérence de la présence d'un AVC entre l'abrégé de la BDCP* et l'abrégé du service d'urgence

Remarques

N : nombre au sein de la population.

* AVC de type 1 (comorbidité avant l'admission) ou de type M (diagnostic principal avant l'admission) de la BDCP seulement.

† Consulter l'annexe A pour connaître les codes et les descriptions des symptômes associés aux AVC.

Tableau 13 : Cohérence de la codification des AVC entre l'abrégé de la BDCP* et l'abrégé du service d'urgence

Données de la BDCP	Volume dans la BDCP (en milliers)	Abrégé du service d'urgence				
		AVC hémorragique	AVC ischémique	AVC non précisé	Symptôme associé seulement†	Aucun AVC ou symptôme associé
AVC hémorragique	3,4	66 %	2 %	10 %	9 %	15 %
AVC ischémique	7,2	1 %	19 %	53 %	16 %	11 %
AVC non précisé	4,3	1 %	3 %	65 %	18 %	14 %

Remarques

* AVC de type 1 (comorbidité avant l'admission) ou de type M (diagnostic principal avant l'admission) de la BDCP seulement.

† Consulter l'annexe A pour connaître les codes et les descriptions des symptômes associés aux AVC.

3.8 Résumé des constatations sur la qualité de la codification des AVC

Les AVC sont saisis dans l'abrégié de la BDCP de façon complète et correcte. Toutefois, ils présentaient parfois des lacunes au chapitre de la spécificité à cause de leur classement à titre d'AVC non précisé plutôt qu'ischémique. Les incohérences relatives au type d'AVC ainsi que la sous-déclaration et la surdéclaration d'autres problèmes de santé ont fait en sorte que, en se fondant sur les données de l'étude, certains abrégés ont été attribués à des groupes de maladies analogues différents ou ont reçu une valeur de pondération de la consommation des ressources plus élevée.



Chapitre 4 — Qualité de la codification du traitement thrombolytique

Le présent chapitre porte sur le deuxième objectif de l'étude, soit évaluer la qualité de la codification des traitements thrombolytiques administrés aux victimes d'AVC enregistrés dans la BDCP.

Le traitement thrombolytique peut renverser les effets d'un AVC causé par un caillot sanguin en dissolvant ce dernier; il est administré aux patients victimes d'un AVC ischémique et, pour être efficace, doit être reçu dans les trois heures suivant les premiers symptômes d'AVC. Lorsqu'un patient présente des symptômes d'AVC, le médecin dispose donc de peu de temps pour déterminer s'il s'agit d'un AVC ischémique et lui administrer le traitement thrombolytique⁷.

Remarque!

Compte tenu de la méthode de déclaration des traitements thrombolytiques dans la BDCP utilisée en 2008-2009, la présente analyse porte uniquement sur l'intégralité des données déclarées.

4.1 Intégralité de la déclaration des traitements thrombolytiques dans la BDCP

Parmi tous les cas où la documentation des dossiers indiquait qu'un traitement thrombolytique avait été administré à un patient victime d'AVC, seulement 81 % ont été déclarés dans les abrégés de la BDCP en tant que tels. Ce pourcentage correspond à la *sensibilité* (tableau 14). Ce résultat indique une possible sous-déclaration dans la BDCP de 19 % des traitements thrombolytiques administrés aux victimes d'AVC hospitalisées.

Tableau 14 : Comparaison des traitements thrombolytiques relevés lors de l'examen des dossiers et des interventions figurant dans les abrégés de la BDCP

	Données de la BDCP (en milliers)		Total dans les données de l'étude (en milliers)	Sensibilité (IC 95 %)
	Présent	Sous-déclaration à la BDCP		
Tous les traitements thrombolytiques administrés aux victimes d'AVC selon les données de l'étude*	1,3	0,3	1,6	80,5 (74,3-86,7)

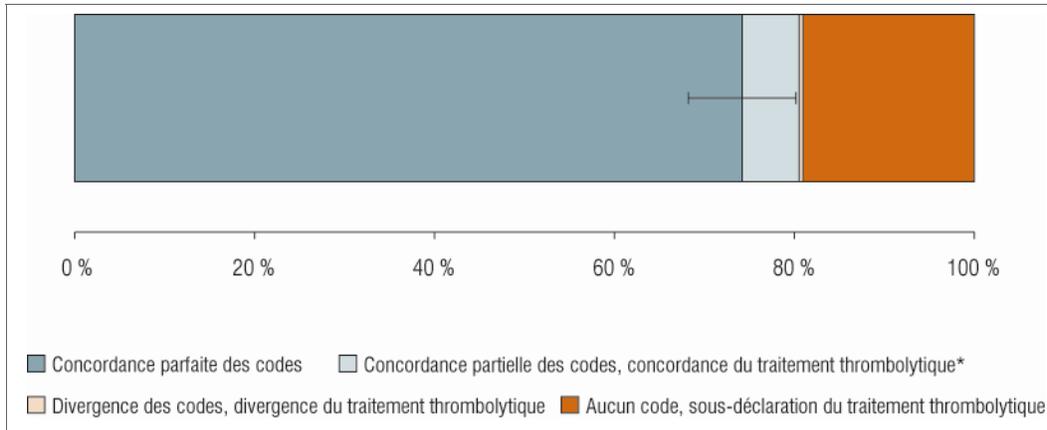
Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Le code de la CCI pour le traitement thrombolytique est 1.^^.35.H^-C1. La saisie est obligatoire dans la BDCP depuis le 1^{er} avril 2006, conformément aux exigences des Normes canadiennes de codification⁸.

Pour comprendre les situations qui ont contribué à la sous-déclaration des traitements thrombolytiques, les renseignements figurant dans les abrégés de la BDCP ont été examinés lorsque le traitement thrombolytique a été saisi par le codificateur de l'étude. Cette analyse, présentée à la figure 8, révèle que les incohérences dans la sélection des codes de la CCI étaient rarement en cause. Au contraire, la sous-déclaration du traitement thrombolytique était plutôt constatée lorsque l'abrégé de la BDCP ne contenait aucun code de pharmacothérapie.

Figure 8 : Comparaison des traitements thrombolytiques relevés lors de l'examen des dossiers et des données codifiées dans l'abrégé de la BDCP



Remarques

La barre indique l'intervalle de confiance de 95 % concernant la concordance parfaite des codes de la CCI pour le traitement thrombolytique.

* Autres cas pour lesquels le code de la CCI ne correspondait pas exactement, mais dont le code de la CCI dans l'abrégé de la BDCP indiquait un traitement thrombolytique (p. ex. 1. ^ ^ .35.H ^ -C1).

La déclaration des traitements thrombolytiques a été analysée plus en profondeur afin de déterminer si le degré d'intégralité de la codification variait selon le type de patient ou le type d'hospitalisation. L'analyse n'a permis de dégager aucun lien direct entre l'intégralité des données sur les traitements thrombolytiques et les caractéristiques démographiques (sexe et groupe d'âge) des patients sélectionnés ou les descripteurs du séjour du patient à l'hôpital (état à la sortie, code d'entrée et durée du séjour)^{ix}. Autrement dit, la sensibilité des traitements thrombolytiques dans chaque catégorie ne présentait pas d'écart significatif par rapport à la sensibilité globale de 81 %.

ix. L'analyse des groupes d'âge a tenu compte des catégories suivantes : 0 à 65 ans, 66 à 79 ans et 80 ans et plus; l'analyse de la durée de séjour a tenu compte des catégories suivantes : 1 à 7 jours, 8 à 14 jours, 15 à 21 jours et 22 à 30 jours.

4.2 Sujets d'intérêt sur les traitements thrombolytiques

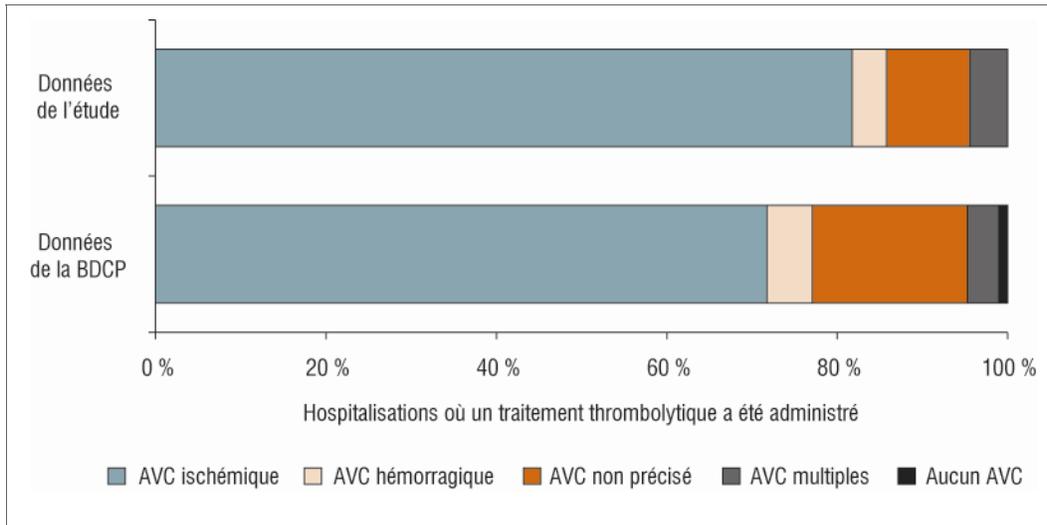
La fiabilité de certaines analyses sur le traitement thrombolytique repose sur la grande qualité de la codification de certains attributs. La présente section analyse la qualité de la codification des données relativement à des éléments en particulier. En raison des limites analytiques que pose la détermination des cas de traitement thrombolytique en 2008-2009, *l'analyse présentée dans cette section porte uniquement sur le sous-ensemble de données pour lequel le traitement thrombolytique a été saisi par le codificateur de l'étude et figure dans l'abrégé de la BDCP.*

i Pertinence de la codification du traitement thrombolytique

Comme il a déjà été souligné, le traitement thrombolytique est recommandé pour les patients victimes d'un AVC ischémique. Par conséquent, on s'attend à ce que les abrégés faisant état de l'administration de cet agent indiquent également que le patient a été victime d'un AVC ischémique (ou d'un problème de santé connexe pour lequel l'administration de cet agent est indiquée). Afin d'évaluer la pertinence de la codification du traitement thrombolytique dans l'abrégé, la présente section décrit les caractéristiques des patients à qui le traitement a été administré.

Parmi tous les dossiers pour lesquels l'administration d'un traitement thrombolytique a été confirmée, 72 % précisait que le patient avait été victime d'un AVC ischémique d'après l'abrégé de la BDCP, tandis que 82 % indiquaient que le patient avait été victime d'un AVC ischémique selon les données recueillies par le codificateur de l'étude. Les résultats de l'étude montrent que l'administration d'un traitement thrombolytique aux patients victimes d'un AVC est plus fréquente que ne le laissent entendre les données de la BDCP. Ces observations sont illustrées dans la figure 9 par la portion verte des barres horizontales. Précisons que, dans les données de l'étude et les données de la BDCP, le reste des abrégés concernait principalement des patients également victimes d'un AVC, quoique non ischémique.

Figure 9 : Pertinence de la codification du traitement thrombolytique selon le type d'AVC*



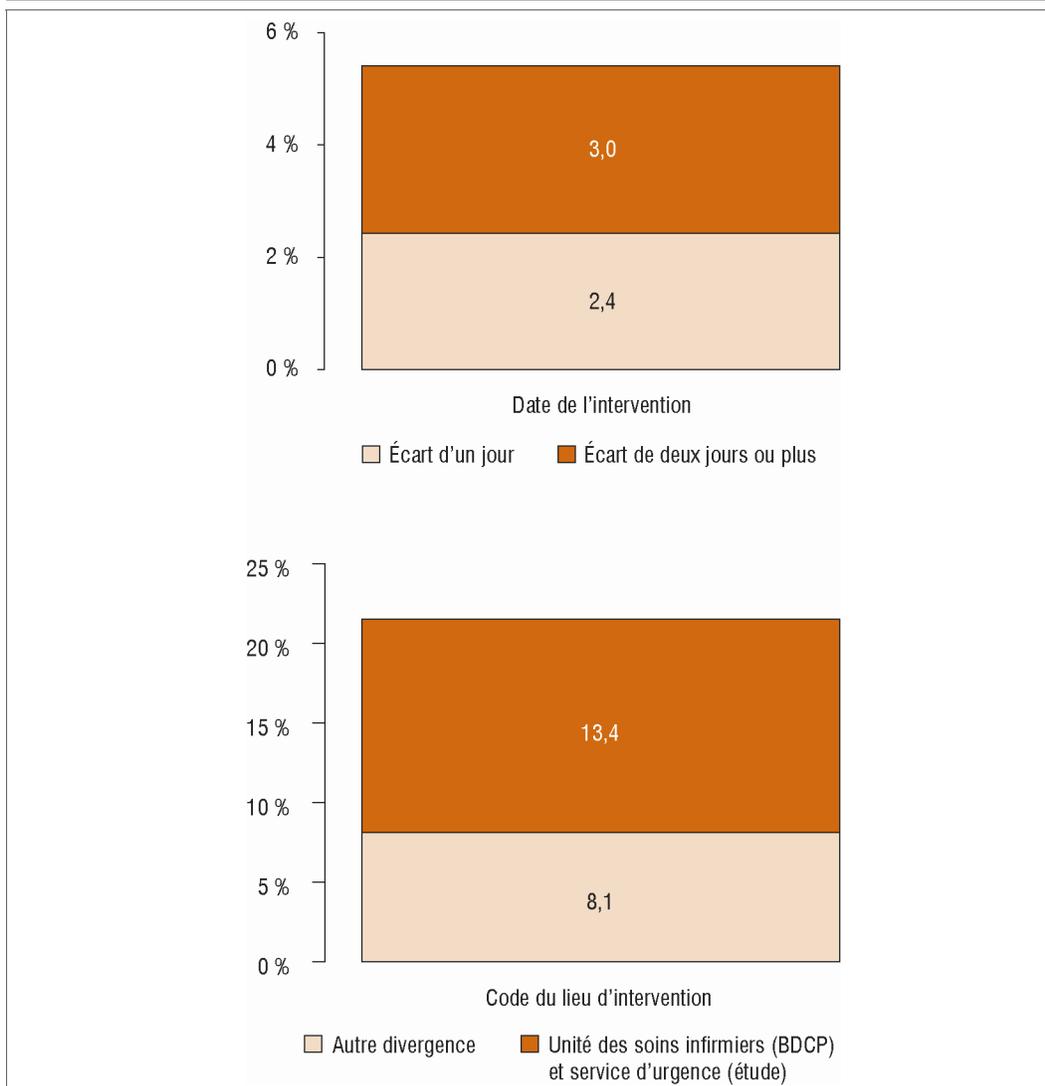
Remarque

* L'analyse se limite au sous-ensemble de données pour lequel le traitement thrombolytique a été saisi par le codificateur de l'étude et figure dans l'abrégié de la BDCP.

i Durée de l'intervention et code du lieu d'intervention

Parmi le sous-groupe de patients chez qui l'administration d'un traitement thrombolytique a été confirmée, l'analyse visait à déterminer la fiabilité des données indiquant le moment et le lieu de l'établissement de santé où l'agent avait été administré. Dans ce même sous-groupe, 5,4 % des cas présentaient des écarts quant au *moment* où l'agent a été administré, les différences les plus importantes étant de deux jours ou plus. De plus, des écarts quant au *lieu* d'administration du traitement dans l'établissement de santé ont été observés dans 21,5 % des cas, variant, au pire, entre l'unité des soins infirmiers dans la BDCP et le service d'urgence dans les données de l'étude. La figure 10 présente le sommaire de ces observations et le tableau 15 illustre plus en détail les changements apportés au code du lieu d'intervention.

Figure 10 : Écarts quant à la date et au lieu* de l'administration du traitement thrombolytique



Remarque

* La saisie du code du lieu d'intervention n'est pas obligatoire dans toutes les provinces⁹. La présente analyse se limite donc au sous-ensemble de données pour lequel le traitement thrombolytique a été saisi par le codificateur de l'étude et figure dans l'abrégié de la BDCP.

Tableau 15 : Changements apportés au code du lieu d'intervention*

		Données de l'étude				
		Salle d'opération principale	Unité de soins infirmiers	Service d'imagerie diagnostique	Service d'urgence	Autre [†]
Données de la BDCP	Salle d'opération principale	17	0	0	0	0
	Unité de soins infirmiers	4	230	3	141	0
	Service d'imagerie diagnostique	2	4	62	12	0
	Service d'urgence	2	17	0	480	0
	Autre [†]	0	2	0	39	34

Remarque

* La saisie du code du lieu d'intervention n'est pas obligatoire dans toutes les provinces⁹. La présente analyse se limite donc au sous-ensemble de données pour lequel le traitement thrombolytique a été saisi par le codificateur de l'étude et figure dans l'abrégé de la BDCP.

† Représente seulement les cas pour lesquels le code d'intervention est 11 (Autre). Consulter le *Manuel de saisie de l'information, BDCP* pour obtenir de plus amples renseignements.

4.3 Qualité de la codification d'autres interventions en santé associées au traitement d'un AVC

La présente section passe en revue la qualité de la codification d'autres interventions en santé saisies dans l'abrégé de la BDCP afin d'aider les chercheurs et les décideurs à mieux comprendre les soins prodigués aux patients victimes d'un AVC. Les statistiques présentées dans cette section portent sur l'hospitalisation et tiennent seulement compte de la présence d'une intervention en santé, peu importe le nombre de fois qu'elle a été codifiée dans l'abrégé.

Les interventions en santé associées au traitement d'un AVC ont fait l'objet d'un examen de la qualité de la codification. Cette analyse, présentée au tableau 16, montre une prévalence similaire des intubations et des ventilations effectuées sur des patients hospitalisés en raison d'un AVC, que ces interventions aient été calculées à partir des données de l'étude ou de celles de la BDCP. Les données de l'Ontario indiquent toutefois une surdéclaration possible en ce qui concerne les examens de TDM de même qu'une sous-déclaration concernant les examens d'IRM (indiquées en orange).

Tableau 16 : Qualité de la codification des interventions durant l'hospitalisation des patients victimes d'un AVC*

Intervention	Méthode de classification	Prévalence dans la population de patients victimes d'AVC (BDCP)	Prévalence dans la population de patients victimes d'AVC (étude)	Sensibilité [†] (IC 95 %)	Valeur prédictive positive [†] (IC 95 %)
Intubation ou ventilation	1.GZ.31. ^ ^	2 331	2 465	92 (88-95)	100 (99-100)
Examen par TDM (Ontario seulement) [‡]	3.ER.20. ^ ^ ou 3.ER.40. ^ ^	3 843	3 065	83 (80-87)	68 (63-73)
Examen par IRM (Ontario seulement) [‡]	3.AN.20. ^ ^ ou 3.AN.40. ^ ^	4 760	5 871	77 (73-80)	97 (95-98)

Remarques

IC : intervalle de confiance; TDM : tomodensitométrie; IRM : imagerie par résonance magnétique.

* Les volumes d'interventions devaient comporter au moins 30 abrégés dans l'échantillon de l'étude pour être inclus dans ce tableau.

† À interpréter comme suit : la sensibilité correspond au pourcentage de patients victimes d'un AVC ayant subi une intervention en santé selon le codificateur de l'étude et déclarés comme tels dans la BDCP; la valeur prédictive positive correspond au pourcentage de patients, parmi les patients victimes d'AVC dans la BDCP, dont l'intervention en santé a été relevée en seconde saisie.

‡ La déclaration des examens par TDM et par IRM à la BDCP est obligatoire en Ontario seulement.

4.4. Résumé des constatations sur la qualité de la codification des traitements thrombolytiques

Les traitements thrombolytiques chez les patients victimes d'un AVC semblent être sous-déclarés dans la BDCP (19,5 %). Cette sous-déclaration était rarement attribuable à la sélection des codes de la CCI et résultait plutôt principalement de l'absence de code de pharmacothérapie dans l'abrégé de la BDCP. La documentation indique que l'administration de traitements thrombolytiques aux patients victimes d'un AVC est plus courante que ne le montrent les données de la BDCP. Des écarts mineurs ont été observés (5,4 %) quant au *moment* où cet agent a été administré; tandis qu'environ un cas sur cinq présentait des écarts quant au *lieu* où l'agent a été administré.



Chapitre 5 — Codification des données aux fins
du Projet d'amélioration du rendement de la
Stratégie canadienne

Le présent chapitre porte sur le troisième objectif de l'étude, soit déterminer si les dossiers contenaient les renseignements requis pour le Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral.

Le Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral, ou projet 340, a été intégré à la BDCP le 1^{er} avril 2009. Le projet 340 sur l'AVC permet de remplir des champs de données supplémentaires sur les principaux processus et résultats relatifs aux pratiques exemplaires en matière de soins de l'AVC. Il appuiera la surveillance des soins de l'AVC, l'amélioration de la qualité, la définition de points de référence et le nouveau Programme de distinction à l'intention des services aux victimes d'accident vasculaire cérébral d'Agrément Canada.

Remarque!

La période de référence de la présente étude était l'exercice précédant le lancement de ce projet spécial. Par conséquent, les conclusions présentées dans ce chapitre donnent un aperçu de l'information qui figurait dans les dossiers sur les attributs et les traitements avant le lancement du projet 340.

5.1 Présence d'information utile au projet 340

La présente analyse porte sur toutes les hospitalisations associées à un AVC ischémique ou hémorragique, ou à un accident ischémique transitoire, soit la population ciblée par le projet 340^x.

Le tableau 17 indique dans quelle mesure la documentation dans le dossier du patient contenait l'information requise aux fins de la saisie de données dans le cadre du projet 340. Soulignons que les statistiques présentées dans la colonne « Sans objet » indiquent la proportion de dossiers pour lesquels la saisie des éléments de données n'était pas indiquée au regard des autres caractéristiques de l'hospitalisation du patient. Par exemple, la question de savoir si le médecin a prescrit un antithrombotique ou non à la sortie ne s'applique pas lorsque le patient décède en cours d'hospitalisation. Ainsi, les statistiques d'intérêt aux fins de la présente étude figurent dans la colonne « Non consigné »; il s'agit d'hospitalisations pour lesquelles il est pertinent de recueillir de l'information, mais au sujet desquelles il manque les renseignements nécessaires à la saisie de données.

Tableau 17 : Présence d'information utile au projet 340 dans le dossier médical

	Présence d'information dans le dossier médical (pourcentage)		
	Consigné	Sans objet [†]	Non consigné
Examen par TDM ou IRM effectué dans les 24 heures	100,0	0,0	0,0
Admission à l'unité d'AVC	47,2	52,8 [†]	0,0
Administration d'une thrombolyse aiguë	78,8	21,2	0,0
Prescription d'un antithrombotique à la sortie	70,8	26,2	3,0
Date de début des symptômes	72,8	16,4	10,8
Heure de début des symptômes	46,6	16,5	36,9

Remarques

* Certains éléments de données ne s'appliquent pas à toutes les hospitalisations. Par exemple, la prescription de médicaments à la sortie ne s'applique pas aux patients décédés à l'hôpital. De plus, la thrombolyse n'est pas administrée aux patients victimes d'un AVC hémorragique.

† Dans ce cas-ci, la mention « sans objet » s'applique aux hospitalisations dans les établissements ne disposant pas d'une unité spécialisée en soins de l'AVC.

x. Codes de diagnostic I60.–, I61.–, I63– (sauf le code I63.6), I64, H34.1, G45.– (excluant le code G45.4), auxquels on a attribué un type de diagnostic significatif M ou 1.

L'étude montre que la date et l'heure de début des symptômes d'AVC, qui correspondent à la date et à l'heure où le patient a ressenti pour la première fois les symptômes d'AVC, peu importe l'endroit où il se trouvait, étaient souvent absentes de la documentation du dossier. Cette information, lorsqu'elle est connue, est normalement indiquée dans le dossier des ambulanciers, le dossier d'admission à l'urgence, l'évaluation de l'infirmière au triage ou encore les notes du médecin à l'urgence ou lors de l'admission à l'établissement. Dans les cas où personne n'a été témoin de l'AVC ou que le trouble est si grave que le patient est incapable de parler ou de rapporter les événements, la date et l'heure auxquelles le patient a été vu bien portant pour la dernière fois doivent être trouvées dans le dossier médical et déclarées aux fins du projet 340¹⁰. L'étude a révélé que dans plus d'un tiers (36,9 %) des dossiers examinés, l'heure à laquelle les premiers symptômes d'AVC s'étaient manifestés chez le patient n'était pas consignée. Dans 10,8 % des dossiers examinés, la date de début des symptômes était également manquante.

De plus, les notes cliniques ne donnaient aucun détail sur la prescription d'un antithrombotique à la sortie dans 3 % des dossiers. Il s'agit là d'un champ important puisqu'il a été prouvé qu'un tel médicament réduit de façon importante les risques de récurrence chez les patients victimes d'un AVC ischémique ou d'un accident ischémique transitoire. Les lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires précisent que les patients victimes d'un AVC ischémique ou d'un accident ischémique transitoire devraient être traités aux antithrombotiques à leur sortie de l'hôpital¹⁰.

Le tableau 18 fournit des précisions sur deux éléments de données saisis pour les hospitalisations au cours desquelles un traitement thrombolytique a été administré. Parmi ces hospitalisations, 4 % ne comportaient pas de documentation sur l'heure d'administration de la thrombolyse aiguë, une constatation importante puisque les données montrent que ce traitement a des retombées importantes sur les résultats du patient lorsqu'il est administré dans les trois heures suivant les premiers symptômes d'AVC¹⁰.

Tableau 18 : Présence d'information sur la date et l'heure auxquelles la thrombolyse aiguë a été administrée dans le dossier des patients ayant reçu cet agent

	Présence de l'information dans le dossier médical (pourcentage)		
	Consigné	Sans objet	Non consigné
Hospitalisations où un traitement thrombolytique a été administré			
Date d'administration de la thrombolyse aiguë	99,6	0,0	0,4
Heure d'administration de la thrombolyse aiguë	95,7	0,0	4,3

Une analyse supplémentaire de l'information au dossier médical des patients selon le type d'AVC a été effectuée (tableau 19). Les taux d'information manquante dans les dossiers étaient similaires pour les hospitalisations en raison d'un AVC ischémique, d'un AVC non précisé, d'une occlusion de l'artère centrale de la rétine et d'un accident ischémique cérébral transitoire.

Tableau 19 : Présence d'information sur des éléments de données sélectionnés du projet 340 dans le dossier du patient, selon le type d'AVC

	Présence de l'information dans le dossier médical (pourcentage)		
	Consigné	Sans objet	Non consigné
Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie			
Hémorragie sous-arachnoïdienne ou cérébrale	0,0	100,0	0,0
AVC ischémique	81,3	15,3	3,4
AVC non précisé	79,5	15,3	5,2
Occlusion de l'artère centrale de la rétine ou accident ischémique cérébral transitoire et syndromes apparentés	96,1	1,2	2,6
Date de début des symptômes			
Hémorragie sous-arachnoïdienne ou cérébrale	0,0	100,0	0,0
AVC ischémique	86,0	0,5	13,6
AVC non précisé	86,0	0,2	13,8
Occlusion de l'artère centrale de la rétine ou accident ischémique cérébral transitoire et syndromes apparentés	89,2	0,5	10,4
Heure de début des symptômes			
Hémorragie sous-arachnoïdienne ou cérébrale	0,0	100,0	0,0
AVC ischémique	56,1	0,6	43,3
AVC non précisé	51,2	0,2	48,6
Occlusion de l'artère centrale de la rétine ou accident ischémique cérébral transitoire et syndromes apparentés	57,6	0,5	41,9

5.2 Résumé des constatations liées au projet 340

L'étude montre que la date et l'heure de début des symptômes d'AVC, qui correspondent à la date et à l'heure auxquelles le patient a ressenti pour la première fois les symptômes d'AVC, peu importe l'endroit où il se trouvait, n'étaient souvent pas consignées dans le dossier. Il est arrivé que l'information au dossier ne donne aucun détail sur la prescription d'un antithrombotique à la sortie, ni sur l'heure d'administration de la thrombolyse aiguë.



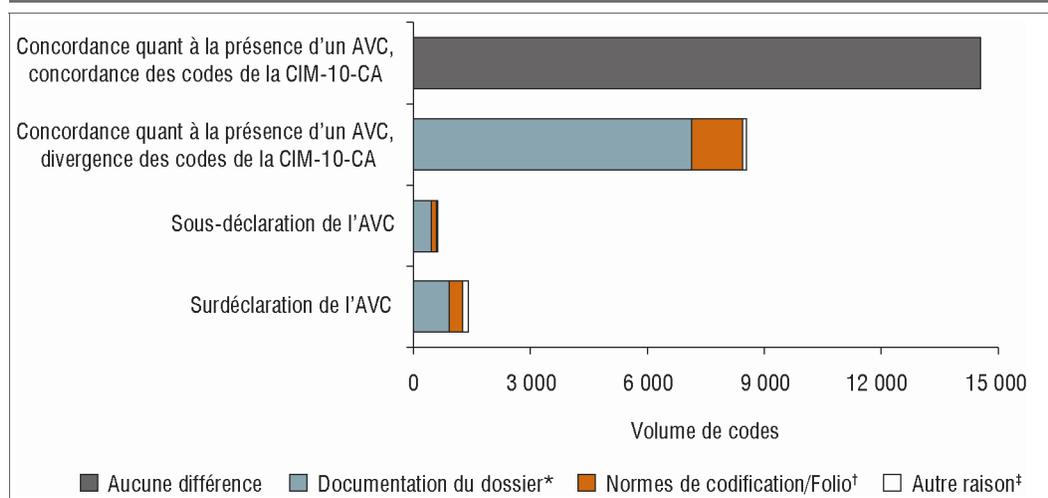
Chapitre 6 — Problèmes de codification

Le présent chapitre porte sur la détermination de l'origine des problèmes de codification attribuables à la variation de codification observée.

6.1 Problèmes de codification des AVC

Les AVC posaient généralement peu de problèmes de codification en ce qui a trait à l'inclusion dans le dossier médical ou l'attribution d'un caractère significatif. La plupart des écarts concernaient la sélection du code de la CIM-10-CA, le codificateur de l'étude et celui de l'hôpital ayant différemment interprété l'information au dossier. Les codificateurs ont en outre signalé que les différences de codification étaient attribuables à l'absence de renseignements de qualité (figure 11).

Figure 11 : Analyse des problèmes de codification des AVC déclarés dans la BDCP



Remarques

CIM-10-CA : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada.

* Documentation du dossier : documentation contradictoire pour le même problème de santé ou divergence dans l'interprétation du dossier selon le codificateur.

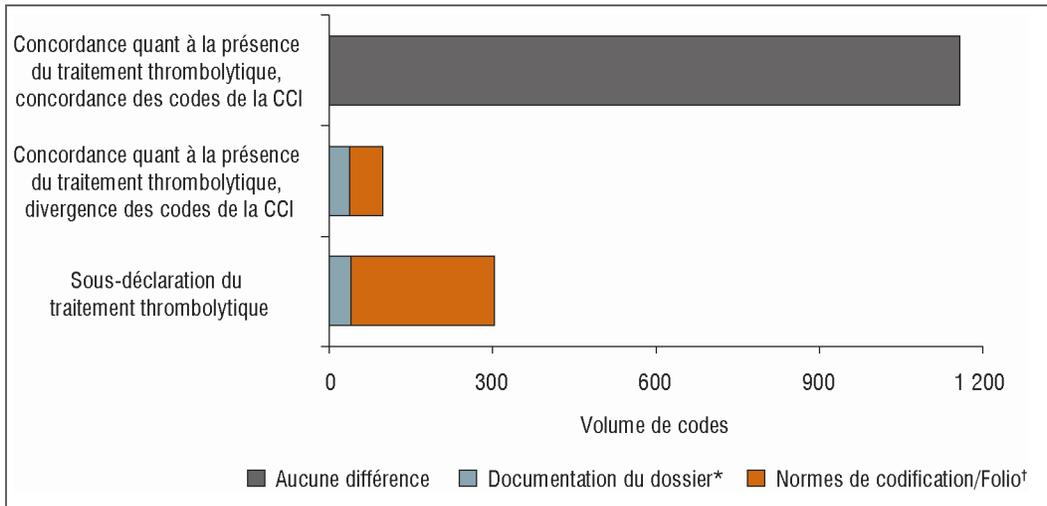
† Normes de codification/Folio : non-respect des normes de codification ou des directives du guide de codification.

‡ Autre raison : documentation incomplète au dossier ou problème technique relatif à l'application de la codification.

6.2 Problèmes de codification des traitements thrombolytiques

La plupart des problèmes de codification des traitements thrombolytiques étaient attribuables à la sous-déclaration; le codificateur de l'étude a souligné que les normes de codification de ces agents n'étaient pas toujours respectées dans l'abrégé de l'hôpital (figure 12).

Figure 12 : Analyse des problèmes de codification des traitements thrombolytiques déclarés dans la BDCP



Remarques

CCI : Classification canadienne des interventions en santé.

* Documentation du dossier : documentation contradictoire pour le même problème de santé ou divergence dans l'interprétation du dossier selon le codificateur.

† Normes de codification/Folio : non-respect des normes de codification ou des directives du guide de codification.



Chapitre 7 — Conclusion

7.1 Résumé des constatations

Le présent rapport résume les résultats d'une étude de seconde saisie menée sur les données de 2008-2009 soumises à la BDCP. *Remarque : les résultats de la présente étude ne sont pas représentatifs de la BDCP; ils représentent plutôt une population ciblée de patients victimes d'AVC.*

Qualité de la codification des AVC

- Il existe une tendance à codifier I64– *Accident vasculaire cérébral, non précisé* dans la BDCP alors que la documentation du dossier indique que l'AVC était ischémique. Les Normes canadiennes de codification exigent que le code le plus précis de la CIM-10-CA soit soumis à la BDCP. Par conséquent, il est incorrect d'employer le code I64– *Accident vasculaire cérébral, non précisé* si le dossier contient des renseignements qui appuient le choix d'un code plus précis, par exemple celui d'un AVC ischémique ou hémorragique.
- La plupart des incohérences de codification pour les AVC ischémiques et hémorragiques n'ont pas donné lieu à un changement de type d'AVC, mais plutôt à des différences dans la spécificité du code qui décrit la cause de l'épisode ischémique ou l'endroit du cerveau où l'hémorragie s'est produite. Le codificateur de l'étude et celui de l'hôpital n'ont pas interprété l'information au dossier de la même manière. L'absence de renseignements de qualité est à l'origine de certaines de ces différences de codification.
- Parmi les codes d'AVC déclarés dans la BDCP comme ayant une incidence sur la durée du séjour ou l'utilisation des ressources, l'information au dossier analysée lors de la seconde saisie appuyait dans 94 % des cas leur inclusion à titre de problème de santé significatif. Celle-ci indique une surdéclaration possible dans la BDCP de 6 % des AVC significatifs. La surdéclaration des AVC dans la BDCP était plus fréquente chez les patients admis par le service d'admission.
- De tous les diagnostics significatifs d'AVC relevés lors de l'examen des dossiers, 97 % ont été déclarés dans les abrégés de la BDCP en tant que tels. Ce résultat indique une possible sous-déclaration dans la BDCP de 3 % des AVC pouvant avoir une incidence sur la durée du séjour du patient ou l'utilisation des ressources.
- Les incohérences relatives au type d'AVC ainsi que la sous-déclaration et la surdéclaration d'autres problèmes de santé ont fait en sorte que certains abrégés ont été attribués à des groupes de maladies analogues différents ou ont reçu une valeur de pondération de la consommation des ressources plus élevée d'après les données de l'étude.

Qualité de la codification du traitement thrombolytique

- Concernant la qualité de la codification des AVC, plus de problèmes liés à la sous-déclaration ont été observés en ce qui a trait aux traitements thrombolytiques. De tous les cas où la documentation des dossiers indiquait qu'un traitement thrombolytique avait été administré à un patient victime d'AVC, 81 % ont été déclarés dans les abrégés de la BDCP en tant que tels. Ce résultat indique une possible sous-déclaration dans la BDCP de 19 % des traitements thrombolytiques administrés aux victimes d'AVC hospitalisées. Le codificateur de l'étude a souligné que les normes de codification de ces agents n'ont pas toujours été respectées dans l'abrégé de l'hôpital.
- Parmi tous les dossiers pour lesquels l'administration d'un traitement thrombolytique a été confirmée, seulement 72 % précisaient que le patient avait été victime d'un AVC ischémique d'après l'abrégé de la BDCP. Les données de l'étude ont montré une correspondance légèrement supérieure entre la déclaration des AVC et la codification des traitements thrombolytiques.
- Peu de divergences ont été relevées concernant le code de la CCI attribué au traitement thrombolytique; toutefois, un plus grand nombre de divergences ont été recensées pour la codification du *moment* où l'agent a été administré (taux de divergence de 5 % pour la date d'intervention) et du *lieu* où il a été administré dans l'établissement de santé (taux de divergence de 22 % pour le code du lieu d'intervention).

Présence de documentation utile au projet 340 sur l'AVC^{xi}

- La date et l'heure de début des symptômes d'AVC, qui correspondent à la date et à l'heure où le patient a ressenti pour la première fois les symptômes d'AVC, peu importe l'endroit où il se trouvait, étaient souvent absentes de la documentation du dossier. L'étude a révélé que 37 % des dossiers examinés ne précisaient pas l'heure à laquelle les premiers symptômes d'AVC s'étaient manifestés chez le patient. Dans 11 % des dossiers examinés, la date de début des symptômes était également manquante.
- Les notes cliniques ne donnaient aucun détail sur la prescription d'un antithrombotique à la sortie dans 3 % des dossiers. Il s'agit là d'un champ important puisqu'il a été prouvé qu'un tel médicament réduit grandement les risques de récurrence chez les patients victimes d'un AVC ischémique ou d'un accident ischémique transitoire.
- Parmi les hospitalisations au cours desquelles un traitement thrombolytique a été administré, 4 % ne comportaient pas de documentation sur l'heure d'administration de la thrombolyse aiguë.

^{xi}. La période de référence de la présente étude était l'exercice précédant le lancement de ce projet spécial. Par conséquent, les conclusions présentées dans ce chapitre donnent un aperçu de la documentation qui figurait dans les dossiers sur les attributs et les traitements avant le lancement du projet 340.

7.2 Suggestions visant à améliorer la qualité de la codification

Selon le présent rapport, l'amélioration de la qualité de l'information et des données de la BDCP incombe tant aux professionnels de la santé dans les établissements qui traitent les patients et documentent les soins prodigués qu'aux codificateurs qui dépouillent les renseignements sur les patients et consignent des données dans l'abrégé de la BDCP ainsi qu'aux responsables qui tiennent à jour la BDCP et établissent des directives de codification à l'échelle du pays.

Les résultats de cette étude seront utilisés afin d'améliorer les produits de l'ICIS, comme les Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI, là où des lacunes sur le plan de la codification ont été mises au jour. Les administrateurs, les médecins et le personnel des archives médicales des établissements qui ont pris part à l'étude peuvent prendre connaissance des résultats dans un rapport sur leur établissement pour cerner les points à améliorer, contribuant ainsi à la production de données de qualité supérieure dans la BDCP.

Annexe A : Codes des symptômes associés à l'AVC

Tableau 20 : Codes des symptômes associés à l'AVC

Code de la CIM-10-CA	Description du code
G45.-	Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
G51.-	Affection du nerf facial
G81.-	Hémiplégie
H34.0	Occlusion transitoire de l'artère de la rétine
H34.1	Occlusion de l'artère centrale de la rétine
H53.-	Troubles de la vision
R25.-	Mouvements involontaires anormaux
R26.-	Anomalies de la démarche et de la motilité (mobilité)
R27.-	Autres troubles de la coordination
R29.-	Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire
R40.-	Somnolence, stupeur et coma
R41.-	Autres symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience
R42	Étourdissements et éblouissements
R43.-	Troubles de l'odorat et du goût
R44.-	Autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales
R45.-	Symptômes et signes relatifs à l'humeur
R46.-	Symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement
R47.-	Troubles du langage, non classés ailleurs
R48.-	Dyslexie et autres troubles de la fonction symbolique, non classés ailleurs
R49.-	Troubles de la voix
R51	Céphalée
R53	Malaise et fatigue
R55	Syncope et collapsus
R56.-	Convulsions, non classées ailleurs

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Executive Summary: Data Quality Documentation: Discharge Abstract Database, 2007–2008* [Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients 2007-2008 — sommaire], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2005–2006 Discharge Abstract Database* [Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients 2005-2006 — sommaire], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
3. Fondation des maladies du cœur, *What Is a Stroke? [Qu'est-ce que les maladies du cœur?]*. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <http://www.heartandstroke.com/site/c.iKlQLcMWJtE/b.3483935/k.A279/What_is_Stroke.htm>.
4. K. Jordan, M. Porcheret et P. Croft, « Quality of Morbidity Coding in General Practice Computerized Medical Records: A Systematic Review », *Family Practice*, vol. 21, n° 4 (2004), p. 396-410.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2008* [Indicateurs de santé 2008], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *CMG+ Directory 2009* [Répertoire des GMA+ 2009], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
7. Fondation des maladies du cœur, *Stroke Medications*. Consulté le 2 juin 2010. Internet : <http://www.heartandstroke.bc.ca/site/c.kplPKXOyFmG/b.3644659/k.246/Stroke_Medications.htm>.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI, 2008* [Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2008], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual, 2008–2009 Edition: All Provinces Information* [Manuel de saisie de l'information, BDCP 2008-2009 — variations provinciales], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *Errata—Canadian Stroke Strategy Performance Improvement Project #340* [Errata — Projet d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral (projet 340)]. Consulté le 20 juillet 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/bl_dad_errata_20091201_e.pdf>.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-55465-850-3 (PDF)

© 2010 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.

This publication is also available in English under the title *CIHI Data Quality Study of the 2008–2009 Discharge Abstract Database*.

ISBN 978-1-55465-849-7 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006