

Étude de l'ICIS sur la
qualité des données
de la Base de données
sur les congés des
patients pour
2007-2008



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Qui nous sommes

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

Notre vision

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

Table des matières

À propos de l'ICIS.....	vii
Remerciements.....	ix
Sommaire.....	xi
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1 La Base de données sur les congés des patients.....	2
1.2 Aperçu, justification et objectifs de l'étude.....	3
1.3 Respect de la vie privée, confidentialité et sécurité.....	4
1.4 Objectifs du rapport.....	4
Chapitre 2 : Méthode employée.....	5
2.1 Plan de l'étude.....	6
2.2 Formation et collecte de données.....	6
2.3 Traitement et analyse des données.....	7
Chapitre 3 : Qualité des données de la BDCP.....	11
3.1 Intégralité des données cliniques de la BDCP.....	12
3.2 Exactitude des données cliniques de la BDCP.....	19
3.3 Cohérence de la codification des diagnostics et des interventions.....	24
3.4 Cohérence du typage des diagnostics et de l'attribution du caractère significatif.....	29
3.5 Fiabilité du diagnostic principal.....	34
3.6 Fiabilité des données non cliniques déclarées dans la BDCP.....	37
3.7 Résumé des constatations sur la qualité des données de la BDCP.....	37
Chapitre 4 : Qualité de l'attribution des hospitalisations aux problèmes de santé sélectionnés.....	43
4.1 Soins palliatifs.....	44
4.2 Accidents vasculaires cérébraux.....	45
4.3 Fractures de la hanche.....	47
4.4 Insuffisances rénales aiguës.....	48
4.5 Infarctus aigus du myocarde.....	49
4.6 Traumatismes obstétricaux.....	52
4.7 Traumatismes à la naissance.....	53
4.8 Embolies pulmonaires et thromboses veineuses profondes.....	54
4.9 Résumé des constatations sur la qualité de la codification des problèmes de santé sélectionnés.....	55
Chapitre 5 : Qualité des variables des groupes de maladies analogues.....	57
5.1 Fiabilité du regroupement des hospitalisations dans les catégories cliniques principales et les groupes de maladies analogues.....	58
5.2 Fiabilité de l'attribution du niveau de comorbidité.....	62
5.3 Fiabilité de la durée prévue du séjour du patient.....	67
5.4 Fiabilité de la pondération de la consommation des ressources du patient.....	69
5.5 Résumé des constatations sur les variables des groupes de maladies analogues.....	72

Chapitre 6 : Discussion sur les problèmes de codification	75
Chapitre 7 : Conclusion.....	79
7.1 Résumé des constatations.....	80
7.2 Suggestions visant à améliorer la qualité de la codification.....	82
Annexe A : Méthode de détermination des hospitalisations liées à des problèmes de santé précis.....	83
Annexe B : Analyse détaillée	85
Références.....	89

Liste des tableaux

Tableau 1	Volume d'abrévés soumis à la BDCP en 2007-2008, par province ou territoire.....	2
Tableau 2	Caractéristiques des abrévés soumis à la BDCP en 2007-2008	8
Tableau 3	Modèle analytique	8
Tableau 4	Comparaison des diagnostics relevés lors de l'examen des dossiers avec les diagnostics des abrévés de la BDCP.....	12
Tableau 5	Comparaison des hospitalisations des patients atteints de diabète sucré relevées lors de l'examen des dossiers avec les données des abrévés de la BDCP	15
Tableau 6	Comparaison des interventions relevées lors de l'examen des dossiers avec les interventions des abrévés de la BDCP	15
Tableau 7	Comparaison des diagnostics des abrévés de la BDCP avec les diagnostics relevés lors de l'examen des dossiers	19
Tableau 8	Comparaison des hospitalisations des patients atteints de diabète sucré relevées dans la BDCP avec les données obtenues lors de l'examen des dossiers.....	20
Tableau 9	Comparaison des interventions des abrévés de la BDCP avec les interventions relevées lors de l'examen des dossiers.....	21
Tableau 10	Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA pour les diagnostics significatifs	24
Tableau 11	Taux de concordance des codes de la CCI pour les interventions.....	26
Tableau 12	Taux de concordance relatifs au typage des diagnostics et à l'attribution du caractère significatif	29
Tableau 13	Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA pour le diagnostic principal	34
Tableau 14	Résumé des constatations sur la qualité de la codification des diagnostics significatifs en 2007-2008	40
Tableau 15	Résumé des constatations sur la qualité de la codification des interventions en 2007-2008	41
Tableau 16	Qualité de la codification des soins palliatifs	44
Tableau 17	Qualité de la codification des AVC.....	45
Tableau 18	Qualité de la codification des AVC après l'admission	46
Tableau 19	Qualité de la codification des fractures de la hanche.....	47
Tableau 20	Qualité de la codification des insuffisances rénales aiguës	48
Tableau 21	Qualité de la codification des infarctus aigus du myocarde.....	49
Tableau 22	Qualité de la codification des résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires	50
Tableau 23	Qualité de l'attribution des hospitalisations liées à des STEMI ou à des NSTEMI	51
Tableau 24	Qualité de la codification des traumatismes obstétricaux	52
Tableau 25	Qualité de la codification des traumatismes à la naissance.....	53
Tableau 26	Qualité de la codification des embolies pulmonaires et des thromboses veineuses profondes	54
Tableau 27	Taux de concordance pour les catégories cliniques principales et les groupes de maladies analogues	59

Tableau 28	Catégories cliniques principales et groupes de maladies analogues avec des taux de concordance élevés	60
Tableau 29	Catégories cliniques principales et groupes de maladies analogues avec des taux de concordance faibles	61
Tableau 30	Fiabilité du degré de complexité attribué aux hospitalisations	62
Tableau 31	Niveau de comorbidité attribué selon les données de la BDCP et de l'examen des dossiers	63
Tableau 32	Groupes de maladies analogues dont le degré de complexité présente un taux de concordance élevé.....	64
Tableau 33	Groupes de maladies analogues dont le niveau de comorbidité présente un taux de concordance faible	65
Tableau 34	Fiabilité du niveau de comorbidité par rapport au nombre de comorbidités déclarées dans la BDCP	66
Tableau 35	Fiabilité de la durée prévue du séjour, par nombre de jours	67
Tableau 36	Fiabilité de la pondération de la consommation des ressources, par importance de la pondération.....	70
Tableau 37	Résumé des constatations sur la fiabilité des variables dérivées des groupes de maladies analogues en 2007-2008.....	73
Tableau 38	Taux de concordance pour les catégories cliniques principales.....	85
Tableau 39	Taux de concordance pour les groupes de maladies analogues.....	86
Tableau 40	Taux de concordance pour les niveaux de comorbidité, par groupe de maladies analogues.....	87

Liste des figures

Figure	Points saillants des améliorations de la qualité des données en 2007-2008.....	xii
Figure 1	Fréquence à laquelle les diagnostics significatifs relevés lors de l'examen des dossiers étaient également présents et codifiés comme étant significatifs dans la BDCP	13
Figure 2	Fréquence à laquelle les interventions relevées lors de l'examen des dossiers étaient également présentes dans la BDCP	16
Figure 3	Fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions relevés lors de l'examen des dossiers étaient également présents dans la BDCP, par province ou territoire	17
Figure 4	Variation provinciale et territoriale quant à la fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions relevés lors de l'examen des dossiers étaient également présents dans la BDCP, par année observée	18
Figure 5	Fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions déclarés dans la BDCP ont été confirmés lors de l'examen des dossiers, par province ou territoire.....	22
Figure 6	Variation provinciale et territoriale quant à la fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions soumis à la BDCP ont été validés lors de l'examen des dossiers.....	23
Figure 7	Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA pour les diagnostics significatifs, par province ou territoire	25
Figure 8	Taux de concordance des codes de la CCI pour les interventions, par province ou territoire	27
Figure 9	Variation provinciale et territoriale des taux de concordance de la CIM-10-CA et de la CCI pour les diagnostics et les interventions, par année observée	28
Figure 10	Taux de concordance relatifs au typage des diagnostics et à l'attribution du caractère significatif, par province ou territoire.....	30
Figure 11	Variation provinciale et territoriale des taux de concordance relatifs au typage des diagnostics, par année observée	31
Figure 12	Taux de concordance relatifs au typage des diagnostics et à l'attribution du caractère significatif pour les comorbidités en 2005-2006 et 2007-2008	33
Figure 13	Taux de concordance du diagnostic principal, par province ou territoire	35
Figure 14	Variation provinciale et territoriale des taux de concordance du diagnostic principal, par année observée.....	36
Figure 15	Qualité de la codification des diagnostics dans la BDCP en 2005-2006 et 2007-2008.....	38
Figure 16	Qualité de la codification des interventions dans la BDCP en 2005-2006 et 2007-2008.....	39
Figure 17	Pourcentage de la variation nette entre les durées prévues du séjour, par province ou territoire	68
Figure 18	Pourcentage de la variation nette de la pondération de la consommation des ressources, par province ou territoire	71
Figure 19	Analyse des problèmes de codification associés aux diagnostics significatifs	76
Figure 20	Analyse des problèmes de codification associés aux interventions	77

À propos de l'ICIS

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

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

Remerciements

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

- les 14 professionnels de la gestion de l'information sur la santé qui ont recueilli les données;
- les 50 hôpitaux du Canada qui ont pris part à cette étude et ont accueilli les seconds codificateurs en leur sein;
- l'Association canadienne interprofessionnelle du dossier de santé, qui a contribué au recrutement des seconds codificateurs au moyen d'annonces;
- les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les régies régionales de la santé qui ont appuyé cette initiative axée sur la qualité des données dans leur province ou territoire.

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

Sommaire

Dans le cadre de son programme exhaustif consacré à la qualité des données, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) réalise différentes analyses et études de la qualité des données de ses banques de données, dont un programme systématique de seconde saisie pour sa Base de données sur les congés des patients (BDCP). Le présent rapport résume les résultats d'une étude de seconde saisie menée sur les données de 2007-2008 soumises à la BDCP. Voici les objectifs du rapport :

- évaluer la qualité globale de la codification des données cliniques et non cliniques de 2007-2008 que contient la BDCP, en mettant l'accent sur certains problèmes de santé;
- évaluer les répercussions des variations de codification sur les mesures des extrants hospitaliers et des indicateurs de ressources, tels qu'ils sont mesurés par la méthodologie de regroupement des patients en soins de courte durée de l'ICIS, soit la GMA+.

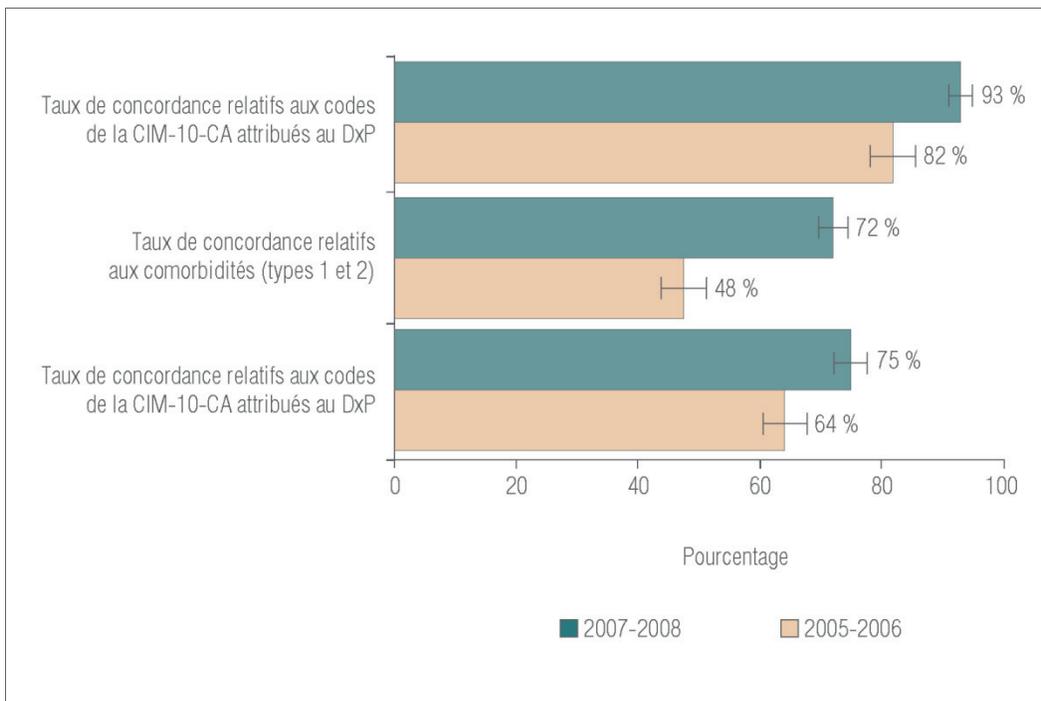
L'étude a également voulu cerner les problèmes de codification sous-jacents qui pourraient influencer sur la qualité des données indiqués ci-dessus et formuler des suggestions visant à améliorer la qualité des données afin de régler ces problèmes de codification.

Qualité globale des données de la BDCP

L'étude arrive à la conclusion que les données de la BDCP concernant les problèmes de santé étudiés sont fiables, tout comme les indicateurs de ressources dérivés de la méthodologie GMA+.

- Par rapport à 2005-2006, l'intégralité et la fiabilité des diagnostics et des interventions déclarés dans la BDCP par les codificateurs des hôpitaux se sont nettement améliorées en 2007-2008.
- Les résultats des provinces et des territoires participants révèlent que la qualité de la codification a varié de façon minimale d'une région à l'autre.
- Les mesures des extrants hospitaliers et les indicateurs de ressources connexes n'ont pas varié de façon marquée, qu'ils aient été dérivés à l'aide des données originales de la BDCP ou obtenus à partir de l'examen des dossiers. Toutefois, les données de seconde saisie ont généré des indicateurs d'utilisation des ressources légèrement plus élevés, ce qui est attribuable à la sous-déclaration des diagnostics et des interventions dans la BDCP.
- Le rapport a révélé que la qualité des données s'est améliorée sur de nombreux plans, notamment sur les éléments indiqués ci-dessous.

Points saillants des améliorations de la qualité des données en 2007-2008



Remarque

DxP : diagnostic principal.

Problèmes de codification

Bien que l'étude ait révélé que les données cliniques décrites dans la BDCP sont très précises, il existe un certain nombre de divergences entre les données de la BDCP et celles figurant dans les dossiers des patients.

- Bon nombre des diagnostics significatifs inscrits dans le dossier par le médecin n'étaient pas définis dans l'abrégié comme ayant une incidence sur le séjour du patient. Les données de la BDCP étaient donc incomplètes.
- Même si elle s'est améliorée depuis 2005-2006, l'exactitude de la codification du diagnostic principal du patient demeure l'un des points de mire de l'amélioration des données.
- Les incohérences de codification s'expliquent notamment par les difficultés à interpréter les notes du médecin dans le dossier du patient ainsi que par le non-respect des directives du guide de codification de l'ICIS et des Normes canadiennes de codification. Déceler les problèmes de santé ayant eu une incidence sur le séjour du patient était la difficulté de codification la plus répandue.

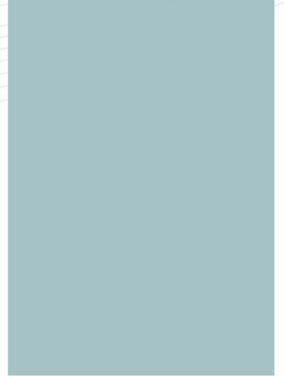
Suggestions visant à améliorer la qualité de la codification

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

L'étude révèle que les récents efforts visant à parfaire la déclaration de données cliniques dans la BDCP ont permis des améliorations globales de la qualité de l'information et des données qu'elle contient. Les constatations de la présente étude permettront de résoudre les problèmes de codification restants et d'améliorer les produits de l'ICIS comme la méthodologie GMA+. Les administrateurs, les médecins et le personnel des archives médicales des établissements qui ont pris part à l'étude peuvent prendre connaissance des constatations dans un rapport sur leur établissement pour cerner les points à améliorer, contribuant ainsi à la production de données de qualité supérieure dans la BDCP.

Pour en savoir plus

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



Chapitre 1

Introduction

1.1 La Base de données sur les congés des patients

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

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

Comme l'indique le tableau 1, en 2007-2008, 633 établissements de soins de courte durée de neuf provinces et de trois territoires ont soumis à l'ICIS des données sur les patients hospitalisés.

Tableau 1
Volume d'abrévés soumis à la BDCP en 2007-2008, par province ou territoire

Province ou territoire	Nombre d'établissements de soins de courte durée	Nombre d'abrévés de patients hospitalisés
Terre-Neuve-et-Labrador	33	46 626
Île-du-Prince-Édouard	7	16 179
Nouvelle-Écosse	34	91 898
Nouveau-Brunswick	23	94 976
Québec*	—	—
Ontario	174	1 090 040
Manitoba	96	136 667
Saskatchewan	69	137 759
Alberta	109	360 477
Colombie-Britannique	82	407 204
Yukon	4	5 796
Territoires du Nord-Ouest	1	1 895
Nunavut	1	3,180
Total	633	2 392 697

Remarque

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

1.2 Aperçu, justification et objectifs de l'étude

L'étude avait pour objectif principal d'évaluer la qualité de la codification et de la saisie de l'information clinique et non clinique dans la BDCP pour 2007-2008 afin de fournir des résultats fiables à l'échelle provinciale et territoriale. L'étude s'est penchée sur des interventions et des problèmes de santé précis d'intérêt particulier.

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

- produire des estimations nationales, provinciales et territoriales de la qualité globale de la codification;
- évaluer, à l'échelle nationale, la qualité de la codification des soins palliatifs, des accidents vasculaires cérébraux, des fractures de la hanche et du fémur, de l'insuffisance rénale aiguë chez les patients souffrant de troubles cardiaques, des infarctus aigus du myocarde, des traumatismes obstétricaux, des traumatismes à la naissance ainsi que des embolies pulmonaires ou des thromboses veineuses profondes;
- évaluer les répercussions des variations de codification sur les mesures des extrants hospitaliers et des indicateurs de ressources, dérivées de la méthodologie des groupes de maladies analogues de l'ICIS;
- déceler les sources des problèmes de codification attribuables à la variation de codification observée.

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

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

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

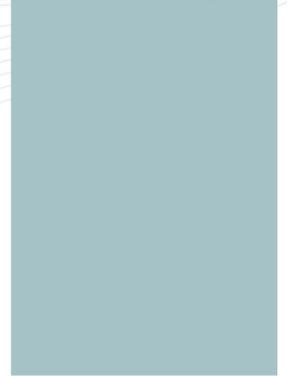
1.3 Respect de la vie privée, confidentialité et sécurité

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

1.4 Objectifs du rapport

Ce rapport présente les résultats de l'étude sur la qualité des données de 2007-2008. Il est axé sur des problèmes de santé précis.

Le présent rapport comprend sept chapitres. Le chapitre 1 présente l'étude et le chapitre 2, la méthode utilisée. Les quatre chapitres suivants sont consacrés aux objectifs de l'étude : le chapitre 3 donne les estimations nationales et régionales de la qualité globale de la codification; le chapitre 4 évalue la qualité de la codification des problèmes de santé précis; le chapitre 5 aborde les répercussions liées aux variations de codification sur les mesures des extrants hospitaliers et à l'utilisation des ressources; finalement, le chapitre 6 traite des problèmes de codification que l'étude a permis de relever. Le dernier chapitre résume les constatations et les recommandations principales.



Chapitre 2

Méthode employée

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

2.1 Plan de l'étude

La présente étude de seconde saisie visait deux objectifs principaux. Elle s'intéressait d'abord à la population générale des patients hospitalisés, pour lesquels des estimations provinciales et territoriales de la qualité de la codification étaient souhaitéesⁱ. Elle considérait ensuite des cas particuliers d'hospitalisation de patients, définis par des diagnostics et des interventions, pour lesquels des estimations nationales étaient requises. Toutefois, comme ces cas particuliers d'hospitalisation représentaient des sous-groupes de la population générale des patients hospitalisés, on peut considérer que la population cible combinant les deux points d'intérêt englobe toutes les sorties des patients hospitalisés.

L'échantillon a été choisi en fonction des deux points d'intérêt de l'étude. Parmi tous les établissements de soins de courte durée du Canada soumettant des données à la BDCP, 50 ont été sélectionnés pour participer à l'étude en fonction d'un échantillon probabiliste tenant compte de leur emplacement géographique et du volume d'abrégés contenant les problèmes de santé auxquels s'intéressait l'étude. Deux facteurs logistiques ont été pris en compte lors de la sélection de l'échantillon : 1) les établissements comptant moins de 500 sorties de patients hospitalisés en 2007-2008 ont été exclus; 2) les hospitalisations avec des durées de séjour supérieures à 30 jours ont été exclues. Selon le plan de l'étude, les hospitalisations avec des durées de séjour plus longues ne pouvaient se comparer à celles avec des durées de séjour plus courtes.

Pour la première fois, l'étude de seconde saisie de la BDCP portait sur l'ensemble des provinces et territoires déclarant des données dans la BDCP. Comme le Québec ne participe pas à la BDCP et que le Nouveau-Brunswick a choisi de ne pas participer à cette étude, la population cible inclut toutes les sorties des hôpitaux au Canada, à l'exception de celle du Québec et du Nouveau-Brunswick. En excluant du plan de l'étude les hospitalisations avec des durées de séjour plus longues, on a réduit l'étendue de l'étude de 2 297 721 abrégés (tous les abrégés de la BDCP en 2007-2008 moins ceux du Nouveau-Brunswick) à 2 217 911 abrégés (96,5 %).

2.2 Formation et collecte de données

Dans le cadre de la formation des seconds codificateurs en vue de la collecte de données, certaines lignes directrices ont été élaborées afin de s'assurer de la cohérence et de la minutie de l'examen et de l'interprétation de la documentation des dossiers. Celles-ci ont été créées en collaboration avec le service des classifications de l'ICIS, responsable de l'élaboration et de la mise à jour des classifications des diagnostics et des interventions au Canada (CIM-10-CA et CCI). La formation était axée sur le typage des diagnostics et les directives de codification pour

i. Au sein de cette population, il y avait un intérêt particulier pour les estimations nationales par niveau de comorbidité des GMA+ ; cet intérêt s'est élargi à la production d'estimations distinctes par niveau de comorbidité, en particulier pour l'Ontario.

les problèmes de santé et les interventions auxquels s'intéressait l'étude. Avant de procéder à la collecte de données sur le terrain, les seconds codificateurs ont été appelés à passer un test de codification visant à évaluer leur compréhension des lignes directrices de l'étude.

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

2.3 Traitement et analyse des données

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

Seules les estimations pondérées pour l'étude de seconde saisie sont présentées dans ce rapport. Par conséquent, les 12 900 abrégés étudiés sont représentatifs de la population de référence composée de 2 217 911 abrégés. Puisque les estimations sont effectuées d'après un échantillon de la population, de nombreuses estimations présentées dans le cadre de l'étude sont assorties d'un intervalle de confiance de 95 % pour déterminer l'erreur d'échantillonnageⁱⁱⁱ. Les estimations de la variance ont été calculées à l'aide de la méthode bootstrap.

Le tableau 2 compare les caractéristiques de tous les abrégés de la BDCP (excluant le Nouveau-Brunswick) aux estimations pondérées calculées en utilisant les données de l'étude. Ces données démontrent que les estimations pondérées à l'aide des données de l'étude pour décrire la population de patients sont représentatives des cas de séjour de courte durée (30 jours ou moins) de la BDCP dans son ensemble.

ii. La collecte de données s'est déroulée de janvier à mai 2009. Le nombre d'abrégés ayant fait l'objet d'une seconde saisie, soit 12 900, a dépassé l'objectif qui avait été fixé à 11 520.

iii. 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.

Tableau 2
Caractéristiques des abrégés soumis à la BDCP en 2007-2008

	Tous les abrégés de patients hospitalisés en soins de courte durée de la BDCP*	Tous les abrégés de patients hospitalisés en soins de courte durée de la BDCP dont la DS est de 30 jours ou moins*	Estimations pondérées à l'aide de l'échantillon de l'étude
N	2 297 721	2 217 911	2 217 911
Âge (en années), moyenne (écart interquartile)	46 (24-71)	45 (24-70)	44 (22-68)
Hospitalisations incluant au moins un des problèmes de santé étudiés[†], N (pourcentage)	229 522 (10 %)	203 912 (9 %)	197 591 (9 %)
Nombre total de comorbidités[‡], N (moyenne)	2 341 373 (1,0)	2 026 446 (0,9)	1 879 932 (0,8)
Nombre total d'interventions, N (moyenne)	2 569 225 (1,1)	2 347 962 (1,1)	2 467 996 (1,1)

Remarques

N : nombre au sein de la population; DS : durée du séjour.

* Les abrégés soumis par le Nouveau-Brunswick sont exclus.

† Voir l'annexe A pour connaître la méthodologie utilisée pour la classification des hospitalisations.

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

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

Tableau 3
Modèle analytique

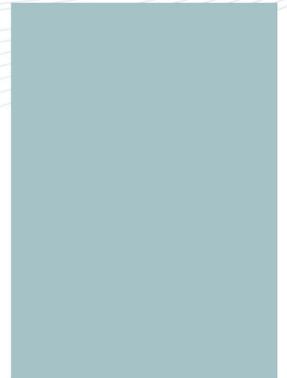
		Statut du problème de santé du « critère » des données de l'étude	
		Présence	Absence
Statut du problème de santé dans la BDCP	Présence	A	B
	Absence	C	D

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

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

Idéalement, le critère permet de déterminer si un problème de santé donné est bien présent chez le patient. Dans la présente étude, les résultats obtenus par les seconds codificateurs sont considérés comme le critère uniquement aux fins de calcul de ces statistiques^{iv}. Il est important de prendre note que dans cette étude, il faut user de prudence dans l'utilisation de ces statistiques puisque la méthode utilisée consistait en un examen de la documentation des dossiers des patients. Par conséquent, les données de seconde saisie constituent plus une norme de référence qu'un critère, puisque la présente étude ne permet pas de déceler les éventuelles erreurs de consignation lors de l'entrée des antécédents des patients, de l'établissement de diagnostics ou de l'enregistrement de tout autre renseignement clinique dans les dossiers.

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



Chapitre 3

Qualité des données
de la BDCP

Ce chapitre se consacre au premier objectif de l'étude, soit *produire des estimations nationales, provinciales et territoriales de la qualité globale de la codification*.

3.1 Intégralité des données cliniques de la BDCP

Cette section explore l'*intégralité* des données³ de la BDCP en déterminant si chaque diagnostic et intervention connexes consignés dans le dossier des patients figuraient également dans l'abrégé de la BDCP.

3.1.1 Intégralité de la déclaration des diagnostics dans la BDCP

De tous les diagnostics significatifs^v relevés lors de l'examen des dossiers, 80 % ont été déclarés dans les abrégés de la BDCP en tant que tels. Ce pourcentage correspond à la *sensibilité* (tableau 4). Celle-ci indique une possible sous-déclaration dans la BDCP de 20 % des problèmes de santé des patients hospitalisés qui peuvent avoir une incidence sur la durée du séjour ou l'utilisation des ressources.

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

	Données de la BDCP (en milliers)		Total dans les données de l'étude (en milliers)	Sensibilité (IC 95 %)
	Présence	Sous-déclaration dans la BDCP		
Ensemble des diagnostics significatifs dans les données de l'étude (relevés dans le dossier par le second codificateur de l'ICIS)*	3 665,6	909,4 [†]	4 575,1	80,1 (78,4-81,9)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Comprend uniquement les diagnostics significatifs (types M, 1, 2, 6, W, X ou Y).

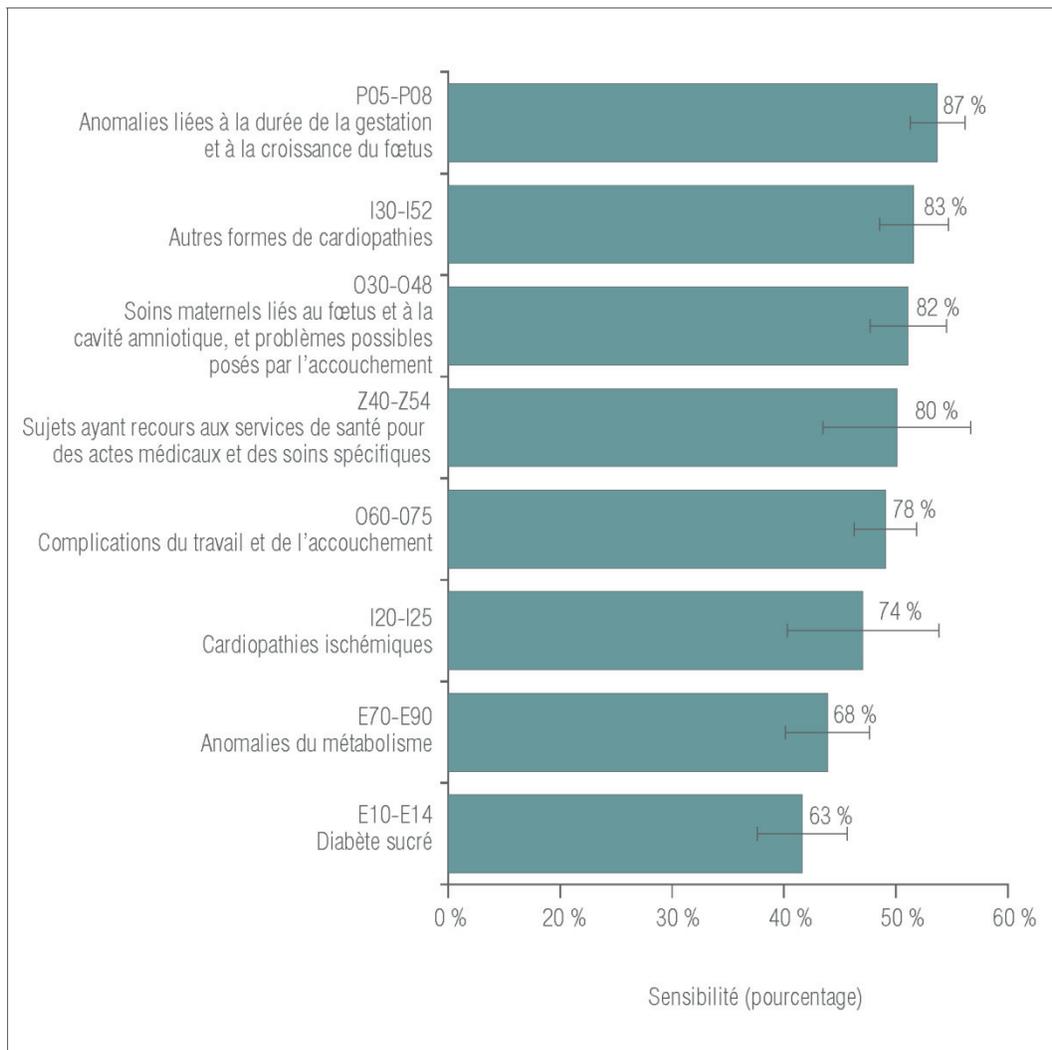
† Ces diagnostics étaient absents de la BDCP ou bien portaient un typage indiquant qu'ils n'avaient pas d'incidence significative sur la durée du séjour du patient ou l'utilisation des ressources (c'est-à-dire diagnostic de type 0 ou 3).

v. La définition complète du caractère significatif est présentée à la section 3.4 (Pleins feux sur l'importance de la codification des comorbidités).

On a répété l'analyse pour les blocs de diagnostics de la CIM-10-CA qui comportaient un échantillon suffisamment important. On a ainsi constaté que les anomalies du métabolisme (E70 à E90) et le diabète sucré (E10 à E14) étaient plus susceptibles d'être sous-déclarés dans la BDCP que les autres diagnostics. Plus précisément, près du tiers de ces maladies, considérées comme un problème de santé significatif dans l'examen des dossiers, n'étaient pas déclarées dans la BDCP comme étant significatives. La figure 1 illustre ces résultats.

Figure 1

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



Remarque

* Pour être inclus dans l'analyse, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 1 000 occurrences du code de diagnostic dans les données de seconde saisie. Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

Pleins feux sur le diabète sucré

Les Normes canadiennes de codification exigent que le diabète sucré soit déclaré dans la BDCP, quelle que soit son incidence sur la durée du séjour ou l'utilisation des ressources, tout comme l'hyperglycémie si le patient présente un taux d'au moins 14 mmol/L. Ces exigences de codification rendent possible l'évaluation de l'intégralité des données de la BDCP sur les hospitalisations des patients atteints de diabète sucré, que ce problème de santé ait eu une incidence ou non sur le séjour à l'hôpital.

La qualité de la codification de ces maladies est présentée dans le tableau 5. Cette analyse tient compte de *toutes* les hospitalisations des patients atteints de diabète sucré relevées lors de l'examen des dossiers, puis les compare aux données recueillies pour ces hospitalisations dans la BDCP. Contrairement au tableau 4, dont l'analyse porte seulement sur les problèmes de santé considérés comme étant significatifs, le tableau 5 comprend les hospitalisations des patients atteints de diabète sucré, que le problème de santé soit considéré comme significatif ou non^{vi}. La fréquence à laquelle les données ont été entrées de la même manière dans la BDCP et lors de la seconde saisie apparaît dans les cases ombragées (que le diabète influe ou non sur le séjour du patient et qu'il y ait ou non présence d'hyperglycémie). Les deux dernières colonnes présentent les situations qui ont contribué à la sous-déclaration du diabète dans la BDCP.

Cette analyse a permis d'établir que les cas de sous-déclaration du diabète en tant que problème de santé significatif s'expliquaient surtout par le fait que le codificateur de l'hôpital sous-estimait l'incidence de ce problème de santé sur le séjour du patient. Plus précisément, lorsque le diabète sucré influait sur le séjour du patient, il était souvent décrit dans la BDCP comme un problème de santé n'ayant *pas* d'incidence sur le séjour.

vi. Si on attribuait à un code de diabète le statut de problème de santé significatif dans l'abrégé, le diabète ou une complication du diabète était alors considéré comme ayant une incidence sur la durée du séjour du patient à l'hôpital.

Tableau 5

Comparaison des hospitalisations des patients atteints de diabète sucré relevées lors de l'examen des dossiers avec les données des abrégés de la BDCP

	Données de la BDCP				
	Nombre d'hospitalisations dans les données de l'étude (en milliers)	Incidence sur le séjour du patient et présence d'hyperglycémie	Incidence sur le séjour du patient et absence d'hyperglycémie	Aucune incidence sur le séjour du patient (sous-déclaration)	Absence (sous-déclaration)
Hospitalisations des patients atteints de diabète sucré* dans les données de l'étude					
Incidence sur le séjour du patient (types M, 1, 2, W, X, Y) et présence d'hyperglycémie†	90,2	80 %	6 %	12 %	2 %
Incidence sur le séjour du patient (types M, 1, 2, W, X, Y) et absence d'hyperglycémie	47,8	2 %	65 %	21 %	12 %
Aucune incidence sur le séjour du patient (type 3)	101,5	3 %	5 %	80 %	12 %

Remarques

* Hospitalisations accompagnées des codes E10 à E14 de la CIM-10-CA et autres codes dont les titres comportent le mot diabète, comme le code O24 — *Diabète sucré au cours de la grossesse*.

† Hospitalisations dont la glycémie du patient était d'au moins 14 mmol/L, ce qui indique la présence d'hyperglycémie, et s'accompagnant d'un autre code de la CIM-10-CA (soit R73.802, soit R73.812) dans l'abrégé de la BDCP.

3.1.2 Intégralité de la déclaration des interventions dans la BDCP

De toutes les interventions relevées lors de l'examen des dossiers, 92 % ont été déclarées dans la BDCP (tableau 6). Cette sensibilité indique une possible sous-déclaration dans la BDCP de 8 % des interventions réalisées auprès des patients hospitalisés.

Tableau 6

Comparaison des interventions relevées lors de l'examen des dossiers avec les interventions des abrégés de la BDCP

	Données de la BDCP (en milliers)		Total dans les données de l'étude (en milliers)	Sensibilité (IC 95 %)
	Présence	Sous-déclaration dans la BDCP		
Ensemble des interventions dans les données de l'étude*	1 799,4	156,8	1 956,2	92,0 (90,3-93,7)

Remarques

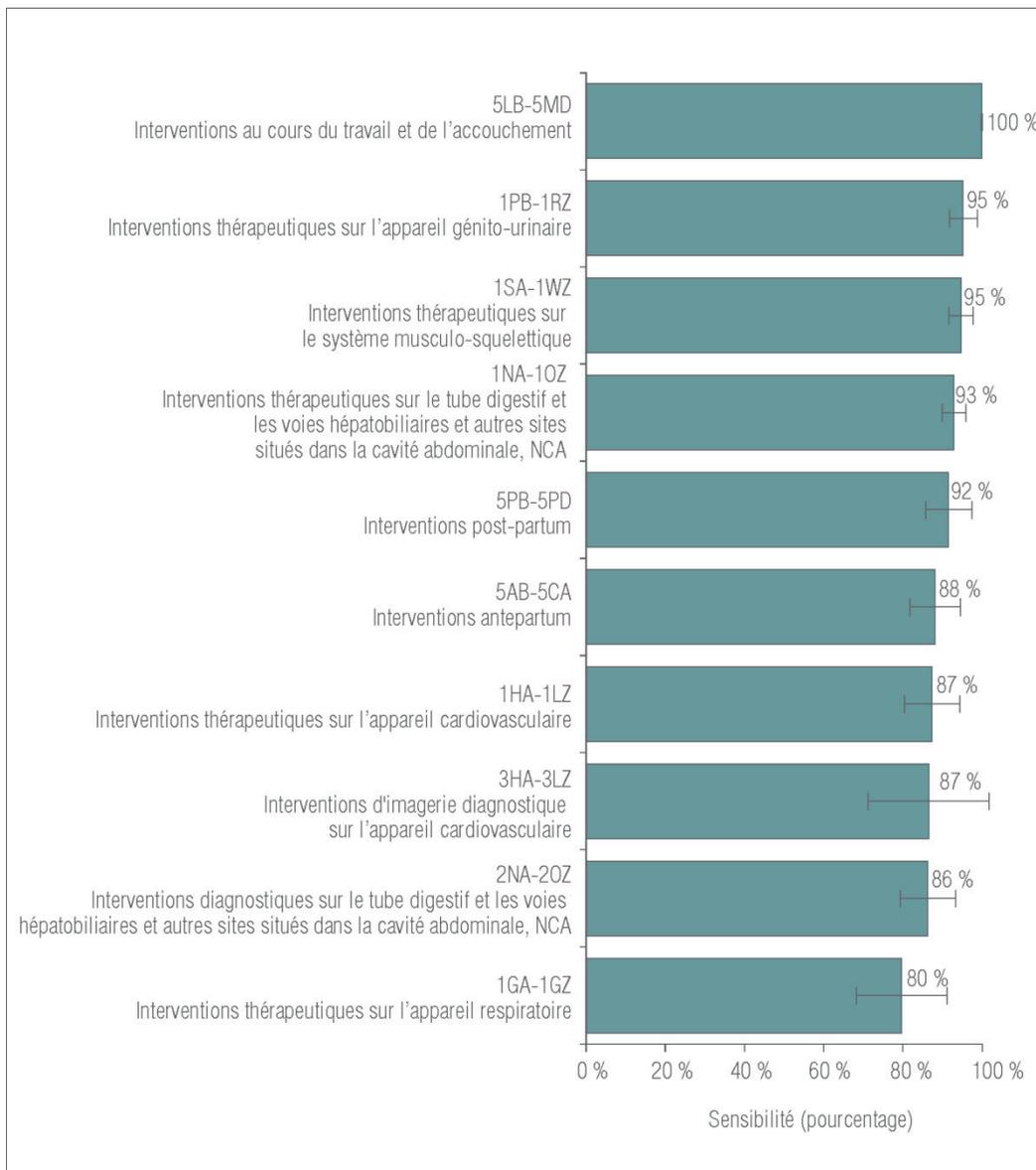
IC : intervalle de confiance.

* Ne comprend que les interventions dont la déclaration est obligatoire selon les Normes canadiennes de codification de 2007 ou celles qui influent sur l'attribution du GMA+. Notez que les variations provinciales et territoriales quant aux éléments de codification obligatoires n'ont pas été prises en compte (par exemple, la déclaration des tomodensitométries est obligatoire uniquement en Ontario)⁴.

On a répété cette analyse pour certains blocs d'interventions de la CCI lorsque l'échantillon était suffisamment important. On a ainsi observé que les interventions thérapeutiques sur l'appareil respiratoire (1GA à 1GZ) étaient légèrement plus susceptibles d'être sous-déclarées dans la BDCP. Plus précisément, dans environ 20 % des cas, ces interventions avaient été relevées lors de l'examen des dossiers, mais n'avaient pas été déclarées dans la BDCP. La figure 2 illustre ces résultats.

Figure 2

Fréquence à laquelle les interventions relevées lors de l'examen des dossiers étaient également présentes dans la BDCP*



Remarques

NCA : non classé ailleurs.

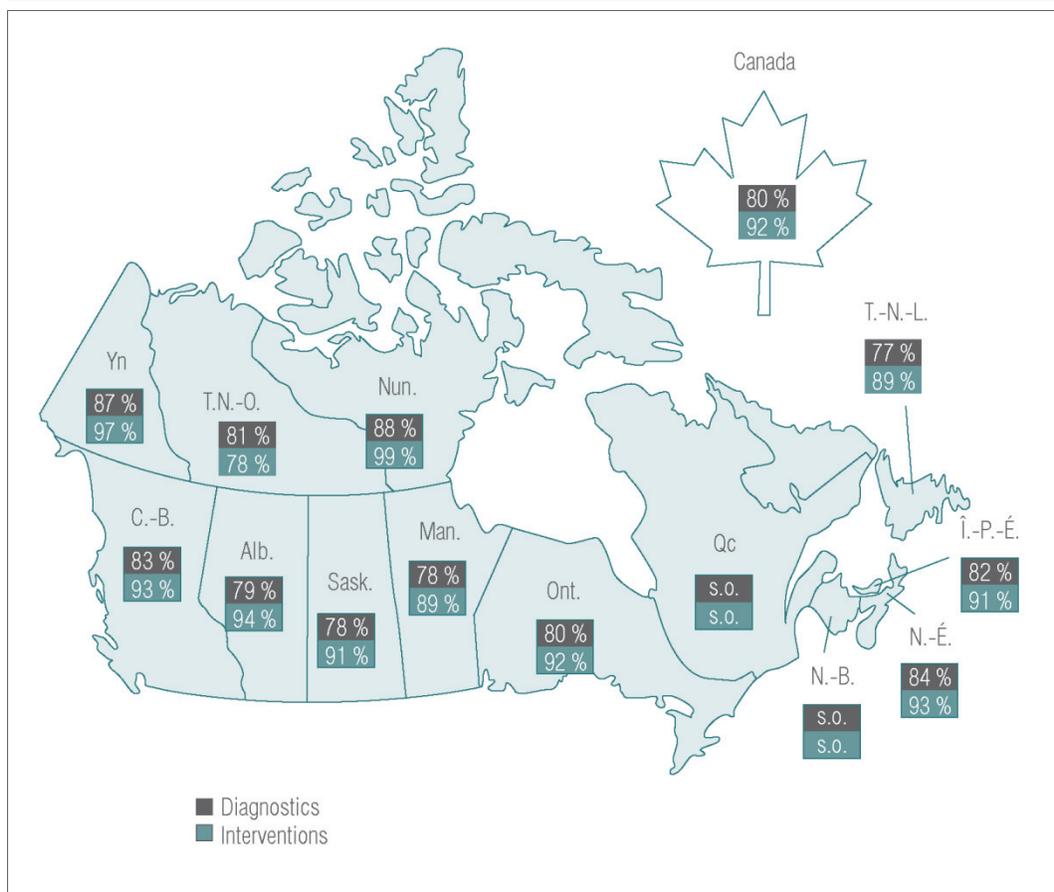
* Pour être inclus dans l'analyse, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 500 occurrences du code d'intervention dans les données de seconde saisie. Un seuil plus faible était permis pour les interventions ayant un volume plus faible dans l'échantillon de l'étude. Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

3.1.3 Intégralité de la déclaration des diagnostics et des interventions, par province ou territoire

Les résultats provinciaux et territoriaux sur l'intégralité de la déclaration des données cliniques dans la BDCP ont été examinés afin de déterminer si les données de certaines régions étaient déclarées de façon plus complète que d'autres. Cette analyse a révélé qu'il existait peu de différences régionales quant à l'intégralité de la déclaration des données cliniques; la seule exception est le degré de sous-déclaration des interventions dans les Territoires du Nord-Ouest. La figure 3 illustre ces résultats.

Figure 3

Fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions* relevés lors de l'examen des dossiers étaient également présents dans la BDCP, par province ou territoire



Remarques

s.o. : sans objet.

* Voir les remarques des tableaux 4 et 6 pour connaître les diagnostics et les interventions inclus dans cette analyse.

3.1.4 Changements à l'intégralité de la déclaration des diagnostics et des interventions depuis 2005-2006

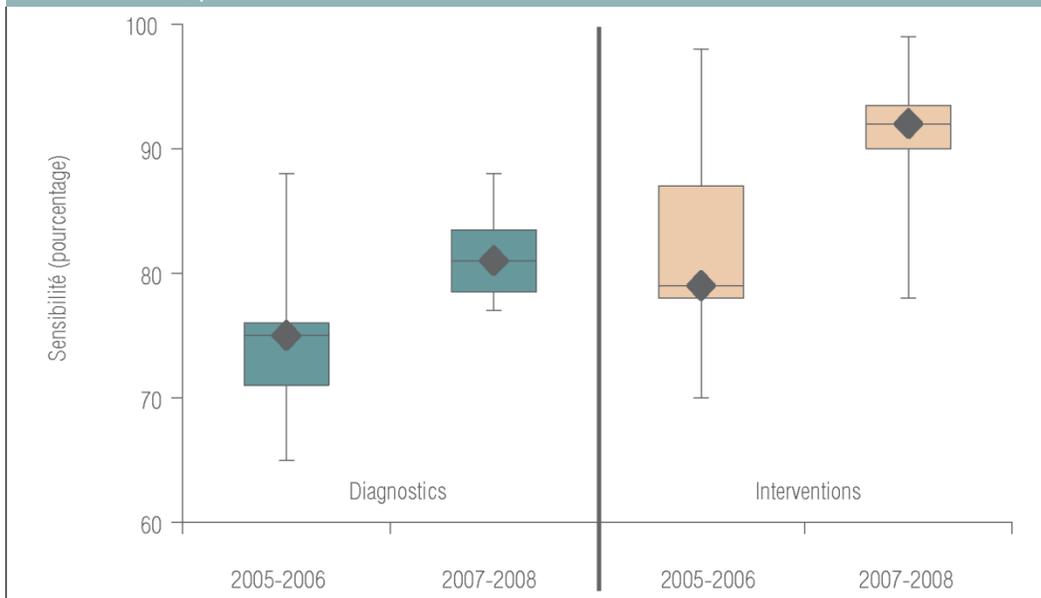
Les résultats provinciaux et territoriaux sur l'intégralité de la déclaration des données cliniques dans la BDCP en 2007-2008 ont été comparés à des statistiques similaires provenant des données 2005-2006^{vii}. La figure 4 utilise un diagramme des quartiles pour illustrer cette comparaison. Cette analyse a révélé que l'intégralité de la déclaration des diagnostics en 2007-2008 est demeurée cohérente dans toutes les régions et que les diagnostics étaient généralement déclarés plus intégralement qu'en 2005-2006. Par exemple, aucune province ou aucun territoire n'a obtenu des résultats particulièrement faibles en 2007-2008, contrairement à la période de déclaration antérieure. Des résultats semblables ont été obtenus pour les interventions.

Comment interpréter le diagramme des quartiles

- La **boîte** illustre l'étalement des résultats observés dans la moitié des provinces et des territoires, des 25^{es} aux 75^{es} percentiles.
- Les **moustaches** représentent les résultats provinciaux et territoriaux les plus élevés et les plus faibles.
- Le **losange** représente la province ou le territoire ayant obtenu les résultats médians.

Figure 4

Variation provinciale et territoriale quant à la fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions* relevés lors de l'examen des dossiers étaient également présents dans la BDCP, par année observée[†]



Remarques

- * Voir les remarques des tableaux 4 et 6 pour connaître les diagnostics et les interventions inclus dans cette analyse.
 † Les statistiques de 2005-2006 excluent le Québec, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; celles de 2007-2008 excluent le Nouveau-Brunswick et le Québec.

vii. Pour obtenir plus de détails sur les résultats propres à une région en 2005-2006, consultez l'*Étude la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006*².

3.2 Exactitude des données cliniques de la BDCP

Cette section examine l'*exactitude*³ des données de la BDCP en déterminant la fréquence à laquelle la documentation présente dans le dossier des patients appuie l'inclusion des diagnostics et des interventions à l'abrégé de la BDCP.

3.2.1 Exactitude des diagnostics déclarés dans la BDCP

Parmi les diagnostics déclarés dans la BDCP comme ayant une incidence sur la durée du séjour ou l'utilisation des ressources, l'information au dossier analysée lors de la seconde saisie appuyait dans 88 % des cas leur inclusion à titre de problème de santé significatif. Ce pourcentage correspond à la *valeur prédictive positive* (tableau 7). Ce résultat indique une possible surdéclaration dans la BDCP de 12 % des diagnostics significatifs. Une analyse portant sur des blocs de codes de diagnostics précis du même ordre que celle présentée à la section 3.1 a été effectuée. Toutefois, elle n'a pas donné lieu à des résultats intéressants. C'est pourquoi ils ne figurent pas dans le présent rapport.

Tableau 7

Comparaison des diagnostics des abrégés de la BDCP avec les diagnostics relevés lors de l'examen des dossiers

	Données de l'étude (en milliers)		Total dans la BDCP (en milliers)	Valeur prédictive positive (IC 95 %)
	Présence	Surdéclaration dans la BDCP		
Ensemble des diagnostics significatifs dans la BDCP*	3 665,6	509,4 [†]	4 175,0	87,8 (86,7-88,9)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

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

† Lors de la seconde saisie, ces diagnostics ont été codifiés comme absents ou bien comme n'ayant pas d'incidence significative sur la durée du séjour du patient ou l'utilisation des ressources (c'est-à-dire diagnostic de type 3).

i Pleins feux sur le diabète sucré

L'exactitude de la codification du diabète sucré est présentée dans le tableau 8. Cette analyse tient compte de toutes les hospitalisations des patients atteints de diabète sucré relevées dans la BDCP et les compare aux hospitalisations consignées par le second codificateur. Ces données n'ont pas souvent fait l'objet d'une surdéclaration dans la BDCP; il est plus souvent arrivé qu'on sous-estime l'importance du diabète ou qu'on omette de signaler une hyperglycémie consignée dans le dossier d'un patient.

Tableau 8

Comparaison des hospitalisations des patients atteints de diabète sucré relevées dans la BDCP avec les données obtenues lors de l'examen des dossiers

	Données de l'étude				
	Nombre d'hospitalisations dans les données de la BDCP (en milliers)	Incidence sur le séjour du patient et présence d'hyperglycémie	Incidence sur le séjour du patient et absence d'hyperglycémie	Aucune incidence sur le séjour du patient (surdéclaration)	Absence (surdéclaration)
Hospitalisations des patients atteints de diabète sucré* dans les données de la BDCP					
Incidence sur le séjour du patient (types M, 1, 2, W, X, Y) et présence d'hyperglycémie†	75,9	95 %	1 %	4 %	0 %
Incidence sur le séjour du patient (types M, 1, 2, W, X, Y) et absence d'hyperglycémie	42,8	13 %	73 %	11 %	3 %
Aucune incidence sur le séjour du patient (type 3)	106,2	10 %	9 %	77 %	4 %

Remarques

* Hospitalisations accompagnées des codes E10 à E14 de la CIM-10-CA et autres codes dont les titres comportent le mot diabète, comme le code O24 — *Diabète sucré au cours de la grossesse*.

† Hospitalisations dont la glycémie du patient était d'au moins 14 mmol/L, ce qui indique la présence d'hyperglycémie, et s'accompagnant d'un autre code de la CIM-10-CA (soit R73.802, soit R73.812) dans l'abrégié de la BDCP.

3.2.2 Exactitude des interventions déclarées dans la BDCP

Les interventions déclarées dans la BDCP étaient appuyées par de l'information repérée dans le dossier par les seconds codificateurs dans 94 % des cas (tableau 9). Cette valeur prédictive positive indique une possible surdéclaration de 6 % des interventions dans la BDCP, puisqu'aucune information à l'appui de leur inclusion à l'abrégé de la BDCP n'a été repérée lors de l'examen des dossiers. Une analyse portant sur des blocs de codes d'interventions précis du même ordre que celle présentée à la section 3.1 a été effectuée. Toutefois, elle n'a pas donné lieu à des résultats intéressants. C'est pourquoi ils ne figurent pas dans le présent rapport.

Tableau 9

Comparaison des interventions des abrégés de la BDCP avec les interventions relevées lors de l'examen des dossiers

	Données de l'étude (en milliers)		Total dans la BDCP (en milliers)	Valeur prédictive positive (IC 95 %)
	Présence	Surdéclaration dans la BDCP		
Ensemble des interventions de la BDCP*	1 799,4	113,1	1 912,5	94,1 (90,5-97,7)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

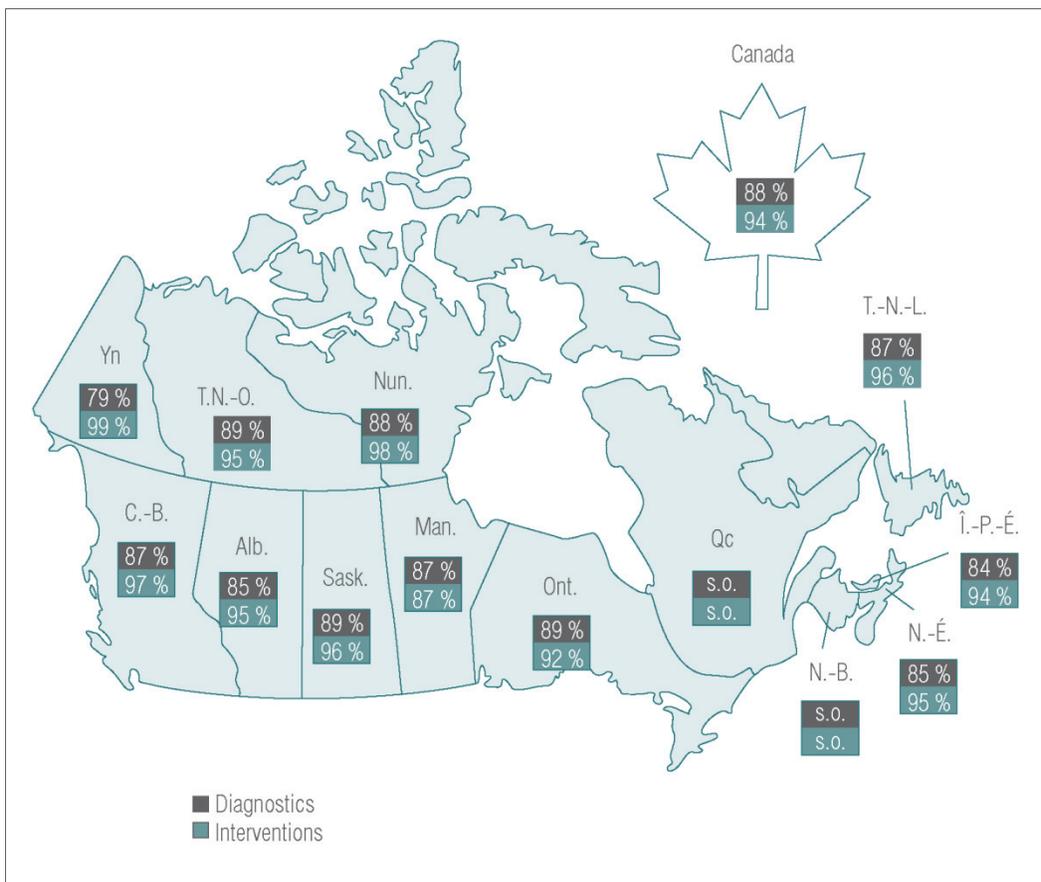
* Voir la remarque du tableau 6 pour connaître les interventions incluses dans cette analyse.

3.2.3 Exactitude des diagnostics et des interventions déclarés dans la BDCP, par province ou territoire

Les résultats provinciaux et territoriaux sur l'exactitude de la déclaration des données cliniques dans la BDCP ont été examinés afin de déterminer si les données de certaines régions étaient déclarées de façon plus fiable que d'autres. Cette analyse a révélé qu'il existait peu de différences régionales quant à l'exactitude de la déclaration des données cliniques, à l'exception du Yukon où le degré de surdéclaration des diagnostics est plus élevé que les autres régions. La figure 5 illustre ces résultats.

Figure 5

Fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions* déclarés dans la BDCP ont été confirmés lors de l'examen des dossiers, par province ou territoire



Remarques

s.o. : sans objet.

* Voir les remarques des tableaux 4 et 6 pour connaître les diagnostics et les interventions inclus dans cette analyse.

3.2.4 Changements à l'exactitude de la déclaration des diagnostics et des interventions déclarés dans la BDCP depuis 2005-2006

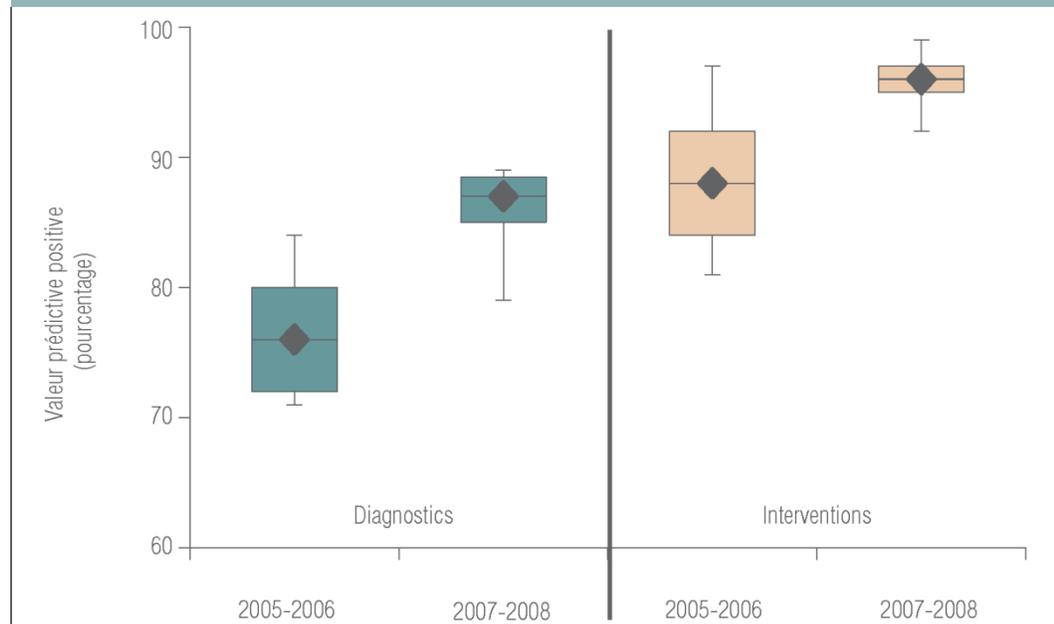
Les résultats provinciaux et territoriaux sur l'exactitude de la déclaration des données cliniques dans la BDCP en 2007-2008 ont été comparés à des statistiques similaires provenant des données de 2005-2006^{viii}. La figure 6 utilise un diagramme des quartiles pour illustrer cette comparaison. Cette analyse a révélé que l'exactitude de la déclaration des diagnostics en 2007-2008 est demeurée cohérente dans toutes les régions et que les diagnostics étaient généralement déclarés avec une plus grande exactitude qu'ils ne l'étaient en 2005-2006. Les interventions étaient également déclarées de façon plus intégrale en 2007-2008 qu'en 2005-2006.

Comment interpréter le diagramme des quartiles

- La **boîte** illustre l'étalement des résultats observés dans la moitié des provinces et des territoires, des 25^{es} aux 75^{es} percentiles.
- Les **moustaches** représentent les résultats provinciaux et territoriaux les plus élevés et les plus faibles.
- Le **losange** représente la province ou le territoire ayant obtenu les résultats médians.

Figure 6

Variation provinciale et territoriale quant à la fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions* soumis à la BDCP ont été validés lors de l'examen des dossiers[†]



Remarques

* Voir les remarques des tableaux 4 et 6 pour connaître les diagnostics et les interventions inclus dans cette analyse.

† Les statistiques de 2005-2006 excluent le Québec, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; celles de 2007-2008 excluent le Nouveau-Brunswick et le Québec.

viii. Pour obtenir plus de détails sur les résultats propres à une région en 2005-2006, consultez l'*Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006*².

3.3 Cohérence de la codification des diagnostics et des interventions

Cette section se penche sur le degré de cohérence de la classification des diagnostics et des interventions à l'aide de la CIM-10-CA et de la CCI, respectivement. Aux fins d'évaluation de la cohérence, l'évaluation ne porte que sur les diagnostics significatifs et les interventions déclarés dans la BDCP dont l'examen des dossiers a confirmé la présence.

3.3.1 Codification des diagnostics à l'aide de la CIM-10-CA

Les codes de la CIM-10-CA décrivent principalement un problème de santé donné et le système ou l'appareil corporel touché. Ces codes sont indexés dans la CIM-10-CA par catégories, par blocs et par chapitres^{ix}. À l'aide de ces regroupements, on a comparé les codes déclarés dans la BDCP à ceux relevés par les seconds codificateurs. Cette comparaison a révélé une concordance parfaite des codes de la CIM-10-CA dans 87 % des cas de diagnostics significatifs, et une concordance avec la catégorie de codes pour 95 % des diagnostics significatifs (tableau 10). Autrement dit, la BDCP est fiable dans la description générale des maladies et des problèmes de santé vécus dans les établissements de soins de courte durée au Canada, mais le niveau de précision de la description des maladies est souvent inférieur à celui de la catégorie des codes de la CIM-10-CA.

Tableau 10

Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA pour les diagnostics significatifs*

	Taux de concordance (IC 95 %)
Code de la CIM-10-CA, format A.NN.NN	86,8 (85,1-88,4)
Catégorie de la CIM-10-CA, format A.NN	95,3 (94,4-96,1)
Bloc de la CIM-10-CA, intervalle des catégories de la CIM-10-CA (p.ex. A.NN ₁ à A.NN ₂)	97,6 (97,0-98,1)
Chapitre de la CIM-10-CA, regroupement de blocs de la CIM-10-CA	98,9 (98,6-99,2)

Remarques

A : caractère alphabétique; N : caractère numérique; IC : intervalle de confiance.

* Voir la remarque du tableau 4 pour connaître les diagnostics inclus dans cette analyse. Seuls les diagnostics codifiés en tant que diagnostics significatifs dans la BDCP et confirmés comme tels par le second codificateur sont compris dans cette analyse.

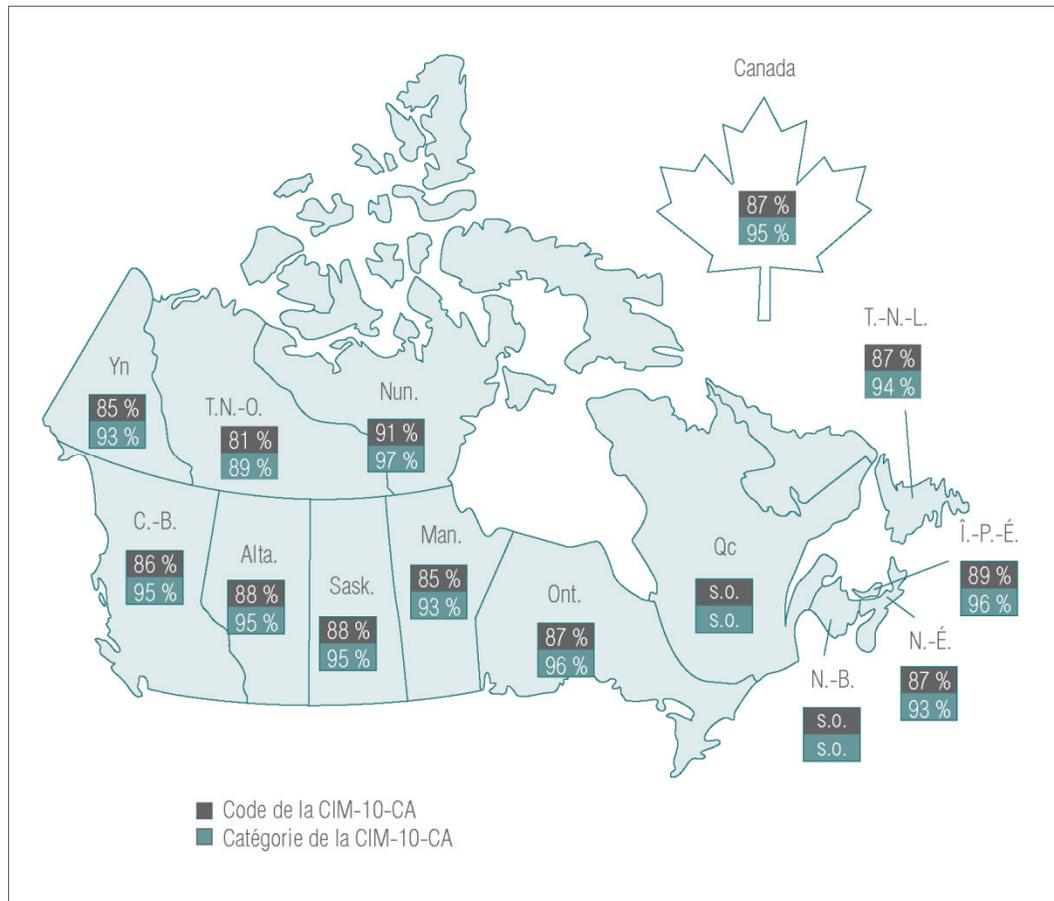
ix. Par exemple, la thyroïdite auto-immune (code E06.3) est un type de thyroïdite (catégorie E06), qui est une maladie de la glande thyroïde (bloc E00 à E07), soit une maladie endocrine, nutritionnelle ou métabolique (chapitre E00 à E90).

3.3.2 Cohérence de la codification des diagnostics, par province ou territoire

La fiabilité des codes de la CIM-10-CA attribués aux diagnostics était élevée dans l'ensemble des provinces et des territoires, comme l'illustre la figure 7. Le plus faible taux de concordance a été observé dans les Territoires du Nord-Ouest (concordance de 81 %).

Figure 7

Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA pour les diagnostics significatifs*, par province ou territoire



Remarques

s.o. : sans objet.

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

3.3.3 Codification des interventions à l'aide de la CCI

Les interventions visant à traiter les problèmes de santé sont saisies à l'aide du système de classification CCI. Les codes de la CCI sont composés d'éléments qui décrivent le type d'intervention, le site anatomique, l'intervention pratiquée, l'approche ou la technique, l'appareil ou la méthode et le tissu dont il est question^x. Une correspondance exacte des codes de la CCI pour tous ces éléments a été observée pour 93 % des interventions, tandis qu'une correspondance des rubriques a été notée pour 97 % des interventions (tableau 10). Les rubriques de la CCI décrivent l'intervention réalisée et le site anatomique touché, mais elles ne portent pas sur l'approche, la technique, l'appareil, la méthode ou le tissu dont il est question.

Tableau 11
Taux de concordance des codes de la CCI pour les interventions*

	Taux de concordance (IC 95 %)
Code de la CCI, format N.AA.NN.AA-AA	92,9 (91,0-94,7)
Rubrique de la CCI, format N.AA.NN	96,6 (95,1-98,2)
Groupe de la CCI, format N.AA	97,8 (96,4-99,3)
Bloc de la CCI, intervalle des groupes de la CCI (p. ex. N.AA₁ à N.AA₂)	99,8 (99,7-99,9)

Remarques

A : caractère alphabétique; N : caractère numérique; IC : intervalle de confiance.

* Voir la remarque du tableau 6 pour connaître les interventions incluses dans cette analyse.

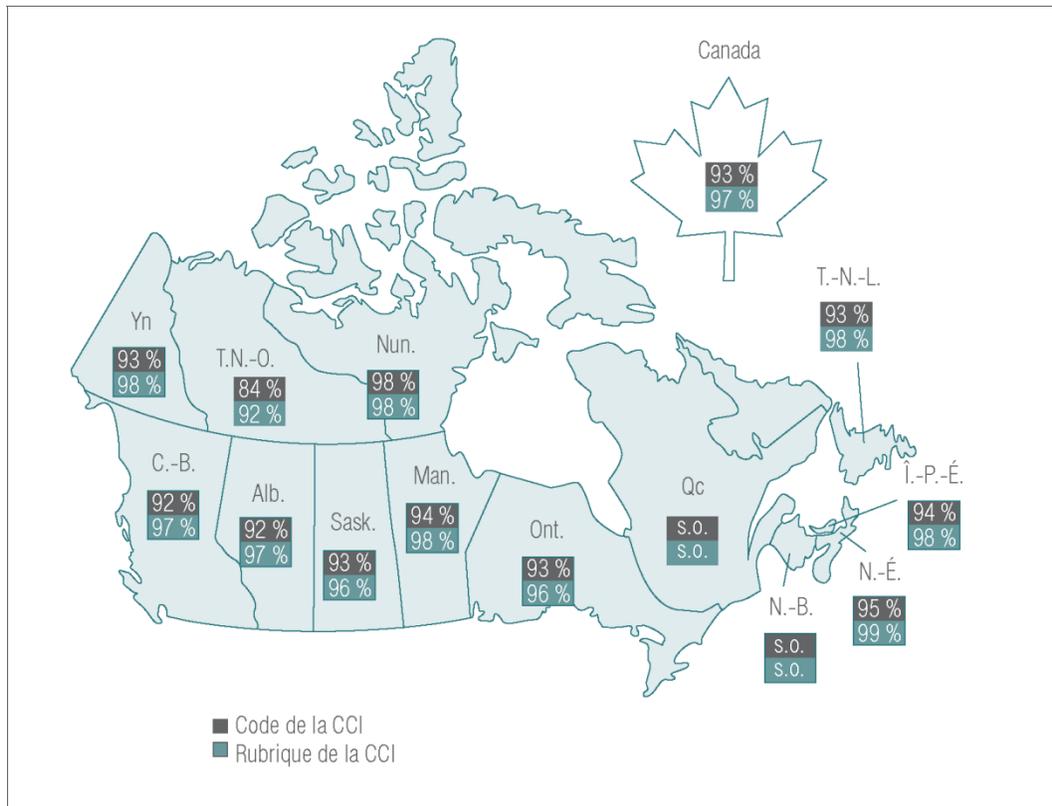
x. Par exemple, le code 1.DK.52.LA correspond à un drainage (52) de l'oreille moyenne (DK) à l'aide d'une approche ouverte (LA). La CCI se compose de huit sections; ce code appartient à la section 1, Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques. La rubrique correspondant à ce code est 1.DK.52, le groupe est 1.DK et le bloc est 1.DA à 1.DZ.

3.3.4 Cohérence de la codification des interventions, par province ou territoire

La concordance des codes de la CCI était élevée dans l'ensemble des régions à l'exception des Territoires du Nord-Ouest, où 84 % des interventions correspondaient parfaitement aux codes de la CCI (figure 8).

Figure 8

Taux de concordance des codes de la CCI pour les interventions*, par province ou territoire



Remarques

s.o. : sans objet.

* Voir la remarque du tableau 6 pour connaître les interventions incluses dans cette analyse.

3.3.5 Changements à la cohérence de la codification des diagnostics et des interventions depuis 2005-2006

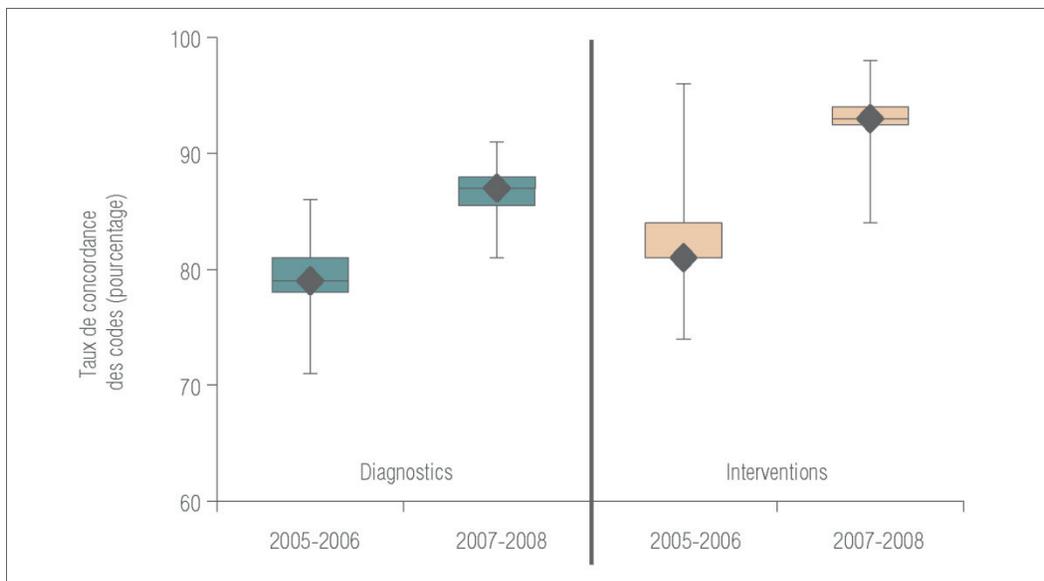
Les résultats provinciaux et territoriaux sur la cohérence de la codification des diagnostics et des interventions en 2007-2008 ont été comparés à des statistiques similaires provenant des données de 2005-2006^{xi}. La figure 9 utilise des tracés en diagramme des quartiles pour illustrer cette comparaison. Cette analyse a révélé qu'il existait peu de différences régionales quant à la cohérence des codes attribués aux diagnostics et aux interventions en 2007-2008. En outre, les données étaient déclarées de façon plus fiable en 2007-2008 qu'elles ne l'étaient en 2005-2006.

Comment interpréter le diagramme des quartiles

- La **boîte** illustre l'étalement des résultats observés dans la moitié des provinces et des territoires, des 25^{es} aux 75^{es} percentiles.
- Les **moustaches** représentent les résultats provinciaux et territoriaux les plus élevés et les plus faibles.
- Le **losange** représente la province ou le territoire ayant obtenu les résultats médians.

Figure 9

Variation provinciale et territoriale des taux de concordance de la CIM-10-CA et de la CCI pour les diagnostics et les interventions*, par année observée[†]



Remarques

* Voir les remarques des tableaux 4 et 6 pour connaître les diagnostics et les interventions inclus dans cette analyse.

† Les statistiques de 2005-2006 excluent le Québec, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; celles de 2007-2008 excluent le Nouveau-Brunswick et le Québec.

xi. Pour obtenir plus de détails sur les résultats propres à une région en 2005-2006, consultez l'Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006².

3.4 Cohérence du typage des diagnostics et de l'attribution du caractère significatif

Dans l'abrége de la BDCP, chaque code de la CIM-10-CA est accompagné d'un type de diagnostic. Ce dernier sert à indiquer le lien entre le diagnostic et le séjour du patient à l'hôpital selon la documentation fournie par le médecin⁵. Le typage des diagnostics est un élément important de l'abrége de la BDCP : il sert à distinguer les problèmes de santé qui influent sur la durée du séjour ou l'utilisation des ressources, également appelés diagnostics significatifs. Ces derniers comprennent le diagnostic principal (type M), les diagnostics principaux indirects (type 6), les comorbidités avant l'admission (type 1), les comorbidités après l'admission (type 2) et les diagnostics de transfert de service (type W, X ou Y).

Le tableau 12 présente les constatations d'une étude sur la fiabilité du typage des diagnostics pour les problèmes de santé déclarés significatifs dans la BDCP. Selon cette étude, 81 % des diagnostics significatifs déclarés dans la BDCP étaient appuyés par la documentation des médecins. À la suite de l'examen des dossiers, 7 % des diagnostics ont changé de type, mais ont conservé leur caractère significatif. Pour ce qui est du 12 % restant, les seconds codificateurs n'ont pas été en mesure de repérer la documentation qui appuyait l'attribution du caractère significatif au diagnostic ou n'ont trouvé aucune mention du diagnostic dans le dossier.

Tableau 12

Taux de concordance relatifs au typage des diagnostics et à l'attribution du caractère significatif

	Volume (en milliers)	Taux de concordance (IC 95 %)		Taux de non- concordance (IC 95 %)
		Type de diagnostic	Attribution du caractère significatif	Seconde saisie en tant que diagnostic secondaire ou aucune seconde saisie
Diagnostic principal (type M)	2 217,9	87,9 (86,4-89,4)	94,3 (93,3-95,4)	5,7 (4,7-6,7)
Diagnostic principal indirect (type 6)*	20,5	82,3 (66,2-98,4)	82,7 (66,7-98,7)	17,3 (1,3-33,3)
Comorbidité (type 1 ou 2)†	1 879,9	72,0 (69,5-74,5)	80,4 (78,3-82,4)	19,6 (17,6-21,7)
<i>Comorbidité avant l'admission (1)</i>	1 650,2	72,5 (69,7-75,2)	80,4 (78,1-82,7)	19,6 (17,3-21,9)
<i>Comorbidité après l'admission (2)</i>	229,8	68,5 (64,4-72,5)	80,2 (77,0-83,3)	19,8 (16,7-23,0)
Diagnostic de transfert de service (type W, X ou Y)‡	56,7	72,5 (63,4-81,6)	81,4 (73,0-89,9)	18,6 (10,1-27,0)
Tous les diagnostics significatifs	4 175,0	80,5 (78,9-82,1)	87,8 (86,7-88,9)	12,2 (11,1-13,3)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Les diagnostics de type 6 sont attribués aux manifestations qui correspondent à la définition d'un diagnostic principal.

† Les comparaisons entre le type 1 et le type 2 ne sont pas considérées comme une concordance, car la définition des types diffère.

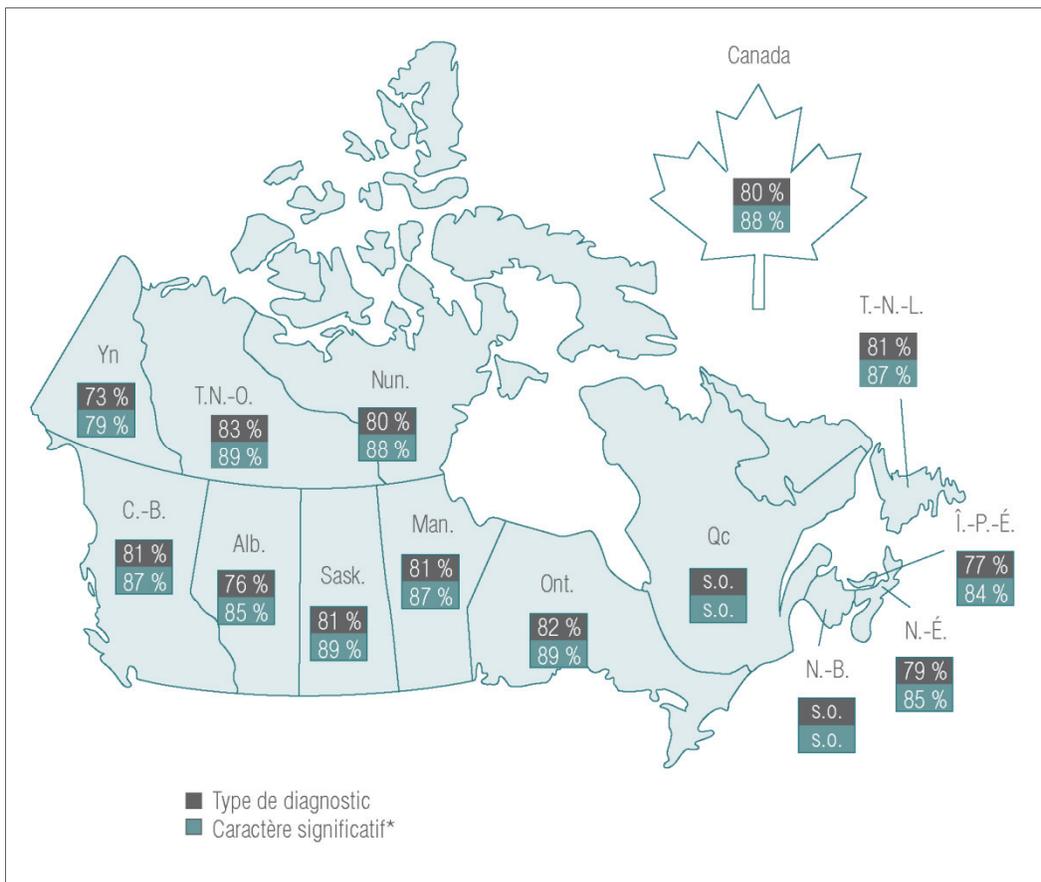
‡ Les comparaisons des types W, X et Y sont considérées comme une concordance de typage de diagnostics, car ces trois types possèdent la même définition.

3.4.1 Cohérence du typage des diagnostics et de l'attribution du caractère significatif, par province ou territoire

La figure 10 illustre les résultats régionaux concernant le typage des diagnostics et l'attribution du caractère significatif. Les provinces et les territoires présentent des résultats similaires, à l'exception du Yukon où les taux de concordance sont légèrement plus faibles.

Figure 10

Taux de concordance relatifs au typage des diagnostics et à l'attribution du caractère significatif, par province ou territoire



Remarques

s.o. : sans objet.

* Ces pourcentages correspondent également à la valeur prédictive positive des diagnostics significatifs (voir figure 7).

3.4.2 Changements à la cohérence du typage des diagnostics depuis 2005-2006

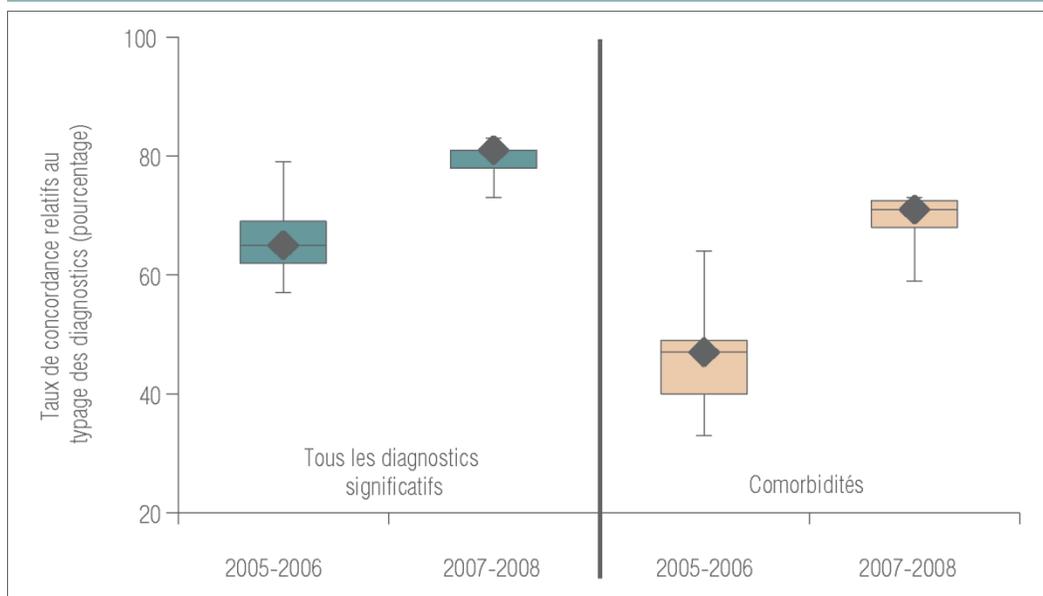
Les résultats provinciaux et territoriaux sur la cohérence du typage des diagnostics en 2007-2008 ont été examinés et comparés à des statistiques similaires provenant d'une étude préalable de seconde saisie sur les données 2005-2006 de la BDCP^{xii}. La figure 11 illustre cette comparaison. La fiabilité du typage de diagnostics s'est améliorée depuis 2005-2006 pour tous les types; le typage des comorbidités avant et après l'admission a connu l'amélioration la plus marquée. Cette analyse a également relevé qu'en 2007-2008, toutes les régions présentaient une fiabilité similaire en matière de typage des diagnostics, contrairement aux résultats de la précédente année observée.

Comment interpréter le diagramme des quartiles

- La **boîte** illustre l'étalement des résultats observés dans la moitié des provinces et des territoires, des 25^{es} aux 75^{es} percentiles.
- Les **moustaches** représentent les résultats provinciaux et territoriaux les plus élevés et les plus faibles.
- Le **losange** représente la province ou le territoire ayant obtenu les résultats médians.

Figure 11

Variation provinciale et territoriale des taux de concordance relatifs au typage des diagnostics*, par année observée[†]



Remarques

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

† Les statistiques de 2005-2006 excluent le Québec, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; celles de 2007-2008 excluent le Nouveau-Brunswick et le Québec.

xii. Pour obtenir plus de détails sur les résultats propres à une région en 2005-2006, consultez l'*Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006*².

i Pleins feux sur l'importance de la déclaration des comorbidités

Les comorbidités sont des problèmes de santé autres que ceux liés au diagnostic principal qui jouent un rôle important dans les soins fournis et les ressources utilisées au cours du séjour d'un patient à l'hôpital. En incluant les comorbidités sur l'abrégié de la BDCP, on obtient une source d'information sur la santé encore plus riche. Plus précisément, les comorbidités permettent de dresser un portrait plus complet du séjour à l'hôpital et de mieux comprendre les différences en matière de résultats en santé ou d'utilisation des ressources. La valeur de la déclaration des comorbidités est illustrée par la méthodologie des groupes de maladies analogues de l'ICIS, où les comorbidités permettent de calculer plus précisément les indicateurs de ressources et les durées prévues du séjour.

Le typage des diagnostics pour les comorbidités exige que les codificateurs appliquent la définition de *caractère significatif*. Dans les *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et la CCI, 2007*, l'ICIS définit la comorbidité ainsi :

« Une comorbidité est une condition qui coexiste au moment de l'admission (type 1) ou qui apparaît après l'admission (type 2) et qui présente au moins l'une des caractéristiques suivantes :

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

Afin de déterminer l'importance d'une condition, les notes du médecin (ou du dispensateur responsable) doivent préciser qu'elle exigeait au moins l'un des éléments suivants :

- une consultation pour évaluer une condition non diagnostiquée auparavant;
- une consultation pour évaluer une condition diagnostiquée auparavant pour laquelle un nouveau traitement, ou un traitement modifié, est recommandé ou entrepris (exclut l'évaluation anesthésique préopératoire);
- une intervention thérapeutique dont le numéro du code est égal ou supérieur à 50 dans la section 1 de la CCI;
- une intervention thérapeutique de la liste Interventions signalées de l'annexe B (reportez-vous également à la norme de codification Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP);
- une intervention diagnostique, une inspection ou une biopsie, dont le code correspond à la section 2 de la CCI;
- la prolongation de la durée du séjour d'au moins 24 heures.

Pour être classés en tant que comorbidités, les diagnostics doivent être appuyés par la documentation fournie par le médecin (ou le dispensateur responsable) selon les conditions indiquées plus haut. Cependant, les notes des infirmières, les rapports de pathologie, les résultats d'analyse de laboratoire, les rapports d'autopsie, les profils pharmaceutiques, les examens radiologiques, les examens par imagerie nucléaire et les autres examens similaires sont tous des outils utiles pour la sélection du code de diagnostic approprié et précis.

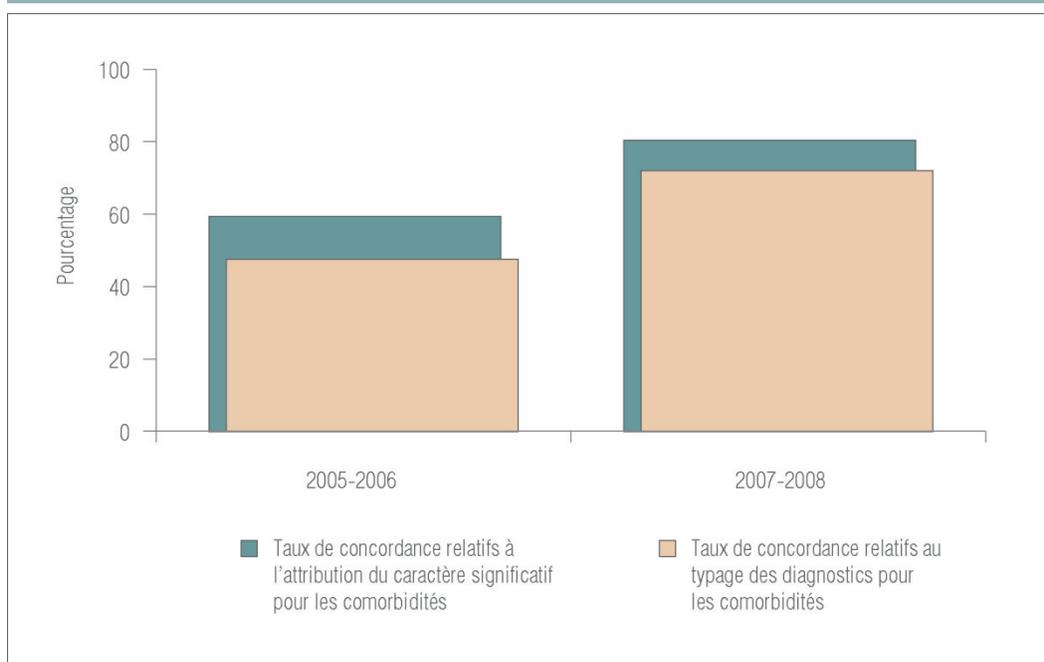
Les conditions consignées dans ces rapports peuvent être enregistrées comme diagnostics de type (3), lorsque la documentation du médecin n'appuie pas la saisie de la condition comme une comorbidité⁵. »

Par le passé, les études de seconde saisie de la BDCP ont démontré que la cause la plus courante des divergences du typage des diagnostics était étroitement liée aux incohérences dans l'application de la définition du caractère significatif. Depuis que cette cause est connue, la définition présentée dans les Normes canadiennes de codification a subi d'importantes modifications. Les codificateurs ont donc accès à des directives plus claires sur l'application du caractère significatif aux problèmes de santé documentés par les médecins.

La présente étude a révélé des améliorations dans la déclaration des comorbidités (figure 12), ce qui la rend encore plus pertinente pour ses nombreuses utilisations prévues. Il sera nécessaire de continuer à surveiller la qualité de la déclaration des comorbidités pour les chercheurs et les décideurs afin que les décisions en matière de planification de la gestion et de répartition des ressources dans le domaine de la santé soient fondées sur des données précises, particulièrement au moment où les provinces et les territoires adopteront différents modèles de financement.

Figure 12

Taux de concordance relatifs au typage des diagnostics et à l'attribution du caractère significatif pour les comorbidités en 2005-2006 et 2007-2008*



Remarque

* Les statistiques de 2005-2006 excluent le Québec, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; celles de 2007-2008 excluent le Nouveau-Brunswick et le Québec.

3.5 Fiabilité du diagnostic principal

Cette section est consacrée à la fiabilité des codes de la CIM-10-CA qui correspondent au diagnostic principal attribué aux patients. Pour qu'il y ait concordance, le second codificateur a d'abord dû confirmer la présence du problème de santé, puis être d'accord avec le code de la CIM-10-CA et le type de diagnostics attribués qui classaient le problème de santé comme diagnostic principal (celui qui motive le séjour du patient à l'hôpital). Les codes de la CIM-10-CA pour le diagnostic principal concordait dans 75 % de toutes les hospitalisations en soins de courte durée déclarées dans la BDCP, tandis que le taux de concordance de la catégorie de codes était de 84 % (tableau 13).

Tableau 13

Taux de concordance des codes de la CIM-10-CA pour le diagnostic principal*

	Taux de concordance (IC 95 %)
Code de la CIM-10-CA, format A.NN.NN	74,9 (72,3-77,6)
Catégorie de la CIM-10-CA, format A.NN	84,1 (82,2-86,0)
Bloc de la CIM-10-CA, intervalle des catégories de la CIM-10-CA (p. ex. A.NN₁ à A.NN₂)	88,2 (86,7-89,7)
Chapitre de la CIM-10-CA, regroupement de blocs de la CIM-10-CA	92,7 (91,5-93,8)

Remarques

A : caractère alphabétique; N : caractère numérique; IC : intervalle de confiance.

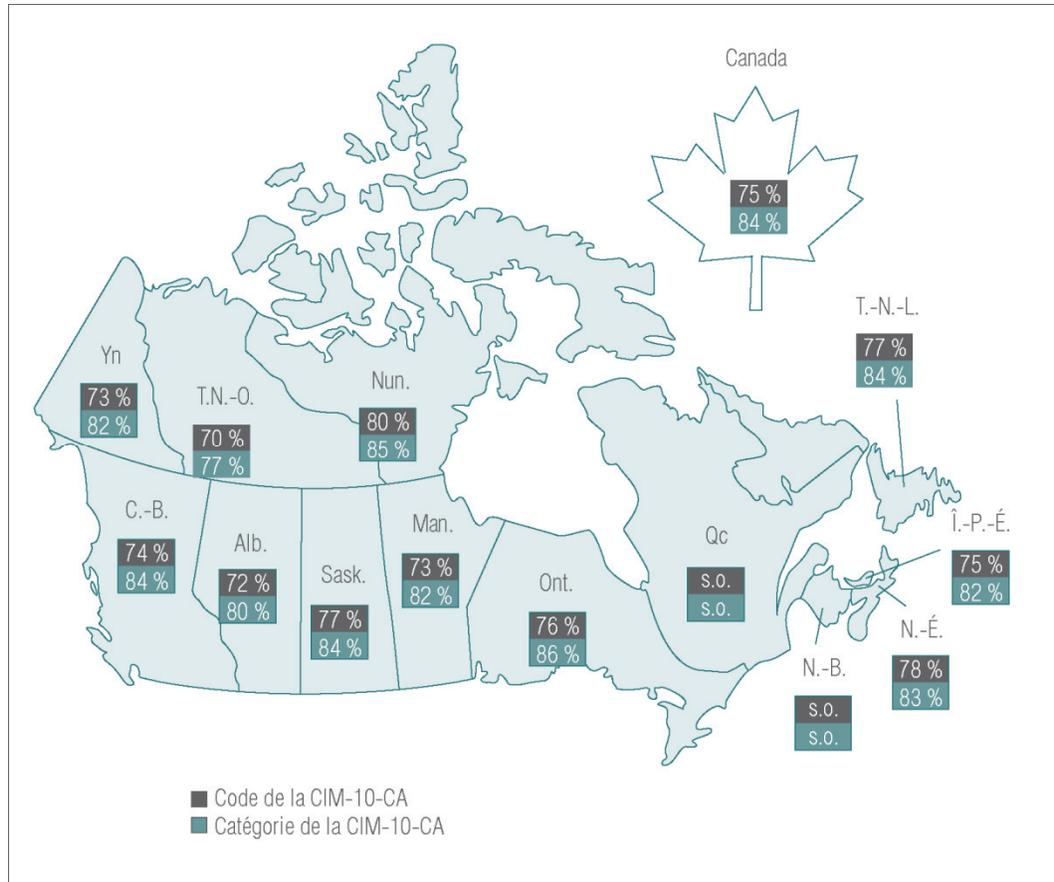
* Dans le cas des hospitalisations de patients pour lesquelles un diagnostic principal indirect (type 6) avait été codifié, le code de la CIM-10-CA attribué au problème de type 6 a été utilisé pour faire la comparaison.

3.5.1 Fiabilité du diagnostic principal, par province ou territoire

La fiabilité du code de diagnostic principal était élevée dans toutes les régions, comme l'illustre la figure 13. La concordance de la classification du diagnostic principal selon la catégorie de codes était supérieure à 80 % dans toutes les provinces et dans deux des trois territoires.

Figure 13

Taux de concordance du diagnostic principal, par province ou territoire



Remarque

s.o. : sans objet.

3.5.2 Changements à la fiabilité du diagnostic principal depuis 2005-2006

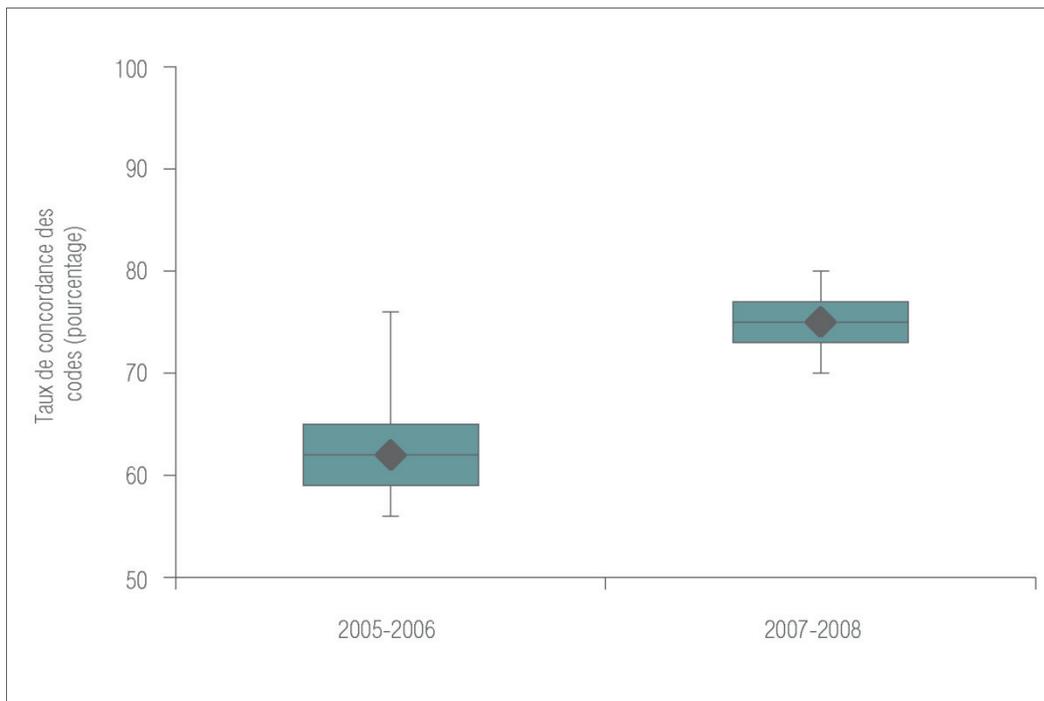
Les résultats provinciaux et territoriaux pour la fiabilité du diagnostic principal en 2007-2008 ont été examinés et comparés à des statistiques similaires provenant des données 2005-2006 de la BDCP^{xiii}. La figure 14 illustre cette comparaison. Cette analyse a révélé que le diagnostic principal du patient a été déclaré de façon plus fiable en 2007-2008 qu'en 2005-2006.

Comment interpréter le diagramme des quartiles

- La **boîte** illustre l'étalement des résultats observés dans la moitié des provinces et des territoires, des 25^{es} aux 75^{es} percentiles.
- Les **moustaches** représentent les résultats provinciaux et territoriaux les plus élevés et les plus faibles.
- Le **losange** représente la province ou le territoire ayant obtenu les résultats médians.

Figure 14

Variation provinciale et territoriale des taux de concordance du diagnostic principal, par année observée*



Remarque

* Les statistiques de 2005-2006 excluent le Québec, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; celles de 2007-2008 excluent le Nouveau-Brunswick et le Québec.

xiii. Pour obtenir plus de détails sur les résultats propres à une région en 2005-2006, consultez l'Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006².

3.6 Fiabilité des données non cliniques déclarées dans la BDCP

Les données non cliniques étaient très fiables^{xiv}. L'examen des dossiers a confirmé les valeurs des éléments de données démographiques (p. ex. sexe et date de naissance) figurant dans la BDCP. Les données concernant les admissions et les sorties (p. ex. catégorie d'admission) et les numéros d'établissement des patients transférés concordaient parfaitement ou presque entièrement. Seule exception à cette fiabilité élevée de la codification des éléments de données non cliniques : la consignation des temps d'attente des patients admis à partir du service d'urgence.

3.7 Résumé des constatations sur la qualité des données de la BDCP

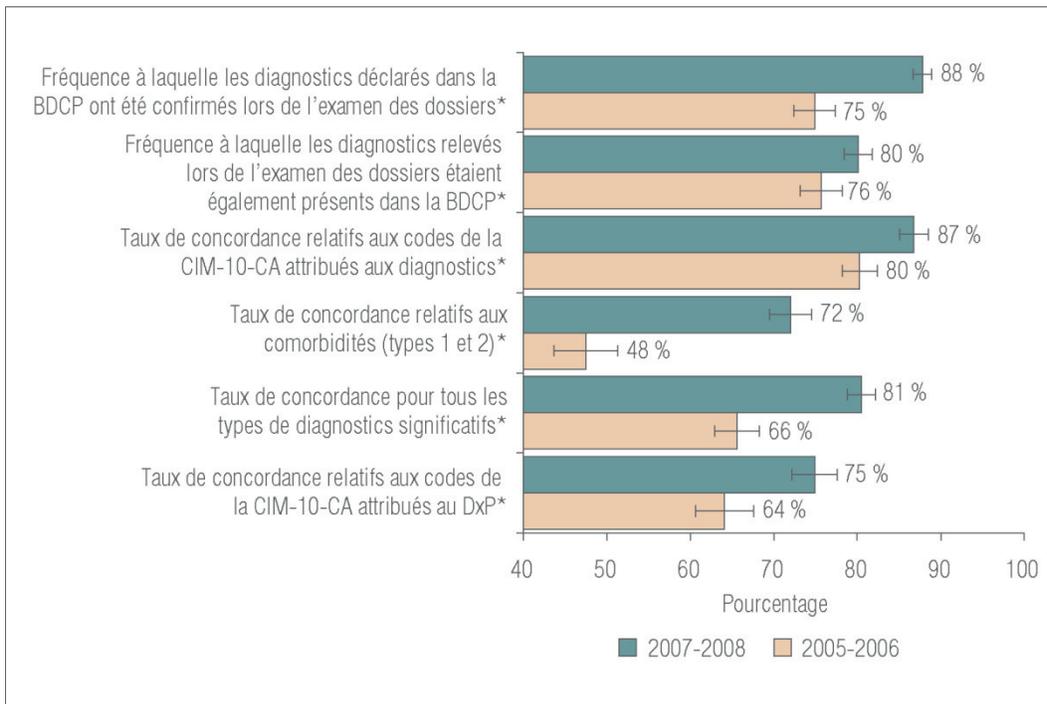
Le présent chapitre illustre les nombreux secteurs où la qualité de la codification des diagnostics et des interventions dans la BDCP s'est améliorée pour les données soumises en 2007-2008 par rapport à celles soumises en 2005-2006.

La qualité de la codification des principaux diagnostics et l'attribution des types de diagnostic ont connu les améliorations les plus marquées (figure 15). L'amélioration de la qualité du typage des diagnostics était principalement attribuable à une hausse du taux de concordance du typage des comorbidités (types 1 et 2), également illustrée dans la figure. Autre constatation importante : un plus grand nombre de codes de diagnostics initialement déclarés dans la BDCP, comme ils sont consignés dans les dossiers des patients, ont été confirmés par les seconds codificateurs. Toutes les améliorations observées en 2007-2008 sont statistiquement significatives.

^{xiv}. Les taux de concordance étaient les suivants : 100 % (durée du séjour dans un établissement de courte durée, date d'admission, jours NSA, date de naissance, date de naissance estimée, date de sortie, code d'entrée, sexe, numéro d'assurance-maladie, durée du séjour totale, poids en grammes); 99 % (état à la sortie, établissement de provenance, établissement de destination); 98 % (catégorie d'admission, âge gestationnel); 97 % (heure d'admission); 96 % (heure de sortie); 95 % (date de la sortie du patient de l'urgence); 92 % (heure de la sortie du patient de l'urgence).

Figure 15

Qualité de la codification des diagnostics dans la BDCP en 2005-2006 et 2007-2008



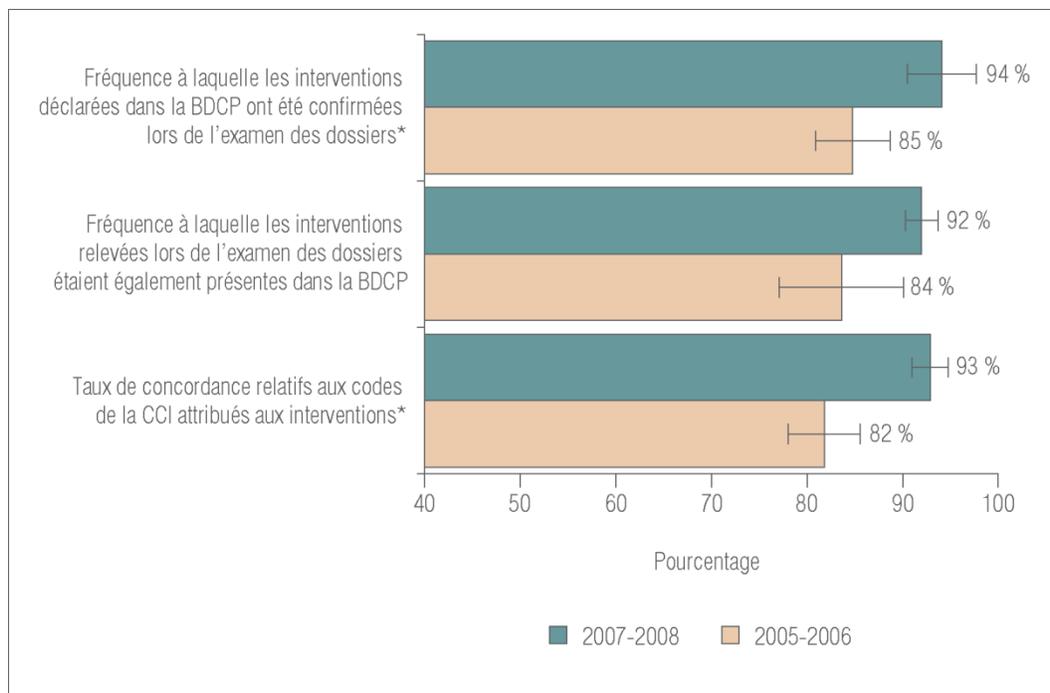
Remarque

* Un test Z bilatéral utilisé aux fins de comparaison de deux proportions indépendantes a dégagé des écarts statistiquement significatifs ($p < 0,05$) entre les résultats de 2005-2006 et ceux de 2007-2008. Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

En ce qui concerne les interventions, on a également relevé des améliorations dans les données de 2007-2008 (figure 16). En effet, le choix des codes de la CCI servant à décrire les interventions s'est fait avec plus de rigueur. De plus, la concordance d'autres interventions initialement entrées dans la BDCP, comme elles sont consignées dans les dossiers des patients, a été confirmée par les seconds codificateurs.

Figure 16

Qualité de la codification des interventions dans la BDCP en 2005-2006 et 2007-2008



Remarque

* Un test Z bilatéral utilisé aux fins de comparaison de deux proportions indépendantes a dégagé des divergences statistiquement significatives ($p < 0,05$) entre les résultats de 2005-2006 et ceux de 2007-2008. Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

Les tableaux 14 et 15 résument les résultats nationaux, provinciaux et territoriaux pour 2007-2008. Il est à noter que, dans certains cas, des provinces et des territoires ont affiché des résultats significativement différents de la moyenne nationale. Le vert pâle indique que les résultats provinciaux ou territoriaux sont supérieurs à la moyenne nationale et le vert foncé, que cet écart est significatif ($p < 0,05$). Le jaune pâle indique que les résultats provinciaux ou territoriaux sont inférieurs à la moyenne nationale et le jaune foncé, que cet écart est significatif ($p < 0,05$).

Tableau 14

Résumé des constatations sur la qualité de la codification des diagnostics significatifs en 2007-2008*

	Para- mètre	Valeur optimale	Can.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Intégralité (sensibilité) Diagnostics relevés lors de l'examen des dossiers et déclarés dans la BDCP	Pourcentage (IC 95 %)	100	80 (78-82)	77 (75-80)	82 (79-85)	84 (81-86)	80 (76-83)	78 (76-81)	78 (75-80)	79 (77-82)	83 (81-85)	87 (85-90)	81 (75-86)	88 (85-91)
Exactitude (valeur prédictive positive) Diagnostics dans la BDCP appuyés par la documentation lors de l'examen des dossiers	Pourcentage (IC 95 %)	100	88 (87-89)	87 (85-89)	84 (82-87)	85 (83-87)	89 (87-91)	87 (85-89)	89 (87-91)	85 (83-87)	87 (86-89)	79 (76-82)	89 (85-94)	88 (85-91)
Cohérence de la codification à l'aide de la CIM-10-CA Diagnostics significatifs pour lesquels le second codificateur était d'accord avec le code attribué														
Correspondance du code de la CIM-10-CA	Pourcentage (IC 95 %)	100	87 (85-88)	87 (85-89)	89 (87-92)	87 (85-89)	87 (84-90)	85 (83-87)	88 (86-90)	88 (85-90)	86 (84-88)	85 (82-87)	81 (75-87)	91 (88-94)
Correspondance de la catégorie de la CIM-10-CA	Pourcentage (IC 95 %)	100	95 (94-96)	94 (93-96)	96 (94-97)	93 (92-95)	96 (94-98)	93 (91-95)	95 (93-96)	95 (94-97)	95 (94-96)	93 (91-95)	89 (85-94)	97 (95-98)
Cohérence du typage des diagnostics Diagnostics pour lesquels les seconds codificateurs étaient d'accord avec le type de diagnostics	Pourcentage (IC 95 %)	100	80 (79-82)	81 (78-83)	77 (73-80)	79 (76-82)	82 (79-85)	81 (78-83)	81 (79-84)	76 (73-79)	81 (79-83)	73 (70-76)	83 (76-89)	80 (76-84)
Fiabilité du code de la CIM-10-CA pour le diagnostic principal (DxP) Abrégés pour lesquels les seconds codificateurs étaient d'accord avec le code attribué au DxP														
Correspondance du code de la CIM-10-CA	Pourcentage (IC 95 %)	100	75 (72-78)	77 (73-81)	75 (71-80)	78 (74-81)	76 (71-81)	73 (70-77)	77 (73-80)	72 (69-75)	74 (71-77)	73 (69-77)	70 (62-78)	80 (76-84)
Correspondance de la catégorie de la CIM-10-CA	Pourcentage (IC 95 %)	100	84 (82-86)	84 (81-87)	82 (78-85)	83 (80-86)	86 (82-90)	82 (79-85)	84 (81-87)	80 (77-83)	84 (81-87)	82 (79-86)	77 (70-84)	85 (81-89)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Voir la remarque du tableau 4 pour connaître les diagnostics inclus dans cette analyse. L'orange pâle indique que les résultats sont inférieurs à la moyenne nationale et l'orange foncé, que cet écart est statistiquement significatif ($p < 0,05$). Le vert pâle indique que les résultats sont supérieurs à la moyenne nationale et le vert foncé, que cet écart est statistiquement significatif ($p < 0,05$).

Tableau 15

Résumé des constatations sur la qualité de la codification des interventions en 2007-2008*

	Para- mètre	Valeur optimale	Can.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Intégralité (sensibilité) Interventions relevées lors de l'examen des dossiers et déclarées dans la BDCP	Pourcentage (IC 95 %)	100	92 (90-94)	89 (86-93)	91 (87-94)	93 (89-96)	92 (88-95)	89 (86-93)	91 (88-93)	94 (92-96)	93 (91-96)	97 (94-99)	78 (68-87)	99 (97-100)
Exactitude (valeur prédictive positive) Interventions dans la BDCP appuyées par la documentation lors de l'examen des dossiers	Pourcentage (IC 95 %)	100	94 (91-98)	96 (95-98)	94 (91-97)	95 (93-97)	92 (86-99)	97 (95-98)	96 (94-98)	95 (94-97)	97 (95-98)	99 (97-100)	95 (88-100)	98 (97-100)
Cohérence de la codification à l'aide de la CCI Interventions pour lesquelles les seconds codificateurs étaient d'accord avec l'attribution du code														
Correspondance du code de la CCI	Pourcentage (IC 95 %)	100	93 (91-95)	93 (91-95)	94 (91-97)	95 (92-97)	93 (90-97)	94 (92-96)	93 (90-95)	92 (89-94)	92 (90-94)	93 (90-96)	84 (71-97)	98 (96-100)
Correspondance de la rubrique de la CCI	Pourcentage (IC 95 %)	100	97 (95-98)	98 (97-99)	98 (97-100)	99 (98-100)	96 (93-99)	98 (96-99)	96 (94-98)	97 (95-99)	97 (96-98)	98 (96-100)	92 (83-100)	98 (96-100)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Voir la remarque du tableau 6 pour connaître les interventions incluses dans cette analyse. L'orange pâle indique que les résultats sont inférieurs à la moyenne nationale et l'orange foncé, que cet écart est statistiquement significatif ($p < 0,05$). Le vert pâle indique que les résultats sont supérieurs à la moyenne nationale et le vert foncé, que cet écart est statistiquement significatif ($p < 0,05$).



Chapitre 4

Qualité de
l'attribution des
hospitalisations aux
problèmes de santé
sélectionnés

Le présent chapitre porte sur le deuxième objectif de l'étude, soit *évaluer, à l'échelle nationale, la qualité de la codification des soins palliatifs, des accidents vasculaires cérébraux, des fractures de la hanche et du fémur, de l'insuffisance rénale aiguë chez les patients souffrant de troubles cardiaques, des infarctus aigus du myocarde, des traumatismes obstétricaux, des traumatismes à la naissance ainsi que des embolies pulmonaires ou des thromboses veineuses profondes.* L'annexe A décrit la méthodologie utilisée pour relever les hospitalisations pour chacun des problèmes de santé examinés dans la présente étude.

4.1 Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont définis comme une approche permettant d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches aux prises avec les problèmes liés aux maladies fatales, et ce, en prévenant et en atténuant leur souffrance au moyen d'une détection précoce, d'évaluations ainsi que des traitements efficaces de la douleur et de tout autre problème, qu'il soit de nature physique, psychosociale ou spirituelle⁶.

Soixante-seize pour cent des hospitalisations pour lesquelles des soins palliatifs ont été documentés par un médecin ont été déclarées de la même façon dans la BDCP (sensibilité). En outre, 93 % des hospitalisations pour lesquelles des soins palliatifs ont été enregistrés dans l'abrégé de la BDCP étaient appuyées par de l'information consignée dans le dossier du patient (valeur prédictive positive). Ces constatations sont résumées dans le tableau 16.

Tableau 16
Qualité de la codification des soins palliatifs

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations de patients recevant des soins palliatifs	38,7	47,2	76 (72-80)	93 (91-95)
Soins palliatifs en tant que diagnostic principal‡	17,8	20,6	71 (64-79)	82 (78-87)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation des soins palliatifs dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation des soins palliatifs dans la BDCP.

‡ Ces statistiques rendent compte de la présence de soins palliatifs et du fait qu'ils correspondent au diagnostic principal.

Selon la présente étude, les données sur les soins palliatifs figurant sur l'abrégé sont très fiables, mais ces soins sont légèrement sous-déclarés dans la BDCP. Comme pour tous les autres éléments de données, la précision de la codification des soins palliatifs est importante pour de nombreuses utilisations des données, comme l'établissement des indicateurs sur les résultats des soins pour la santé tel le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) de l'ICIS. Le RNMH est un indicateur permettant de suivre les tendances de la mortalité hospitalière au fil du temps⁷.

En 2006-2007, l'ICIS a émis des directives provisoires pour exiger l'attribution du code Z51.5 lorsqu'un patient atteint d'une maladie terminale reçoit des soins palliatifs⁸. L'ICIS a ensuite émis des directives de codification complètes pour les soins palliatifs, dans lesquelles figurent notamment des définitions et des exemples⁹.

4.2 Accidents vasculaires cérébraux

Un AVC est une perte soudaine de la fonction cérébrale, provoquée par une circulation sanguine inadéquate à l'intérieur du cerveau. Les AVC sont de nature ischémique ou hémorragique. Les AVC ischémiques surviennent à la suite de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, tandis que les AVC hémorragiques sont causés par la rupture d'un vaisseau sanguin près du cerveau ou à l'intérieur de celui-ci¹⁰.

Soixante-dix-huit pour cent des hospitalisations pour lesquelles un AVC était documenté par un médecin figuraient aussi dans la BDCP. De plus, 90 % des hospitalisations pour lesquelles un AVC était enregistré dans la BDCP étaient appuyées par de l'information consignée dans le dossier du patient (tableau 17). Le niveau de précision a diminué légèrement si l'on tient compte du type d'AVC, particulièrement dans le cas des AVC non précisés. Cinquante-neuf pour cent des hospitalisations pour lesquelles les seconds codificateurs de l'ICIS avaient attribué le code d'AVC non précisé ont été codifiées de la même manière par les codificateurs de l'hôpital.

Tableau 17

Qualité de la codification des AVC

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations de patients ayant subi n'importe quel type d'AVC	30,5	35,2	78 (63-93)	90 (87-93)
AVC hémorragique‡	7,4	9,8	63 (27-100)§	84 (76-92)
AVC ischémique‡	14,5	16,3	78 (68-88)	88 (83-93)
AVC non précisé‡	8,9	9,3	59 (36-82)	62 (55-70)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation des hospitalisations pour un AVC dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation des hospitalisations pour un AVC dans la BDCP.

‡ Ces statistiques rendent compte de la présence d'un AVC et de son type.

§ La variance élevée est causée par un dossier qui s'éloignait de la moyenne et affichait un coefficient de pondération élevé dans l'étude.

La capacité à surveiller les AVC qui surviennent après l'admission du patient à l'hôpital revêt un intérêt particulier pour de nombreuses recherches. Par exemple, le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un AVC publié dans le rapport *Indicateurs de santé* exclut les hospitalisations au cours desquelles un AVC après l'admission (type 2) est survenu¹¹.

La présente étude a révélé que les AVC après l'admission étaient plus susceptibles d'être surdéclarés dans la BDCP que les autres cas d'AVC, comme l'illustre la valeur prédictive positive plus faible dans le tableau 18.

Tableau 18

Qualité de la codification des AVC après l'admission

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations au cours desquelles un AVC est survenu après l'admission ‡	2,4	2,6	73 (63-83)	79 (73-85)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation des AVC après l'admission dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation des AVC après l'admission dans la BDCP.

‡ Ces statistiques font état des AVC survenus après l'admission (type 2).

4.3 Fractures de la hanche

Une fracture de la hanche est une fracture à l'extrémité proximale du fémur. Une fracture de la hanche représente un fardeau considérable pour la santé des personnes âgées et pour le système de santé. En plus du risque d'invalidité ou de décès, une fracture de la hanche peut avoir de graves conséquences sur l'autonomie et la qualité de vie. Le taux de fractures de la hanche au sein de la population est surveillé afin de planifier des stratégies de prévention et d'évaluer leur efficacité, d'allouer les ressources en santé et d'estimer les coûts¹¹. Puisqu'elles sont majoritairement considérées comme étant évitables, les fractures de la hanche survenues à l'hôpital revêtent un intérêt particulier et c'est pourquoi leur taux fait également l'objet d'une surveillance^{xv}.

La présente étude a révélé que les fractures de la hanche sont bien déclarées dans la BDCP sur le plan de l'intégralité (sensibilité de 98 %) et de l'exactitude (valeur prédictive positive de 97 %). Le tableau 19 illustre ces constatations. Des résultats similaires ont été observés pour les fractures de la hanche survenues à l'hôpital.

Tableau 19

Qualité de la codification des fractures de la hanche

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive † (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations de patients souffrant d'une fracture de la hanche	21,8	21,7	98 (96-100)	97 (96-99)
Fractures de la hanche à l'hôpital‡	0,3	0,3	99 (97-100)	90 (84-97)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation des fractures de la hanche dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation des fractures de la hanche dans la BDCP.

‡ Ces statistiques rendent compte des fractures de la hanche survenues à l'hôpital (type 2).

xv. L'Agency for Healthcare Research and Quality attribue l'écart entre ces taux à divers facteurs, dont les processus des hôpitaux, la sécurité des lieux et la disponibilité des soins infirmiers¹².

4.4 Insuffisances rénales aiguës

L'insuffisance rénale aiguë se caractérise par une perte rapide des fonctions rénales causée par un dommage aux reins. L'insuffisance rénale aiguë est habituellement classée selon les causes : pré-rénales (les causes se trouvent dans l'apport sanguin), intrinsèques (dommages aux reins) et post-rénales (obstruction des voies urinaires)¹³. L'insuffisance rénale aiguë peut aussi résulter d'une complication chirurgicale.

Soixante-dix-huit pour cent des hospitalisations pour lesquelles une insuffisance rénale aiguë a été documentée par un médecin étaient déclarées de la même façon dans la BDCP. De plus, 91 % des hospitalisations pour lesquelles l'abrégié de la BDCP indiquait la présence d'insuffisance rénale aiguë étaient appuyées par de l'information consignée dans le dossier du patient. L'intégralité et la fiabilité de l'insuffisance rénale aiguë étaient plus faibles pour les patients ayant subi une intervention cardiaque^{xvi} et ayant par la suite souffert d'une insuffisance rénale aiguë au cours de leur séjour à l'hôpital. Par exemple, parmi les hospitalisations pour lesquelles un médecin a documenté une intervention cardiaque et une insuffisance rénale aiguë se développant pendant le séjour à l'hôpital (type 2), une insuffisance rénale aiguë après l'admission était déclarée dans la BDCP dans 68 % des cas. Tous les détails sont présentés dans le tableau 20.

Tableau 20
Qualité de la codification des insuffisances rénales aiguës

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations de patients souffrant d'insuffisance rénale aiguë	32,9	38,4	78 (72-84)	91 (88-94)
Insuffisance rénale aiguë après l'admission à la suite d'une intervention cardiaque‡	1,1	1,3	68 (54-82)	83 (78-88)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation de l'insuffisance rénale aiguë dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation de l'insuffisance rénale aiguë dans la BDCP.

‡ Ces statistiques font état des cas d'insuffisance rénale aiguë après l'admission (type 2).

xvi. Les interventions cardiaques suivantes ont été considérées : 3.IP.10 ^^ Radiographie, cœur avec artères coronaires, 1.IJ.50 ^^ Dilatation, artères coronaires, 1.IJ.57.GQ ^^ Extraction, artères coronaires, approche transluminale transcutanée, 1.IJ.54.GQ-AZ Gestion d'un appareil interne, artères coronaires, endoprothèse [stent, tuteur] intravasculaire, approche transluminale percutanée (artérielle) et dispositif ultrasonique et 1.IJ.76 ^^ Pontage, artères coronaires.

4.5 Infarctus aigu du myocarde

L'infarctus aigu du myocarde se caractérise par une nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant de l'occlusion de l'artère coronaire¹³. L'infarctus aigu du myocarde est l'une des principales causes de morbidité et de décès. Les cas de cette maladie au sein de la population sont surveillés afin de planifier des stratégies de prévention et d'évaluer leur efficacité, d'allouer les ressources en santé et d'estimer les coûts¹¹. Le rapport *Indicateurs de santé*, publié par l'ICIS, comprend le taux d'hospitalisation pour les infarctus aigus du myocarde de la population, mais le calcul de ce taux exclut les cas où l'infarctus est survenu après l'admission. Cette exclusion est appliquée afin de tenir compte des infarctus du myocarde qui résultent d'une complication chirurgicale.

Quatre-vingt-trois pour cent des hospitalisations pour lesquelles un infarctus aigu du myocarde était documenté dans le dossier du patient étaient déclarées de la même façon dans l'abrégié de la BDCP. De plus, 96 % des hospitalisations pour lesquelles un infarctus aigu du myocarde était inscrit dans l'abrégié de la BDCP étaient appuyées par de l'information consignée dans le dossier du patient. La qualité de la codification était moins élevée lorsque l'infarctus survenait pendant le séjour du patient à l'hôpital (type 2). Ces constatations sont résumées dans le tableau 21.

Tableau 21

Qualité de la codification des infarctus aigus du myocarde

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations de patients souffrant d'un infarctus aigu du myocarde	62,0	71,8	83 (72-94)	96 (95-97)
Infarctus aigu du myocarde survenu après l'admission‡	5,7	6,9	68 (59-78)	82 (77-87)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation de l'infarctus aigu du myocarde dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation de l'infarctus aigu du myocarde dans la BDCP.

‡ Ces statistiques rendent compte des infarctus aigus du myocarde survenus après l'admission (type 2).

Les infarctus du myocarde sont divisés en deux catégories. L'infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) constitue le type le plus grave; l'artère coronaire est complètement obstruée par un caillot sanguin, ce qui entraîne la nécrose de la portion du muscle cardiaque irriguée par l'artère. L'infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI) constitue le type le moins grave; il survient lorsque l'artère coronaire est partiellement obstruée par un caillot sanguin¹⁴. Pour saisir l'information relative au type d'infarctus du myocarde, le code R94.3 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires* de la CIM-10-CA a été élargi pour permettre la saisie de la surélévation du segment ST. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2007. Depuis cet exercice financier, il est obligatoire de codifier le code R94.3 pour tous les cas d'infarctus aigu du myocarde et de thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde. La qualité de la codification de ces explorations fonctionnelles vasculaires est présentée dans le tableau 22. En 2007-2008, les résultats anormaux étaient sous-déclarés dans la BDCP, comme l'illustre la dernière rangée.

Tableau 22

Qualité de la codification des résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires*

		Données de l'étude (en milliers)			Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires surdéclarés dans la BDCP (en milliers)
		Infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST	Infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST	Infarctus du myocarde, résultats non précisés	
Données de la BDCP	Infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST	15,8	1,2	0,3	0,5
	Infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST	0,8	28,7	1,4	2,2
	Infarctus du myocarde, résultats non précisés	1,5	2,6	5,7	0,7
Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires sous-déclarés dans la BDCP		5,4	13,3	2,3	

Remarque

* Cette analyse comprend tous les résultats anormaux, y compris les cas où plus d'une exploration fonctionnelle cardiovasculaire était effectuée au cours d'une même hospitalisation.

La capacité à relever les hospitalisations attribuables à un STEMI ou à un NSTEMI est détaillée au tableau 23. L'analyse illustre qu'en 2007-2008, le code R94.3– était déclaré de façon incomplète, ce qui a une incidence sur la facilité d'utilisation des données de la BDCP pour classer le type d'infarctus du myocarde dont a souffert le patient. En 2008-2009, une nouvelle validation a été appliquée aux données de la BDCP pour s'assurer que les codes étaient déclarés^{xvii}.

Tableau 23

Qualité de l'attribution des hospitalisations liées à des STEMI ou à des NSTEMI

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST	17,9	23,5	67 (42-93)	88 (86-91)
Infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST	33,1	45,7	63 (48-78)	87 (83-91)
Infarctus du myocarde, résultats non précisés	10,4	9,7	59 (48-70)	54 (42-67)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

- * Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation de l'un de ces types d'infarctus du myocarde dans la BDCP.
- † Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation de l'un de ces types d'infarctus du myocarde dans la BDCP.

xvii. Cette nouvelle validation exige que lorsqu'un diagnostic de la catégorie I21.– ou du code I24.0 est inscrit sur l'abrégié en tant que diagnostic quelconque, le code de diagnostic R94.30, R94.31 ou R94.38 doit l'accompagner (en tant que diagnostic de type 3).

4.6 Traumatismes obstétricaux

Les traumatismes obstétricaux, qui surviennent chez la mère pendant un accouchement, comptent parmi les types d'événements indésirables les plus fréquemment signalés. Les lacérations périnéales de troisième et de quatrième degré ainsi que les lacérations du col de l'utérus, les lacérations de la paroi vaginale et les lésions de la vessie ou de l'urètre font partie des traumatismes obstétricaux. Ces derniers peuvent également être détectés si une réparation des lacérations obstétricales de l'utérus, du col de l'utérus, du corps utérin, de la vessie, de l'urètre, du rectum et du sphincter est pratiquée après l'accouchement¹⁵.

Soixante-dix-huit pour cent des hospitalisations pour lesquelles un traumatisme obstétrical a été documenté par un médecin étaient déclarées de la même façon dans l'abrégé de la BDCP. De plus, 87 % des hospitalisations pour lesquelles un traumatisme obstétrical était inscrit dans l'abrégé de la BDCP étaient appuyées par de l'information consignée dans le dossier du patient. La qualité de la codification des traumatismes obstétricaux a également été évaluée selon les types d'accouchements. On a ainsi établi que la qualité de la codification des traumatismes obstétricaux était plus élevée pour les accouchements par voie vaginale avec instrumentation, comme l'illustre le tableau 24.

Tableau 24

Qualité de la codification des traumatismes obstétricaux

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations de patients souffrant de traumatismes obstétricaux, tous types d'accouchements	10,7	12,0	78 (63-93)	87 (84-90)
Accouchement par voie vaginale sans instrumentation‡	5,3	6,2	72 (48-96)	85 (80-90)
Accouchement par voie vaginale avec instrumentation‡	4,3	4,0	100 (100-100)	94 (91-98)
Césarienne‡	1,2	1,8	49 (13-84)‡	73 (64-83)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation des traumatismes obstétricaux dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation des traumatismes obstétricaux dans la BDCP.

‡ Ces statistiques font état de la qualité de la codification des traumatismes obstétricaux seulement et *non* du type d'accouchement.

4.7 Traumatismes à la naissance

Les traumatismes à la naissance sont les lésions du cuir chevelu, du système nerveux ou une fracture du crâne que subissent les nouveau-nés à la naissance¹⁵.

Cinquante-quatre pour cent des hospitalisations pour lesquelles un traumatisme à la naissance a été documenté par un médecin étaient déclarées de la même façon dans l'abrégé de la BDCP. De plus, 63 % des hospitalisations pour lesquelles un traumatisme à la naissance était inscrit dans l'abrégé de la BDCP étaient appuyées par de l'information consignée dans le dossier du patient. Cette étude indique que les données sur les traumatismes à la naissance déclarées dans la BDCP sont peu fiables et incomplètes, malgré la grande variance d'échantillonnage autour des points de démarcation. Le tableau 25 présente ces résultats en détail.

Tableau 25

Qualité de la codification des traumatismes à la naissance

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisation pour des nouveau-nés ayant souffert de traumatismes à la naissance	1,4	1,6	54 (11-96)‡	63 (55-71)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation des traumatismes à la naissance dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation des traumatismes à la naissance dans la BDCP.

‡ La variance élevée est causée par un dossier qui s'éloignait de la moyenne et affichait un coefficient de pondération élevé dans l'étude.

4.8 Embolies pulmonaires et thromboses veineuses profondes

Une embolie pulmonaire est une obstruction d'une artère irriguant les poumons. Les embolies pulmonaires peuvent être causées par des caillots de sang provenant de la circulation veineuse du côté droit du cœur, des tumeurs qui se sont propagées au système circulatoire ou avoir d'autres sources, comme le liquide amniotique, l'air, les matières grasses, la moelle osseuse et les substances étrangères. La plupart des embolies pulmonaires sont causées par des caillots sanguins provenant des membres inférieurs (thrombose veineuse profonde) et bon nombre d'entre elles se résorbent d'elles-mêmes¹⁶. Les patients qui doivent rester inactifs ou alités pendant de longues périodes courent un risque accru de souffrir de cette maladie au cours de leur séjour à l'hôpital (c'est-à-dire après l'admission).

Quatre-vingt-dix pour cent des hospitalisations pour lesquelles une embolie pulmonaire ou une thrombose veineuse profonde a été documentée par un médecin étaient déclarées de la même façon dans l'abrégé de la BDCP. De plus, 93 % des hospitalisations pour lesquelles une embolie pulmonaire ou une thrombose veineuse profonde était inscrite dans l'abrégé de la BDCP étaient appuyées par de l'information consignée dans le dossier du patient. Des résultats plus faibles ont été observés pour les cas où le problème de santé s'est développé après l'admission. Le tableau 26 présente ces constatations.

Tableau 26

Qualité de la codification des embolies pulmonaires et des thromboses veineuses profondes

	Volume (en milliers)		Sensibilité* (IC 95 %)	Valeur prédictive positive† (IC 95 %)
	Données de la BDCP	Données de l'étude		
Hospitalisations de patients souffrant d'une embolie pulmonaire ou d'une thrombose veineuse profonde	14,8	15,3	90 (86-94)	93 (91-95)
Embolies pulmonaires ou thromboses veineuses profondes après l'admission‡	2,8	3,6	66 (57-76)	84 (80-89)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

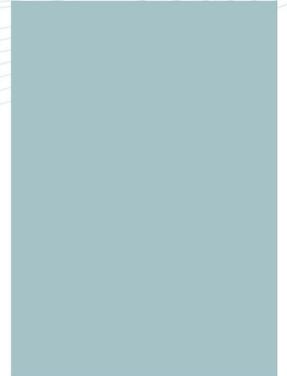
* Un faible taux de sensibilité dénote une sous-représentation des embolies pulmonaires dans la BDCP.

† Une faible valeur prédictive positive dénote une surreprésentation des embolies pulmonaires dans la BDCP.

‡ Ces statistiques font état des cas d'embolies pulmonaires survenues après l'admission (type 2).

4.9 Résumé des constatations sur la qualité de la codification des problèmes de santé sélectionnés

Les hospitalisations pour les problèmes de santé étudiés étaient généralement bien représentées dans la BDCP, bien que ces problèmes aient tendance à être sous-déclarés dans la BDCP. Les problèmes précis ayant obtenu la plus faible qualité de codification sont les suivants : AVC non précisé, STEMI, NSTEMI, infarctus aigu du myocarde après l'admission, traumatismes à la naissance ainsi qu'embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde après l'admission.



Chapitre 5

Qualité des variables
des groupes de
maladies analogues

Le présent chapitre porte sur le troisième objectif de l'étude, soit *évaluer les répercussions des variations de codification sur la mesure des extrants hospitaliers et des indicateurs de ressources, dérivées de la méthodologie des groupes de maladies analogues de l'ICIS.*

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

Cette analyse se base sur la méthodologie de regroupement GMA+ 2009¹⁷.

5.1 Fiabilité du regroupement des hospitalisations dans les catégories cliniques principales et les groupes de maladies analogues

Il existe 21 catégories cliniques principales désignant un appareil anatomique ou un type particulier de problème clinique. C'est habituellement le diagnostic principal qui est utilisé pour assigner l'une des catégories cliniques principales. Chaque catégorie clinique principale comprend une section relative à l'intervention et une au diagnostic pour chaque groupe de maladies analogues. Ces groupes servent à classer les patients dans l'un des 558 regroupements en fonction des diagnostics cliniques, des interventions et de l'utilisation des ressources. Les groupes de maladies analogues sont classés dans la section des interventions si on note qu'une intervention dans la liste des codes de la CCI a été pratiquée; sinon, le cas est classé dans la section des diagnostics¹⁸.

Le tableau 27 démontre la fiabilité générale des catégories cliniques principales et des groupes de maladies analogues. Au total, 96 % des hospitalisations dans la BDCP étudiées sont demeurées dans la même catégorie clinique principale après avoir été regroupées au moyen des données tirées de l'examen des dossiers. Cette statistique était légèrement inférieure dans le cas des groupes de maladies analogues (90 %), les sections *interventions* et *diagnostics* de ces groupes ayant obtenu des résultats semblables (qui ne sont pas présentés dans le tableau). Quant aux résultats des provinces et des territoires, ils étaient conformes aux résultats globaux. Les résultats de la présente étude étaient considérablement plus élevés que ceux de l'étude de seconde saisie de la BDCP de 2005-2006 dans laquelle le taux de concordance des catégories cliniques principales était de 91 % et celui des groupes de maladies analogues, de 79 %. L'écart entre ces résultats est largement attribuable aux améliorations apportées aux méthodes de codification en dépit des quelques différences attribuables à l'utilisation de la méthodologie de regroupement CMG/Plx 2003 dans le cadre de l'étude de 2005-2006.

Tableau 27

Taux de concordance pour les catégories cliniques principales et les groupes de maladies analogues

	Taux de concordance (IC 95 %)
Catégorie clinique principale	95,5 (94,7-96,3)
Groupe de maladies analogues	89,5 (88,2-90,8)

Remarque

IC : intervalle de confiance.

Les données dans la BDCP étaient très fiables pour certaines catégories cliniques principales et certains groupes de maladies analogues, alors qu'elles l'étaient moins pour d'autres. Les tableaux 27 et 28 illustrent quelque peu cette variance; il est important de prendre note que seuls les groupes de maladies analogues avec un échantillon de taille suffisante ont pu être évalués et que l'analyse n'est pas exhaustive. Le tableau 28 présente le pourcentage des hospitalisations de la BDCP qui ont été regroupées dans la même catégorie clinique principale ou dans le même groupe de maladies analogues après avoir utilisé les données de l'examen des dossiers. Un taux de concordance parfait ou quasi parfait a été observé dans quatre catégories cliniques principales (14, 13, 12 et 6) et cinq groupes de maladies analogues (536, 545, 726, 727 et 537).

Tableau 28

Catégories cliniques principales et groupes de maladies analogues avec des taux de concordance élevés*

Regroupement d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP		Taux de concordance (IC 95 %)
	Total (en milliers)	Pourcentage de tous les cas	
Catégories cliniques principales			
14 — Nouveau-nés et affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	304,4	13,7 %	100 (100-100)
13 — Grossesse et accouchement	374,1	16,9 %	99,5 (98,9-100)
12 — Maladies et troubles de l'appareil génital de la femme	121,1	5,5 %	98,2 (96,3-100)
6 — Maladies et troubles de l'appareil digestif	179,6	8,1 %	96,6 (95,1-98,2)
Groupes de maladies analogues			
536 — Césarienne avec cicatrice utérine antérieure	39,4	1,8 %	99,6 (98,8-100)
545 — Accouchement vaginal sans autre intervention	190,3	8,6 %	99,1 (98,4-99,7)
726 — Arthroplastie de la hanche avec lésion ou complication due à un traitement	6,6	0,3 %	98,9 (97,8-100)
727 — Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur	12,4	0,6 %	98,4 (97,0-99,8)
537 — Césarienne primaire	44,6	2,0 %	98,4 (96,9-100)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Pour être déclaré, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 100 dossiers assignés à une catégorie clinique principale ou à un groupe de maladies analogues dans les données de la BDCP, et la limite inférieure de l'intervalle de confiance devait être supérieure à 95 %.

Le tableau 29 présente la même analyse, mais en énumère plutôt les catégories cliniques principales et les groupes de maladies analogues avec de faibles taux de concordance. Les cas classés dans la catégorie clinique principale 20 — *Autres raisons de l'hospitalisation* ont été regroupés dans des catégories plus précises à la suite de l'examen des dossiers. Les groupes de maladies analogues aux faibles taux de concordance étaient 28 — *Accident vasculaire cérébral non précisé* et 138 — *Pneumonie virale ou non précisée*^{xviii}.

Tableau 29

Catégories cliniques principales et groupes de maladies analogues avec des taux de concordance faibles*

Regroupement d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP		Taux de concordance (IC 95 %)
	Total (en milliers)	Pourcentage de tous les cas	
Catégorie clinique principale			
20 — Autres raisons de l'hospitalisation	74,9	3,4 %	80,5 (71,0-89,9)
Groupes de maladies analogues			
28 — Accident vasculaire cérébral non précisé	7,0	0,3 %	62,1 (53,4-70,9)
138 — Pneumonie virale ou non précisée	23,4	1,1 %	77,0 (65,6-88,3)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Pour être déclaré, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 100 dossiers assignés à une catégorie clinique principale ou à un groupe de maladies analogues dans les données de la BDCP, et la limite supérieure de l'intervalle de confiance devait être inférieure à 90 %.

^{xviii}. L'annexe B présente la même analyse pour *tous* les groupes de maladies analogues et les catégories cliniques principales dont la taille de l'échantillon était suffisante, sans se limiter aux groupes ou aux catégories ayant des résultats particulièrement élevés ou faibles.

5.2 Fiabilité de l'attribution du niveau de comorbidité

L'attribution d'un niveau de comorbidité aux groupes de maladies analogues vise à mieux prévoir l'utilisation des ressources en soins de courte durée. Ces niveaux permettent de déterminer quels diagnostics de la BDCP, outre le diagnostic principal, donnent à penser qu'on pourrait assister à une prolongation de la durée du séjour et à une augmentation des coûts. Ces diagnostics supplémentaires sont ensuite utilisés pour subdiviser un groupe de maladies analogues en cinq sous-groupes. Ceux-ci sont des groupes de patients plus homogènes que le groupe de maladies analogues sur le plan de la durée du séjour et de l'utilisation des ressources¹⁸.

Le tableau 30 présente les taux de concordance de tous les niveaux de comorbidité et illustre la relation entre la fiabilité du niveau de comorbidité et le niveau de comorbidité attribué initialement. Parmi les hospitalisations auxquelles on n'avait attribué aucune comorbidité importante (niveau 0), 94 % sont demeurées dans cette catégorie après l'examen des dossiers. De plus, les cas pour lesquels un niveau de comorbidité ne s'appliquait pas (niveau 8) sont demeurés dans cette catégorie lorsqu'on a utilisé les données de l'examen des dossiers. Les niveaux de comorbidité attribués à des hospitalisations plus complexes, soit ceux qui sont associés à une hausse d'au moins 25 % de l'utilisation des ressources (niveaux 1 à 4), présentaient des taux de concordance inférieurs. Quant aux résultats des provinces et des territoires, ils étaient conformes aux résultats globaux.

Tableau 30
Fiabilité du degré de complexité attribué aux hospitalisations

Niveau de comorbidité d'après les données de la BDCP	Taux de concordance (IC 95 %)
Taux de concordance des niveaux de comorbidité	90,4 (89,2-91,6)
Niveau 0 Incidences de 0 à 24 % sur la consommation des ressources	93,9 (92,4-95,4)
Niveau 1 Incidences de 25 à 49 % sur la consommation des ressources	71,4 (68,8-74,0)
Niveau 2 Incidences de 50 à 74 % sur la consommation des ressources	65,9 (62,9-68,8)
Niveau 3 Incidences de 75 à 124 % sur la consommation des ressources	63,0 (60,1-65,8)
Niveau 4 Incidences de 125 % ou plus sur la consommation des ressources	76,1 (73,4-78,8)
Niveau 8 Non applicable	94,3 (91,2-97,5)

Les cas auxquels on avait attribué les niveaux 1 à 4 étaient souvent groupés dans des niveaux de comorbidité inférieurs lorsqu'on utilisait les données de l'examen des dossiers. Par exemple, 17 % des cas auxquels on avait initialement assigné le niveau de comorbidité 1 ont été classés au niveau 0 après avoir été regroupés selon les données tirées de l'examen des dossiers. Le tableau 31 présente l'analyse complète. Précisons que le niveau 0 avait d'abord été assigné à la plupart des hospitalisations en matière de volume et que ce niveau a obtenu un taux de concordance très élevé (seulement 5 % de ces hospitalisations ont reçu un niveau de comorbidité supérieur lors de l'étude de seconde saisie). En volume, toutes les hausses du niveau de comorbidité (colonne orangée dans le tableau) représentent un total de 124 000 hospitalisations et toutes les baisses (colonne bleutée dans le tableau) représentent 64 000 hospitalisations. Ces résultats sont liés à l'intégralité et à l'exactitude des diagnostics déclarés dans la BDCP (voir chapitre 4 et section 5.2.1).

Tableau 31

Niveau de comorbidité attribué selon les données de la BDCP et de l'examen des dossiers

Niveau de comorbidité d'après les données de la BDCP	Volume (en milliers)	Niveau de comorbidité selon l'examen des dossiers					
		Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 8
Niveau 0	1 654,8	94 %	3 %	1 %	1 %	0 %	1 %
Niveau 1	170,3	17 %	71 %	5 %	6 %	1 %	0 %
Niveau 2	77,9	16 %	6 %	66 %	9 %	3 %	0 %
Niveau 3	49,4	8 %	9 %	9 %	63 %	11 %	0 %
Niveau 4	20,1	2 %	3 %	4 %	15 %	76 %	0 %
Niveau 8	245,4	6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	94 %

Puisque l'objectif de l'attribution d'un niveau de comorbidité à une hospitalisation est de subdiviser un groupe de maladies analogues en cinq sous-groupes, une autre analyse a été effectuée pour évaluer si cette subdivision était plus fiable dans certains groupes de maladies analogues que d'autres. Il est important de prendre note que la taille de l'échantillon de la plupart des groupes de maladies analogues était insuffisante pour cette étude. L'analyse suivante vise donc à illustrer la relation entre le groupe de maladies analogues et la fiabilité des degrés de complexité qui lui sont associés.

Le tableau 32 énumère six groupes de maladies analogues pour lesquels la fiabilité de l'attribution du niveau de comorbidité est *élevée*. Veuillez noter que la plupart des groupes de maladies analogues en obstétrique se sont vu attribuer le niveau 8. Le tableau 33 présente les huit groupes de maladies analogues pour lesquels la fiabilité des niveaux de comorbidité est *faible*^{xix}.

Tableau 32

Groupes de maladies analogues dont le degré de complexité présente un taux de concordance élevé*

Groupes de maladies analogues d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP (en milliers)	Pourcentage des cas auxquels aucun changement de niveau de comorbidité n'a été apporté à la suite de l'examen des dossiers (IC 95 %)
536 — Césarienne avec cicatrice utérine antérieure	39,4	99 (97-100)
576 — Nouveau-né normal, accouchement vaginal, naissance unique	168,0	96 (94-99)
543 — Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale sans autre intervention	26,6	96 (93-99)
321 — Arthroplastie unilatérale du genou	43,3	95 (93-98)
193 — Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque sans cathéter cardiaque	8,6	95 (92-98)
202 — Arythmie sans cathéter cardiaque	39,3	95 (91-99)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Pour être déclaré, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 100 dossiers assignés à un groupe de maladies analogues dans les données de la BDCP, et la limite inférieure de l'intervalle de confiance pour le taux de concordance devait être supérieure à 90 %.

^{xix}. L'annexe B présente la même analyse pour *tous* les groupes de maladies analogues dont la taille de l'échantillon était suffisante, sans se limiter aux groupes ayant des résultats particulièrement élevés ou faibles.

Tableau 33

Groupes de maladies analogues dont le niveau de comorbidité présente un taux de concordance faible*

Groupes de maladies analogues d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP (en milliers)	Pourcentage des cas auxquels aucun changement de niveau de comorbidité n'a été apporté à la suite de l'examen des dossiers (IC 95 %)
654 — Septicémie autre ou non précisée	11,0	45 (17-73)
601 — Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre problème mineur	20,9	67 (45-88)
197 — Maladie hypertensive, sauf hypertension artérielle bénigne	19,2	74 (64-84)
138 — Pneumonie virale ou non précisée	23,4	77 (66-87)
194 — Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque sans cathéter cardiaque	27,4	79 (75-84)
200 — Embolie pulmonaire	5,1	83 (76-89)
26 — Épisode ischémique du système nerveux central	12,0	83 (77-88)
810 — Soins palliatifs	17,6	85 (80-89)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Pour être déclaré, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 100 dossiers assignés à un groupe de maladies analogues dans les données de la BDCP, et la limite supérieure de l'intervalle de confiance pour le taux de concordance devait être inférieure à 90 %.

Pleins feux sur la déclaration de la comorbidité et la fiabilité des niveaux de comorbidité attribués aux hospitalisations

La présente analyse porte sur le lien entre la codification des comorbidités et la fiabilité des niveaux de comorbidité attribués aux hospitalisations. Ces niveaux sont déterminés en additionnant les facteurs de comorbidité associés à certaines comorbidités déclarées dans l'abrégé de la BDCP. Les facteurs de comorbidité servent à choisir les bons codes de la CIM-10-CA compris dans la liste des codes des facteurs de comorbidité¹⁷. Les comorbidités analysées dans la présente étude ne se limitent pas à celles répertoriées dans cette liste de codes. Tous les diagnostics saisis accompagnés du code 1, 2, W, X ou Y sont pris en considération.

Le tableau 34 présente cette analyse. En ce qui concerne les hospitalisations où le nombre de comorbidités dans la BDCP concordait avec les données de l'étude, le taux de concordance des niveaux de comorbidité était très élevé. Toutefois, là où le nombre de comorbidités déclarées divergeait, le taux de concordance diminuait considérablement. Cela démontre le lien étroit entre intégralité des comorbidités déclarées et fiabilité des niveaux de comorbidité. Par exemple, lorsqu'on relevait un plus grand nombre de comorbidités dans la BDCP que dans les données de l'étude, le niveau de comorbidité demeurait généralement le même ou baissait. Il y a cependant des exceptions. Par exemple, si l'on compare les hospitalisations auxquelles on a

attribué au moins deux comorbidités dans la BDCP et le nombre de comorbidités qu'on leur a attribuées en seconde saisie, on a relevé une hausse du niveau de comorbidité dans 4 % des cas. Cela est survenu lorsque la somme des facteurs de comorbidité attribués aux diagnostics en seconde saisie dépassait la somme des facteurs attribués aux diagnostics dans la BDCP.

Tableau 34

Fiabilité du niveau de comorbidité par rapport au nombre de comorbidités déclarées dans la BDCP*

Variation du nombre de comorbidités déclarées dans la BDCP et les données de l'étude	Volume (en milliers)	Variation du niveau de comorbidité après examen du dossier (IC 95 %)			
		Diminution	Aucun changement [†]	Hausse	
Plus de comorbidités dans la BDCP[‡]	2 ou plus	31,4	24 %	71 %	4 %
	1	138,2	14 %	85 %	2 %
Concordance		1 530,6	1 %	97 %	1 %
Plus de comorbidités dans les données de l'étude[‡]	1	290,5	2 %	83 %	15 %
	2 ou plus	127,4	2 %	64 %	34 %

Remarques

- * Afin de bien cerner les changements liés à la déclaration des comorbidités, seules les hospitalisations qui sont demeurées regroupées dans la même catégorie clinique principale lors de la seconde saisie ont été analysées.
- † Le niveau de comorbidité 8 est considéré comme étant équivalent au niveau 0 dans le cadre de cette analyse.
- ‡ Dans le cadre de la présente analyse, les comorbidités comprenaient les types de diagnostics 1, 2, W, X et Y. Toutes les comorbidités ont été dénombrées, qu'elles figurent ou non dans la liste des codes de facteurs de comorbidité.

5.3 Fiabilité de la durée prévue du séjour du patient

La durée prévue du séjour correspond à la durée du séjour moyenne « typique » en soins de courte durée pour différents types de patients selon les données de la BDCP. La durée prévue du séjour du patient est ajustée en fonction du niveau de comorbidité, de l'âge, de l'intervention signalée et de l'épisode d'interventions s'ils se révèlent statistiquement significatifs. Chaque patient hospitalisé figurant dans la BDCP se voit attribuer une durée prévue du séjour¹⁸.

Les valeurs de durée prévue du séjour attribuées aux patients hospitalisés dans la BDCP ont été comparées à celles attribuées après examen des dossiers. Dans 82 % des cas, la durée prévue du séjour est restée la même, comme le montre le tableau 35. Les séjours de moins de deux jours sont ceux qui affichaient la plus grande fiabilité : ils concordaient dans 90 % des cas à la suite de l'examen des dossiers. Les taux de concordance avaient tendance à être plus faibles dans le cas des hospitalisations dont la durée prévue du séjour était supérieure, même en acceptant une certaine variation, comme le montre le tableau ci-dessous, dans la colonne à l'extrême droite, où l'on observe que plus les durées prévues du séjour augmentent, plus les taux de concordance baissent.

Tableau 35

Fiabilité de la durée prévue du séjour, par nombre de jours

Durée prévue du séjour	Volume dans la BDCP (en milliers)	Proportion des cas auxquels aucun changement n'a été apporté à la DPS à la suite de l'examen des dossiers (IC 95 %)	Proportion des cas dont la DPS a varié de 25 % ou moins à la suite de l'examen des dossiers (IC 95 %)
1,0 à 1,9 jour	622,0	90 (87-94)	92 (89-95)
2,0 à 2,9 jours	518,2	86 (82-90)	92 (89-95)
3,0 à 3,9 jours	242,9	82 (77-86)	88 (84-91)
4,0 à 4,9 jours	256,4	83 (78-89)	90 (86-93)
5,0 à 5,9 jours	158,9	73 (63-83)	80 (71-88)
6,0 jours ou plus	418,9	66 (63-70)	78 (75-81)
Total — hospitalisations en soins de courte durée	2 217,9	82 (80-84)	88 (86-89)

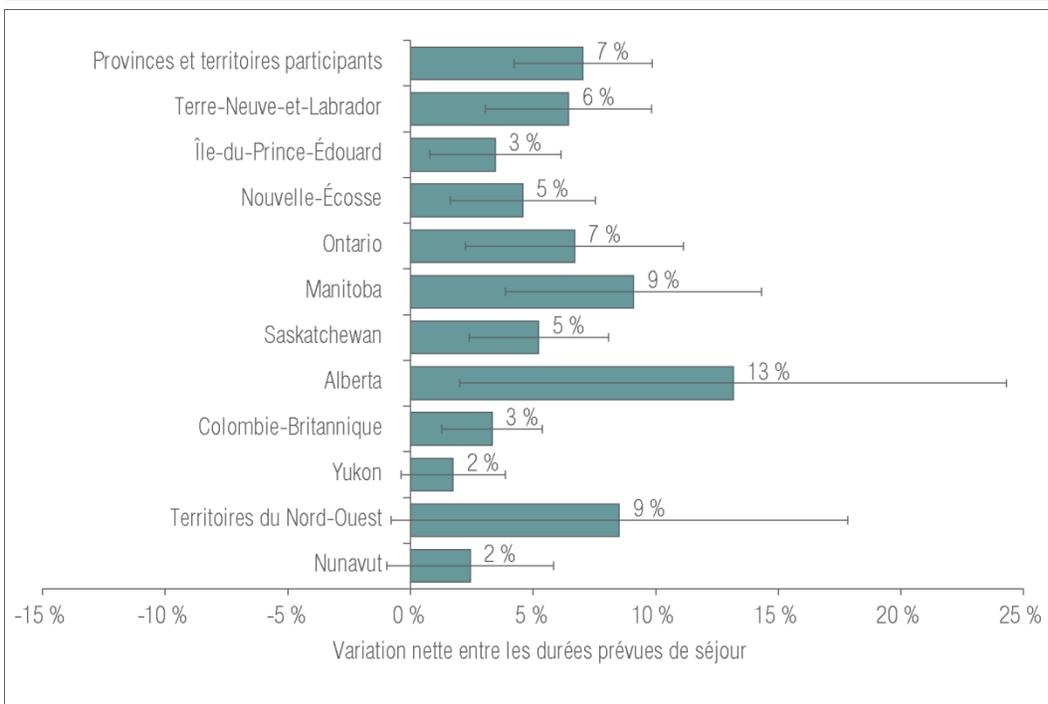
Remarque

IC : intervalle de confiance; DPS : durée prévue du séjour.

Dans l'ensemble, les différences en matière de durée prévue du séjour affichaient une augmentation nette de 7,0 % (intervalle de confiance de 95 %, de 4,2 à 9,9 %) en seconde saisie. C'est donc dire que les données de seconde saisie affichaient des durées prévues du séjour légèrement supérieures à celles de la BDCP. Une analyse plus approfondie de la variation nette entre les durées prévues du séjour par province et territoire a été menée pour déterminer si la fiabilité de cette variable dérivée différait d'une région à l'autre. On a observé une nette *augmentation* statistiquement significative en matière de durée prévue du séjour ($p < 0,05$) dans chaque province, tandis que les variations nettes observées pour les territoires tournaient autour de 0 %, comme l'illustre la figure 17.

Figure 17

Pourcentage de la variation nette entre les durées prévues du séjour, par province ou territoire



Remarque

Les barres représentent l'intervalle de confiance de 95 %. La variance élevée de l'Alberta est attribuable à un dossier qui s'éloignait de la moyenne et affichait un coefficient de pondération élevé dans l'étude.

5.4 Fiabilité de la pondération de la consommation des ressources du patient

La consommation des ressources du patient est une valeur relative obtenue à partir des données sur les coûts par patient. Elle est calculée à partir des données sur les coûts des bénéficiaires de services fournies par l'Initiative ontarienne de coût par cas, le Costing Partnership de l'Alberta et la région sanitaire du Fraser en Colombie-Britannique. Cette variable dérivée est attribuée à chaque patient hospitalisé figurant dans la BDCP et constitue un moyen de mesurer la consommation des ressources d'un patient par rapport au coût d'un patient hospitalisé typique moyen. Une pondération de la consommation des ressources est associée à chaque combinaison de groupe de maladies analogues, âge, niveau de comorbidité, intervention signalée, épisode d'intervention et facteur hors hôpital¹⁸.

Les valeurs de pondération de la consommation des ressources attribuées aux hospitalisations en fonction des données originales soumises à la BDCP ont été comparées aux valeurs obtenues à partir de l'examen des dossiers. Dans 81 % des cas, la pondération de la consommation des ressources est demeurée la même. Plus de détails sont fournis dans le tableau 36. Les hospitalisations présentant une pondération de la consommation des ressources élevée (2,5000 ou plus) affichaient les taux de concordance les plus faibles. Ce résultat n'est pas vraiment surprenant, car les dossiers dont la pondération de la consommation des ressources est élevée concernent des cas complexes présentant un nombre accru de diagnostics et d'interventions. Les risques d'erreur de codification sont plus élevés pour ces cas que pour les patients souffrant de problèmes de santé moins compliqués.

Bien que les hospitalisations complexes aient obtenu des taux de concordance plus faibles en matière de pondération de la consommation des ressources, les coefficients dérivés à partir des données de l'examen des dossiers étaient souvent du même ordre de grandeur. Par exemple, la moitié (49 %) des hospitalisations avec une pondération de la consommation des ressources d'au moins 2,5000 ont obtenu une concordance parfaite, mais dans 76 % des cas, les valeurs ne variaient pas de plus de 25 %.

Tableau 36

Fiabilité de la pondération de la consommation des ressources, par importance de la pondération

Pondération de la consommation des ressources	Volume dans la BDCP (en milliers)	Proportion des cas auxquels aucun changement n'a été apporté à la PCR à la suite de l'examen des dossiers (IC 95 %)	Proportion des cas dont la PCR a varié de 25 % ou moins à la suite de l'examen des dossiers (IC 95 %)
0,0001-0,4999	769,4	86 (83-90)	91 (89-94)
0,5000-0,7499	471,9	85 (81-89)	92 (89-94)
0,7500-0,9999	367,9	86 (82-90)	91 (88-94)
1,0000-1,4999	239,3	73 (67-79)	83 (77-88)
1,5000-2,4999	265,2	74 (68-81)	87 (82-92)
2,5000 et plus	103,6	49 (41-56)	76 (67-85)
Total — hospitalisations en soins de courte durée	2 217,9	81 (79-83)	89 (88-91)

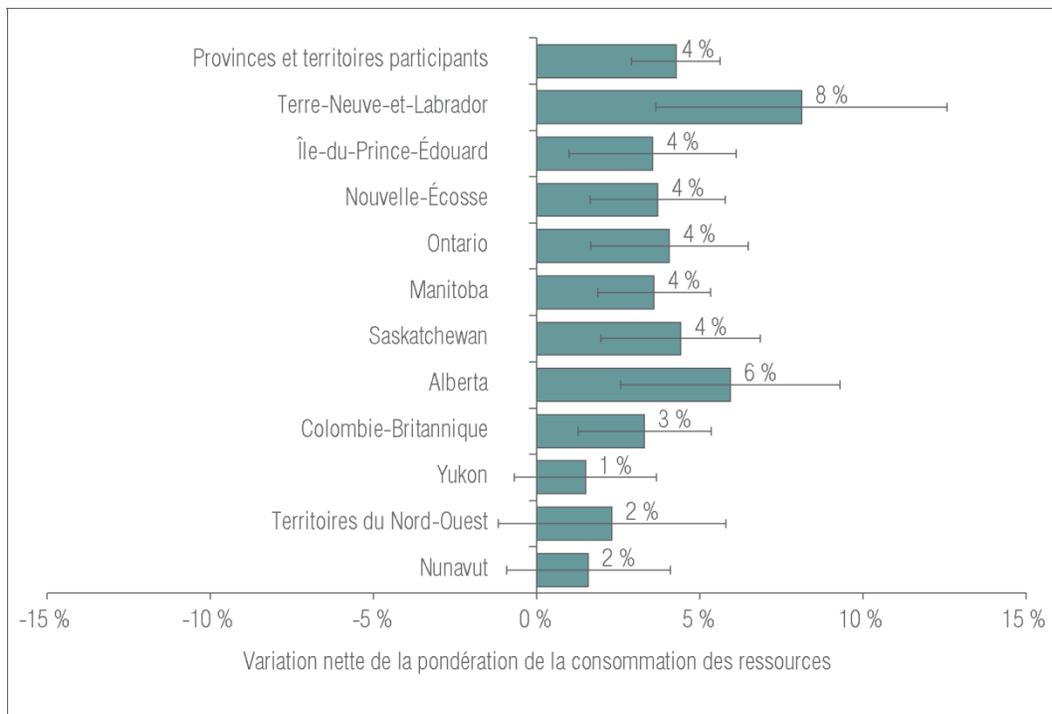
Remarque

IC : intervalle de confiance; PCR : pondération de la consommation des ressources.

Dans l'ensemble, les variations en matière de pondération de la consommation des ressources affichaient une augmentation nette de 4,3 % (intervalle de confiance de 95 %, de 2,9 % à 5,6 %) en seconde saisie. C'est donc dire que les données de seconde saisie affichaient des pondérations légèrement supérieures à celles des données de la BDCP. Une analyse plus approfondie de la variation nette de la pondération de la consommation des ressources par province et territoire a été menée pour déterminer si la fiabilité de cette variable dérivée différait d'une région à l'autre. On a observé une nette *augmentation* statistiquement significative en matière de pondération de la consommation des ressources ($p < 0,05$) dans chaque province, tandis que les variations nettes observées pour les territoires tournaient autour de 0 %. La figure 18 illustre ces résultats.

Figure 18

Pourcentage de la variation nette de la pondération de la consommation des ressources, par province ou territoire



Remarque

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

5.5 Résumé des constatations sur les variables des groupes de maladies analogues

Les divergences observées dans la codification des diagnostics et des interventions ont entraîné les répercussions suivantes sur les variables de sortie de la méthodologie de regroupement :

- Les divergences dans l'attribution du diagnostic principal du patient et la codification des diagnostics et des interventions ont eu une incidence marginale sur le regroupement des hospitalisations dans les catégories cliniques principales (taux de concordance de 96 %) et les groupes de maladies analogues (taux de concordance de 90 %).
- Les divergences dans le typage des diagnostics et l'intégralité de la déclaration des diagnostics dans la BDCP ont eu une incidence sur le niveau de comorbidité attribué dans 10 % des hospitalisations.
- Pour des raisons de sous-déclaration des diagnostics et des interventions, les données de seconde saisie avaient tendance à se retrouver parmi les données reflétant des durées prévues du séjour légèrement supérieures et une plus grande pondération de la consommation des ressources que la moyenne.

Le tableau 37 présente un résumé des résultats énoncés dans le présent chapitre ainsi que d'autres constatations pour chaque province et territoire participant.

Tableau 37

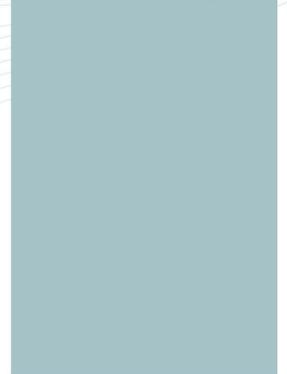
Résumé des constatations sur la fiabilité des variables dérivées des groupes de maladies analogues en 2007-2008*

	Para- mètre	Valeur optimale	Can.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Catégorie clinique principale Taux de concordance	Pourcentage (IC 95 %)	100	96 (95-96)	93 (91-96)	94 (92-96)	94 (93-96)	96 (94-97)	96 (94-97)	95 (93-96)	96 (94-97)	95 (93-96)	94 (92-96)	96 (93-100)	98 (97-100)
Groupe de maladies analogues Taux de concordance	Pourcentage (IC 95 %)	100	90 (88-91)	88 (86-91)	88 (85-91)	87 (84-89)	91 (89-94)	88 (85-91)	89 (87-92)	87 (84-90)	89 (87-91)	87 (84-90)	84 (78-91)	91 (88-94)
Niveau de comorbidité Taux de concordance	Pourcentage (IC 95 %)	100	90 (89-92)	91 (89-94)	93 (91-95)	90 (87-92)	91 (88-93)	90 (88-92)	91 (88-93)	88 (86-91)	92 (90-93)	92 (90-95)	94 (90-97)	91 (88-94)
Durée prévue du séjour Taux de concordance	Pourcentage (IC 95 %)	100	82 (80-84)	81 (78-84)	84 (81-88)	80 (77-83)	82 (79-86)	82 (79-85)	81 (78-84)	80 (76-83)	82 (80-85)	82 (79-85)	77 (70-84)	87 (84-91)
Pourcentage de la variation nette	Pourcentage (IC 95 %)	0	7 (4-10)	6 (3-10)	3 (1-6)	5 (2-8)	7 (2-11)	9 (4-14)	5 (2-8)	13 (2-24)	3 (1-5)	2 (0-4)	9 (-1-18)	2 (-1-6)
Pondération de la consommation des ressources Taux de concordance	Pourcentage (IC 95 %)	100	81 (79-83)	78 (74-81)	83 (80-87)	80 (77-83)	82 (78-86)	82 (78-85)	80 (77-83)	79 (76-82)	82 (80-85)	81 (78-85)	76 (69-84)	85 (81-88)
Pourcentage de la variation nette	Pourcentage (IC 95 %)	0	4 (3-6)	8 (4-13)	4 (1-6)	4 (2-6)	4 (2-6)	4 (2-5)	4 (2-7)	6 (3-9)	3 (1-5)	1 (-1-4)	2 (-1-6)	2 (-1-4)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* L'orange pâle indique des résultats plus éloignés de la valeur optimale que la moyenne nationale; l'orange foncé indique que l'écart entre les résultats de la province ou du territoire et la moyenne nationale est statistiquement significatif ($p < 0,05$). Le vert pâle indique des résultats plus près de la valeur optimale que la moyenne nationale; le vert foncé indique que l'écart entre les résultats de la province ou du territoire et la moyenne nationale est statistiquement significatif ($p < 0,05$).



Chapitre 6

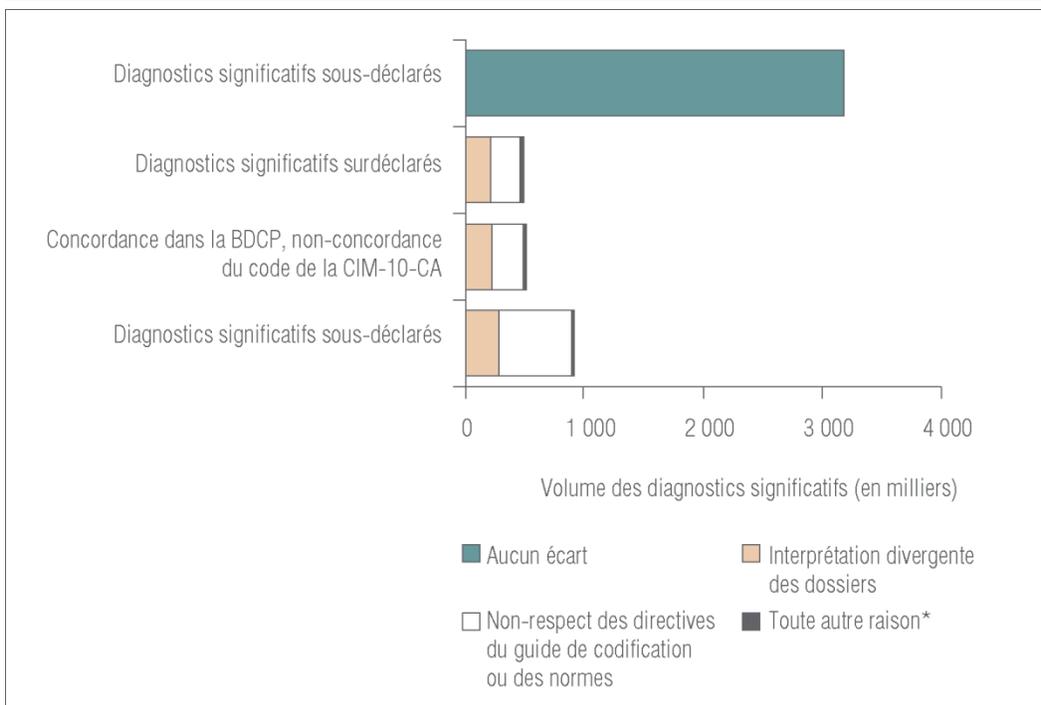
Discussion sur
les problèmes
de codification

Le présent chapitre porte sur le quatrième objectif de l'étude, *déceler les sources des problèmes de codification attribuables à la variation de codification observée.*

Dans la figure 19, on passe en revue les problèmes de codification associés aux diagnostics significatifs. Aucun problème de codification, plus précisément en ce qui a trait à l'attribution d'un caractère significatif ou à la sélection d'un code de la CIM-10-CA, n'était associé à la plupart des diagnostics significatifs. Toutefois, lorsque les codes de la CIM-10-CA ou les diagnostics significatifs à inclure dans l'abrégé de la BDCP ne concordaient pas, on observait des écarts découlant soit d'une interprétation divergente des dossiers, soit du non-respect des directives du guide de codification ou des Normes canadiennes de codification.

Figure 19

Analyse des problèmes de codification associés aux diagnostics significatifs



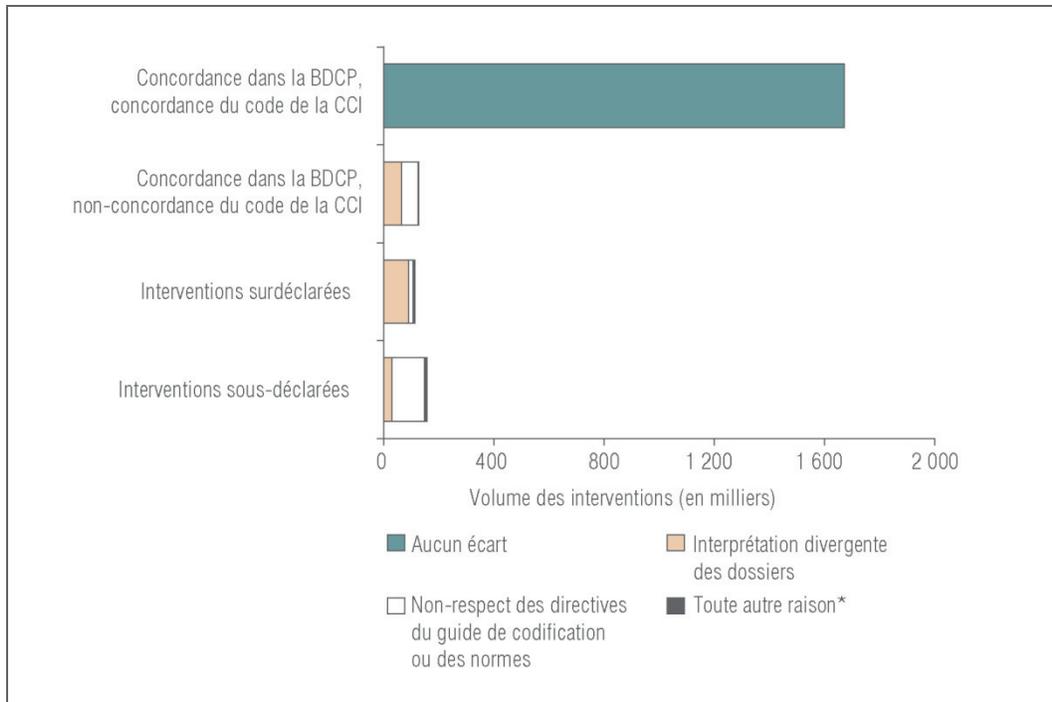
Remarque

* « Toute autre raison » renvoie aux différences de codification acceptables, aux différences causées par le code à astérisque sélectionné et à la documentation contradictoire ou incomplète dans les dossiers.

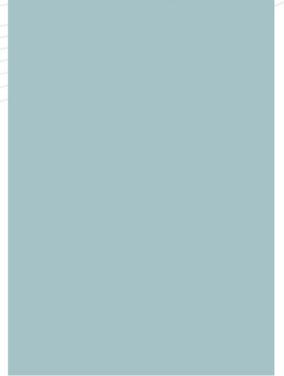
Dans la figure 20, on passe en revue les problèmes de codification associés aux interventions. Presque toutes les interventions ne comportaient aucun problème de codification. Toutefois, lorsque les codes de la CCI ou les interventions à inclure dans l'abrégé de la BDCP ne concordent pas, on observait des écarts découlant soit d'une interprétation divergente des dossiers, soit du non-respect des directives du guide de codification ou des Normes canadiennes de codification.

Figure 20

Analyse des problèmes de codification associés aux interventions

**Remarque**

* « Toute autre raison » renvoie aux différences de codification acceptables, à la documentation contradictoire ou incomplète dans les dossiers et au non-respect des Normes canadiennes de codification.



Chapitre 7

Conclusion

7.1 Résumé des constatations

Tendances

- À plusieurs endroits, la qualité de la codification des diagnostics et des interventions dans la BDCP s'est améliorée pour les données soumises en 2007-2008 par rapport à celles en 2005-2006.
- La codification des diagnostics principaux et l'attribution des comorbidités démontrées ont connu les améliorations les plus marquées.
- La concordance des données de diagnostic et d'intervention initialement entrées dans la BDCP avec celles consignées dans les dossiers des patients a été confirmée par le second codificateur.

Diagnostics

- Les seconds codificateurs n'ont pas été en mesure de trouver la documentation appuyant l'inclusion de 12 % des diagnostics significatifs dans l'abrégé de la BDCP (ce qui correspond à une surdéclaration). Il était plus fréquent que les diagnostics significatifs ne se trouvent pas dans les abrégés de la BDCP, alors qu'ils figuraient dans le dossier du patient (ce qui correspond à une sous-déclaration de 20 %).
- Dans le cas des diagnostics significatifs confirmés à la suite de l'examen des dossiers, les seconds codificateurs ont généralement choisi les mêmes codes de la CIM-10-CA figurant dans l'abrégé de la BDCP (taux de concordance de 87 %) et types de diagnostics (taux de concordance de 81 %).
- Les diagnostics principaux concordaient dans 75 % de toutes les hospitalisations en soins de courte durée.

Interventions

- Les seconds codificateurs n'ont pas été en mesure de trouver la documentation appuyant 6 % des interventions déclarées dans la BDCP (ce qui correspond à une surdéclaration). Un volume semblable d'interventions ne se trouvait pas dans les abrégés de la BDCP, alors qu'elles figuraient dans le dossier du patient (ce qui correspond à une sous-déclaration).
- Quant aux interventions confirmées par l'examen des dossiers, les seconds codificateurs ont choisi les mêmes codes de la CCI figurant dans l'abrégé de la BDCP dans 93 % des cas. Une fois de plus, il s'agit d'un bien meilleur résultat par rapport à 2005-2006.

Données non cliniques

- Les données non cliniques sont toujours aussi bien déclarées dans la BDCP.

Points saillants des provinces et des territoires

- Depuis 2005-2006, de nombreuses mesures de la qualité de la codification évaluées dans le présent rapport se sont révélées statistiquement significatives et se sont grandement améliorées. Les résultats à l'échelle provinciale et territoriale qui étaient considérés comme étant élevés lors de la période de déclaration antérieure sont désormais considérés comme étant typiques.
- On met moins l'accent sur les écarts dans la qualité de la codification entre les provinces ou les territoires. La qualité de la codification des données dans la BDCP partout au Canada est plus uniforme.

Problèmes de santé

- Les problèmes de santé étudiés étaient généralement bien représentés dans la BDCP, bien que ces problèmes aient tendance à être sous-déclarés.
- Les problèmes dont la qualité globale des données était plutôt faible sont les suivants : accident vasculaire cérébral (non précisé), infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (non précisé), traumatismes à la naissance.
- Les problèmes de santé auxquels étaient associés des problèmes de codification se rapportant à une sous-déclaration des données sont les suivants : infarctus aigu du myocarde après l'admission, STEMI, NSTEMI et embolies pulmonaires ou thrombose veineuse profonde après admission.

Variables des groupes de maladies analogues

- Dans l'ensemble, les données de seconde saisie ont indiqué une utilisation des ressources légèrement supérieure lorsqu'on les a évaluées au moyen de la méthodologie de regroupement GMA+. Ce résultat est attribuable à la sous-déclaration des diagnostics et des interventions dans la BDCP.
- Les divergences dans le typage des diagnostics et l'intégralité de la déclaration des diagnostics dans la BDCP ont eu une incidence sur le niveau de comorbidité attribué à 10 % des hospitalisations.
- Les divergences dans l'attribution du diagnostic principal du patient ont eu une incidence sur le regroupement des patients dans des catégories cliniques principales pour 4 % des hospitalisations; ces divergences, ainsi que d'autres variations en matière de la codification des diagnostics et des interventions, ont eu une incidence sur le groupe de maladies analogues attribué pour environ 10 % des hospitalisations.

Problèmes de codification

- Les codificateurs qui saisissent des données dans la BDCP ne se conforment pas toujours aux Normes canadiennes de codification ou aux autres directives incluses dans les produits de la CIM-10-CA ou de la CCI.
- La documentation dans le dossier du patient présentait des problèmes de clarté ou de structure, entraînant ainsi des différences au chapitre des données cliniques enregistrées dans l'abrégé de la BDCP et des codes de la CIM-10-CA sélectionnés pour décrire le diagnostic et les codes de la CCI sélectionnés pour décrire les interventions pratiquées.

7.2 Suggestions visant à améliorer la qualité de la codification

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

L'étude révèle que les récents efforts visant à améliorer la déclaration de données cliniques dans la BDCP ont permis des améliorations globales de la qualité de l'information et des données qu'elle contient. Les résultats de la présente étude permettront de résoudre les problèmes de codification restants et d'améliorer les produits de l'ICIS comme la méthodologie GMA+. Les administrateurs, les médecins et le personnel des archives médicales des établissements qui ont pris part à l'étude peuvent prendre connaissance des résultats dans un rapport sur leur établissement pour cerner les points à améliorer, contribuant ainsi à la production de données de qualité supérieure dans la BDCP.

Annexe A : Méthode de détermination des hospitalisations liées à des problèmes de santé précis

Soins palliatifs : Toute hospitalisation dont le code de diagnostic est Z51.5 à laquelle on a attribué un type de diagnostic significatif^{xx}.

Accident vasculaire cérébral : Toute hospitalisation dont le code de diagnostic se situe entre I60 et I64 à laquelle on a attribué un type de diagnostic significatif.

Fracture de la hanche : Toute hospitalisation dotée d'un code de fracture de la hanche (S72.000, S72.001, S72.010, S72.011, S72.080, S72.081, S72.090, S72.091, S72.100, S72.101, S72.190, S72.191, S72.200 ou S72.201) à laquelle on a attribué un type de diagnostic significatif.

Insuffisance rénale aiguë : Toute hospitalisation dont le code de diagnostic est N17.0, N17.1, N17.2, N17.8, N17.9 ou N99.0 à laquelle on a attribué un type de diagnostic significatif.

- **Troubles cardiaques** : Si l'une des interventions suivantes a été pratiquée pendant la même hospitalisation : 3.IP.10 ^ ^ , 1.IJ.50 ^ ^ , 1.IJ.57.GQ ^ ^ , 1.IJ.54.GQ-AZ ou 1.IJ.76 ^ ^ .

Infarctus aigu du myocarde : Toute hospitalisation dont le code de diagnostic se situe entre I21 et I22 à laquelle on a attribué un type de diagnostic significatif.

Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires : Toute hospitalisation dont le code de diagnostic est R94.3– de tout type de diagnostic.

- **Infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST** : Si on a attribué le code R94.30.
- **Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST** : Si on a attribué le code R94.31.
- **Infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (non précisé)** : Si on a attribué le code R94.38.

Traumatisme obstétrical : Toute hospitalisation d'une mère pendant un accouchement (5.MD.50 ^ ^ , 5.MD.51 ^ ^ , 5.MD.52 ^ ^ , 5.MD.53 ^ ^ , 5.MD.54 ^ ^ , 5.MD.55 ^ ^ , 5.MD.56 ^ ^ ou 5.MD.60 ^ ^) qui doit composer avec un traumatisme obstétrical (codes de diagnostic O70.2–, O70.3–, O71.3–, O71.4– ou O71.5– ou code d'intervention 5.PC.80.JH, 5.PC.80.JJ, 5.PC.80.JK, 5.PC.80.JL, 5.PC.80.JM, 5.PC.80.JQ ou 5.PC.80.JR).

- **Accouchement par voie vaginale sans instrumentation** : Si l'une des interventions suivantes a été pratiquée pendant la même hospitalisation : 5.MD.50 ^ ^ , 5.MD.51 ^ ^ , 5.MD.52 ^ ^ , 5.MD.56.AA, 5.MD.56.NL, 5.MD.56.NP, 5.MD.56.NU, 5.MD.56.GH, 5.MD.56.PA, 5.MD.56.PD, 5.MD.56.PG, 5.MD.56.NM, 5.MD.56.NQ, 5.MD.56.NV, 5.MD.56.PB, 5.MD.56.PE ou 5.MD.56.PH.

^{xx}. Les types de diagnostics significatifs compris sont M, 1, 2, 6, W, X et Y.

- **Accouchement par voie vaginale avec instrumentation** : Si l'une des interventions suivantes a été pratiquée pendant la même hospitalisation : 5.MD.53 ^ ^ , 5.MD.54 ^ ^ , 5.MD.55 ^ ^ , 5.MD.56.NN, 5.MD.56.PC, 5.MD.56.NR, 5.MD.56.PF, 5.MD.56.NW ou 5.MD.56.PJ.
- **Césarienne** : Si l'intervention suivante a été pratiquée pendant la même hospitalisation : 5.MD.60 ^ ^ .

Traumatisme à la naissance : Toute hospitalisation dont le code de diagnostic est P10–, P11.0, P11.1, P11.2, P11.4, P11.5, P11.9, P12.2, P13.0–, P13.1, P13.2, P13.3–, P13.8, P13.9, P14.2, P14.8, P14.9 ou P15–.

Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde : Toute hospitalisation dont le code de diagnostic est 1) I80.1, I80.2, I80.3, I26.0 ou I26.9 à laquelle on a attribué un type de diagnostic significatif ou 2) T81.7, T82.8, T83.8, T84.8 ou T85.8 à laquelle on a attribué un type de diagnostic significatif (code I80.1, I80.2, I80.3, I26.0 ou I26.9 et le type de diagnostic 3 ou 0); toute hospitalisation classée dans la catégorie clinique principale 13 — *Grossesse et accouchement* sont exclus.

Annexe B : Analyse détaillée

Tableau 38

Taux de concordance pour les catégories cliniques principales*

Catégories cliniques principales d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP (en milliers)	Taux de concordance (IC 95 %)
1 — Maladies et troubles du système nerveux	84,0	92 (88-96)
3 — Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche ou de la gorge	45,9	96 (92-99)
4 — Maladies et troubles de l'appareil respiratoire	120,2	95 (94-97)
5 — Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	210,8	93 (88-98)
6 — Maladies et troubles de l'appareil digestif	179,6	97 (95-98)
7 — Maladies et troubles de l'appareil hépatobiliaire ou du pancréas	62,8	97 (94-100)
8 — Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles ou du tissu conjonctif	144,1	96 (93-99)
9 — Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané ou du sein	60,1	94 (88-99)
10 — Maladies et troubles endocriniens, nutritionnels et métaboliques	50,0	87 (75-98)
11 — Maladies et troubles du rein, de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme	109,2	97 (94-99)
12 — Maladies et troubles de l'appareil génital de la femme	121,1	98 (96-100)
13 — Grossesse et accouchement	374,1	99 (99-100)
14 — Nouveau-nés avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	304,4	100 (100-100)
15 — Maladies ou troubles du sang et du système lymphatique	59,5	95 (92-98)
16 — Maladies infectieuses multisystémiques ou de siège non précisé	20,7	84 (75-93)
17 — Troubles mentaux et du comportement	62,3	93 (86-100)
19 — Lésions traumatiques, blessures, empoisonnements et toxicité médicamenteuse	128,2	90 (84-96)
20 — Autres raisons de l'hospitalisation	74,9	80 (71-90)

Remarques

IC : intervalle de confiance.

* Pour être inclus dans l'analyse, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 100 dossiers assignés à une catégorie clinique principale dans les données de la BDCP.

Tableau 39
Taux de concordance pour les groupes de maladies analogues*

Groupes de maladies analogues d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP (en milliers)	Taux de concordance (IC 95 %)
25 — Épisode hémorragique du système nerveux central	5,0	91 (85-97)
26 — Épisode ischémique du système nerveux central	12,0	83 (77-90)
28 — Accident vasculaire cérébral non précisé	7,0	62 (53-71)
138 — Pneumonie virale ou non précisée	23,4	77 (66-88)
139 — Maladie pulmonaire obstructive chronique	48,4	95 (91-99)
175 — Intervention coronarienne percutanée avec IM/choc/arrêt/insuffisance cardiaque	12,1	97 (95-100)
193 — Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque avec cathéter cardiaque	8,6	96 (94-98)
194 — Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque sans cathéter cardiaque	27,4	89 (86-92)
196 — Insuffisance cardiaque sans cathéter cardiaque	19,2	84 (76-93)
200 — Embolie pulmonaire	5,1	89 (83-94)
202 — Arythmie sans cathéter cardiaque	39,3	77 (55-99)
321 — Arthroplastie unilatérale du genou	43,3	95 (85-100)
437 — Diabète	26,9	94 (88-100)
536 — Césarienne avec cicatrice utérine antérieure	39,4	100 (99-100)
537 — Césarienne primaire	44,6	98 (97-100)
542 — Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale avec intervention mineure	3,9	75 (46-100)
543 — Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale sans autre intervention	26,6	74 (40-100)
544 — Accouchement vaginal avec intervention mineure	3,9	91 (87-95)
545 — Accouchement vaginal sans autre intervention	190,3	99 (98-100)
557 — Trouble antepartum traité médicalement	32,1	96 (92-100)
576 — Nouveau-né normal, accouchement par voie vaginale, naissance unique	168,0	96 (94-98)
577 — Nouveau-né normal, accouchement multiple ou par césarienne	53,4	87 (75-100)
593 — Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, gestation brève ou poids insuffisant	7,3	67 (31-100)
601 — Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre problème mineur	20,9	70 (48-91)
654 — Septicémie autre ou non précisée	11,0	78 (62-94)
726 — Arthroplastie de la hanche avec lésion ou complication due à un traitement	6,6	99 (98-100)
727 — Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur	12,4	98 (97-100)
806 — Convalescence	16,8	65 (38-93)
810 — Soins palliatifs	17,6	83 (78-87)

Remarques

IC : intervalle de confiance; ICP : intervention coronarienne percutanée.

* Pour être inclus dans l'analyse, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 100 dossiers assignés à un groupe de maladies analogues dans les données de la BDCP.

Tableau 40

Taux de concordance pour les niveaux de comorbidité, par groupe de maladies analogues*

Groupes de maladies analogues d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP (en milliers)	Pourcentage des cas auxquels aucun changement de niveau de comorbidité n'a été apporté (IC 95 %)
25 — Épisode hémorragique du système nerveux central	5,0	91 (85-97)
26 — Épisode ischémique du système nerveux central	12,0	83 (77-88)
28 — Accident vasculaire cérébral non précisé	7,0	89 (84-93)
138 — Pneumonie virale ou non précisée	23,4	77 (66-87)
139 — Maladie pulmonaire obstructive chronique	48,4	87 (79-96)
175 — Intervention coronarienne percutanée avec IM/choc/arrêt/insuffisance cardiaque	12,1	93 (90-96)
193 — Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque avec cathéter cardiaque	8,6	95 (92-98)
194 — Infarctus du myocarde, choc ou arrêt cardiaque sans cathéter cardiaque	27,4	79 (75-84)
196 — Insuffisance cardiaque sans cathéter cardiaque	19,2	74 (64-84)
200 — Embolie pulmonaire	5,1	83 (76-89)
202 — Arythmie sans cathéter cardiaque	39,3	95 (91-99)
321 — Arthroplastie unilatérale du genou	43,3	95 (93-98)
437 — Diabète	26,9	87 (75-99)
536 — Césarienne avec cicatrice utérine antérieure	39,4	99 (97-100)
537 — Césarienne primaire	44,6	84 (72-97)
542 — Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale avec intervention mineure	3,9	93 (89-97)
543 — Accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale sans autre intervention	26,6	96 (93-99)
544 — Accouchement vaginal avec intervention mineure	3,9	93 (86-99)
545 — Accouchement vaginal sans autre intervention	190,3	94 (90-99)
557 — Trouble antepartum traité médicalement	32,1	86 (80-91)
576 — Nouveau-né normal, accouchement vaginal, naissance unique	168,0	96 (94-99)
577 — Nouveau-né normal, accouchement multiple ou par césarienne	53,4	87 (75-100)
593 — Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, gestation brève ou poids insuffisant	7,3	64 (29-100)
601 — Nouveau-né de 2 500 grammes ou plus, autre problème mineur	20,9	67 (45-88)
654 — Septicémie autre ou non précisée	11,0	45 (17-73)
726 — Arthroplastie de la hanche avec lésion ou complication due à un traitement	6,6	88 (84-93)

Groupes de maladies analogues d'après les données de la BDCP	Volume dans la BDCP (en milliers)	Pourcentage des cas auxquels aucun changement de niveau de comorbidité n'a été apporté (IC 95 %)
727 — Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur	12,4	89 (85-92)
806 — Convalescence	16,8	93 (87-99)
810 — Soins palliatifs	17,6	85 (80-89)

Remarques

IC : intervalle de confiance; ICP : intervention coronarienne percutanée.

* Pour être inclus dans l'analyse, l'échantillon de l'étude devait contenir au moins 100 dossiers assignés à un groupe de maladies analogues dans les données de la BDCP.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Executive Summary: Data Quality Documentation: Discharge Abstract Database, 2007–2008* [Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 — sommaire], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2005–2006 Discharge Abstract Database* [Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
3. K. Jordan, M. Porcheret et P. Croft, « Quality of Morbidity Coding in General Practice Computerized Medical Records: A Systematic Review », *Family Practice*, vol. 21, n° 4 (2004), p. 396-410.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual, 2007–2008 Edition, All Provinces Information*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI 2008* [Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2008], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
6. Organisation mondiale de la Santé, *WHO Definition of Palliative Care*. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Technical Notes, Hospital Standardized Mortality Ratio, Updated September 2009*. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <http://www.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/HSMR_Technical_Notes_Sept_2009_English.pdf>.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Coding Guideline for Palliative Care for FY 2006–07* [Directives de codification des soins palliatifs dans la DAD, 2006-2007]. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=bl_dad_19jun2006_e>.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Revised Coding Guideline for Palliative Care Cases Submitted to the DAD in Fiscal Year 2007–08* [Révision des directives de codification des cas de soins palliatifs soumis à la BDCP en 2007-2008]. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/dad_palliative_care_oct_1_2007_e.pdf>.
10. Fondation des maladies du cœur, *What Is a Stroke?* [Qu'est-ce qu'un accident vasculaire cérébral (AVC)?]. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <http://www.heartandstroke.com/site/c.iKlQLcMWJtE/b.3483935/k.A279/What_is_Stroke.htm>.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2008* [Indicateurs de santé 2008], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

12. Agency for Healthcare Research and Quality, *2005 National Healthcare Quality Report*, Rockville (Maryland), AHRQ, 2005.
13. D. Venes, *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, 20th Edition*, Philadelphie (Pennsylvanie), F.A. Davis Company, 2005.
14. R. N. Forgoros, *STEMI–ST Segment Elevation Myocardial Infarction*. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <<http://heartdisease.about.com/od/heartattack/g/STEMI.htm>>.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *Patient Safety in Canada: An Update [Le point sur la sécurité des patients au Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <http://www.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/Patient_Safety_AIB_EN_070814.pdf>.
16. Association pulmonaire, *Pulmonary Embolus [Embolie pulmonaire]*. Consulté le 17 décembre 2009. Internet : <http://www.lung.ca/diseases-maladies/a-z/embolus-embolie/index_e.php>.
17. Institut canadien d'information sur la santé, *CMG+ Directory 2009 [Répertoire des GMA+ 2009]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
18. Institut canadien d'information sur la santé, *CMG+ Tool Kit, Transitioning to the New CMG+ Grouping Methodology (and Associated Health Resource Indicators), 2007–2008*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.

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

Tous droits réservés.

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

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-55465-760-5 (PDF)

© 2010 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2007-2008*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.

This publication is also available in English under the title *CIHI Data Quality Study of the 2007–2008 Discharge Abstract Database*.

ISBN 978-1-55465-759-9 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

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

ICIS Toronto

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

ICIS Victoria

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

ICIS Edmonton

10235, rue 101 Nord-Ouest, bureau 1414
Edmonton (Alberta) T5J 3G1
Téléphone : 780-409-5438

ICIS Montréal

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

ICIS St. John's

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

www.icis.ca

Mai 2010



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information