



Étude de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients 2015-2016

Regard sur les préjudices à l'hôpital



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

La production du présent document 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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

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 978-1-77109-523-5 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Étude de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients 2015-2016 : regard sur les préjudices à l'hôpital*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *Data Quality Study of the 2015–2016 Discharge Abstract Database: A Focus on Hospital Harm*.

ISBN 978-1-77109-522-8 (PDF)

Table des matières

Remerciements	5
Sommaire	6
Qualité générale de la codification	6
Regard sur les préjudices à l'hôpital	8
Qualité de la codification des indicateurs à l'étude	10
Prochaines étapes et recommandations	10
Renseignements supplémentaires	12
1 Contexte	13
1.1 À propos du présent rapport	13
1.2 Base de données sur les congés des patients	13
1.3 Études de seconde saisie	15
1.4 Préjudices à l'hôpital	17
2 Méthodologie	18
2.1 Plan d'étude	18
2.2 Collecte de données	21
2.3 Traitement et analyse des données	22
3 Résultats de l'étude	25
3.1 Diagnostics significatifs	26
3.2 Diagnostic principal	30
3.3 Comorbidités	33
3.4 Qualité de la codification des interventions	39
3.5 Qualité des éléments de données administratifs	42
3.6 Groupes clients	44
3.7 Sommaire des résultats	45
4 Les préjudices à l'hôpital sous la loupe	49
4.1 Sepsie	51
4.2 Hémorragie obstétricale	55
4.3 Infections	56
4.4 Traumatisme obstétrical	58
4.5 Sommaire des résultats	59

5	Qualité de la codification des indicateurs à l'étude	61
5.1	Césariennes à faible risque	61
5.2	Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation	65
5.3	Sommaire des résultats.	68
6	Conclusion	69
6.1	Prochaines étapes	69
6.2	Recommandations	70
	Annexe A : Calculs.	71
	Annexe B : Texte de remplacement pour les images	73
	Références	77

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les organismes suivants pour leur contribution à cette étude de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients :

- les 19 hôpitaux canadiens qui ont participé à l'étude et qui ont accueilli les spécialistes des classifications de l'ICIS au sein de leur établissement;
- les ministères de la Santé et les régies régionales de la santé qui ont appuyé cette initiative sur la qualité des données à l'échelle de leur province ou de leur territoire.

Il est à noter que les constatations et les recommandations contenues dans le présent document sont celles de l'ICIS et ne reflètent pas nécessairement le point de vue des organismes susmentionnés.

L'ICIS remercie tout spécialement ses 4 spécialistes des classifications (Denise Cullen, JoAnne Lokun, Janet Manuel et Margaret Penchoff) qui ont rendu visite aux 19 hôpitaux et y ont recueilli des données nécessaires à l'étude.

Les membres de l'équipe principale de l'ICIS qui ont collaboré à la présente étude sont : Tobi Henderson, Josie Bellemare, Chrissy Willemse, Denise Cullen, Jin Wang, Fan Gao, Anna Cyriac, Cassandra Linton, Maureen Kelly et Keith Denny. L'ICIS tient par ailleurs à remercier les équipes suivantes pour le soutien qu'elles ont apporté au projet : l'unité responsable de la méthodologie, Performance du système de santé, Bases de données clinico-administratives, Services des technologies de l'information, Communications ainsi qu'Édition et Traduction.

Sommaire

D'octobre à décembre 2015, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a mené une étude de seconde saisie sur les données de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) pour l'exercice 2015-2016. Au total, l'échantillon comprenait 2 152 dossiers provenant de 19 hôpitaux canadiens. L'étude a porté sur les données de l'exercice en cours, ce qui a permis aux hôpitaux de modifier, au besoin, les données initialement soumises à la BDCP avant la clôture de la base de données. Le présent rapport résume les résultats de cette étude.

L'étude porte sur la qualité de la codification effectuée pour chaque dossier de l'échantillon, et particulièrement sur les données ayant servi à mesurer la sécurité des patients. Elle cible certains groupes cliniques utilisés pour la mesure des préjudices à l'hôpital, notamment 2 indicateurs existants (Traumatisme obstétrical et Sepsie à l'hôpital) ainsi que Hémorragie obstétricale et Infections à *C. difficile*, au SARM ou aux ERVⁱ. Dans le cadre de cette étude, nous avons également analysé la qualité des données de 2 autres indicateurs de la performance du système de santé (Césariennes à faible risque et Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation), en réponse aux commentaires reçus d'intervenants externes et internes qui suggéraient d'évaluer cette codification.

Qualité générale de la codification

La qualité de la codification des diagnostics et des interventions a été évaluée à partir de la concordance des données saisies par les codificateurs des hôpitaux et celles des analystes de seconde saisie. Nous avons comparé les résultats relatifs à la qualité générale de la codification avec ceux obtenus dans le cadre de l'étude de seconde saisie précédente, réalisée en 2009-2010. En dépit d'un plan d'étude différent, la qualité de la codification des abrégés relevée dans le cadre de la présente étude semble généralement équivalente ou supérieure à celle observée en 2009-2010. Plus précisément, les résultats révèlent

- une déclaration généralement plus uniforme des interventions et des diagnostics significatifs, notamment une meilleure concordance de la saisie des affections et des codes utilisés pour les décrire;
- une identification plus uniforme des diagnostics principaux (DxP) et une concordance plus exacte des codes utilisés pour les décrire;
- une identification plus uniforme des comorbidités, en particulier les comorbidités avant l'admission (de type 1).

i. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et entérocoques résistants à la vancomycine.

La BDCP demeure donc une source fiable de données sur les soins aux patients hospitalisés au Canada. Les analystes de seconde saisie ont par ailleurs relevé de nombreuses pratiques ayant une incidence favorable sur la qualité. Ils ont, par exemple, observé une collaboration entre le service des archives médicales (responsable de la codification) et les médecins (responsables de la documentation clinique) dans plusieurs hôpitaux. En général, cette collaboration influait favorablement sur la qualité des données et l'uniformité de la codification, surtout s'il s'agissait d'un processus officiellement établi. Les analystes de seconde saisie ont également constaté un recours croissant à des modèles normalisés, qui favorisent une saisie uniforme.

Certains points devraient cependant faire l'objet d'un plus grand nombre d'activités d'amélioration de la qualité :

- En dépit d'une meilleure codification des comorbidités, l'attribution des diagnostics de type 1 (Comorbidités avant l'admission) et de type 2 (Comorbidités après l'admission) n'est pas toujours uniforme. Une incertitude persiste quand il s'agit de déterminer si la comorbidité a une incidence significative sur le séjour à l'hôpital du patient, et si elle est vraiment présente au moment de l'admission ou survient par la suite. Le typage des diagnostics pour les cas obstétricaux a également soulevé des difficultés, en particulier les affections postpartum.
- L'utilisation des indicateurs de série manque encore d'uniformité. Ce manque peut entraîner la classification inexacte des affections à titre de complications consécutives à une intervention et avoir une incidence sur les indicateurs de ressources des groupes clients.
- Certains codes de diagnostic de type 3 (facultatifs) et d'interventions facultatives ont été saisis, ce qui a pu alourdir le fardeau des codificateurs. Des codes facultatifs sont parfois saisis pour répondre aux besoins en données de l'établissement, de la province ou du territoire. Il est alors important que tous les codificateurs recueillent les données de façon uniforme, sinon elles pourraient s'avérer incomplètes et potentiellement inutilisables.
- La disponibilité et la qualité des renseignements consignés au dossier influent considérablement sur la qualité de la codification des abrégés. Les analystes de seconde saisie ont relevé plusieurs cas de renseignements manquants, incomplets, mal archivés, conflictuels ou illisibles.

Regard sur les préjudices à l'hôpital

L'ICIS et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) travaillent à l'élaboration d'une nouvelle mesure des préjudices à l'hôpital. La démarche porte sur les préjudices qui surviennent après l'admission à l'hôpital et vise leur classement dans des groupes cliniques. Le tableau 1 présente les groupes cliniques examinés dans le cadre de la présente étude. Leur sélection s'appuie sur des examens de la qualité des données antérieurs qui révélaient un éventuel manque d'uniformité sur le plan de leur déclaration.

Le tableau 1 présente les taux de concordance associés aux groupes cliniques des préjudices à l'hôpital qui ont été examinés dans le cadre de l'étude. Il indique la proportion de dossiers qui ont été inclus dans le groupe clinique d'intérêt en raison des données initialement déclarées dans la BDCP et qui ont continué de répondre aux critères selon l'examen des dossiers.

Tableau 1 Taux de concordance dans les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital à l'étude

Groupe clinique	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Sepsie	77,2 %	71,8 %	82,7 %
Hémorragie obstétricale	89,5 %	86,3 %	92,7 %
Infections à <i>Clostridium difficile</i> , au SARM ou aux ERV	93,5 %	90,6 %	96,4 %
Traumatisme obstétrical	97,0 %	95,4 %	98,6 %
Total	90,6 %	88,7 %	92,5 %

Remarques

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline.

ERV : entérocoque résistant à la vancomycine.

IC : intervalle de confiance.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

Au moins 89 % des cas des groupes cliniques Traumatisme obstétrical, Hémorragie obstétricale et Infections ont été confirmés lors de l'examen des dossiers, ce qui signifie que le codificateur de l'hôpital et l'analyste de seconde saisie ont tous deux estimé que le cas répondait aux critères du groupe clinique en question. Le groupe clinique Sepsie est celui qui affiche le taux de concordance le plus faible (77 %). La complexité des cas et certains problèmes relatifs à la documentation de l'information (en particulier le classement non chronologique des événements) pourraient expliquer certaines variations de codification observées pour ce groupe. La taille de l'échantillon était par ailleurs plus petite pour ce groupe, ce qui donne des estimations moins précises.

La plupart des observations concernant l'incidence des variations de codification sur les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital ont été classées dans l'une des 3 catégories suivantes :

1. Non-concordance de l'ordre chronologique des événements, laquelle a entraîné l'exclusion du dossier du groupe clinique des préjudices à l'hôpital puisque la mesure est axée sur les préjudices qui surviennent après l'admission (ou pendant et après l'accouchement chez les patientes en soins obstétricaux). Cette non-concordance a été observée pour les groupes Sepsie, Infections et Hémorragie obstétricale.
2. Non-concordance en ce qui concerne la présence ou l'absence d'affections, ce qui a entraîné l'exclusion du dossier du groupe clinique, conformément à la méthodologie de la mesure des préjudices à l'hôpital. La plupart des dossiers exclus du groupe clinique Sepsie l'ont été pour cette raison. Pour certains d'entre eux, l'analyste de seconde saisie a codifié d'autres affections, par exemple des infections à staphylocoques ou autres infections bactériennes. Il peut toutefois arriver que ces affections soient prises en compte dans un autre groupe clinique des préjudices à l'hôpital.
3. Autres problèmes de codification qui n'ont **pas** influé sur la prise en compte du dossier dans le groupe clinique des préjudices à l'hôpital. Dans cette catégorie, le problème le plus marqué portait sur le manque d'uniformité dans l'utilisation d'indicateurs de série pour les affections post-intervention dans les cas relevant du groupe clinique Sepsie.

Dans l'ensemble, la présente étude démontre que la qualité générale de la codification est élevée pour les abrégés de la BDCP et qu'elle favorise l'utilisation des données pour le suivi des préjudices à l'hôpital. La qualité des données utilisées pour la mesure des préjudices à l'hôpital s'améliorera au fil du temps, à mesure que les cliniciens constateront à quel point la qualité des renseignements consignés au dossier est étroitement liée à celle de la codification et des indicateurs.

Qualité de la codification des indicateurs à l'étude

La qualité de la codification des abrégés a une incidence directe sur la qualité des indicateurs fondés sur les données de la BDCP. Voici un résumé des résultats pour les 2 autres indicateurs examinés dans le cadre de la présente étude en réponse aux intervenants externes et internes qui suggéraient d'évaluer cette codification.

- Césariennes à faible risque : presque tous les dossiers de la BDCP de l'échantillon qui répondaient aux critères d'un accouchement à faible risque ont continué d'y répondre à la seconde saisie et d'être pris en compte dans l'indicateur Césariennes à faible risque. En général, les affections cliniques utilisées pour ajuster l'indicateur en fonction des risques ont été bien codifiées.
- Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation (DOLH) : 79 % des dossiers affichaient un DOLH identique, calculé en fonction des données initiales de la BDCP et des données de l'examen des dossiers. Le calcul du DOLH s'appuie sur les dates et heures d'admission et de sortie du service d'urgence consignées. Les écarts n'ont pas eu d'effet statistiquement significatif sur les résultats de l'indicateur qui indiquent le 90e percentile du DOLH. Ils résultent généralement d'un manque d'uniformité concernant les dates et les heures consignées à l'échelle des systèmes et des dossiers.

Prochaines étapes et recommandations

La présente étude de la qualité des données démontre que la qualité de la codification des abrégés est très élevée dans la BDCP et qu'elle appuie l'utilisation des données à de nombreuses fins, notamment la production d'indicateurs de la performance du système de santé et de nouvelles mesures telles que la mesure des préjudices à l'hôpital. Il ne fait aucun doute que les codificateurs des hôpitaux continuent d'effectuer un excellent travail d'interprétation et de codification à l'égard des dossiers toujours plus complexes. Les analystes de seconde saisie ont observé dans les hôpitaux de nombreuses pratiques qui influent favorablement sur la qualité.

Comme dans toute étude de seconde saisie, l'un des objectifs consiste à cerner tout problème systématique dans le but de le résoudre. L'amélioration de la qualité des données est le fruit d'efforts de collaboration entre l'ICIS et les autres intervenants du système de santé.

L'ICIS a planifié ou entrepris certaines activités, notamment les suivantes :

- Améliorer les produits de l'ICIS qui favorisent la saisie de données de grande qualité dans les hôpitaux, comme les normes et les séances de formation. Nous avons ciblé 2 domaines d'intérêt, soit les indicateurs de série et les comorbidités, puisqu'ils influent sur les indicateurs de performance liés aux ressources et à la santé.

- Examiner et analyser de façon plus approfondie les problèmes qui ont été relevés dans le présent rapport (p. ex. l'incidence des erreurs relatives à l'attribution d'un indicateur de série, le manque d'uniformité touchant les éléments de données du temps d'attente au service d'urgence).
- Évaluer les répercussions de la présente étude afin de définir l'ampleur et l'incidence des données ayant fait l'objet d'une correction (puisque l'étude porte sur les données de l'exercice en cours) et surveiller les taux de préjudices à l'hôpital susceptibles de varier en raison de la présente étude.

En ce qui concerne les intervenants du système de santé, voici les recommandations formulées par l'ICIS :

- Les hôpitaux qui ont participé à l'étude devraient examiner les résultats qui leur sont propres. Ils pourront ainsi définir d'éventuels points à améliorer pour accroître la qualité des données qu'ils soumettent à la BDCP.
- Tous les hôpitaux devraient examiner les résultats de l'étude afin de déterminer si les problèmes abordés dans le rapport s'observent également dans leur établissement et s'ils exigent des mesures.
- Tous les hôpitaux devraient tirer parti des occasions de formation offertes par l'ICIS, notamment les conférences Web, les cours d'apprentissage en ligne et les Conseils aux codificateurs.
- Les codificateurs des hôpitaux devraient passer en revue les normes relatives aux aspects de la codification les plus variables selon l'étude, notamment l'attribution des types de diagnostics et l'utilisation des indicateurs de série.
- Les hôpitaux devraient examiner leurs pratiques en matière de codification des interventions et des diagnostics facultatifs, laquelle est susceptible d'alourdir le fardeau des codificateurs.
- L'ICIS, les hôpitaux et les responsables cliniques devraient poursuivre leurs efforts de sensibilisation auprès des médecins en ce qui concerne le lien étroit entre la qualité des renseignements au dossier et celles des données de la BDCP et de ses extraits, notamment les indicateurs de la performance du système de santé.
- Les hôpitaux devraient accroître l'utilisation de modèles ou d'autres outils pour améliorer l'uniformité des renseignements consignés au dossier.
- Les hôpitaux devraient s'assurer que le personnel des archives médicales a régulièrement l'occasion de consulter les cliniciens.

L'étude fournit des renseignements précieux sur la façon dont les hôpitaux recueillent des données pour la BDCP. Ces renseignements sont essentiels à la gestion et à l'amélioration des systèmes de santé. Les hôpitaux, les provinces et les territoires apportent des investissements considérables dans les nouvelles solutions de santé numériques, ce qui crée à la fois des possibilités et des difficultés sur le plan de la qualité des données. Les nouveaux systèmes, qui peuvent intégrer des normes et des vérifications de la qualité, sont susceptibles de transformer et de réduire le fardeau de la collecte de données. Toutefois, comme des analystes de seconde saisie l'ont fait remarquer, ces nouveaux systèmes peuvent aussi poser des défis, notamment créer des sources multiples de renseignements potentiellement conflictuels ou présenter l'information d'une façon qui n'est plus chronologique (ce qui complexifie la classification des comorbidités avant et après l'admission). Dans le cadre de son nouveau plan stratégique, l'ICIS travaillera de concert avec les fournisseurs de données afin de tirer parti des possibilités d'autocollecte de données offertes par les solutions de santé numériques tout en veillant à ce que les données recueillies soient utilisables.

Renseignements supplémentaires

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le présent rapport ou sur le Programme de qualité des données de l'ICIS, écrivez à qualitedesdonnees@icis.ca.

1 Contexte

1.1 À propos du présent rapport

Ce rapport présente les résultats d'une étude récente sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients (BDCP). L'étude visait principalement à examiner la qualité des données associées à 6 des 31 groupes cliniques du Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) sont en train d'élaborer. Le choix des 6 groupes reposait sur des examens de la qualité des données antérieurs qui révélaient un éventuel manque d'uniformité sur le plan de leur déclaration. L'étude avait également pour objectif d'analyser la qualité des données relatives à 2 autres indicateurs de la performance du système de santé (Césariennes à faible risque et Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation), en réponse aux intervenants externes et internes qui suggéraient d'évaluer cette codification.

Les sections 1 et 2 présentent le contexte et la méthodologie de l'étude. La section 3 porte sur la qualité générale de la codification dans les dossiers de l'échantillon. Enfin, la section 4 présente les résultats relatifs aux préjudices à l'hôpital et la section 5, les résultats relatifs aux 2 autres indicateurs examinés.

Le présent rapport, qui accompagne le rapport *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens*, donne des précisions sur la qualité des données utilisées pour la mesure des préjudices à l'hôpital¹.

1.2 Base de données sur les congés des patients

Aperçu

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) recueille des renseignements cliniques, démographiques et administratifs sur les sorties (qui incluent les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts) des hôpitaux de soins de courte durée de toutes les provinces et de tous les territoires sauf le Québec.

Plus de 3,2 millions d'abrégiés sont soumis chaque année à la BDCP, ce qui représente environ 75 % de l'ensemble des sorties de patients hospitalisés en soins de courte durée au Canada. Les données du Québec sont soumises à l'ICIS par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et ajoutées à celles de la BDCP pour créer la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)².

Certaines provinces et certains territoires utilisent également la BDCP pour recueillir des données sur les chirurgies d'un jour et d'autres types de soins hospitaliers (p. ex. la réadaptation ou les soins psychiatriques).

Collecte de données

Chaque enregistrement (appelé « abrégé ») de la BDCP constitue un résumé codifié du séjour du patient à l'hôpital. Après la sortie du patient, les spécialistes de la gestion de l'information sur la santé (appelés « codificateurs ») examinent les renseignements consignés par les médecins dans le dossier médical du patient, puis les codifient, conformément aux normes établies par l'ICIS.

Chaque abrégé peut comprendre jusqu'à 25 diagnostics et 20 interventions, ainsi que des renseignements démographiques et administratifs sur le patient. Les données sur le diagnostic sont codifiées en fonction de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA), tandis que les interventions sont codifiées en fonction de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Le [Manuel de saisie de l'information de la BDCP](#)³ et les [Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI](#)⁴ fournissent par ailleurs des normes et des directives complémentaires.

Les abrégés sont soumis chaque mois à l'ICIS, soit directement par les hôpitaux soit par l'entremise du ministère de la Santé provincial ou territorial.

Utilisation

Les données de la BDCP sont fréquemment utilisées à tous les échelons des systèmes de santé canadiens. Bon nombre des indicateurs de la performance du système de santé et des rapports analytiques publiés par l'ICIS reposent sur ces données. Périodiquement, l'ICIS fournit aussi des rapports électroniques comparatifs et des données aux fournisseurs de données et aux ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Les établissements se servent de l'information tirée de la BDCP pour étayer leurs décisions de gestion en matière d'utilisation et pour la recherche administrative. Les gouvernements s'en servent à des fins de financement, d'élaboration de politiques, de planification et d'évaluation du système. Enfin, les universités et autres établissements d'enseignement utilisent les données de la BDCP dans le cadre de nombreuses recherches.

Qualité des données

Il est essentiel de maintenir la qualité des données versées à la BDCP afin d'en assurer la pertinence et l'utilisation à l'échelle nationale. L'ICIS a mis en œuvre un programme rigoureux de qualité des données pour assurer l'exploitabilité des données⁵. Ses activités intègrent des pratiques relatives à la qualité, notamment les suivantes :

- normes, séances de formation et programmes de soutien à la clientèle pour favoriser une saisie exacte et uniforme des données;
- systèmes de vérification visant les principales exigences en matière de données (comme l'exhaustivité et la validité des valeurs) lors de la soumission des enregistrements à l'ICIS;
- mécanismes de suivi, d'analyse et de rétroaction qui permettent de cerner les problèmes et de communiquer des commentaires aux fournisseurs de données;
- processus de mise à l'essai et de vérification pour assurer la qualité des outils de production de rapports, des analyses et des indicateurs, ainsi que des autres produits d'information;
- études de validation et autres études spéciales (telle que la présente étude de seconde saisie) visant à évaluer la qualité;
- activités de mobilisation des intervenants qui permettent de comprendre leurs besoins en matière d'information, et de concevoir ou de mettre à jour les systèmes et les produits de façon à y répondre.

L'amélioration de la qualité des données repose sur des efforts de collaboration. L'ICIS appuie les fournisseurs de données dans leurs activités pour les aider à saisir des données de qualité. Il collabore également avec les utilisateurs de données pour s'assurer que l'information produite satisfait à leurs exigences et à leurs attentes en évolution et toujours croissantes.

1.3 Études de seconde saisie

Les études de seconde saisie visent à évaluer la qualité de la codification des abrégés, à définir les problèmes systématiques et à évaluer l'incidence de tout problème de codification sur les produits de l'ICIS.

Elles impliquent que des spécialistes externes de la codification de l'information sur la santé (appelés « analystes de seconde saisie » dans le présent rapport) fassent l'examen de certains éléments de données qui ont déjà été recueillis et soumis à l'ICIS, notamment ceux liés aux diagnostics et aux interventions de soins de courte durée. L'objet de ces études n'est pas d'attribuer la faute aux spécialistes de la codification des hôpitaux ou aux analystes de

seconde saisie, mais bien de cerner l'ampleur des variations de codification et les causes sous-jacentes de ces variations. Ce n'est qu'en repérant, puis en réglant les problèmes que la qualité des données pourra être améliorée. Diverses raisons peuvent expliquer une variation de codification :

- un manque de connaissances ou une mauvaise interprétation des normes ou des directives;
- les politiques mises en place par l'hôpital peuvent nuire à la qualité des données;
- la qualité et l'exhaustivité du dossier, qui influent sur la capacité du codificateur à interpréter le séjour du patient en vertu des normes de codification;
- une erreur humaine au cours du processus de saisie et de codification de l'information.

L'ICIS réalise des études de seconde saisie périodiques sur les données de la BDCP dans le cadre de son vaste programme de qualité des données. De 2005 à 2010, l'ICIS a exécuté un programme quinquennal qui donnait lieu à la réalisation de vastes études nationales chaque année. Il a ainsi recueilli une mine de renseignements sur la qualité globale des données de la BDCP^{6, 7, 8, 9, 10}. L'étude la plus récente, soit la présente étude sur les données de 2015-2016, était de moindre envergure. Son principal objectif consistait à examiner les données prises en compte dans certains groupes cliniques des préjudices à l'hôpital et certains indicateurs de la performance du système de santé de l'ICIS.

Dans la mesure du possible, les résultats de la présente étude ont été comparés avec ceux de la dernière étude nationale de seconde saisie (qui portait sur les données de 2009-2010) bien que leur plan d'étude diffère. L'analyse supplémentaire (non présentée), qui a été réalisée en cas de différences significatives entre les études, a permis de déterminer que les résultats rendaient compte de réels changements et non d'un plan d'étude distinct.

Données de l'exercice en cours

Il s'agit de la première étude visant les données de l'exercice en cours, réalisée alors que la collecte et la soumission de donnée ne sont pas terminées. Les études précédentes, qui portaient sur les données d'exercices clos, ont été réalisées après la date limite de soumission de fin d'exercice et n'ont pas permis la mise à jour ou la correction des données. Puisque les abrégés examinés n'ont pu être modifiés en fonction des résultats de l'étude, des améliorations n'ont pu être apportées qu'à l'égard des exercices suivants. En réponse aux commentaires des intervenants, la présente étude a été conçue de façon à permettre la modification des données initiales de la BDCP, avant la clôture de la base de données à la fin de l'exercice 2015-2016.

1.4 Préjudices à l'hôpital

L'ICIS et l'ICSP collaborent avec des experts canadiens et étrangers pour créer une nouvelle mesure des préjudices à l'hôpital fondée sur les données de la BDCP. Ils souhaitent ainsi offrir aux dirigeants d'hôpitaux une mesure globale de la sécurité des patients.

Le Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital englobe 31 groupes cliniques distincts qui permettent de mesurer différents types de préjudices à l'hôpital. Compte tenu des travaux sur la qualité des données qui ont été réalisés pendant le processus d'élaboration, l'étude de seconde saisie est axée sur les 6 groupes cliniques suivants :

- Infections à *Clostridium difficile*, au SARM ou aux ERVⁱⁱ
- Hémorragie obstétricale (2 groupes cliniques, un dans la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments et un dans la catégorie Affections liées aux interventions)
- Traumatisme obstétrical (2 groupes cliniques, un dans la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments et un dans la catégorie Affections liées aux interventions)
- Sepsie

Les résultats associés à ces groupes cliniques figurent à la section 4 — Les préjudices à l'hôpital sous la loupe du présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les préjudices à l'hôpital, veuillez consulter le rapport *Mesures des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens*¹.

ii. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et entérocoques résistants à la vancomycine.

2 Méthodologie

2.1 Plan d'étude

L'étude a été conçue pour comparer les données saisies et soumises à la BDCP pour des groupes de patients déterminés avec celles saisies par les analystes de seconde saisie à partir des mêmes dossiers. L'examen d'un échantillon de dossiers a permis de fournir une estimation nationale de la qualité de la codification à l'égard des groupes de patients suivants :

1. Sous-ensemble de groupes cliniques des préjudices à l'hôpitalⁱⁱⁱ :
 - Infections à *Clostridium difficile*, au SARM ou aux ERV
 - Hémorragie obstétricale
 - Traumatisme obstétrical
 - Sepsie
2. Accouchements à faible risque pris en compte dans l'indicateur Césariennes à faible risque¹¹ :
 - avec césarienne (numérateur utilisé pour l'indicateur)
 - sans césarienne (autres abrégés inclus dans le dénominateur)
3. Patients admis par le service d'urgence, pour évaluer la qualité des données servant à calculer l'indicateur Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation (DOLH)^{iv}

Le choix des dossiers de patients repose sur un échantillonnage probabiliste en 2 étapes. Les hôpitaux qui répondaient aux critères suivants ont été échantillonnés lors de la première étape :

- être défini comme un grand hôpital communautaire ou un hôpital d'enseignement offrant des soins de courte durée;
- avoir soumis au moins 84 cas pris en compte dans les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital au cours des 2 premiers trimestres de 2014-2015.

iii. Les notes techniques pour les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital figurent dans le document intitulé [Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens : rapport technique](#).

iv. L'indicateur Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation de l'ICIS est calculé à partir des données soumises au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Les données sur les heures et les dates sont également saisies dans la BDCP.

Certains groupes d'intérêts (p. ex. Sepsie et Infections) n'affichent habituellement qu'un faible volume de cas. Les hôpitaux ont donc uniquement été sélectionnés en fonction des critères susmentionnés afin que la taille de l'échantillon permette une analyse statistique efficace. Vu les exigences de l'échéancier (juillet), le cadre d'échantillonnage des hôpitaux s'est appuyé sur les plus récentes données disponibles, c'est-à-dire les données de 2014-2015.

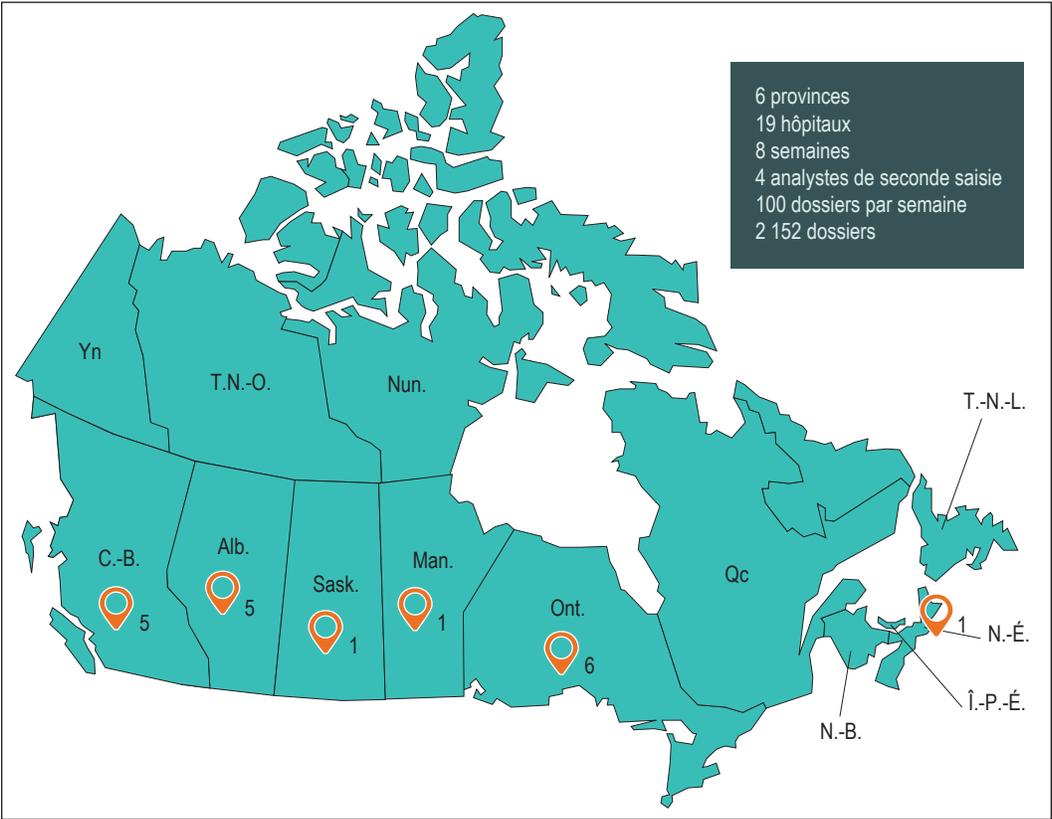
L'échantillon probabiliste a ciblé 19 hôpitaux à la première étape (un hôpital a été échantillonné 2 fois, ce qui signifie qu'il a fourni un échantillon double).

L'échantillon de dossiers 2015-2016 à l'étude a été choisi parmi les hôpitaux échantillonnés en fonction des abrégés de la BDCP soumis à l'ICIS avant le 30 septembre 2015. Puisque l'étude portait sur les données de l'exercice en cours, les résultats devaient être communiqués aux établissements bien avant la date de clôture de la BDCP, au cas où des données devraient être corrigées puis soumises de nouveau à la suite de l'étude.

Des dossiers pouvaient répondre aux critères de plus d'un groupe de patients. Aux fins de l'échantillonnage, chaque dossier n'a été affecté qu'à un seul groupe (appelé « strate »), soit celui qui, parmi les groupes admissibles, affichait le volume global le plus faible. Étant donné que l'échantillon était composé d'un sous-ensemble de dossiers des populations d'intérêt et non d'une portion de l'ensemble des dossiers des hôpitaux, les résultats peuvent ne pas être représentatifs de la qualité générale de la codification dans les établissements.

Les hospitalisations dont le séjour était long (plus de 30 jours) ont été exclues de l'échantillon principal pour des raisons d'efficacité. Toutefois, elles ont été prises en compte dans les 2 groupes (Sepsie et Infections) pour lesquels les cas de séjour prolongé ne pouvaient être mis de côté sans miner la taille de l'échantillon.

Figure 1 L'étude 2015-2016 en chiffres



Le tableau 2 présente le nombre de dossiers de l'échantillon et le nombre de dossiers dans la BDCP selon le fichier d'extraction des données du 30 septembre.

Tableau 2 Nombre d'abrévés dans la BDCP et échantillon de l'étude par groupe de patients

Groupe de patients	BDCP	Échantillon
Hémorragie obstétricale	1 974	495
Traumatisme obstétrical	918	389
Sepsie	354	273
Infections	354	286
Accouchements à faible risque	15 310	1 114
Patients admis par le service d'urgence	59 103	733

Remarques

Les dossiers pouvaient répondre aux critères de plusieurs groupes cliniques (autre celui auquel ils ont été affectés); c'est pourquoi le nombre de dossiers réunis dans l'échantillon ne correspond pas au nombre de dossiers examinés (2 152).

Le nombre d'abrévés dans la BDCP inclut les dossiers soumis pour l'exercice 2015-2016, en date du 30 septembre 2015.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP et Base de données sur les congés des patients.

2.2 Collecte de données

La collecte de données aux fins de la présente étude s'est échelonnée sur une période de 8 semaines, d'octobre à décembre 2015. Des spécialistes de la classification de l'ICIS ont effectué cette collecte à titre d'analystes de seconde saisie. Il s'agit de professionnels certifiés en gestion de l'information sur la santé qui détiennent une expertise dans l'élaboration, le maintien et le soutien des systèmes de classification CIM-10-CA et CCI et des Normes canadiennes de codification⁴.

Une formation a été dispensée. Elle portait sur le typage des diagnostics et sur les normes de codification relatives aux affections et aux interventions associées aux groupes de patients d'intérêt. Elle englobait également l'utilisation de l'application Web de l'ICIS spécialement conçue pour l'étude de seconde saisie. Des dossiers test ont permis d'évaluer la fiabilité inter-évaluateurs et de déterminer le degré de concordance entre les analystes de seconde saisie. Cette épreuve de fiabilité a démontré que les analystes de seconde saisie codifiaient de façon uniforme.

Aux fins de la collecte de données, les analystes de seconde saisie se sont rendus dans l'hôpital échantillonné, ont examiné l'information contenue dans les dossiers de l'échantillon, puis ont saisi (en seconde saisie) les éléments de données, les diagnostics et les interventions requis dans l'application. Le logiciel a enregistré les données de seconde saisie, puis il les a comparées aux données initialement soumises à la BDCP afin de repérer tout écart. L'analyste de seconde saisie a ensuite rapproché les données en consignant une raison susceptible d'expliquer chaque écart.

Dans le cadre de leur visite, les analystes de seconde saisie ont eu l'occasion de se familiariser avec les pratiques, les systèmes et les politiques de codification des établissements. À cet égard, il leur a été demandé de consigner tout élément susceptible d'influer sur la qualité de la codification. Dans la mesure du possible, le présent rapport rend compte des observations formulées par les analystes de seconde saisie afin de mettre les résultats en contexte.

2.3 Traitement et analyse des données

Pour assurer l'exactitude des données saisies dans le cadre de l'étude, nous avons effectué des vérifications pour contrôler la validité et la logique des données à la suite de la collecte.

Des facteurs de pondération ont ensuite été appliqués aux enregistrements de l'échantillon. Cette pondération^v a permis de s'assurer que les dossiers de l'échantillon représentaient bien le nombre de cas dans chaque strate de chaque hôpital et qu'ils étaient, par conséquent, pris en compte dans les résultats globaux relatifs à leur répartition au sein de l'hôpital. En général, relativement moins de dossiers ont été sélectionnés dans les strates volumineuses, de façon à ce que ces dossiers aient une pondération plus élevée. Tous les dossiers admissibles ont été inclus dans le groupe de patients aux fins de l'analyse, quelle que soit leur strate d'échantillonnage.

Étant donné que l'étude était fondée sur un échantillon de dossiers, les résultats ne représentent qu'une estimation du véritable niveau d'exactitude de la codification. Les intervalles de confiance de 95 % sont par ailleurs présentés dans les tableaux et les figures pour en faciliter l'interprétation.

v. La pondération permet d'assurer une estimation représentative et une estimation de la variance (calculée à l'aide d'une méthode bootstrap) des données de l'étude.

Qu'entend-on par intervalle de confiance?

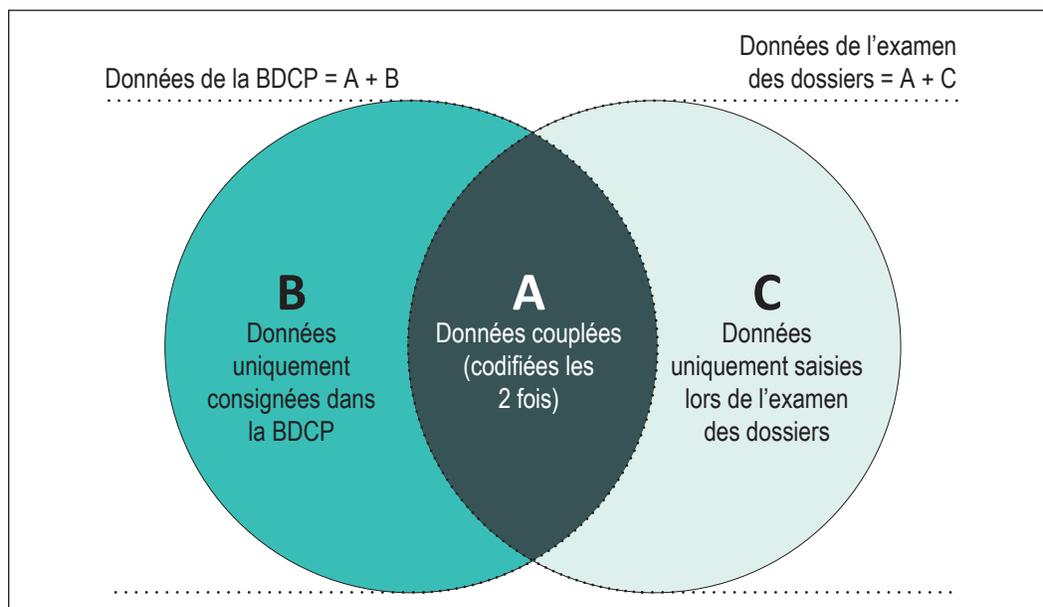
L'intervalle de confiance indique l'erreur d'échantillonnage. L'échantillon examiné dans le cadre de la présente étude n'est que l'un des nombreux échantillons, de conception et de taille similaires, qui auraient pu être choisis à partir de la même population. L'erreur d'échantillonnage est une mesure de la variabilité entre tous les échantillons possibles. Les intervalles de confiance de 95 % indiqués signifient que la valeur réelle se situe dans l'intervalle de confiance 19 fois sur 20. Plus l'intervalle est large, plus la variabilité afférente aux estimations, qui varie selon la taille et la conception de l'échantillon, est élevée. Un chevauchement des intervalles de confiance lors d'une comparaison des résultats indique que les différences ne sont pas statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'il est peu probable que les valeurs réelles diffèrent.

Scénarios de codification

La figure 2 illustre les scénarios de codification de la seconde saisie sur lesquels s'appuient les résultats de l'étude :

- A. L'analyste de seconde saisie codifie la même affection ou intervention que le codificateur de l'hôpital, ce qui représente le scénario idéal. Le taux de concordance des codes servant à décrire ces affections ou interventions est ensuite évalué.
- B. L'analyste de seconde saisie ne codifie pas une affection ou une intervention qui figure dans l'abrégé initial de la BDCP.
- C. L'analyste de seconde saisie codifie une affection ou une intervention qui ne figure pas dans l'abrégé initial de la BDCP.

Figure 2 Scénarios de codification de la seconde saisie



Exemple de dossier

L'exemple suivant illustre la façon dont les scénarios de codification de seconde saisie ci-dessus s'appliquent à un dossier.

Figure 3 Exemple de dossier

Données de la BDCP		Données de seconde saisie		Scénario de codification de la seconde saisie
Code de diagnostic	Type de diagnostic	Code de diagnostic	Type de diagnostic	
K831	M	K831	M	
A419	2	A4150	2	
N179	1	N170	2	
N390	2	N390	1	
I100	3			
		E119	3	

Quand l'analyste de seconde saisie confirme la présence d'une affection, il peut utiliser les mêmes codes que le premier codificateur ou utiliser des *codes différents* pour décrire la *même* affection. La codification est subjective. Il y a plus de 16 000 codes de diagnostic de la CIM-10-CA et plus de 18 000 codes d'intervention de la CCI parmi lesquels choisir. La différence est souvent minime entre les codes d'un même groupe. Il se peut également que le codificateur initial et l'analyste de seconde saisie interprètent un peu différemment les renseignements qui figurent au dossier. Les analystes de seconde saisie établissent un lien direct entre les codes de diagnostic consignés dans les données initiales et ceux consignés dans les données de l'application de seconde saisie lorsqu'il y a concordance quant à la présence d'une même affection. L'annexe A fournit des précisions sur les équations ayant servi à calculer les statistiques présentées dans le présent rapport.

3 Résultats de l'étude

Cette section présente des estimations relatives à la qualité générale de la codification des dossiers de l'échantillon, notamment

- les diagnostics significatifs, y compris les diagnostics principaux (DxP), les comorbidités avant et après l'admission et les indicateurs de série;
- les interventions;
- les éléments de données administratifs;
- les variables dérivées des groupes clients.

Dans la mesure du possible, les résultats globaux de l'étude de la qualité des données de la BDCP 2009-2010 sont présentés¹⁰. Il importe toutefois de noter que cette étude avait une plus grande envergure que l'étude 2015-2016 et qu'elle ne ciblait pas les mêmes domaines cliniques^{vi}. Il se peut donc que les 2 cohortes étudiées ne soient pas toujours directement comparables.

vi. L'étude de seconde saisie de 2009-2010 portait sur les données de 85 hôpitaux et d'environ 14 000 dossiers.

3.1 Diagnostics significatifs

Qu'entend-on par diagnostic significatif?

On considère qu'un diagnostic est significatif si l'affection

1. exige un traitement au-delà de la prise en charge de l'affection préexistante;
2. prolonge la durée du séjour d'au moins 24 heures;
3. a des répercussions importantes sur le traitement reçu.

Il est obligatoire de codifier tous les diagnostics significatifs dans un abrégé de la BDCP. Le codificateur doit donc repérer toutes les affections consignées dans le dossier du patient, déterminer si elles satisfont aux critères de significativité en s'appuyant sur le dossier rempli par le médecin, puis codifier ces affections, s'il y a lieu.

Un type de diagnostic est attribué à chaque diagnostic saisi dans l'abrégé de la BDCP. Il permet de caractériser l'incidence de chaque affection sur le séjour du patient. Les diagnostics significatifs peuvent être de type M (Diagnostic principal ou DxP), de type 6 (Diagnostic principal indirect), de type 1 (Comorbidité avant l'admission), de type 2 (Comorbidité après l'admission) ou de type W, X ou Y (Diagnostic de service de transfert).

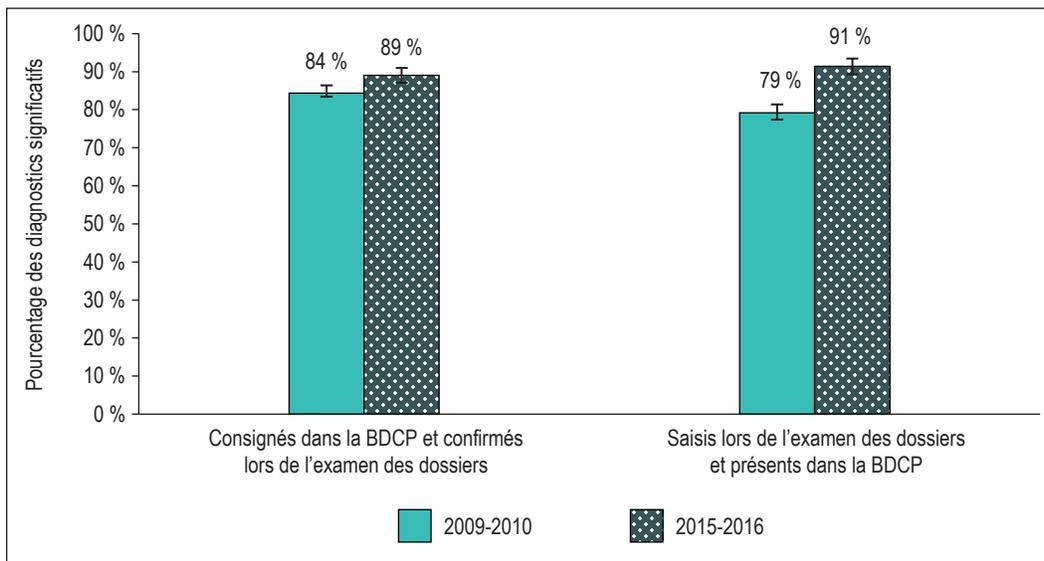
D'autres types de diagnostics sont parfois déclarés dans la BDCP (p. ex. des diagnostics d'admission, des diagnostics secondaires ou des diagnostics indiquant la cause de décès). Leur saisie est toutefois facultative et ne fait pas l'objet d'une évaluation dans le cadre de la présente étude.

Concordance de la déclaration des diagnostics significatifs

La figure 4 compare les diagnostics significatifs soumis à la BDCP et ceux saisis dans le cadre de l'examen des dossiers. Des diagnostics significatifs contenus dans la BDCP, 89 % ont été confirmés lors de l'examen des dossiers (11 % n'ont été déclarés que dans la BDCP), tandis que 91 % des diagnostics significatifs saisis dans le cadre de l'examen des dossiers se retrouvent également dans les données soumises à la BDCP (9 % n'avaient été saisis que dans le cadre de l'examen). Ces 2 résultats représentent une amélioration par rapport à l'étude 2009-2010^{vii}.

vii. Bien que la conception des études diffère, l'analyse supplémentaire (non présentée) réalisée en cas de différences significatives entre les 2 études a déterminé que les résultats rendaient compte de réels changements et non d'un plan d'étude différent.

Figure 4 Déclaration des diagnostics significatifs



Remarque

I : intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

Concordance des codes de diagnostic

Comme il a été mentionné plus haut, le codificateur de l'établissement et l'analyste de seconde saisie peuvent tous 2 convenir de la présence d'une affection, mais utiliser un code de la CIM-10-CA différent pour la décrire.

Uniformité de la codification

Les codes de diagnostic sont indexés dans la CIM-10-CA par catégories, par blocs et par chapitres. Ils décrivent principalement une maladie, une affection, un problème de santé, une circonstance ou une cause externe qui touche le patient. La figure 5 indique à quel échelon les éléments d'information du code attribué ont été confirmés (concordance partielle et exacte).

Figure 5 Degré de concordance des codes de diagnostic — exemple

Concordance exacte	I21.1	I21.1	Éléments d'information confirmés	Infarctus aigu du myocarde — même localisation
Concordance à l'échelle de la catégorie	I21.1	I21.2		Infarctus aigu du myocarde — localisation différente
Concordance à l'échelle du bloc	I21.1	I20.0		Infarctus aigu du myocarde contre angine de poitrine instable
Concordance à l'échelle du chapitre	I21.1	I34.0		Infarctus aigu du myocarde contre régurgitation mitrale aiguë
Chapitre différent	I21.1	R07.4		Infarctus aigu du myocarde contre douleur thoracique (symptôme)

La présente analyse examine l'uniformité des codes CIM-10-CA (utilisés pour décrire les diagnostics significatifs) qui ont été déclarés dans la BDCP et confirmés lors de l'examen des dossiers. Le taux de concordance exacte (jusqu'à 6 caractères) des codes de la CIM-10-CA attribués aux diagnostics significatifs se chiffre à 93 % (tableau 3).

Sans être très fréquent, il est arrivé que des codes de diagnostics tirés de chapitres différents aient été attribués à une affection. Une telle divergence peut survenir si le codificateur attribue un code au symptôme, par exemple à la douleur thoracique (code R du chapitre XVIII), tandis que l'analyste de seconde saisie attribue un code à l'affection sous-jacente, par exemple à la crise cardiaque (code I du chapitre IX). L'attribution d'un indicateur de série aux diagnostics a également donné lieu à de telles divergences, notamment quand le codificateur et l'analyste ont regroupé les diagnostics de façon différente (consulter la section sur les indicateurs de série présentée ci-dessous pour obtenir des précisions).

Tableau 3 Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA attribués aux diagnostics significatifs

Degré de concordance	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Concordance exacte (format ANN.NNN)	92,8 %	91,2 %	94,5 %
Concordance à l'échelle de la catégorie uniquement (format ANN)	3,3 %	2,3 %	4,3 %
Concordance à l'échelle du bloc uniquement (intervalle de catégories)	1,8 %	0,8 %	2,8 %
Concordance à l'échelle du chapitre uniquement (groupe de blocs)	0,5 %	0,2 %	0,7 %
Codes tirés de chapitres différents	1,6 %	0,6 %	2,7 %

Remarques

A : caractère alphabétique; N : caractère numérique.

IC : intervalle de confiance.

Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

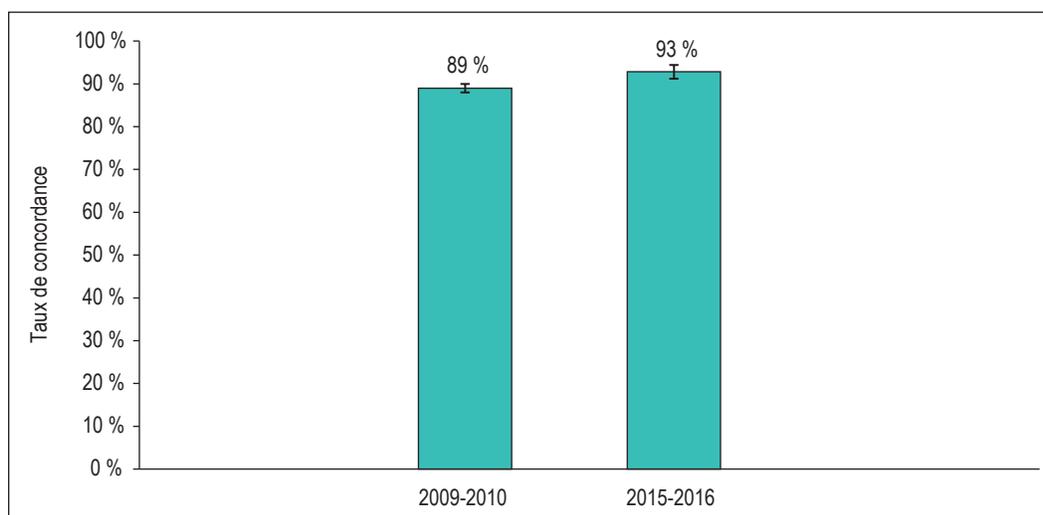
Comprend les diagnostics significatifs codifiés dans la BDCP, dont la présence a été confirmée dans le cadre de l'examen des dossiers.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

Le taux de concordance exacte des codes de la CIM-10-CA attribués aux diagnostics significatifs (93 %) est semblable à celui obtenu dans le cadre de l'étude de 2009-2010 (89 %) (figure 6).

Figure 6 Taux de concordance exacte des codes de la CIM-10-CA attribués aux diagnostics significatifs



Remarques

i : intervalles de confiance de 95 %.

Comprend les diagnostics significatifs codifiés dans la BDCP, dont la présence a été confirmée dans le cadre de l'examen des dossiers.

Sources

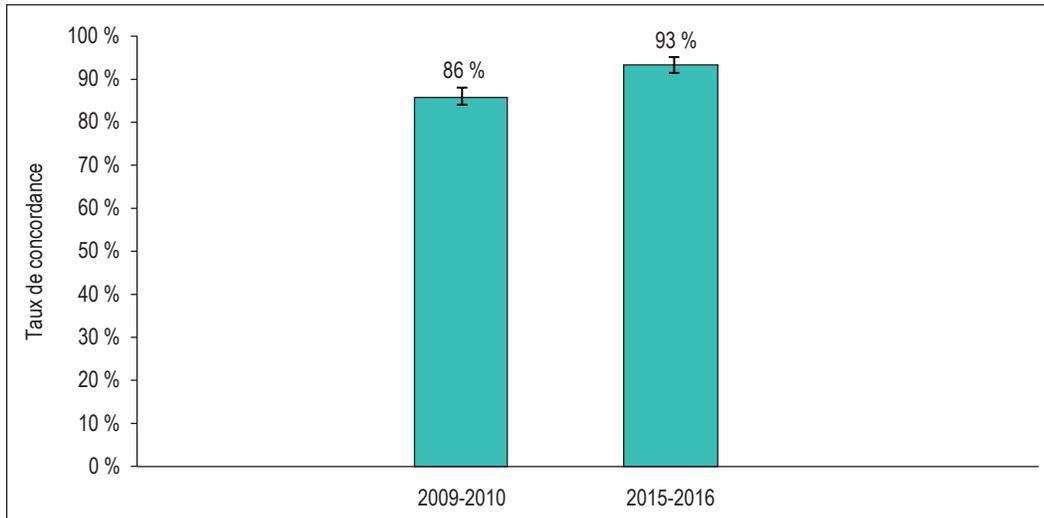
Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

3.2 Diagnostic principal

Le dossier d'un patient contient habituellement plusieurs diagnostics. L'un de ces diagnostics doit être sélectionné à titre de diagnostic principal (DxP) pour le séjour du patient à l'hôpital. Il s'agit habituellement du diagnostic responsable de la majeure partie du séjour ou qui nécessite les ressources les plus importantes. Il s'agit également du code de diagnostic le plus souvent utilisé dans le cadre des analyses et des rapports. Cette section examine la concordance quant à l'attribution du DxP et au code utilisé pour le décrire.

La figure 7 présente la concordance entre le DxP indiqué dans les données de la BDCP et celui indiqué dans les données de l'examen des dossiers (93 %), puis la compare à celle observée dans le cadre de l'étude de 2009-2010 (86 %).

Figure 7 Concordance de l'attribution du DxP



Remarque

i : intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

Le tableau 4 présente le taux de concordance (à divers échelons) des codes de la CIM-10-CA attribués aux DxP. Une concordance exacte au chapitre du DxP a été observée pour 85 % des dossiers.

Le recours à des codes différents pour décrire une même affection ou un choix différent de l'affection à titre de DxP (ce qui s'est produit pour 7 % des dossiers) pourraient expliquer les divergences touchant le code de la CIM-10-CA attribué au DxP.

Tableau 4 Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA attribués aux DxP

Degré de concordance	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Concordance exacte (format ANN.NNN)	84,8 %	81,4 %	88,3 %
Concordance à l'échelle de la catégorie uniquement (format ANN)	4,6 %	2,7 %	6,4 %
Concordance à l'échelle du bloc uniquement (intervalle de catégories)	2,8 %	1,1 %	4,6 %
Concordance à l'échelle du chapitre uniquement (groupe de blocs)	2,5 %	1,5 %	3,5 %
Codes tirés de chapitres différents	5,2 %	2,8 %	7,7 %

Remarques

A : caractère alphabétique; N : caractère numérique.

IC : intervalle de confiance.

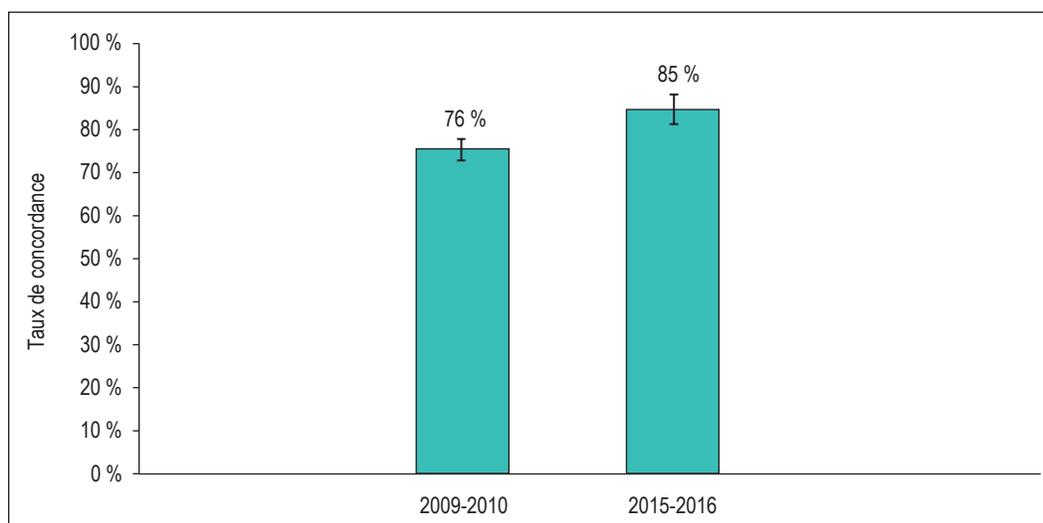
Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

La figure 8 indique que le taux de concordance exacte des codes de la CIM-10-CA attribués aux DxP (85 %) de la présente étude est supérieur au taux global relevé dans l'étude de 2009-2010 (76 %).

Figure 8 Taux de concordance exacte des codes de la CIM-10-CA attribués aux DxP



Remarque

I : intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

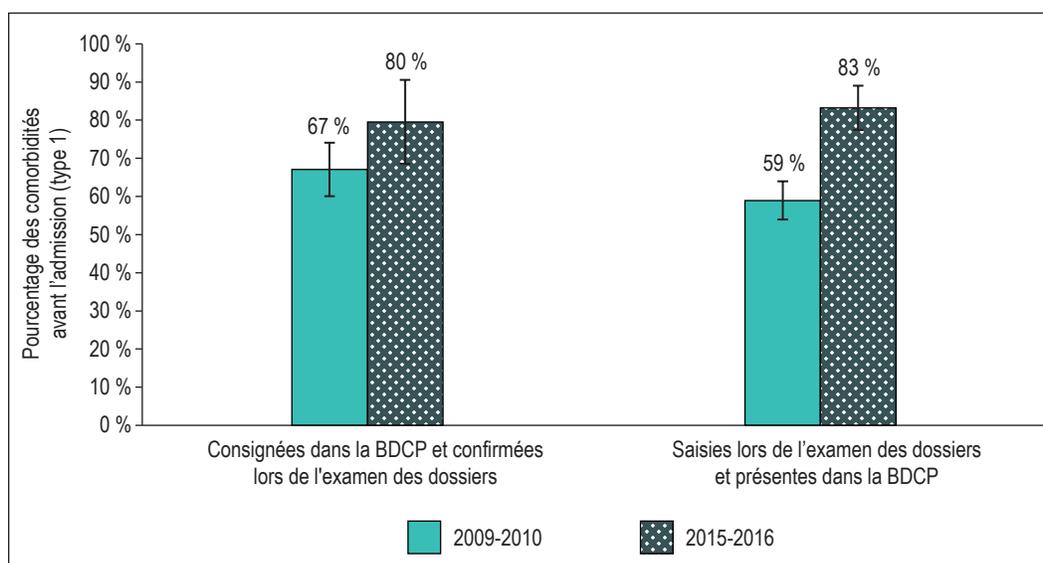
3.3 Comorbidités

Outre le diagnostic principal, le typage des diagnostics permet aussi d'identifier les comorbidités, c'est-à-dire des affections qui sont présentes au moment de l'admission ou qui se manifestent après l'admission, et qui répondent à au moins un des 3 critères de significativité. En général, les comorbidités avant l'admission (type 1) désignent les affections qui existent déjà avant l'admission tandis que les comorbidités après l'admission (type 2) désignent les affections qui surviennent après l'admission. Il faut prendre note que la population à l'étude intègre une proportion importante d'affections obstétricales. Le typage de ces affections diffère de celui des autres affections observées en soins de courte durée (il s'agit alors de déterminer si l'affection survient avant, pendant ou après l'accouchement).

Comorbidités avant l'admission (type 1)

La figure 9 révèle qu'en 2015-2016, 80 % des comorbidités de type 1 déclarées dans la BDCP ont été confirmées lors de l'examen des dossiers, contre 67 % en 2009-2010. Par ailleurs, des diagnostics de type 1 saisis lors l'examen des dossiers, 83 % se trouvaient aussi dans la BDCP en 2015-2016, contre 59 % en 2009-2010.

Figure 9 Déclaration des comorbidités avant l'admission



Remarque

± : intervalles de confiance de 95 %.

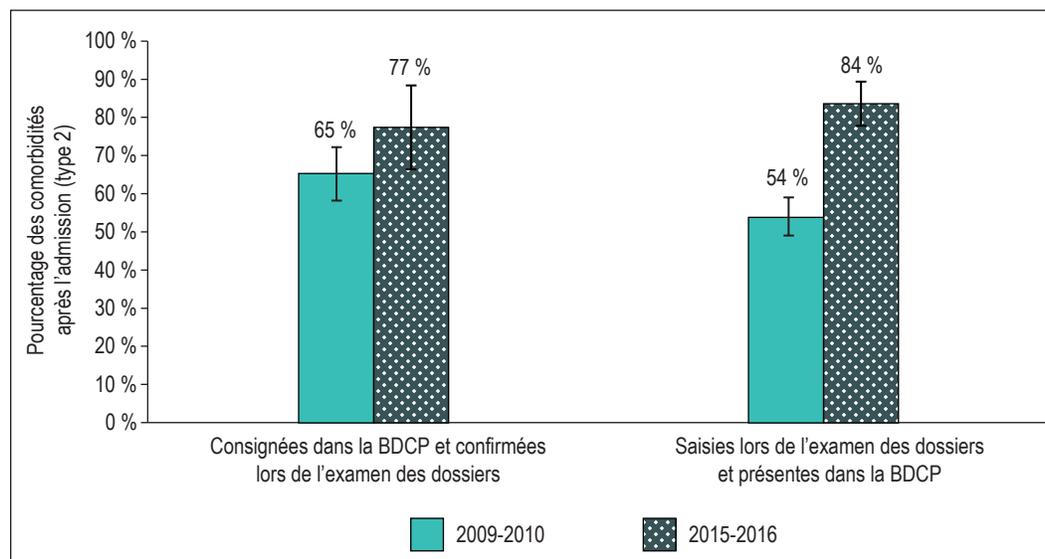
Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

Comorbidités après l'admission (type 2)

La figure 10 indique que, 77 % comorbidités de type 2 déclarées dans la BDCP ont été confirmées lors de l'examen des dossiers en 2015-2016, comparativement à 65 % en 2009-2010. Par ailleurs, des diagnostics de type 2 saisis lors de l'examen des dossiers, 84 % avaient été déclarés dans la BDCP en 2015-2016, contre 54 % en 2009-2010.

Figure 10 Déclaration des comorbidités après l'admission



Remarque

I : intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

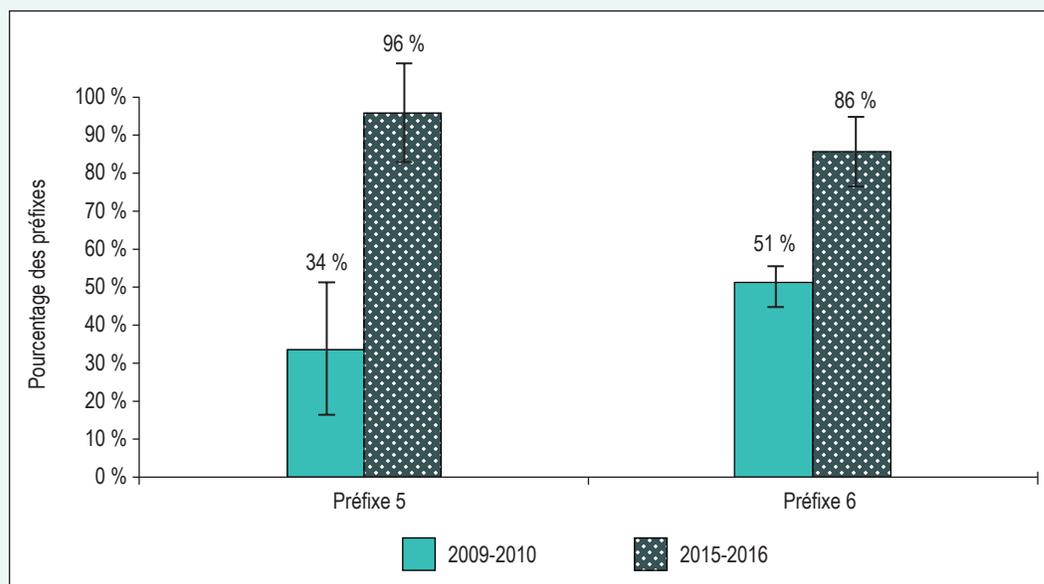
En dépit de leur amélioration, les résultats relatifs à la codification des comorbidités révèlent une certaine incertitude quant à l'attribution du diagnostic de type 1 ou 2. Il semble que pour la majorité des affections, la difficulté consiste à déterminer si elles influent significativement sur le séjour du patient à l'hôpital. Pour d'autres cas, le codificateur de l'hôpital et l'analyste de seconde saisie s'entendent sur le caractère significatif de l'affection, mais pas sur le type de diagnostic. Il se pourrait alors que la difficulté consiste à établir la chronologie exacte des événements à partir du dossier et à déterminer si l'affection survient avant ou après l'admission à l'hôpital (diagnostic de type 1 ou de type 2). Ces éléments sont décrits à la section 4, puisqu'ils influent sur la mesure des préjudices à l'hôpital.

Enfin, en ce qui concerne les cas obstétricaux, les affections postpartum (p. ex. hémorragie postpartum) devraient toujours être considérées comme des diagnostics de type 2 puisqu'elles surviennent *après* l'accouchement. Or, le type de diagnostic 1 a été attribué à plusieurs de ces cas dans les données initiales de la BDCP.

Préfixes 5 et 6

Les préfixes 5 et 6 servent à préciser la relation chronologique des comorbidités après l'admission en indiquant si celles-ci surviennent avant (préfixe 5) ou après (préfixe 6) une intervention admissible^{viii}. Ils ont été mis en œuvre en 2009-2010, soit l'année au cours de laquelle la dernière étude de seconde saisie a été réalisée. Cette étude a par ailleurs fait état de l'incertitude que soulève leur mise en application¹⁰. Comme on pouvait s'y attendre, bon nombre des préfixes 5 et 6 saisis dans le cadre de l'étude 2009-2010 par les analystes de seconde saisie (qui avaient reçu une formation à cet effet) ne figuraient pas dans les données initiales de la BDCP. La présente étude révèle une nette amélioration à ce chapitre (figure 11).

Figure 11 Préfixes saisis lors de l'examen des dossiers et présents dans la BDCP



Remarque

i : intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

^{viii}. L'intervention doit avoir lieu dans la salle d'opération principale ou la salle de cathétérisme cardiaque de l'établissement déclarant ou dans un autre établissement pour des interventions cardiaques précises.

Indicateurs de série

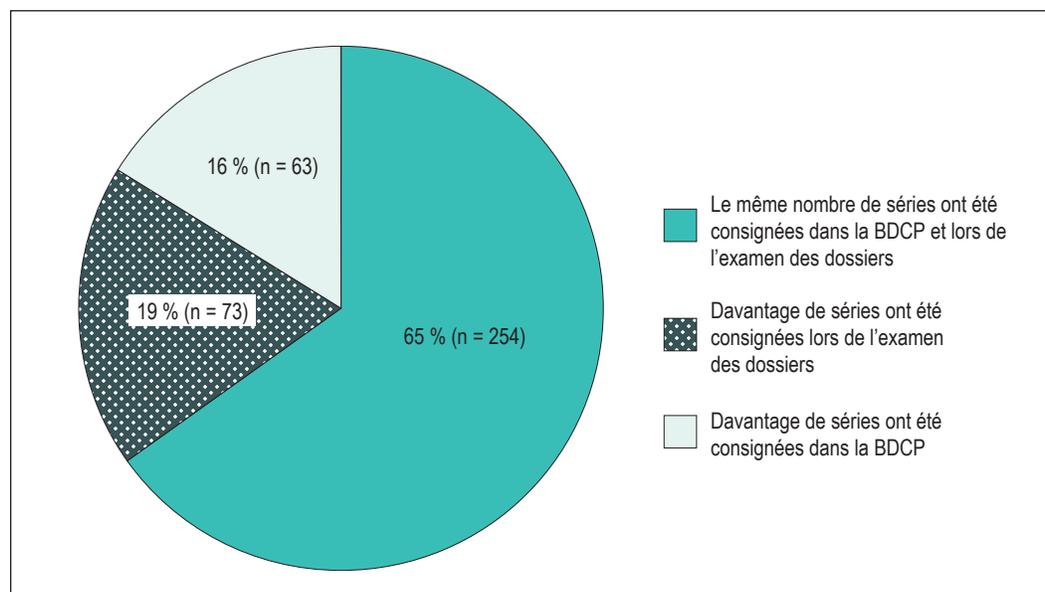
Qu'entend-on par indicateur de série?

Un indicateur de série est un caractère alphabétique qu'on attribue à au moins 2 codes de la CIM-10-CA pour signifier qu'ils sont interreliés. La mise en œuvre des indicateurs de série dans la BDCP remonte à 2009-2010. Il est obligatoire d'attribuer un indicateur de série à certaines affections : les affections post-interventions, les effets indésirables au cours de l'usage thérapeutique de drogues, de médicaments ou de substances biologiques, et les infections causées par un micro-organisme résistant aux antibiotiques. La présente étude englobe de nombreux indicateurs de série étant donné qu'elle met l'accent sur les préjudices à l'hôpital. Cette section fournit des renseignements sur la codification de tous les indicateurs de série relevés dans le cadre de l'étude et la section suivante aborde la qualité des indicateurs de série utilisés pour les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital présentés ici.

L'étude de seconde saisie de 2009-2010 a révélé que les indicateurs de série — qui avaient été mis en œuvre cette année-là — soulevaient des difficultés¹⁰. La présente étude démontre que le problème n'est pas résolu. Les nombreuses variations sur le plan de la codification (entre les données initiales de la BDCP et les données de l'examen des dossiers) ont eu une incidence sur la mise en application des indicateurs de série.

Ainsi, 390 (valeur non pondérée) dossiers de l'échantillon affichaient au moins un indicateur de série dans les données initiales de la BDCP ou de l'examen des dossiers. La figure 12 indique qu'un tiers de ces dossiers présentaient un manque d'uniformité dans le nombre d'indicateurs de série consignés. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'une non-concordance entre le codificateur et l'analyste de seconde saisie quant au classement d'une affection à titre d'affection post-intervention ou, dans une proportion moindre, à titre d'effet indésirable à des médicaments ou autres substances. Dans la majorité des cas (119 dossiers sur 136, valeur non pondérée), les codificateurs se sont entendus sur la présence d'au moins une affection, quoique leurs avis divergent quant à leur inclusion dans la série. Dans le cas de quelques dossiers complexes (15) comptant plusieurs séries, l'analyste de seconde saisie a divisé les codes de la série consignée dans la BDCP en au moins 2 séries distinctes, ce qui révèle une non-concordance quant à la relation entre les diagnostics.

Figure 12 Dossiers pour lesquels des indicateurs de série ont été consignés dans la BDCP et lors de l'examen des dossiers



Remarques

Les pourcentages sont fondés sur les nombres non pondérés de dossiers de l'échantillon.

Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

Les affections post-interventions marquées d'un indicateur de série ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie. Sans être le point de mire de l'étude, de nombreuses affections post-interventions sont prises en compte dans le Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital. Au total, 323 séries d'affections post-intervention ont été relevées dans les données de l'examen des dossiers. Le contenu de ces séries a été comparé avec celui des données initiales de la BDCP. Cette comparaison a donné les résultats suivants :

- 83 séries consignées à la seconde saisie avaient une série correspondante dans la BDCP au contenu identique;
- 35 séries consignées à la seconde saisie n'avaient pas de série correspondante dans la BDCP, mais au moins une de leurs affections a été liée à une affection saisie dans la BDCP (cela signifie que le codificateur a classé l'affection d'une façon différente ne requérant pas l'attribution d'un indicateur de série);
- 12 séries consignées à la seconde saisie n'avaient pas de série correspondante dans la BDCP et aucune de leurs affections n'a pu être liée à une affection saisie dans la BDCP;
- 193 séries consignées à la seconde saisie avaient une série correspondante dans la BDCP (la série de seconde saisie et celle de la BDCP avaient au moins une affection en commun), mais leur contenu différait.

Dans bien des cas (119 sur 187), les séries d'affections post-intervention présentaient des diagnostics non liés. Souvent, les séries consignées à la seconde saisie contenaient des codes de diagnostic qui ne figuraient pas dans la série initialement saisie dans la BDCP. En effet, bon nombre des séries initialement saisies dans la BDCP étaient incomplètes. Il leur manquait généralement des codes de complications principaux, par exemple les codes T, dont la codification est obligatoire pour décrire l'affection avec précision. L'inverse a par ailleurs été observé. Certaines séries initialement saisies dans la BDCP contenaient des codes de diagnostic qui n'ont pas été pris en compte lors de la seconde saisie (il s'agissait parfois d'affections chroniques ou d'affections que l'analyste de seconde saisie estimait attribuables à une autre cause).

Enfin, il faut souligner que plus de la moitié des séries d'affections post-intervention au contenu différent visaient des cas de sepsie et des infections, soit des cas habituellement complexes. Dans les données initiales de la BDCP, les codificateurs ont souvent omis des codes dans les séries liées au cas de sepsie post-intervention ou ont ajouté des codes avec un type de diagnostic inexact. En ce qui concerne les infections à *C. difficile*, le code d'infection A04.7 (Entérocolite à *Clostridium difficile*) a souvent été intégré à une série alors que l'infection à *C. difficile*, attribuable à une autre cause, n'avait pas été classée à titre d'affection post-intervention.

3.4 Qualité de la codification des interventions

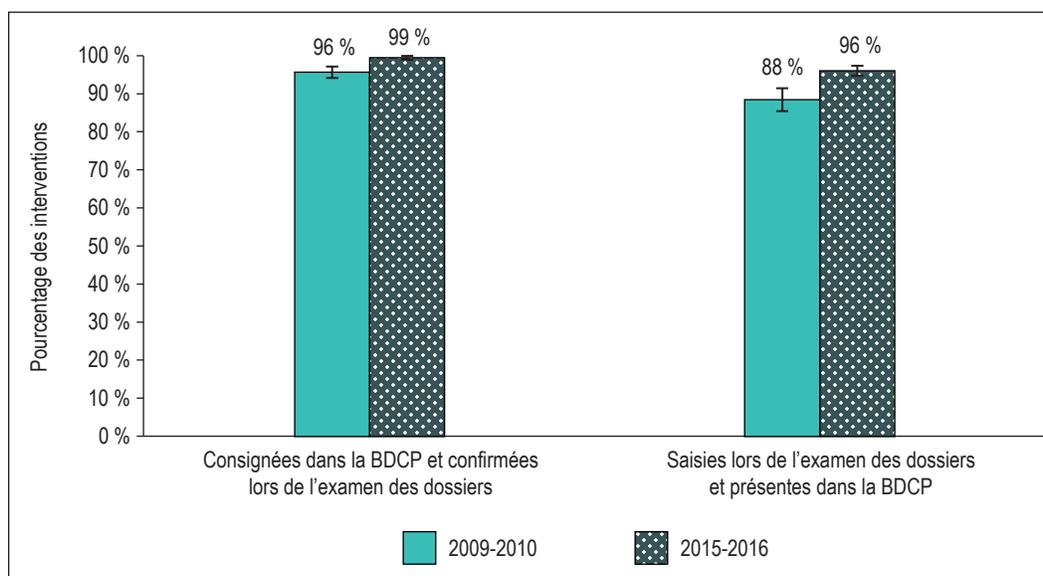
Concordance de la déclaration des interventions

Chaque intervention clinique réalisée au cours d'un épisode de soins ne doivent pas forcément être codifiée sur un abrégé de la BDCP. Les Normes canadiennes de codification définissent les exigences minimales, qui englobent les interventions invasives et celles qui exigent beaucoup de ressources ainsi que d'autres critères précis.

La figure 13 révèle que la déclaration des interventions a été très uniforme en 2015-2016 et qu'elle s'est améliorée depuis 2009-2010. Des interventions déclarées dans la BDCP, 99 % ont été confirmées lors de l'examen des dossiers (contre 96 % en 2009-2010) et 96 % des interventions saisies lors de l'examen des dossiers figuraient aussi dans les données initiales de la BDCP (contre 88 % en 2009-2010).

La codification des interventions affiche habituellement un taux de concordance plus élevé que la codification des diagnostics étant donné que les interventions ne sont pas sujettes à l'interprétation (nul besoin, par exemple, de déterminer si le diagnostic est significatif à l'aide du dossier rempli par le médecin)¹⁰.

Figure 13 Déclaration des interventions



Remarques

I : intervalles de confiance de 95 %.

N'inclut que les interventions dont la codification est obligatoire en vertu des *Normes canadiennes de codification pour la version 2015 de la CIM-10-CA et de la CCI*, et de la méthodologie des groupes de maladies analogues (GMA+) de l'ICIS.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

Concordance des codes d'intervention

La présente analyse se penche sur l'uniformité des codes de la CCI utilisés pour décrire les interventions. Les 5 premiers caractères (la rubrique) du code de la CCI décrivent le type d'intervention pratiqué et le site anatomique visé. Les 5 autres caractères décrivent l'approche, l'appareil ou le tissu dont il est question. Le tableau 5 indique que le taux de concordance exacte est de 98 % au chapitre du code de la CCI.

Tableau 5 Taux de concordance des codes de la CCI

Degré de concordance	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Concordance exacte (format N.AA.NN.AA-AA-A)	98,1 %	97,1 %	99,1 %
Concordance à l'échelle de la rubrique uniquement (format N.AA.NN)	0,9 %	0,3 %	1,5 %
Concordance à l'échelle du groupe uniquement (format N.AA)	0,3 %	0,0 %	0,6 %
Concordance à l'échelle du bloc uniquement (intervalle de groupes)	0,5 %	0,0 %	1,2 %
Pas de concordance	0,3 %	0,1 %	0,4 %

Remarques

A : caractère alphabétique; N : caractère numérique.

IC : intervalle de confiance.

Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

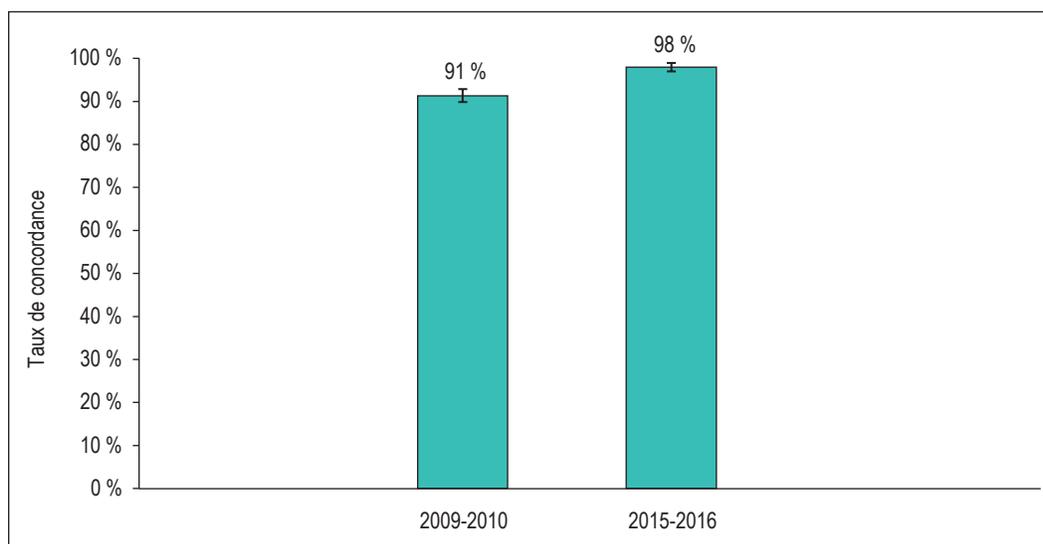
Comprend les interventions codifiées dans la BDCP, dont la présence a été confirmée dans le cadre de l'examen des dossiers.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

La figure 14 indique que le taux de concordance exacte des codes de la CCI de la présente étude (98 %) est supérieur à celui relevé au cours de l'étude de 2009-2010 (91 %).

Figure 14 Taux de concordance exacte des codes de la CCI attribués aux interventions



Remarques

I : intervalles de confiance de 95 %.

Comprend les interventions codifiées dans la BDCP, dont la présence a été confirmée dans le cadre de l'examen des dossiers.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

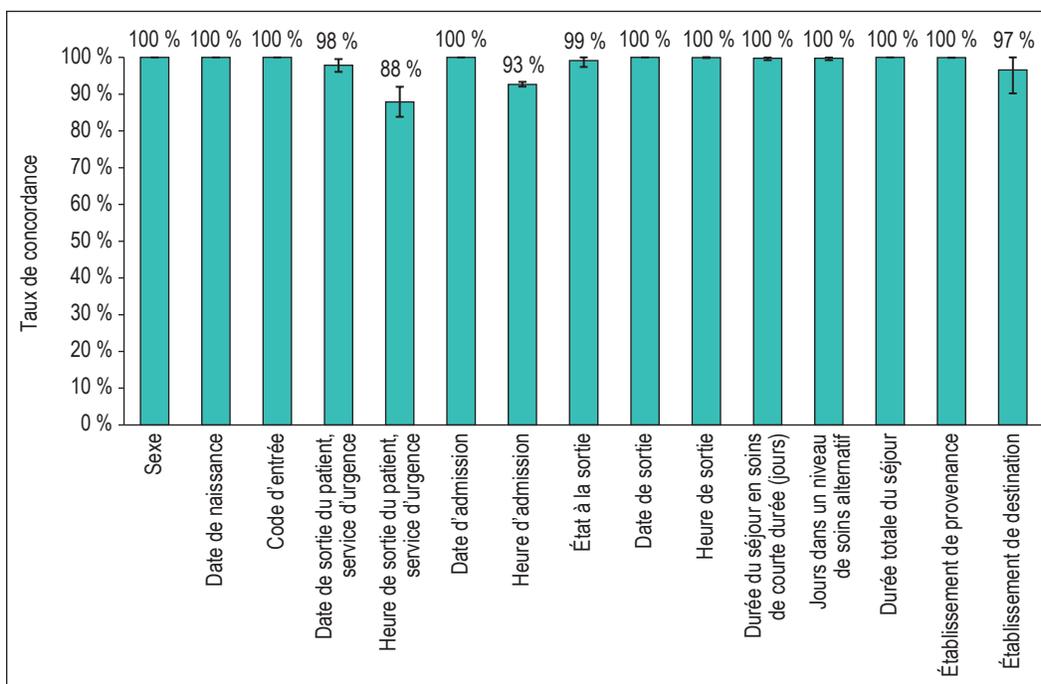
3.5 Qualité des éléments de données administratifs

Outre des renseignements cliniques, les abrégés de la BDCP contiennent des données démographiques sur le patient (sexe et date de naissance). Une correspondance exacte a été établie entre les données démographiques de la BDCP et celles de l'examen des dossiers réalisé dans le cadre de la présente étude. Les abrégés renferment aussi des données administratives qui servent à calculer la durée du séjour d'un patient et les indicateurs du temps d'attente de même qu'à décrire les transitions entre les milieux de soins.

La figure 15 révèle des taux de concordance généralement très élevés pour ces éléments de données administratifs. L'heure et la date de sortie du service d'urgence (88 %) ainsi que l'heure et la date d'admission (93 %) affichent toutefois un taux de concordance légèrement moins élevé. L'impact de ces facteurs sur le calcul des temps d'attente est décrit à la section 5.

À l'instar des études antérieures, la présente étude démontre que les jours passés dans un niveau de soins alternatif (NSA) sont bien codifiés s'ils figurent au dossier. Les données sur les NSA saisies dans la BDCP ne sont toutefois pas comparables dans l'ensemble du pays puisque les critères sous-jacents sur lesquels s'appuient les cliniciens pour désigner les NSA varient à l'échelle régionale. En collaboration avec le Western Patient Flow Collaborative, l'ICIS a récemment publié des lignes directrices cliniques et des ressources de soutien à la mise en œuvre afin de normaliser les pratiques de désignation des NSA et, par conséquent, d'améliorer les données sur les NSA saisies dans la BDCP.

Figure 15 Taux de concordance des éléments de données non médicaux à l'étude



Remarque

i : intervalles de confiance de 95 %.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

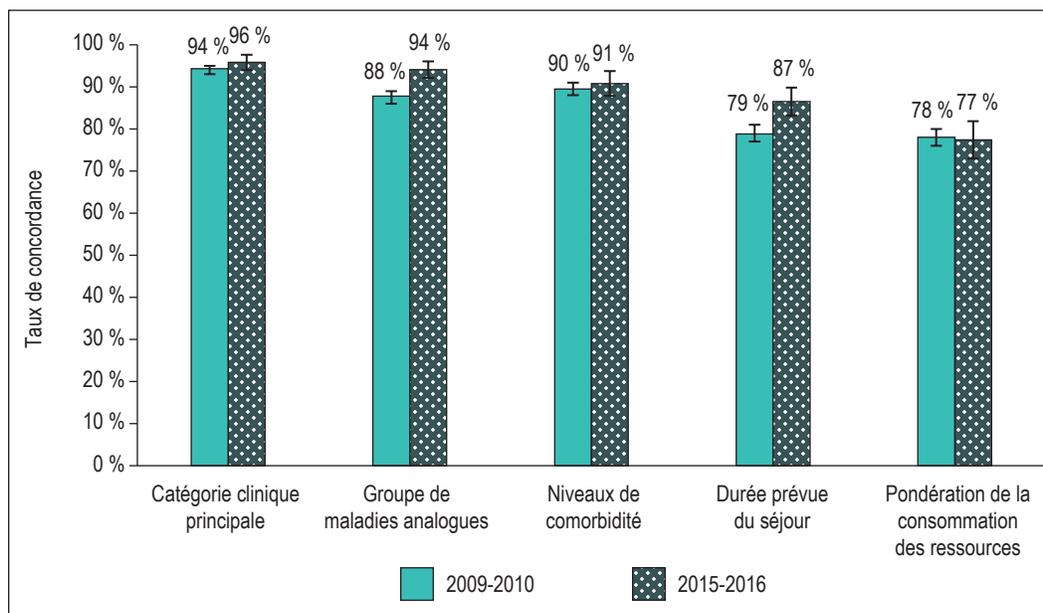
3.6 Groupes clients

Les méthodologies de regroupement des clients classent les patients dans des groupes homogènes sur les plans statistique et clinique, à partir des données cliniques et administratives recueillies. Les établissements de santé utilisent les groupes clients et les indicateurs de ressources connexes à des fins de planification, de surveillance et de gestion efficaces de leurs services¹². L'étude n'avait pas pour objectif principal d'évaluer l'incidence des variations de codification sur la méthodologie de regroupement des patients en soins de courte durée (GMA+). Toutefois, comme l'utilisation de la GMA+ est répandue, la présente section analyse la question de façon sommaire, dans les limites imposées par la taille de l'échantillon.

La GMA+ comprend 21 catégories cliniques principales (CCP) qui permettent de préciser un système corporel ou un type de problème clinique, et en fonction desquelles les groupes de maladies analogues (GMA) sont classées¹³. Des facteurs tels que le niveau de comorbidité, l'âge et les interventions signalées sont appliqués après l'attribution du GMA et utilisés pour produire 2 indicateurs de ressources à l'égard de chaque cas, soit Pondération de la consommation des ressources (PCR) et Durée prévue du séjour (DPS).

La présente analyse porte sur la méthodologie de regroupement GMA+ 2015. Les données de seconde saisie ont été regroupées selon cette méthodologie, puis comparées à l'information tirée des abrégés initiaux de la BDCP. La figure 16 présente les taux de concordance des variables des groupes clients de l'étude 2015-2016, puis les compare à ceux de l'étude 2009-2010 (la version 2009 de la méthodologie avait alors été utilisée). Comme le montre la figure, les taux de concordance sont demeurés stables ou se sont légèrement améliorés. Les taux supérieurs de concordance pour l'attribution du GMA peuvent refléter une codification plus uniforme des DxP. Toutefois, ils peuvent aussi résulter d'un plan d'étude différent, puisque l'étude de 2009-2010 visait à évaluer la qualité globale de la méthodologie GMA+, tandis que l'étude de 2015-2016 ciblait des populations de patient précises.

Figure 16 Taux de concordance des variables des groupes clients



Remarque

I : intervalles de confiance de 95 %.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, études de seconde saisie 2009-2010 et 2015-2016 de la BDCP.

3.7 Sommaire des résultats

Renseignements au dossier

La disponibilité et l'uniformité des renseignements consignés au dossier influent considérablement sur la qualité des données codifiées. L'écriture du médecin peut donc s'avérer problématique dans les dossiers papier puisque la codification ne vise que les affections inscrites par les médecins dans les dossiers des patients. Pour ce qui est des dossiers électroniques ou mixtes (composés de documents papier et électroniques), la présentation non chronologique des événements rend leur séquençage difficile. Il est alors compliqué de distinguer les affections présentes au moment de l'admission de celles qui surviennent après l'admission. Le point positif est que les analystes de seconde saisie ont observé plusieurs pratiques favorables à la qualité, notamment une collaboration régulière entre les cliniciens et les codificateurs pour améliorer la documentation clinique et appuyer la saisie des données administratives, et l'utilisation de modèles normalisés pour accroître l'uniformité.

L'amélioration de la qualité de l'information et des données versées dans la BDCP est une responsabilité qui continue de reposer à la fois sur les professionnels de la santé, les spécialistes de la codification, les personnes qui tiennent la BDCP à jour et celles qui élaborent les directives nationales de codification. La présente étude démontre que les efforts constants de ces intervenants pour améliorer les données déclarées dans la BDCP ont porté leurs fruits. Dans l'ensemble, la qualité de la codification des abrégés observée dans l'échantillon de l'étude 2015-2016 est équivalente ou supérieure à celle relevée dans le cadre de l'étude 2009-2010.

Tableau 8 Sommaire des résultats — qualité de la codification clinique dans les abrégés

Résultat	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Déclaration des diagnostics significatifs			
Diagnos­tics consignés dans la BDCP, confirmés lors de l'examen des dossiers	89,0 %	87,0 %	91,0 %
Diagnos­tics saisis lors de l'examen des dossiers et présents dans la BDCP	91,4 %	89,3 %	93,5 %
Uniformité de la codification à l'aide de la CIM-10-CA			
Tous les diagnostics* : concordance exacte	92,8 %	91,2 %	94,5 %
Déclaration des DxP			
Concordance de l'attribution du DxP	93,3 %	91,4 %	95,1 %
Concordance des codes de la CIM-10-CA attribués aux DxP	84,8 %	81,4 %	88,3 %
Déclaration des comorbidités			
Diagnos­tics de type 1 consignés dans la BDCP, confirmés lors de l'examen des dossiers	79,6 %	75,7 %	83,5 %
Diagnos­tics de type 1 saisis lors de l'examen des dossiers et présents dans la BDCP	83,3 %	79,4 %	87,1 %
Diagnos­tics de type 2 consignés dans la BDCP, confirmés lors de l'examen des dossiers	77,4 %	66,4 %	88,4 %
Diagnos­tics de type 2 saisis lors de l'examen des dossiers et présents dans la BDCP	83,6 %	77,8 %	89,5 %
Déclaration des interventions			
Interven­tions consignées dans la BDCP, confirmées lors de l'examen des dossiers	99,3 %	98,8 %	99,8 %

Résultat	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Interventions saisies lors de l'examen des dossiers et présentes dans la BDCP	95,9 %	94,6 %	97,2 %
Uniformité de la codification à l'aide de la CCI			
Toutes les interventions* : concordance exacte	98,1 %	97,1 %	99,1 %
Concordance de la codification des éléments de données non médicaux			
Sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Date de naissance	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Code d'entrée	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Date de sortie du patient, service d'urgence	97,9 %	96,1 %	99,6 %
Heure de sortie du patient, service d'urgence	87,9 %	83,8 %	92,0 %
Date d'admission	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Heure d'admission	92,6 %	92,0 %	93,3 %
État à la sortie	99,1 %	97,4 %	100,0 %
Date de sortie	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Heure de sortie	99,9 %	99,8 %	100,0 %
Durée du séjour en soins de courte durée (jours)	99,8 %	99,3 %	100,0 %
Jours dans un niveau de soins alternatif	99,8 %	99,3 %	100,0 %
Durée totale du séjour	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Établissement de provenance	100,0 %	99,9 %	100,0 %
Établissement de destination	96,6 %	90,2 %	100,0 %

Remarques

* Comprend les diagnostics significatifs et les interventions codifiés dans la BDCP, dont la présence a été confirmée dans le cadre de l'examen des dossiers.

IC : intervalle de confiance.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

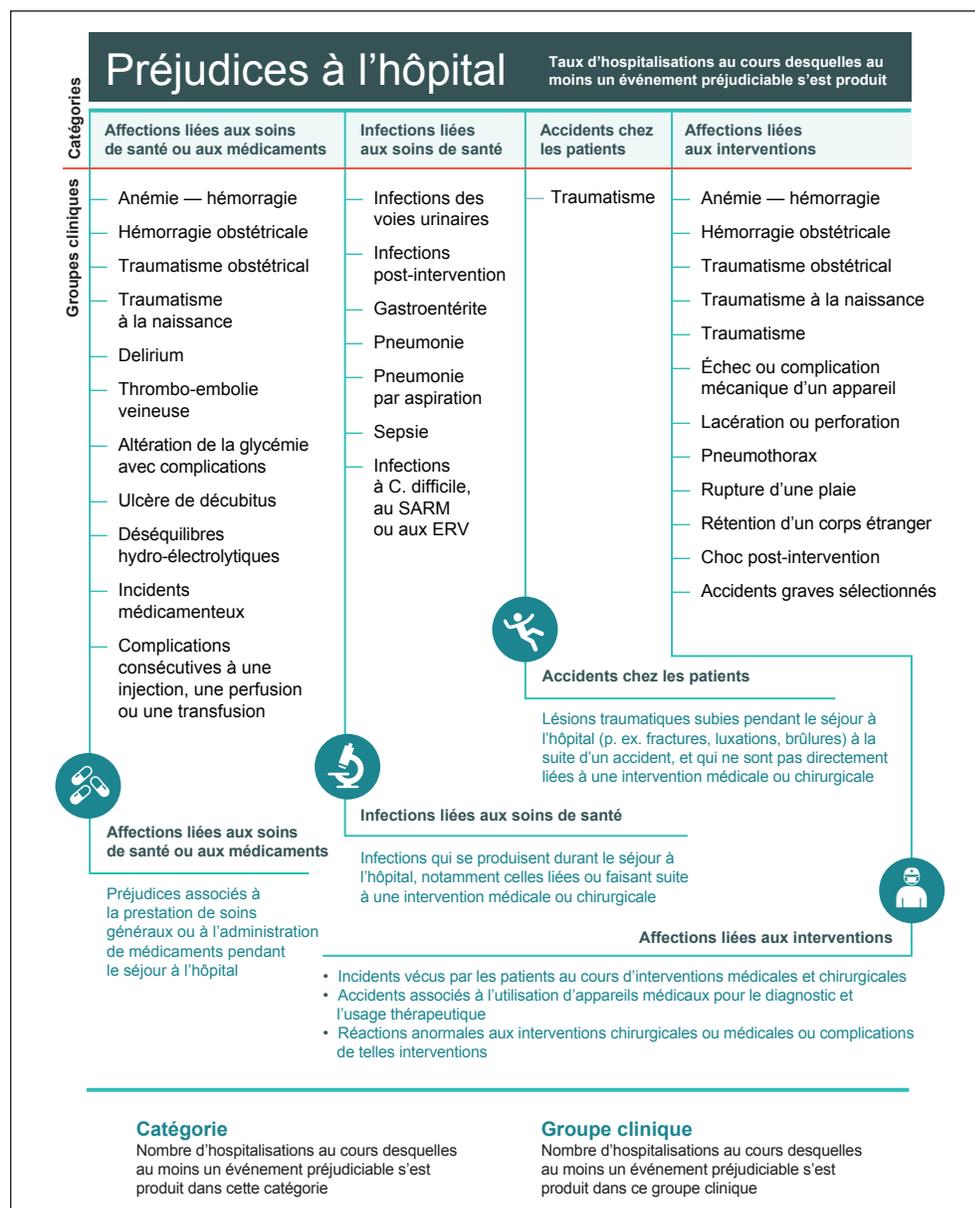
Bien que la BDCP demeure une source fiable de données sur les soins aux patients hospitalisés au Canada, certains domaines devraient faire l'objet d'un plus grand nombre d'activités d'amélioration de la qualité comme l'utilisation de modèles, des séances de formation et un examen des normes. Voici quelques-uns de ces domaines :

- L'attribution des diagnostics de type 1 (Comorbidité avant l'admission) et de type 2 (Comorbidité après l'admission) soulève encore une certaine confusion. Une incertitude persiste quand il s'agit de déterminer si la comorbidité a une incidence significative sur le séjour à l'hôpital du patient, et si elle est présente au moment de l'admission ou survient pendant le séjour à l'hôpital.
- Le typage des diagnostics des cas obstétricaux diffère de celui des autres cas de soins de courte durée (il s'agit alors de déterminer si l'affection survient avant, pendant ou après l'accouchement) et n'a pas toujours été effectué de façon exacte ou uniforme. Le typage des diagnostics chez les patientes en soins obstétricaux a varié, en particulier pour les affections postpartum. Les analystes de seconde saisie ont également constaté que certaines interventions obligatoires n'étaient pas saisies, par exemple le déclenchement et la stimulation du travail. Or ces omissions peuvent influencer sur la façon dont les accouchements sont classifiés.
- L'utilisation des indicateurs de série manque encore d'uniformité. Dans bien des cas, le nombre et le contenu des indicateurs de série consignés en seconde saisie ne correspondent pas à ceux saisis dans la BDCP. Ces lacunes peuvent entraîner une classification inexacte des affections post-intervention et avoir une incidence sur les indicateurs de ressources relatifs aux groupes clients. Cela s'est produit pour les cas de sepsie post-intervention abordés à la section Préjudices à l'hôpital du présent rapport, mais également pour d'autres scénarios de codification touchant les indicateurs de série, comme les complications consécutives à des interventions visant des cellules souches et les effets indésirables des séances de chimiothérapie.
- Certains codes de diagnostic de type 3 facultatifs et d'interventions facultatives ont été saisis, ce qui a pu alourdir le fardeau des codificateurs. Des codes facultatifs sont parfois saisis pour répondre aux besoins en données de l'établissement, de la province ou du territoire. Il est alors important que tous les codificateurs recueillent les données de façon uniforme, sinon les données pourraient s'avérer incomplètes et potentiellement inutilisables.
- Comme le révélaient des études antérieures, la disponibilité et la qualité des renseignements consignés au dossier influent considérablement sur la qualité de la codification des abrégés. Les analystes de seconde saisie ont relevé plusieurs cas de renseignements manquants, incomplets, mal archivés, conflictuels ou illisibles.

4 Les préjudices à l'hôpital sous la loupe

Cette section analyse les résultats de l'étude liés à la nouvelle mesure des préjudices à l'hôpital que sont en train d'élaborer l'ICIS et l'ICSP¹. La figure 17 présente le Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital et les 31 groupes cliniques qui le composent.

Figure 17 Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital



Source

Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients. [Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens](#). 2016.

L'élaboration du Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital intègre des activités qui permettront de mieux comprendre la qualité des données visées, notamment les suivantes :

- Examen initial de l'étude de seconde saisie de l'ICIS sur les données 2009-2010, afin d'évaluer la concordance entre les données qui figurent dans les dossiers médicaux des patients (résumé à la sortie, enregistrements, notes, dossiers, rapports de laboratoire, etc.) et celles saisies dans la BDCP;
- Étude fondée sur l'examen de dossiers cliniques dans 4 établissements de soins de courte durée, afin d'analyser la concordance entre les préjudices saisis dans les données de l'ICIS et ceux consignés dans les dossiers médicaux des patients.

Les résultats de ces 2 activités ont permis d'orienter la présente étude sur les groupes cliniques qui semblaient afficher une moins grande uniformité sur le plan de la codification :

- Infections à C. difficile, au SARM ou aux ERV;
- Hémorragie obstétricale (2 groupes cliniques, un dans la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments et l'autre dans la catégorie Affections liées aux interventions);
- Traumatisme obstétrical (2 groupes cliniques, un dans la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments et l'autre dans la catégorie Affections liées aux interventions);
- Sepsie.

Les abrégés qui répondaient aux critères de sélection pour ces groupes font partie de l'échantillon de l'étude. Celle-ci avait pour objectif de comparer les données de la BDCP et celles de l'examen des dossiers afin de déterminer si les dossiers examinés continuaient de répondre aux critères du groupe clinique des préjudices à l'hôpital (appelée « concordance » dans le cadre de l'analyse). Une non-concordance rend compte de faux positifs. Elle indique que l'abrégé initial de la BDCP a été pris en compte dans le groupe clinique des préjudices à l'hôpital bien qu'un préjudice (tel que mesuré par le cadre conceptuel) n'ait pas été relevé dans le dossier. Des faux négatifs peuvent également exister. Ils indiquent qu'un préjudice a été consigné au dossier, mais qu'il n'a pas été saisi dans l'abrégé de la BDCP. Bien qu'ils aient une incidence sur la mesure des préjudices à l'hôpital, ces faux négatifs n'étaient pas visés par l'étude.

Le tableau 9 présente le taux de concordance associé aux groupes cliniques des préjudices à l'hôpital examinés dans le cadre de la présente étude. Il indique la proportion de dossiers inclus dans le groupe clinique d'intérêt en raison des données initiales de la BDCP et qui répondent encore aux critères selon les données de l'examen des dossiers. Un taux de concordance de 91 % a été calculé à l'échelle de tous les groupes cliniques à l'étude, le plus faible se chiffrant à 77 % (Sepsie) et le plus élevé, à 97 % (Traumatisme obstétrical). Les sections qui suivent examinent chaque groupe clinique.

Tableau 9 Taux de concordance dans les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital à l'étude

Groupe clinique	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Sepsie	77,2 %	71,8 %	82,7 %
Hémorragie obstétricale	89,5 %	86,3 %	92,7 %
Infections à <i>Clostridium difficile</i> , au SARM ou aux ERV	93,5 %	90,6 %	96,4 %
Traumatisme obstétrical	97,0 %	95,4 %	98,6 %
Tous les groupes cliniques à l'étude	90,6 %	88,7 %	92,5 %

Remarques

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline.

ERV : entérocoque résistant à la vancomycine.

IC : intervalle de confiance.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

4.1 Sepsie

Une sepsie est considérée comme un préjudice à l'hôpital si elle survient après l'admission à l'hôpital. Elle est classée en 3 catégories :

1. sepsie après l'admission (ou survenant en contexte médical); elle est désignée par un seul code de diagnostic;
2. sepsie post-intervention; il faut alors plusieurs codes marqués d'un indicateur de série, signifiant l'interrelation entre eux et permettant de décrire l'affection avec précision;
3. sepsie chez les patientes en soins obstétricaux.

Le tableau 10 présente le taux de concordance à l'échelle de chaque catégorie et à l'échelle de toutes les catégories du groupe clinique Sepsie.

Tableau 10 Taux de concordance dans le groupe clinique Sepsie

Catégorie du groupe clinique Sepsie	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Sepsie après l'admission (ou survenant en contexte médical)	77,0 %	70,9 %	83,1 %
Sepsie post-intervention	76,3 %	62,7 %	89,9 %
Sepsie chez les patientes en soins obstétricaux	84,6 %	63,2 %	100,0 %
Total	77,2 %	71,8 %	82,7 %

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Source

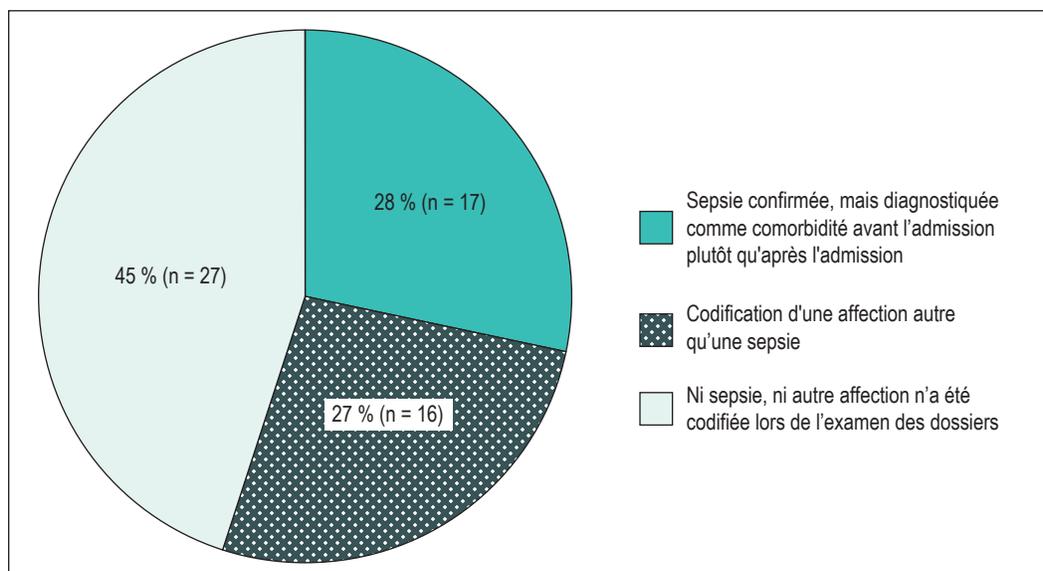
Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

De tous les groupes visés par la présente étude, le groupe clinique Sepsie est celui qui affiche le taux de concordance le plus faible (77 %). Or la taille de l'échantillon était plus petite pour ce groupe, ce qui donne lieu à des estimations moins précises (intervalles de confiance plus étendus). Ce type de cas peut s'avérer très complexe et exige souvent un séjour prolongé à l'hôpital. Les séjours prolongés à l'hôpital sont plus difficiles à documenter et à codifier avec exactitude. En effet, de nombreux renseignements peuvent s'accumuler dans le dossier si plusieurs comorbidités surviennent ou plusieurs interventions sont pratiquées pendant le séjour à l'hôpital. Cette difficulté est amplifiée lorsque les renseignements ne sont pas triés par ordre chronologique dans le dossier, ce que les analystes de seconde saisie ont d'ailleurs fréquemment observé dans les systèmes de dossiers électroniques ou mixtes. La complexité des cas et les problèmes relatifs à la saisie de l'information peuvent donc expliquer certaines variations de codification observées pour ce groupe à l'échelle des données de la BDCP et de l'examen des dossiers.

Dans le but de déterminer pourquoi ils ne répondaient plus aux critères de sélection, on a examiné de plus près les cas exclus du groupe clinique Sepsie lors de la seconde saisie (23 %). En ce qui concerne plus d'un quart des cas exclus (17 sur 60^{ix}), la figure 18 révèle que la présence de sepsie a été confirmée, mais que le patient présentait déjà cette affection au moment de son admission à l'hôpital. Pour bon nombre de ces cas, l'analyste de seconde saisie a indiqué qu'il y avait des signes de sepsie lors de l'admission, mais que le diagnostic n'a été confirmé que plus tard. C'est peut-être pour cette raison que le codificateur a estimé à tort qu'il s'agissait d'une affection après l'admission.

ix. Nombres de dossiers de l'échantillon non pondérés.

Figure 18 Cas de sepsie exclus du groupe clinique après l'examen des dossiers



Remarques

Les pourcentages sont fondés sur les nombres non pondérés de l'échantillon.

Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

Source

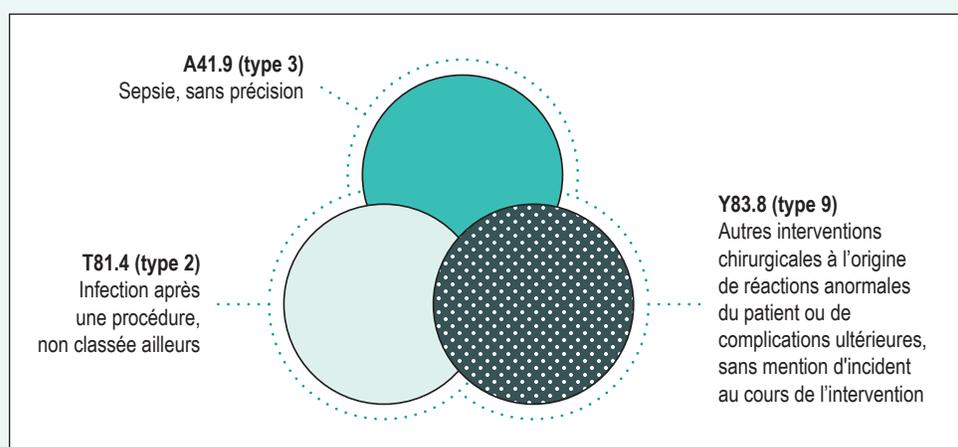
Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

En ce qui concerne un autre quart des cas exclus (16 sur 60), l'analyste de seconde saisie a convenu de la présence d'une affection. Il a toutefois estimé que le dossier rempli par le médecin n'appuyait pas la codification d'une sepsie, mais plutôt l'attribution d'un autre code ne répondant plus aux critères du groupe clinique. Le plus souvent, les analystes de seconde saisie ont codifié des infections à staphylocoques ou d'autres infections bactériennes au lieu d'une sepsie. Ces cas pouvaient quand même être intégrés au Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital s'ils satisfaisaient aux critères d'un autre groupe clinique de la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments. Enfin, en ce qui concerne le dernier type de cas exclus, le codificateur n'a codifié aucune sepsie ni aucune autre affection.

Sepsie post-intervention

Il faut un indicateur de série pour indiquer l'interrelation entre les codes et plusieurs codes pour décrire la sepsie post-intervention avec précision. La série doit contenir un code T (qui indique une complication consécutive à des soins chirurgicaux ou médicaux) à titre de diagnostic de type 2 (Comorbidité après l'admission), un code de sepsie à titre de diagnostic de type 3 (Diagnostic secondaire) et un code de cause externe applicable (code Y) à titre de diagnostic de type 9.

Figure 19 Exemple d'une série de codes pour désigner une affection post-intervention



Les analystes de seconde saisie ont relevé de nombreux cas où les abrégés avec sepsie initialement soumis à BDCP auraient dû comprendre un indicateur de série, ou des cas de codes manquants ou un type de diagnostic erroné lorsqu'un indicateur de série était présent. Ces erreurs n'ont aucune incidence sur la prise en compte de ces cas dans le groupe clinique Sepsie des préjudices à l'hôpital puisque la sepsie est manifeste. Elles sont toutefois susceptibles d'entraîner, à tort, la classification de la sepsie post-intervention à titre de sepsie survenant en contexte médical. L'examen détaillé des 169 cas (non pondérés) de sepsie en contexte médical confirmés par les analystes de seconde saisie révèle qu'un quart d'entre eux auraient dû être initialement classifiés à titre de sepsie post-intervention. Ils ne l'ont pas été en raison des codes utilisés ou de la façon dont ils ont été regroupés en série (non conforme à l'exemple de la figure 19). Le même problème a été observé pour les chocs septiques post-intervention qui exigent un code de choc accompagné d'un code de sepsie, un code T précisant que le choc est consécutif à une intervention, et un code de cause externe.

4.2 Hémorragie obstétricale

Le Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital dénombre les hémorragies obstétricales consécutives à un accouchement (postpartum)^x. Les hémorragies obstétricales qui surviennent lors d'accouchements vaginaux sans instrument sont classées dans la catégorie Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments, tandis que celles qui surviennent lors d'accouchements avec instruments (comme des forceps) et de césariennes sont classées dans la catégorie Affections liées aux interventions. Le tableau 11 présente le taux de concordance dans le groupe clinique Hémorragie obstétricale à l'échelle de chaque catégorie (86 % pour les Affections liées aux interventions et 91 % pour les Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments) et le taux global des 2 catégories (89 %).

Tableau 11 Taux de concordance dans le groupe clinique
Hémorragie obstétricale

Groupe clinique Hémorragie obstétricale	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments	91,4 %	87,8 %	95,1 %
Affections liées aux interventions	86,1 %	80,3 %	91,9 %
Total	89,5 %	86,3 %	92,7 %

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

La seconde saisie a entraîné l'exclusion de 10 % des cas d'hémorragie obstétricale initialement pris en compte dans le groupe clinique. Cette divergence est souvent attribuable aux 2 scénarios suivants :

- Le plus souvent, les analystes de seconde saisie ont estimé que les renseignements consignés au dossier n'appuyaient pas le diagnostic d'hémorragie obstétricale postpartum, et c'est pourquoi ils n'ont pas confirmé l'affection. Les divergences portaient sur la quantité de sang perdu et sur la cause de la perte de sang. En de rares cas, d'autres affections ont été codifiées (p. ex. rétention du placenta sans hémorragie).

x. Les critères du groupe clinique Hémorragie obstétricale ont été mis à jour à la suite de la présente étude. Désormais, l'hémorragie doit également exiger une transfusion sanguine pour être prise en compte dans le groupe clinique.

- Dans bien d'autres cas, les analystes de seconde saisie ont confirmé l'hémorragie. Ils l'ont toutefois codifiée à titre d'hémorragie intrapartum (pendant l'accouchement) plutôt qu'à titre d'hémorragie postpartum (après l'accouchement). Ces hémorragies ont donc été exclues des groupes cliniques Hémorragie obstétricale qui ne visent que les hémorragies se produisant après l'accouchement.

La codification a également soulevé d'autres problèmes qui n'ont cependant pas influé sur la prise en compte du dossier dans le groupe clinique Hémorragie obstétricale. Ainsi, sur les 439 cas confirmés d'hémorragie obstétricale, 119 ont été codifiés autrement lors de la seconde saisie (les analystes de seconde saisie ont attribué un code d'hémorragie obstétricale différent ou un type de diagnostic différent à un même code)^{xi}. La plupart des divergences visaient le typage de l'hémorragie postpartum. En effet, au lieu d'un type de diagnostic 1, le codificateur de l'hôpital aurait dû attribuer un type de diagnostic 2 à l'hémorragie postpartum puisqu'elle se produit après l'accouchement.

4.3 Infections

Les infections à *C. difficile*, au SARM ou aux ERV sont prises en compte dans le Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital s'il est déterminé qu'elles se sont produites après l'admission à l'hôpital. Le tableau 12 présente le taux de concordance pour les 3 types d'infections du groupe clinique Infections. Le taux de concordance est élevé (94 %) à l'échelle de tous les types d'infections. Étant donné la petite taille de l'échantillon, les résultats des infections aux ERV ont été supprimés (5 cas), tandis que ceux des infections au SARM doivent être interprétés avec prudence (29 cas). Leur estimation est en effet beaucoup plus variable que celle des résultats des infections à *C. difficile* dont l'échantillon comptait 252 cas.

xi. Nombres non pondérés de l'échantillon.

Tableau 12 Taux de concordance dans le groupe clinique Infections à C. difficile, au SARM ou aux ERV

Catégorie du groupe clinique Infections	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
C. difficile	97,7 %	95,8 %	99,6 %
SARM*	64,2 %	46,6 %	81,8 %
ERV†	—	—	—
Total	93,5 %	90,6 %	96,4 %

Remarques

* Résultats à interpréter avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon (n = 29).

† Résultats supprimés en raison de la petite taille de l'échantillon (n = 5).

— Non disponible.

IC : intervalle de confiance.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

La seconde saisie a entraîné l'exclusion de quelques cas d'infection (6 %) initialement pris en compte dans le groupe clinique. Cette divergence est souvent attribuable à 3 scénarios, semblables à ceux associés aux cas de sepsie :

- Les analystes de seconde saisie ont estimé que les renseignements consignés au dossier n'appuyaient pas le diagnostic d'infection, et c'est pourquoi ils n'ont pas confirmé l'affection. Ils ont parfois observé que la mise en route du protocole relatif aux infections à C. difficile (fondée sur les symptômes du patient) avait entraîné l'attribution d'un code d'infection, bien que le diagnostic d'infection ait ensuite été écarté.
- Les analystes de seconde saisie ont confirmé que le patient était porteur d'une bactérie résistante aux antibiotiques, mais ont déterminé qu'il n'y avait pas d'infection active.
- Les analystes de seconde saisie ont confirmé que le patient présentait une infection, mais ont déterminé que celle-ci existait déjà au moment de l'admission.

Enfin, bien que cela n'ait pas influé sur la prise en compte dans le groupe clinique des infections, le code d'infection A04.7 (Entérocolite à *Clostridium difficile*) a souvent été intégré à une série alors qu'il n'aurait pas dû, l'infection à C. difficile n'ayant pas été classifiée comme une affection post-intervention, car elle a été considérée comme attribuable à une autre cause.

4.4 Traumatisme obstétrical

Le Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital dénombre les traumatismes obstétricaux, c'est-à-dire les lésions aux organes pelviens pendant l'accouchement^{xii}. Comme pour le groupe clinique Hémorragie obstétricale, les accouchements du groupe Traumatisme obstétrical peuvent être classés dans les Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments ou dans les Affections liées aux interventions. Le tableau 13 présente le taux de concordance dans le groupe clinique Traumatisme obstétrical à l'échelle de chaque catégorie ainsi que le taux global des 2 catégories. De tous les groupes cliniques à l'étude, le groupe Traumatisme obstétrical est celui qui affiche le taux de concordance le plus élevé (97 %).

Tableau 13 Taux de concordance dans le groupe clinique Traumatisme obstétrical

Groupe clinique Traumatisme obstétrical	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments	94,9 %	91,9 %	97,9 %
Affections liées aux interventions	99,3 %	98,2 %	100,0 %
Total	97,0 %	95,4 %	98,6 %

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

La seconde saisie a entraîné l'exclusion d'un très petit nombre (3 %) de traumatismes obstétricaux initialement pris en compte dans le groupe clinique. Dans presque tous les cas, les analystes de seconde saisie ont classé les lésions qui figuraient au dossier comme des déchirures du premier ou du deuxième degré, alors que celles-ci avaient été classifiées par les codificateurs de l'hôpital comme des déchirures du troisième ou du quatrième degré. Or seules les déchirures du troisième et du quatrième degré (ou leur réparation) sont prises en compte dans le groupe clinique Traumatisme obstétrical des préjudices à l'hôpital.

^{xii.} Inclut uniquement les déchirures du troisième ou du quatrième degré ou les autres lésions aux organes pelviens définies dans les critères de sélection du groupe clinique Traumatisme obstétrical des préjudices à l'hôpital.

4.5 Sommaire des résultats

La présente étude démontre que la qualité générale de la codification des abrégés de la BDCP est élevée et qu'elle appuie l'utilisation des données pour le suivi des préjudices à l'hôpital. Les résultats pour les 6 groupes cliniques des préjudices à l'hôpital examinés valident cette constatation. Au moins 89 % des cas associés aux groupes cliniques Traumatisme obstétrical, Hémorragie obstétricale et Infections à C. difficile, au SARM ou aux ERV ont été confirmés lors de l'examen des dossiers. Cette confirmation indique que les codificateurs et les analystes de seconde saisie ont interprété le dossier de façon semblable et qu'ils ont tous deux estimé que le cas répondait aux critères du groupe clinique en question. La surdéclaration a été minimale en ce qui concerne les diagnostics et les infections inclus dans les critères de sélection des groupes cliniques à l'étude. Le groupe clinique Sepsie est celui qui affiche le taux de concordance le plus faible (77 %).

Le Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital vise à mesurer les événements préjudiciables qui se produisent après l'admission et qui exigent une prise en charge. Il repose donc principalement sur les diagnostics de type 2 (Comorbidité après l'admission). Comme il est mentionné à la section 3, la codification générale des comorbidités après l'admission manque parfois d'uniformité (77 % des comorbidités de type 2 ont été confirmées lors de l'examen des dossiers). La codification des comorbidités après l'admission, servant à mesurer les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital examinés, affiche un taux de concordance équivalent ou supérieur au taux global.

La plupart des observations relatives à l'incidence des variations de codification sur les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital ont été classées dans l'une des 3 catégories suivantes :

1. Non-concordance en ce qui concerne l'ordre chronologique des événements, entraînant l'exclusion du dossier du groupe clinique des préjudices à l'hôpital^{xiii}. Cette non-concordance a été observée pour un quart des cas de sepsie exclus et un petit nombre d'infections, cas pour lesquels l'analyste de seconde saisie a déterminé que la sepsie ou l'infection était déjà présente au moment de l'admission. Une non-concordance a également été observée pour certains cas d'hémorragie obstétricale, en ce qui concerne le moment de l'hémorragie (pendant ou après l'accouchement). Le séquençement a été particulièrement difficile quand les événements consignés aux dossiers (habituellement ceux en format électronique) n'étaient pas présentés par ordre chronologique.

^{xiii}. Les groupes cliniques des préjudices à l'hôpital ne tiennent compte que des comorbidités après l'admission et, dans le cas des patientes en soins obstétricaux, de la séquence des événements par rapport à l'accouchement.

2. Non-concordance concernant la présence ou l'absence d'affections, ce qui a entraîné l'exclusion du dossier du groupe clinique des préjudices à l'hôpital. La plupart des dossiers exclus du groupe clinique Sepsie l'ont été pour cette raison. Pour certains d'entre eux, l'analyste de seconde saisie a codifié d'autres affections, par exemple des infections à staphylocoques ou autres infections bactériennes. Cette non-concordance a également été observée pour des cas d'infection et de traumatisme obstétrical, malgré un taux de concordance global très élevé dans ces 2 groupes.
3. Autres problèmes de codification qui n'ont pas influé sur la prise en compte du dossier dans le groupe clinique des préjudices à l'hôpital, mais qui ont parfois modifié son classement au sein du groupe, ou codification non conforme aux normes de codification. Dans cette catégorie, le problème le plus marqué relevait d'un manque d'uniformité dans le recours aux indicateurs de série des affections post-interventions pour les cas de sepsie.

L'exactitude de la saisie des préjudices à l'hôpital est directement liée à la qualité des dossiers remplis par les médecins. Les analystes de seconde saisie ont constaté une meilleure qualité des données quand il y a avait collaboration régulière entre les cliniciens et le personnel des archives médicales. La qualité des données nécessaires à la mesure des préjudices à l'hôpital s'améliorera au fil du temps, à mesure que les cliniciens verront à quel point les renseignements inscrits au dossier influent sur la codification.

5 Qualité de la codification des indicateurs à l'étude

Cette section évalue la concordance relative à la codification des données utilisées pour le calcul des 2 indicateurs ci-dessous (intégrés à l'étude sur suggestion des intervenants externes et internes) :

1. Césariennes à faible risque
2. Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation

5.1 Césariennes à faible risque

L'indicateur Césariennes à faible risque mesure le taux d'accouchements par césarienne chez les femmes qui répondent aux critères d'un accouchement à faible risque (les femmes qui présentent des affections à risque élevé, comme des antécédents de césarienne, ne sont pas prises en compte dans cet indicateur)¹¹. L'étude avait pour objectif d'évaluer si les facteurs de risque servant au calcul de l'indicateur sont déclarés avec exactitude. L'étude a donné lieu à l'examen des dossiers d'accouchements à faible risque chez les femmes qui ont accouché par césarienne (numérateur de l'indicateur) et celles qui ont accouché par voie vaginale (autres cas inclus dans le dénominateur de l'indicateur).

Le tableau 14 rend compte d'une concordance presque exacte entre les données de la BDCP et celles de l'examen des dossiers en ce qui concerne les facteurs de risque susceptibles d'exclure les patientes de la catégorie des accouchements par césarienne et par voie vaginale à faible risque (de sorte qu'elles ne seront pas prises en compte dans l'indicateur). Selon l'examen des dossiers, seulement 8 cas (0,3 %) présentaient des risques élevés non consignés dans la BDCP : antécédents de césarienne (4), présentation transverse ou oblique (3) et placenta prævia (1).

Tableau 14 Taux de concordance des accouchements à faible risque

Catégorie d'accouchement à faible risque	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Tous les accouchements à faible risque	99,7 %	99,5 %	100,0 %
Accouchements à faible risque par césarienne	99,1 %	97,8 %	100,0 %
Accouchements à faible risque par voie vaginale	99,8 %	99,6 %	100,0 %

Remarques

IC : intervalle de confiance.

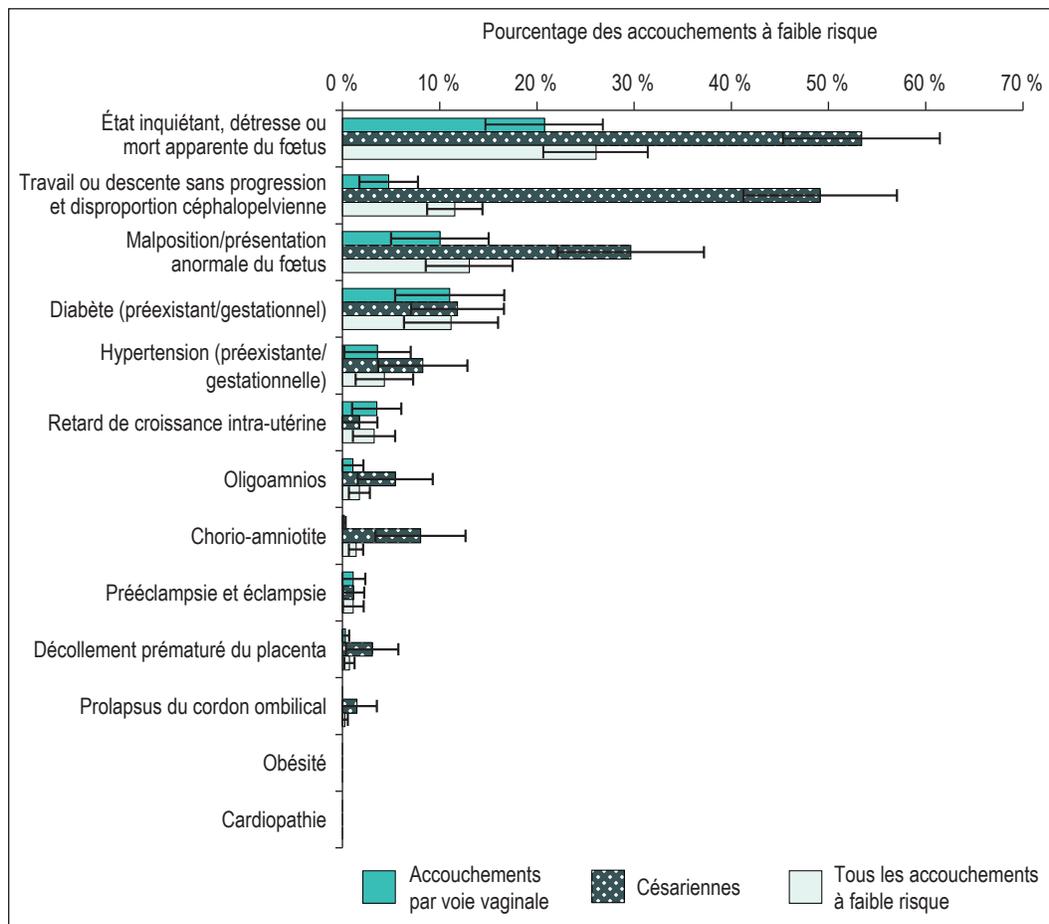
Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

D'autres facteurs permettent aussi d'ajuster les résultats des indicateurs et ainsi de prendre en compte les variations dans les caractéristiques des patientes et de renforcer la comparabilité. Outre l'âge, l'indicateur Césariennes à faible risque est ajusté en fonction d'une série d'affections, certaines plus fréquentes que d'autres¹⁴. La figure 20 présente le taux de déclaration de ces facteurs pour la population à l'étude (selon les données de l'examen des dossiers), à l'échelle de tous les accouchements à faible risque ainsi que pour chaque catégorie. Les taux élevés observés pour les 3 premiers facteurs de risque chez les patientes ayant accouché par césarienne étaient prévus, puisque ces facteurs entraînent souvent des césariennes urgentes et très urgentes. À l'exception de l'obésité, tous les facteurs de risque ci-dessous doivent être déclarés dans la BDCP. La déclaration obligatoire ne vise en effet que l'obésité morbide chez les patientes en soins obstétricaux. Les autres types d'obésité sont facultatifs. C'est probablement pour ce motif qu'aucune déclaration d'obésité n'a été relevée lors de l'examen des dossiers.

Figure 20 Taux de déclaration des facteurs d'ajustement en fonction des risques pour les accouchements à faible risque



Remarque

i : intervalles de confiance de 95 %.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

En général, les facteurs d'ajustement selon les risques ont été bien codifiés. La plupart figuraient à la fois dans les données de la BDCP et celles de l'examen des dossiers, et affichaient un taux de concordance^{xiv} supérieur à 90 %. Ceux dont le taux de concordance était plus faible présentaient souvent des intervalles de confiance étendus, indiquant un échantillonnage plus variable. En ce qui concerne la qualité de la déclaration des facteurs de risque, aucune différence statistique n'a été observée entre les accouchements par voie vaginale et ceux par césarienne. Toutefois, comme il a été mentionné précédemment, certains échantillons étaient de petite taille.

Dans certains cas, le codificateur et l'analyste de seconde saisie se sont entendus sur la présence d'une affection significative, mais pas sur la façon de la classer, ce qui a créé des divergences. Certaines tendances observées permettent de définir les domaines à améliorer sur le plan de la qualité des données.

Les divergences ont parfois influé sur la prise en compte de l'affection dans le facteur de risque :

- Arrêt de progression du travail : un travail prolongé (exclu du facteur de risque) a été codifié dans la BDCP, tandis qu'une dystocie (incluse dans le facteur de risque) a été codifiée en seconde saisie, ou vice-versa.
- Détresse fœtale : la présence de méconium dans le liquide amniotique (exclue) a été codifiée dans la BDCP, tandis qu'une anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus avec présence ou non de méconium dans le liquide amniotique a été codifiée en seconde saisie (incluse), ou vice-versa.

Dans d'autres cas, elles ont entraîné la prise en compte de l'affection dans un autre facteur de risque :

- L'arrêt de progression du travail saisi dans l'abrégé initial de la BDCP a été codifié comme une malposition ou la présentation anormale du fœtus (soit la raison sous-jacente de la non-progression du travail) lors de la seconde saisie.
- La prééclampsie déclarée dans l'abrégé initial de la BDCP a été codifiée à titre d'hypertension lors de la seconde saisie.
- L'oligoamnios déclaré dans l'abrégé initial de la BDCP a été codifié comme une chorio-amnionite lors de la seconde saisie.

^{xiv}. Proportion des diagnostics consignés dans la BDCP qui ont été confirmés lors de l'examen des dossiers, et proportion des diagnostics saisis lors de l'examen des données qui étaient présents dans la BDCP.

5.2 Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation

L'indicateur Délai avant l'obtention d'un lit d'hospitalisation (DOLH) mesure le temps que le patient passe au service d'urgence à attendre un lit d'hospitalisation, une fois la décision d'admission prise par le dispensateur de services.

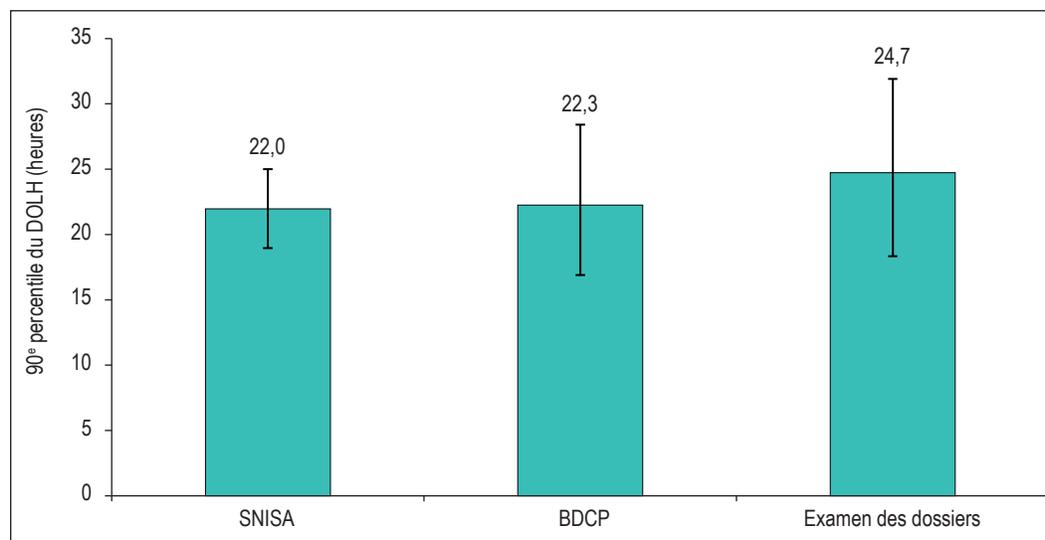
Les indicateurs de performance relatifs aux temps d'attente, notamment le DOLH, présentent le 90^e percentile (90 % des temps d'attente sont inférieurs à cette valeur). L'indicateur DOLH de l'ICIS est calculé à partir des données soumises au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA¹⁵). Toutefois, des données équivalentes pour l'heure et la date sont également saisies dans la BDCP.

SNISA	BDCP
Date/heure de la décision concernant la sortie du patient	Date/heure d'admission
Date/heure de sortie du patient, service d'urgence	Date/heure de sortie du patient, service d'urgence

Les enregistrements de la BDCP de l'échantillon ont été couplés aux enregistrements correspondants du SNISA, lesquels contenaient des renseignements sur la visite au service d'urgence qui a précédé l'hospitalisation. Le 90^e percentile du DOLH a ensuite été calculé pour ces enregistrements couplés, en fonction des données initiales de la BDCP, des données de l'examen des dossiers et des données du SNISA^{xv}. La figure 21 ne révèle aucune différence statistiquement significative entre les valeurs de l'indicateur calculées à partir des 3 sources.

^{xv}. Certains enregistrements n'ont pas pu être couplés (p. ex. si les identificateurs du patient ou autres variables associées au couplage étaient omis ou non uniformes).

Figure 21 90^e percentile de l'indicateur Délai avant l'obtention d'un lit d'hospitalisation



Remarques

I : intervalles de confiance de 95 %.

Inclut les dossiers de l'échantillon dont les enregistrements de la BDCP ont pu être couplés aux données du SNISA.

Sources

Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

La figure 15 révélait précédemment des différences sur le plan des éléments de données utilisés pour calculer le DOLH, en particulier les champs relatifs à l'heure. Le tableau 15 montre un taux de concordance exacte de 79 % entre les données de la BDCP et celles de l'examen des dossiers au chapitre du DOLH. Dans les cas où les données ne concordaient pas, le DOLH calculé à partir des données de l'examen des dossiers tendait à être plus long que celui initialement calculé. Des différences ont également été relevées entre les données soumises à la BDCP et celles soumises au SNISA, généralement pour les champs relatifs à l'heure.

Tableau 15 Délai avant l'obtention d'un lit d'hospitalisation —
concordance entre les données de la BDCP et celles de
l'examen des dossiers

	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Différence entre les temps d'attente			
Temps d'attente plus long lors de l'examen des dossiers	14,2 %	10,5 %	17,9 %
Concordance exacte	79,0 %	74,9 %	83,1 %
Temps d'attente plus court lors de l'examen des dossiers	6,8 %	3,4 %	10,2 %

Remarques

IC : intervalle de confiance.

Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

Source

Institut canadien d'information sur la santé, Étude de seconde saisie 2015-2016 de la BDCP.

Le taux de concordance du DOLH a considérablement varié d'un hôpital participant à un autre : 11 d'entre eux affichaient un taux de concordance exacte de plus de 90 % et 4, un taux de 60 % ou moins. La plupart des heures et des dates ont été téléchargées dans un abrégé à l'aide du système d'admission, de congé et de transfert (ACT) de l'hôpital. Dans plusieurs hôpitaux, le taux de concordance exacte a atteint 100 % puisque les codificateurs n'avaient accès qu'aux dates et aux heures consignées dans le système ACT. Dans d'autres, les dates et les heures consignées dans le système ACT ont été comparées avec celles indiquées dans la documentation clinique (habituellement quand le dossier était encore en format papier). Les analystes de seconde saisie ont constaté que les pratiques variaient entre les hôpitaux en ce qui concerne la possibilité de modifier les valeurs des champs dans le système (p. ex. si les valeurs ne coïncident pas avec celles indiquées dans le dossier). De nombreuses dates et heures sont par ailleurs consignées dans la documentation clinique. De l'avis des analystes de seconde saisie, la difficulté à repérer les heures et les dates appropriées dans les dossiers papier pourrait expliquer une partie du manque d'uniformité observé.

5.3 Sommaire des résultats

La qualité de la codification des abrégés a une incidence directe sur la qualité des indicateurs fondés sur les données de la BDCP. Voici un résumé des résultats associés aux 2 indicateurs abordés dans la présente section :

- Presque tous les abrégés de la BDCP de l'échantillon qui répondaient aux critères d'un accouchement à faible risque ont continué d'y répondre après la seconde saisie et d'être pris en compte dans ce groupe clinique. En ce qui concerne cet indicateur, les facteurs d'ajustement selon les risques ont également été bien codifiés, en dépit de quelques variations probablement attribuables à une différence dans l'interprétation des renseignements au dossier.
- 79 % des dossiers affichaient un DOLH identique, calculé en fonction des données initiales de la BDCP et des données de l'examen des dossiers. Le calcul du DOLH s'appuie sur les dates et les heures d'admission et de sortie du service d'urgence déclarées. Les écarts n'ont pas eu d'effet statistiquement significatif sur les résultats de l'indicateur : le 90^e percentile du DOLH. Ils résultent généralement d'un manque d'uniformité concernant les dates et les heures consignées à l'échelle des systèmes et des dossiers.

6 Conclusion

La présente étude de la qualité des données de la BDCP démontre que la qualité de la codification des abrégés est élevée et qu'elle appuie l'utilisation des données à de nombreuses fins, notamment la production d'indicateurs de la performance du système de santé et de nouvelles mesures telles que la mesure des préjudices à l'hôpital. Il ne fait aucun doute que les codificateurs des hôpitaux continuent d'effectuer un excellent travail d'interprétation et de codification à l'égard des dossiers toujours plus complexes.

Comme dans toute étude de seconde saisie, l'un des objectifs consiste à cerner tout problème de qualité systématique dans le but de le résoudre. L'amélioration de la qualité des données est le fruit d'efforts de collaboration entre l'ICIS et d'autres intervenants du système de santé. Cette section décrit les activités que l'ICIS a entreprises au vu des résultats de l'étude. Elle présente aussi des recommandations générales en matière d'amélioration de la qualité des données à l'intention de tous les intervenants.

6.1 Prochaines étapes

L'ICIS s'appuiera sur les résultats de la présente étude pour améliorer ses produits, notamment les normes de codification, les manuels de saisie de l'information et les séances de formation offertes. Voici quelques-unes des activités planifiées ou entreprises par l'ICIS au moment de la rédaction de ce rapport :

- Évaluer la possibilité d'ajouter des vérifications afin de déceler, au moment de la soumission, tout problème abordé dans le cadre de la présente étude, par exemple l'attribution inexacte d'un indicateur de série ou d'un type de diagnostic et la codification incomplète des chocs septiques et des déchirures obstétricales;
- Étudier les possibilités de tenir des séances de formation abordant les problèmes présentés dans le cadre de l'étude (p. ex. sous forme de conférences Web);
- Corriger la prochaine version des *Normes canadiennes de codification pour la version 2018 de la CIM-10-CA et de la CCI*;
- Préparer un article sur les études de qualité des données (études de seconde saisie) et de leurs répercussions en vue d'une éventuelle publication dans une revue à comité de lecture;
- Diffuser les résultats de l'étude à l'échelle internationale, soit aux membres du réseau de la famille de classifications internationales de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS — FCI), et à l'échelle nationale, soit aux membres de l'Association canadienne des professionnels en gestion de l'information sur la santé (ACPGIS);
- Évaluer l'incidence des indicateurs de série inexacts sur les indicateurs de ressources liées aux groupes clients;

- Réaliser des analyses sur l'ampleur et l'incidence des données de la BDCP qui ont fait l'objet d'une correction (puisque l'étude porte sur les données de l'exercice en cours);
- Surveiller les taux de préjudices à l'hôpital afin de relever toute modification résultant de la présente étude.

6.2 Recommandations

Les intervenants externes, par exemple les administrateurs, les médecins et le personnel des archives médicales, ont également un rôle à jouer quant à la qualité des données de la BDCP. L'ICIS formule donc les recommandations suivantes à leur intention :

- Les hôpitaux qui ont participé à l'étude devraient examiner les résultats qui leur sont propres. Ils pourront ainsi définir d'éventuels points à améliorer pour accroître la qualité des données qu'ils soumettent à la BDCP.
- Tous les hôpitaux devraient examiner les résultats de l'étude afin de déterminer si les problèmes abordés dans le rapport s'observent également dans leur établissement et s'ils exigent des mesures.
- Tous les hôpitaux devraient tirer parti des occasions de formation offertes par l'ICIS, notamment les conférences Web, les cours d'apprentissage en ligne et les Conseils aux codificateurs.
- Les codificateurs des hôpitaux devraient passer en revue les normes relatives aux aspects de la codification les plus variables selon l'étude, notamment l'attribution des types de diagnostics et l'utilisation des indicateurs de série.
- Les hôpitaux devraient examiner leurs pratiques en matière de codification des interventions et des diagnostics facultatifs, laquelle est susceptible d'alourdir le fardeau des codificateurs.
- L'ICIS, les hôpitaux et les responsables cliniques devraient poursuivre leurs efforts de sensibilisation auprès des médecins en ce qui concerne le lien étroit entre la qualité des renseignements au dossier et celles des données de la BDCP et de ses extraits, notamment les indicateurs de la performance du système de santé.
- Les hôpitaux devraient accroître leur utilisation de modèles ou d'autres outils pour améliorer l'uniformité des renseignements consignés au dossier.
- Les hôpitaux devraient s'assurer que le personnel des archives médicales a régulièrement l'occasion de consulter les cliniciens.

L'ICIS est déterminé à maintenir et à améliorer la qualité des données de la BDCP et serait heureux de collaborer avec les intervenants à la réalisation de ces activités ou d'autres initiatives d'amélioration de la qualité des données.

Annexe A : Calculs

Dans le cadre du présent rapport, nous avons utilisé diverses statistiques pour mesurer la qualité des données. Les unités d'analyse, les numérateurs et les dénominateurs varient d'une statistique à l'autre. Voici les équations qui servent à les calculer.

Concordance quant à la présence d'éléments cliniques

Pour les besoins de l'étude, le taux de concordance de chaque type d'élément clinique (diagnostics significatifs, comorbidités, préfixes et interventions) a été calculé de 2 façons :

1. Le pourcentage des éléments cliniques consignés dans la BDCP qui ont été confirmés lors de l'examen des dossiers :

$$\text{Nombre d'éléments dans la BDCP et l'examen} \div (\text{Nombre d'éléments dans la BDCP seulement} + \text{Nombre d'éléments dans la BDCP et l'examen}) \times 100$$

2. Le pourcentage des éléments cliniques saisis lors de l'examen des dossiers et qui étaient présents dans les données initiales de la BDCP :

$$\text{Nombre d'éléments dans la BDCP et l'examen} \div (\text{Nombre d'éléments dans l'examen seulement} + \text{Nombre d'éléments dans la BDCP et l'examen}) \times 100$$

Concordance des DxP

Chaque dossier doit rendre compte d'un diagnostic principal. Le dénominateur de cette équation correspond donc au nombre total de dossiers dans l'échantillon. L'équation est la suivante :

$$\text{Nombre de dossiers ayant des DxP concordants} \div \text{Nombre total de dossiers} \times 100$$

Concordance des codes

Des taux de concordance exacte et partielle sont calculés pour les codes de diagnostics significatifs, les codes de DxP et les codes d'intervention. Ce calcul ne vise que les diagnostics significatifs et les interventions qui ont été saisis dans la BDCP et confirmés lors de l'examen des dossiers (codes couplés). Voici l'équation :

$$\text{Nombre de codes concordants} \div \text{Nombre total de codes couplés} \times 100$$

Concordance des éléments de données non médicaux et des variables des groupes clients

Chaque dossier intègre des éléments de données non médicaux et des variables dérivées des groupes clients. Le dénominateur de cette équation correspond donc au nombre total de dossiers dans l'échantillon. L'équation est la suivante :

Nombre de dossiers ayant des variables concordantes ÷ Nombre total de dossiers × 100

Concordance des indicateurs

On mesure la concordance d'un indicateur en calculant la proportion de dossiers de la BDCP qui continuent de répondre aux critères de sélection de l'indicateur après la seconde saisie. Voici l'équation :

Nombre de dossiers qui répondent aux critères de l'indicateur après la seconde saisie ÷
Nombre de dossiers de la BDCP qui répondent aux critères de l'indicateur × 100

Annexe B : Texte de remplacement pour les images

**Tableau de données pour la figure 15 : Taux de concordance des
éléments de données non médicaux à l'étude**

Élément de données	Taux de concordance (%)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
Sexe	100 %	100 %	100 %
Date de naissance	100 %	100 %	100 %
Code d'entrée	100 %	100 %	100 %
Date de sortie du patient, service d'urgence	98 %	96 %	100 %
Heure de sortie du patient, service d'urgence	88 %	84 %	92 %
Date d'admission	100 %	100 %	100 %
Heure d'admission	93 %	92 %	93 %
État à la sortie	99 %	97 %	100 %
Date de sortie	100 %	100 %	100 %
Heure de sortie	100 %	100 %	100 %
Durée du séjour en soins de courte durée (jours)	100 %	99 %	100 %
Jours dans un niveau de soins alternatif	100 %	99 %	100 %
Durée totale du séjour	100 %	100 %	100 %
Établissement de provenance	100 %	100 %	100 %
Établissement de destination	97 %	90 %	100 %

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Tableau de données pour la figure 16 : Taux de concordance des variables des groupes clients

Variable	2009-2010	Limite inférieure de l'IC de 95 %, 2009-2010	Limite supérieure de l'IC de 95 %, 2009-2010	2015-2016	Limite inférieure de l'IC de 95 %, 2015-2016	Limite supérieure de l'IC de 95 %, 2015-2016
Catégorie clinique principale	94 %	93 %	95 %	96 %	94 %	98 %
Groupe de maladies analogues	88 %	86 %	89 %	94 %	92 %	96 %
Niveaux de comorbidité	90 %	88 %	91 %	91 %	88 %	94 %
Durée prévue du séjour	79 %	77 %	81 %	87 %	83 %	90 %
Pondération de la consommation des ressources	78 %	76 %	80 %	77 %	73 %	82 %

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Texte de remplacement pour la figure 17 : Cadre conceptuel des préjudices à l'hôpital

Le cadre conceptuel de la mesure des préjudices à l'hôpital comprend 31 groupes cliniques répartis dans 4 grandes catégories de préjudices.

La première catégorie s'appelle Affections liées aux soins de santé ou aux médicaments. Elle comprend les groupes cliniques suivants : Anémie — hémorragie, Hémorragie obstétricale, Traumatisme obstétrical, Traumatisme à la naissance, Delirium, Thromboembolie veineuse, Altération de la glycémie avec complications, Ulcère de décubitus, Déséquilibres hydro-électrolytiques, Incidents médicamenteux, Complications consécutives à une injection, une perfusion ou une transfusion.

La deuxième catégorie s'appelle Infections liées aux soins de santé. Elle comprend les groupes cliniques suivants : Infections des voies urinaires, Infections post-intervention, Gastroentérite, Pneumonie, Pneumonie par aspiration, Sepsie et Infections à C. difficile, au SARM ou aux ERV.

La troisième catégorie s'appelle Accidents chez les patients et comprend le groupe clinique Traumatisme.

Enfin, la quatrième catégorie s'appelle Affections liées aux interventions. Elle comprend les groupes cliniques suivants : Anémie — hémorragie, Hémorragie obstétricale, Traumatisme obstétrical, Traumatisme à la naissance, Traumatisme, Échec ou complication mécanique d'un appareil, Lacération ou perforation, Pneumothorax, Rupture d'une plaie, Rétention d'un corps étranger, Choc post-intervention et Accidents graves sélectionnés

Le cadre conceptuel se divise en 3 niveaux :

1. Préjudices à l'hôpital : taux d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit.
2. Catégorie : nombre d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit dans cette catégorie.
3. Groupe clinique : nombre d'hospitalisations au cours desquelles au moins un événement préjudiciable s'est produit dans ce groupe clinique.

Tableau de données pour la figure 20 : Taux de déclaration des facteurs d'ajustement selon les risques pour les accouchements à faible risque

Facteur d'ajustement en fonction des risques	Accouchement par voie vaginale	Limite inférieure de l'IC de 95 %, Accouchement par voie vaginale	Limite supérieure de l'IC de 95 %, Accouchement par voie vaginale	Césarienne	Limite inférieure de l'IC de 95 %, Césarienne	Limite supérieure de l'IC de 95 %, Césarienne	Tous les accouchements à faible risque	Limite inférieure de l'IC de 95 %, Tous les accouchements à faible risque	Limite supérieure de l'IC de 95 %, Tous les accouchements à faible risque
État inquiétant, détresse ou mort apparente du fœtus	21 %	15 %	28 %	54 %	45 %	62 %	27 %	21 %	32 %
Travail ou descente sans progression et disproportion céphalo-pelvienne	5 %	2 %	8 %	49 %	41 %	57 %	12 %	9 %	14 %
Malposition/présentation anormale du fœtus	10 %	5 %	15 %	30 %	22 %	37 %	13 %	9 %	17 %
Diabète (préexistant/gestationnel)	11 %	5 %	17 %	12 %	7 %	17 %	11 %	6 %	16 %
Hypertension (préexistante/gestationnelle)	4 %	0 %	7 %	8 %	4 %	13 %	4 %	1 %	7 %
Retard de croissance intra-utérin	4 %	1 %	6 %	2 %	0 %	4 %	3 %	1 %	5 %
Oligoamnios	1 %	0 %	2 %	5 %	2 %	9 %	2 %	1 %	3 %
Chorio-amnionite	0 %	0 %	0 %	8 %	3 %	13 %	1 %	1 %	2 %

Étude de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients 2015-2016 :
regard sur les préjudices à l'hôpital

Facteur d'ajustement en fonction des risques	Accouchement par voie vaginale	Limite inférieure de l'IC de 95 %, Accouchement par voie vaginale	Limite supérieure de l'IC de 95 %, Accouchement par voie vaginale	Césarienne	Limite inférieure de l'IC de 95 %, Césarienne	Limite supérieure de l'IC de 95 %, Césarienne	Tous les accouchements à faible risque	Limite inférieure de l'IC de 95 %, Tous les accouchements à faible risque	Limite supérieure de l'IC de 95 %, Tous les accouchements à faible risque
Prééclampsie et éclampsie	1 %	0 %	2 %	1 %	0 %	2 %	1 %	0 %	2 %
Décollement prématuré du placenta	0 %	0 %	1 %	3 %	0 %	6 %	1 %	0 %	1 %
Prolapsus du cordon ombilical	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	4 %	0 %	0 %	1 %
Obésité	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Cardiopathie	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Tableau de données pour la figure 21 : 90^e percentile de l'indicateur Délai avant l'obtention d'un lit d'hospitalisation

Source utilisée pour le calcul du DOLH	90 ^e percentile (heures)	Limite inférieure de l'IC de 95 %	Limite supérieure de l'IC de 95 %
SNISA	22,0	18,9	25,0
BDCP	22,3	16,5	28,0
Examen des dossiers	24,7	17,9	31,5

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients. [Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens](#). Section « Que peut-on faire pour améliorer la sécurité des patients? » par Chan B, Cochrane D. 2016.
2. Institut canadien d'information sur la santé. [Document sur la qualité des données. Base de données sur les congés des patients — information pluriannuelle](#). 2012.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Manuel de la saisie de l'information de la BDCP, 2015-2016*. 2015.
4. Institut canadien d'information sur la santé. [Normes canadiennes de codification pour la version 2015 de la CIM-10-CA et de la CCI](#). 2015.
5. Institut canadien d'information sur la santé. [Qualité des données](#). Consulté le 18 août 2016.
6. 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 2005-2006](#). 2009.
7. 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 2006-2007](#). 2009.
8. 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 2007-2008](#). 2010.
9. 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](#). 2010.
10. 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 2009-2010](#). 2012.
11. Institut canadien d'information sur la santé. [Césariennes à faible risque](#). Consulté le 18 août 2016.
12. Institut canadien d'information sur la santé. [Groupes clients](#). Consulté le 18 août 2016.
13. Institut canadien d'information sur la santé. *Répertoire des GMA+ 2015*. 2015.
14. Institut canadien d'information sur la santé. *Répertoire des indicateurs — spécifications du modèle des indicateurs cliniques, février 2016*. 2016.
15. Institut canadien d'information sur la santé. [Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires \(SNISA\)](#). Consulté le 18 août 2016.



Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226