

D É C E M B R E 2 0 0 3

**La Base de données sur les congés
des patients (DAD)/**

**Étude de la qualité
des données CMG/Plx**



Canadian Institute
for Health Information

Institut canadien
d'information sur la santé

Étude de la qualité des données
CMG^{MD}/PIx^{MD}

Décembre 2003

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

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

© 2003 Institut canadien d'information sur la santé

ISBN : 1-55392-358-8 (PDF)

^{MD} Marque déposée de l'Institut canadien d'information sur la santé

Étude de la qualité des données CMG/Plx Décembre 2003

Table des matières

Introduction	1
But/objectifs	4
Méthodes	4
Sommaire des résultats de l'étude	5
Plan d'action.....	8
Prochaines étapes.....	8
Annexe A – Résultats détaillés	9
Glossaire/information additionnelle	17
Références	25

Introduction

Toute organisation présentant de l'information statistique doit s'assurer que la qualité de l'information convient à ce pour quoi elle est prévue et que les utilisateurs des données disposent de bons renseignements sur la qualité des données. À cette fin, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi un programme sur la qualité des données qui englobe la mise en œuvre du cadre de la qualité des données de l'Institut ainsi que la tenue d'études spéciales sur des questions portant sur la qualité des données.

Le présent rapport offre un résumé des conclusions nationales de l'étude spéciale sur la qualité des données de l'ICIS : Étude de la qualité des données CMG/Plx. Dans le cadre de cette étude nationale, on a examiné les données de la Base de données sur les congés des patients (DAD) afin de mesurer la précision des éléments de données utilisés dans la méthodologie des groupes de maladies analogues (affectation des groupes de maladies analogues ou CMG^{MD}) et dans le processus de niveau de complexité (degré de niveau de complexité ou Plx^{MD}). L'étude s'est inspirée des résultats d'une étude relative échelonnée sur deux ans, l'Étude de la qualité des données de la DAD, qui mesurait la précision des diagnostics et des interventions relativement à des indicateurs de santé sélectionnés et des données administratives à l'échelle nationale.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous au dad@icis.ca.

La Base de données sur les congés des patients

La Base de données sur les congés des patients (DAD) est une base de données nationale qui renferme de l'information sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour. À l'heure actuelle, plus de quatre millions d'abrévés sont fournis à la DAD chaque année. Les abrévés des patients hospitalisés fournis à la DAD représentent 75 %¹ de toutes les sorties des patients hospitalisés au Canada. Chaque abrévé figurant dans la DAD saisit un ensemble de données cliniques, démographiques et administratives pour chaque séjour à l'hôpital. Le personnel chargé des dossiers de santé dans les hôpitaux codifie les données d'abrévé à partir du résumé à la sortie et des autres renseignements contenus dans le dossier du patient. Mensuellement, les données saisies sont envoyées à l'ICIS, où l'information est traitée et revue. Des rapports (c.-à.-d. des rapports par défaut) sont fournis aux hôpitaux afin d'être analysés et corrigés pour éliminer les données erronées. En plus des données saisies soumises par les hôpitaux, la DAD contient des extraits à valeur ajoutée tels que les groupes de maladies analogues et les indicateurs relatifs de la consommation des ressources développés par l'application des méthodologies de regroupement de maladies analogues et des algorithmes de coût de l'ICIS.

Un abrévé révisé de la DAD a été mis en place au cours de l'exercice 2001-2002 afin d'intégrer le système national de classification de la CIM-10-CA/CCI et pour l'adapter aux besoins changeants en information sur la santé des intervenants. Ensuite, le redéveloppement des groupes de maladies analogues et de la pondération de la consommation des ressources de l'ICIS a débuté en 2003 afin d'inclure les changements

¹ Les établissements du Québec ne soumettent pas de données à la DAD dans le moment. Le Manitoba commencera sa soumission en 2004.

logiques dans la classification des diagnostics et des interventions provenant de la CIM-10-CA et de la CCI ainsi que pour tirer profit de la grande spécificité des codes qui sont maintenant disponibles.

Situer les secondes saisies dans le contexte de l'assurance de la qualité

Les études de seconde saisie de données sont une partie intégrante de la stratégie d'assurance de la qualité à l'ICIS. Dans le cas de la Base de données sur les congés des patients, la production de données **exactes** et valides commence par la présentation opportune de données à la lumière des codes prédéfinis et des éléments de données qui sont décrits dans le Manuel de saisie de l'information, DAD, de l'ICIS et au moyen de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10) qui a été acceptée par l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS. Historiquement, un processus systématique d'assurance de la qualité de la DAD est entamé *après* que les données ont été soumises à l'ICIS. Une fois que les données sont soumises, l'ICIS enclenche un processus visant à assurer la **comparabilité** et la **facilité d'utilisation** des données. La **pertinence** des données est assurée par des consultations auprès de comités consultatifs et par la diffusion de rapports comparatifs et de rapports thématiques spéciaux.

L'ICIS entreprend un certain nombre d'initiatives pour assurer la qualité des données de la DAD. Ces activités soutiennent la production de données de qualité à chaque étape de la chaîne d'approvisionnement en données. Ces activités incluent :

- **Soutien et services de formation aux clients.** L'ICIS offre un soutien direct aux clients grâce à un certain nombre d'activités liées aux produits de la DAD. Les représentants des services de soutien et les spécialistes de la classification de l'ICIS assurent la liaison auprès des fournisseurs de données afin d'assurer l'uniformité de la codification et de la saisie des données. Les autres activités incluent collaborer à l'élaboration et à la présentation de programmes de formation, offrir des services spécialisés en codification ainsi que dans d'autres domaines et tisser des liens avec les conseillers des données des provinces et des territoires, les organismes de santé et les utilisateurs des données.
- **Documentation sur les intrants.** L'ICIS fournit une documentation significative aux intervenants de la DAD afin de soutenir le développement des systèmes, la saisie des données et la codification. Cette documentation inclut le Manuel de saisie de l'information, DAD et les spécifications des systèmes de la DAD ainsi que la documentation relative aux normes mentionnées ci-dessous.
- **Normes.** L'ICIS publie les normes de classification qui sont utilisées pour codifier les diagnostics et les interventions dans l'abrégé de la DAD (actuellement la CIM-10-CA et la CCI). Ces normes de classification sont documentées plus en détail par la publication régulière de normes de codification. L'ICIS offre également des services d'interrogation sur la codification aux codificateurs de dossiers de santé afin de les aider à sélectionner les codes appropriés.

- **Vérification des données.** L'ICIS vérifie les données de la DAD à la réception en utilisant plus de 800 mises en forme de soumission. L'ICIS remet aux fournisseurs de données des rapports d'erreurs soulignant la nature de l'erreur et donne la chance aux fournisseurs de soumettre à nouveau leurs données.
- **Analyse des données de l'année en cours.** Lorsque les données sont reçues par l'ICIS, une analyse est réalisée pour vérifier de plus près la qualité des données. Lorsque des problèmes se posent, ils sont soulignés aux intervenants pour demander une validation ou une nouvelle soumission.
- **Application du cadre de la qualité des données de l'ICIS.** Pour chaque année de données reçues, l'ICIS réalise une évaluation générale de la DAD et des données afin d'identifier les problèmes, les limites et les possibilités d'amélioration.
- **Documentation pour les utilisateurs des données.** Afin d'accompagner la publication annuelle des données, l'ICIS produit de la documentation pour les utilisateurs. Cette documentation est un moyen de sensibiliser les utilisateurs aux limites et aux problèmes associés aux données.
- **Comités consultatifs.** La DAD possède un certain nombre de comités consultatifs composés d'intervenants de partout au Canada, qui guident l'évolution et se penchent sur les questions relatives à la DAD, y compris la qualité des données.

En plus des activités mentionnées précédemment, l'ICIS a mis en place un programme de seconde saisie des données afin de compléter ses activités d'assurance de la qualité. La seconde saisie de données retourne aux sources de l'information (c.-à-d. les dossiers des patients) et compare cette information avec ce qui existe dans la base de données de l'ICIS. Les études de seconde saisie des données utilisent une méthodologie d'échantillonnage statistique (décrite plus loin) afin de mesurer adéquatement la précision de la codification de certaines données administratives non médicales et cliniques contenues dans la DAD. À ce jour, trois études nationales de seconde saisie des données ont été réalisées (y compris l'étude dont il est question dans le présent document). Les deux études précédentes ont présenté des niveaux de coefficient d'objectivité dans les pratiques de codification pour les éléments de données examinés de la DAD. Quelques éléments pouvant être améliorés ont été identifiés, et un plan d'action est déjà en cours pour améliorer l'uniformité des pratiques de codification relatives à ces éléments.

L'étude décrite dans le présent rapport porte sur les éléments de données contenus dans la DAD et utilisés pour dériver des produits à valeur ajoutée communément appelés groupes de maladies analogues (ou CMG) et niveaux de complexité (ou Plx) (voir Glossaire/ information additionnelle).

Une quatrième étude est actuellement en cours, et une série continue d'études annuelles est mise en place.

But/objectifs

Le but de la présente étude est d'évaluer, à l'échelle nationale, la qualité de certaines données cliniques et administratives de la DAD. L'étude a porté sur des données soumises à l'aide du système de classification de la CIM-9.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

1. Mesurer dans la mesure possible par la seconde saisie de données la qualité globale pour les variables du groupeur CMG de la DAD;
2. Mesurer la qualité de la codification des diagnostics et des interventions propres à l'attribution CMG/Plx;
3. Faciliter l'élaboration du groupeur CMG pour la CIM-10-CA et la CCI;
4. Faciliter l'élaboration constante des lignes directrices en matière de codification pour le système de classification de la CIM-10-CA et de la CCI.

Méthodes

L'étude repose sur un échantillon représentatif national. Il consiste en trois échantillons de composantes de la DAD construits par échantillonnage aléatoire échelonné. La première phase de l'échantillonnage a permis de choisir au hasard des établissements de soins de courte durée à l'échelle du Canada stratifiés par milieu géographique et taille. La deuxième étape a permis de sélectionner au hasard des dossiers de chaque établissement en fonction du niveau de complexité ou encore des états et interventions représentant certains indicateurs de santé. Un total de 5 327 dossiers provenant de 44 établissements ont été saisis de nouveau².

Les données cliniques ont été saisies de nouveau, sur place, par des spécialistes de l'ICIS³ et comparées avec les éléments de données contenues dans la soumission d'origine à la DAD. La seconde saisie a eu lieu sur une période d'une semaine par établissement pour les composants énumérés ci-dessous :

- Échantillon de première année Exercice 1999-2000 de la DAD
- Échantillon de deuxième année Exercice 2000-2001 de la DAD
- Échantillon CMG/Plx Exercice 2000-2001 de la DAD

² La population cible inclut tous les établissements de soins de courte durée qui ont soumis des données à la DAD pendant les exercices 1999-2000 et 2000-2001. Les établissements du Québec et du Manitoba sont exclus, puisqu'il n'existe aucun mandat provincial leur demandant de soumettre des abrégés. Les établissements des trois territoires ont été exclus en raison des déplacements/coûts. Le taux général de participation des établissements était de 80 %.

³ Les spécialistes de la classification de l'ICIS sont certifiés auprès du Collège des archivistes médicales du Canada et ont une connaissance spécialisée de la terminologie médicale et des normes de classification des diagnostics et interventions. Ils sont en charge du développement, de l'interprétation et de l'enseignement des systèmes de classification et comptent beaucoup d'expérience en milieu hospitalier.

Les systèmes de classification utilisés au cours de l'étude sont I) CIM-9 et ICD-9-CM pour les diagnostics cliniques et II) CCA et le volume 3 de ICD-9-CM pour les interventions. Les éléments de données, illustrés ci-dessous, ont été inclus dans l'étude et sont ceux requis pour l'affectation des CMG et de la Plx.

Éléments de données non médicaux	Éléments de données diagnostiques	Éléments de données d'intervention
Numéro de dossier (pour lier) Sexe Date de naissance Estimation de la date de naissance Établissement d'origine Date de sortie Établissement receveur Sortie en vie Poids (0-29 jours)	Préfixe de diagnostic Code de diagnostic Suffixe de diagnostic (CIM-9) Type de diagnostic	Date de l'intervention Code d'intervention Suffixe d'intervention

Les taux nationaux ayant fait l'objet d'estimation par l'étude sont basés sur les divergences et les raisons de ces divergences trouvées dans l'échantillon de dossiers saisis de nouveau; ils sont pondérés afin de représenter la population étudiée.⁴ Comme pour toutes les études de cette nature, il est bon de noter que les résultats sont sujets aux erreurs d'échantillonnage.

Les politiques de l'ICIS sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité, qui assurent la protection des renseignements personnels et protègent le caractère confidentiel des dossiers personnels et des établissements, ont été respectées tout au long de l'étude.

Sommaire des résultats de l'étude

Les groupes de maladies analogues (ou CMG) sont la base des méthodologies de l'ICIS sur le regroupement des patients hospitalisés en soins de courte durée, la durée de séjour et la pondération de la consommation des ressources. Le diagnostic principal (MRDx) du patient est utilisé pour assigner le cas à l'une des 25 catégories cliniques principales (CCP). À l'intérieur de chaque CCP, en fonction de la présence ou de l'absence d'une opération, le cas sera dirigé vers un diagramme hiérarchique chirurgical ou médical.

En 1997, l'ICIS a intégré un niveau de complexité appelé Plx à sa méthodologie des groupes clients pour la majorité de l'affectation des CMG. Le niveau de complexité identifie les diagnostics, au-delà du diagnostic principal utilisé pour l'affectation des CMG, pour lesquels une durée prolongée de séjour ou un traitement plus coûteux est une éventualité possible.

⁴ En raison d'une erreur d'échantillonnage plus importante pour les petits échantillons, les résultats sont inclus dans l'affectation des CMG seulement si le nombre de dossiers saisis à nouveau est supérieur à 30.

Les résultats de l'étude sont résumés ci-dessous tels qu'ils correspondent aux objectifs de l'étude. Un glossaire des termes est disponible à l'annexe.

Objectif de l'étude 1 : Mesurer dans la mesure possible par la seconde saisie de données la qualité globale des données pour les variables du groupeur CMG de la DAD;

Les variables du groupeur CMG de la DAD sont celles utilisées dans les méthodologies CMG et Plx susmentionnées. Ces variables incluent les éléments de données non médicaux tels que le sexe, la date de naissance; les diagnostics qui décrivent le diagnostic principal ou une comorbidité; et les interventions.

Pour les *éléments de données non médicaux* saisis de nouveau dans la présente étude, le taux de correspondance entre les valeurs d'origine soumises à la DAD et les valeurs recueillies lors de la seconde saisie est supérieur à 96,0 %. Une explication plus détaillée de cette donnée est présentée au tableau 3 (voir Annexe A — Résultats détaillés).

Les autres éléments de données utilisés par le groupeur sont discutés à l'objectif 2.

Objectif de l'étude 2 : Mesurer la qualité de la codification des diagnostics et des interventions propres à l'attribution CMG/Plx;

Pour les *diagnostics* relatifs à l'affectation des CMG/Plx, les taux de correspondance entre les valeurs d'origine soumises à la DAD et les éléments saisis de nouveau sont présentés par catégorie ci-dessous:

- 87,0 % Diagnostic principal (MRDx)
- 75,5 % Présence ou absence de comorbidités
- 82,9 % Typage de comorbidités

Le diagnostic principal est le diagnostic qui décrit l'état le plus significatif ayant causé l'hospitalisation d'un patient. Il se peut que ce diagnostic ne soit pas toujours l'état pour lequel le patient a d'abord été admis. Une comorbidité est un diagnostic de nature significative qui affecte la consommation de ressources ou la durée de séjour d'un patient. Une comorbidité peut coexister au moment de l'admission ou se développer subséquemment pendant l'hospitalisation du patient.

Dans la présente étude, les *interventions* pratiquées sur les patients n'ont pas eu de répercussions sur l'affectation des CMG/Plx.

Après la seconde saisie des données, l'affectation du diagnostic principal et l'identification des types de diagnostics (c.-à-d. les comorbidités) différaient des données originalement soumises à la DAD. Il en résulte un changement d'affectation des CMG dans 14,8 % des dossiers et un changement des niveaux de complexité dans 10,8 % des dossiers. L'effet combiné est une réduction nette de la valeur moyenne RIW^{MD} de 0,9 %.

De plus amples renseignements sur l'affectation des CMG, les niveaux de complexité et les diagnostics sont présentés à l'annexe A — Résultats détaillés.

Objectif de l'étude 3 : Faciliter l'élaboration du groupeur CMG pour la CIM-10-CA et la CCI;

La CIM-10-CA est une classification canadienne enrichie basée sur la publication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision*. L'ICIS travaille présentement à faciliter la mise en œuvre de cette nouvelle norme. Les provinces et les territoires ont débuté la mise en place le 1^{er} avril 2001.

La CCI, ou *Classification canadienne des interventions en santé*, a été développée par l'ICIS pour accompagner la CIM-10-CA. La CCI classe une plus grande variété d'interventions que son prédécesseur, la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux* (CCA).

Avec l'arrivée de ces nouveaux systèmes de classification, l'ICIS doit repenser sa méthodologie de groupeur CMG. Les résultats de la présente étude ont été utilisés afin de faciliter l'identification des comorbidités lorsqu'il existait un faible taux de correspondance entre les valeurs soumises originalement à la DAD et les valeurs saisies de nouveau. Pour les diagnostics dont les normes de codification et de classification ne pouvaient être clarifiées, des changements à la liste de diagnostics incluse dans la liste de classement, un élément important de la méthodologie CMG/Plx, ont été recommandés.

De plus, la présente étude a permis l'établissement de repères pour l'évaluation des éléments de données sources et des extraits de la méthodologie du groupeur tels que la durée de séjour ou la pondération de la consommation des ressources. Ces repères ont été déterminés dans la présente étude à l'aide du système de classification CIM-9 et ICD-9-CM. Avec la codification subséquente dans la CIM-10-CA/CCI, on créera une base de référence à partir de laquelle on pourra mesurer la qualité des éléments de données sources et les extraits de la méthodologie CMG/Plx.

De plus amples renseignements sur la codification au sein de l'affectation des CMG sont disponibles dans l'annexe A — Résultats détaillés.

Objectif de l'étude 4 : Faciliter l'élaboration constante des lignes directrices en matière de codification pour le système de classification de la CIM-10-CA et de la CCI.

- Tel que mentionné précédemment, la présente étude est une riche source d'information pour l'identification des normes de codification pour certains diagnostics qui n'ont pas bien été compris et qui nécessitent une certaine clarification; par exemple, savoir quand un diagnostic influence de façon significative le traitement ou encore quelle est l'information obligatoire qui doit être incluse dans l'abrégé de la DAD. L'information recueillie au cours de cette étude sera utilisée dans le développement et l'enrichissement des normes de codification pour la CIM-10-CA/CCI.

Plan d'action

L'ICIS continue d'entreprendre plusieurs initiatives visant l'amélioration continue de la qualité des données de la DAD tel qu'il a été mentionné précédemment dans le document. Ces activités incluent un nouveau système de classification CIM-10-CA/CCI, le développement et le resserrement des normes de codification pour ce nouveau système tout en se penchant sur les problèmes identifiés dans l'étude par rapport au typage de diagnostic. De plus, l'ICIS offrira des ateliers de formation à l'échelle nationale aux professionnels des dossiers de santé sur le nouveau système de classification et les normes relatives. On étudie la possibilité d'augmenter les mises en forme existantes de la DAD et d'en développer de nouvelles afin d'assurer la précision de la base de données. L'ICIS entreprend également le remaniement de sa méthodologie de regroupement CMG; les conclusions de la présente recherche seront incorporées dans le plan de remaniement.

L'ICIS s'engage également à améliorer la communication avec les intervenants lorsque des problèmes de qualité des données surviennent.

Prochaines étapes

En 2003-2004, l'ICIS entreprendra une autre étude spéciale sur la DAD qui portera sur certains éléments de données utilisant le nouvel abrégé DAD ainsi que le nouveau système de classification CIM-10-CA/CCI. L'étude de la qualité des données saisies de nouveau de la DAD et de la CIM-10-CA/CCI sera fondée sur les résultats des études précédentes de seconde saisie de la DAD.

Annexe A – Résultats détaillés

Résultats concernant les CMG et les niveaux de complexité

L'affectation des niveaux de complexité et des CMG a été dérivée en appliquant la méthodologie de regroupement aux données non médicales et cliniques de chaque abrégé. Ces résultats incluent la comparaison entre la valeur d'origine et la valeur après la seconde saisie. Les résultats n'incluent pas les codes d'anomalies ou de raisons, puisque ces derniers sont seulement associés aux éléments de données sources. Les changements dans les valeurs générales RIW ne dépendent pas seulement du nombre de cas qui changent l'affectation des CMG, mais également des cas qui changent le niveau de complexité. La combinaison de ces deux changements est illustrée ci-dessous.

Tableau 1. Changements d'affectation de CMG et de niveau de complexité

% des enregistrements		Niveau de complexité		
		Identique	Modifié	Total
Affectation des CMG	Identique	77,1	8,1	85,2
	Modifié	12,1	2,7	14,8
	Total	89,2	10,8	100,0

On remarque que pour 77,1 % des enregistrements, l'affectation des CMG ou du niveau de complexité n'a pas été modifiée lors de la seconde saisie. Après la seconde saisie, les changements de diagnostics et de typage ont produit un changement dans l'affectation des CMG pour 14,8 % des enregistrements et un changement de niveau de complexité pour 10,8 % des enregistrements. L'effet combiné est une réduction nette de la valeur moyenne RIW de 0,9 %.

Résultats relatifs aux niveaux de complexité

Ci-dessous se trouve une comparaison de la proportion d'enregistrements dans chaque niveau de complexité avant et après la seconde saisie.

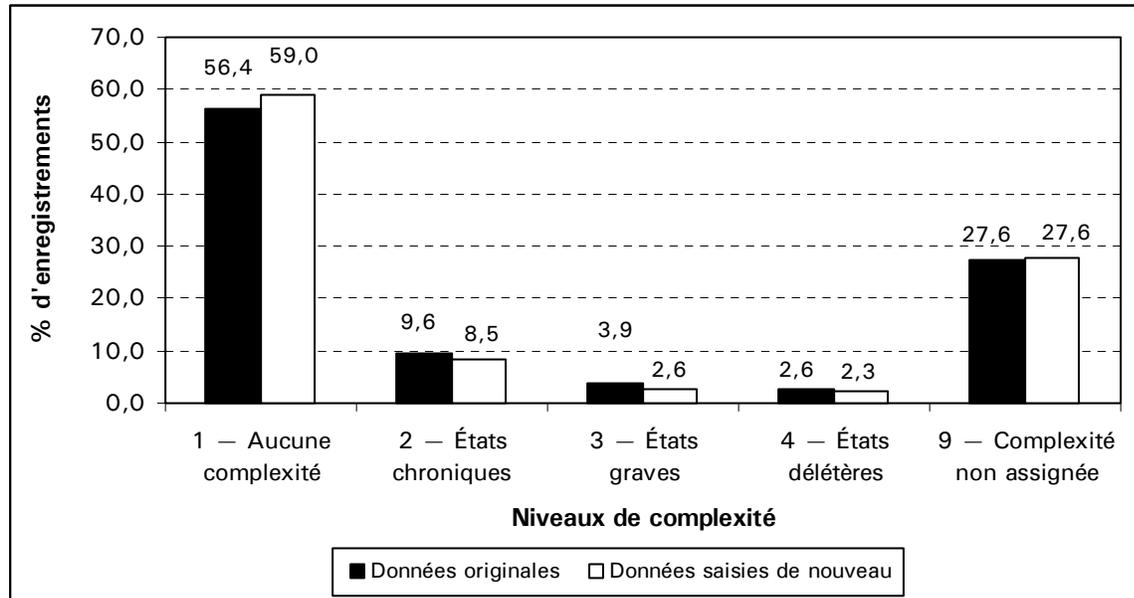


Figure 1. Distribution des niveaux de complexité avant et après la seconde saisie

À l'échelle nationale, après la seconde saisie, on estime que 10,8 % des enregistrements avaient un niveau de complexité différent. Le tableau qui suit illustre la répartition, par niveau de complexité d'origine, du pourcentage d'enregistrements saisis de nouveau ayant un niveau de complexité plus élevé ou moins élevé.

Tableau 2. Augmentations et diminutions des niveaux de complexité

Niveau de complexité	% des enregistrements d'origine				
	Identique	Modifié	Niveau inférieur	Niveau supérieur	Échange net
1 – Aucune complexité	53,7	2,7	0,1	2,6	2,5
2 – États chroniques	5,0	4,5	3,9	0,6	-3,2
3 – États graves	1,4	2,5	2,1	0,4	-1,8
4 – États délétères	1,7	1,0	1,0	0,0	-1,0
9 – Complexité non assignée	27,4	0,1	0,0	0,1	0,1
Total	89,2	10,8	7,0	3,7	-3,3

Remarque : Une complexité de 9 (non assignée) signifie que la complexité est inhérente dans l'affectation des CMG et que le dossier ne se voit pas attribuer de complexité additionnelle. Dans le tableau, un niveau 9 est considéré comme une diminution des niveaux de complexité par rapport au niveau 1 (aucune complexité).

Ces résultats indiquent :

- Une différence très minime entre les niveaux de complexité d'origine et après la seconde saisie pour les enregistrements sans complexité (niveau 1) et pratiquement aucune lorsque le niveau de complexité n'a pas été assigné (niveau 9).
- Une baisse dans le nombre d'enregistrements avec des niveaux de complexité 2, 3 et 4, et une augmentation générale dans le niveau de complexité 1. Ces résultats expliquent la diminution de RIW mentionnée dans la section précédente.
- Bien que certains enregistrements aient été saisis de nouveau à un niveau de complexité plus élevé (p. ex. 2,6 % des enregistrements avaient à l'origine un niveau de complexité 1), on remarque une diminution générale du niveau de complexité (-3,3 %).

La proportion des enregistrements ayant changé de niveau de complexité est illustrée dans le diagramme suivant.

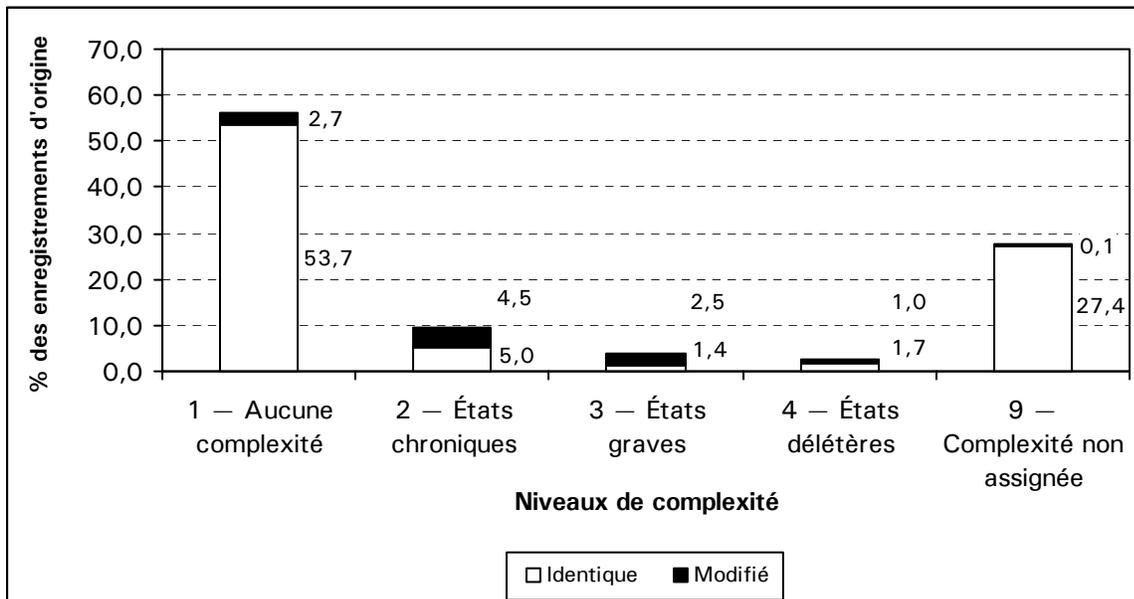


Figure 2. Volume de changements dans les niveaux de complexité

Résultats relatifs aux CMG

Certains groupes de maladies analogues ont connu un changement important dans les valeurs moyennes RIW. Des difficultés de codification spécifiques pour l'affectation de ces CMG peuvent avoir contribué à ces changements. Par exemple :

CMG 140 – Obstruction chronique des voies respiratoires

Le CMG 140 est la phase terminale chronique d'autres maladies respiratoires, et les patients peuvent être hospitalisés en raison d'une exacerbation de l'état. Il arrive parfois que la cause aiguë d'une hospitalisation spécifique soit précisée. Dans la CIM-9, un patient souffrant d'obstruction chronique des voies respiratoires admis avec une pneumonie pourrait avoir comme diagnostic principal la pneumonie ou encore l'obstruction chronique des voies respiratoires, en fonction du traitement administré. Dans la CIM-10-CA, tous les cas d'obstruction chronique des voies respiratoires avec une exacerbation aiguë sont codifiés comme tels.

CMG 351 – Remplacement d'articulations pour traumatisme

Les changements de CMG sont probablement causés par le manque de documentation complète au moment de la codification d'origine puisque les codes d'intervention utilisés pour l'affectation de CMG sont très simples. Les changements de niveau de complexité pour les remplacements d'articulations pour traumatisme proviennent d'une mauvaise compréhension de la définition d'une comorbidité.

La majorité des fractures d'articulations sont chez des patients âgés souffrant d'autres états médicaux chroniques ou sous-jacents. Si ces états sous-jacents n'augmentent pas la durée de séjour ou les ressources utilisées pour traiter le patient lors de son hospitalisation, ils doivent être considérés comme des états de type (3), ou secondaire. Les états sous-jacents doivent être considérés comme des comorbidités seulement si, par exemple, ils requièrent une médication, un traitement ou une consultation additionnelle, ou encore s'ils retardent la chirurgie ou la sortie.

CMG 644 – Poids de naissance > 2500 grammes avec problème majeur

Les changements sont attribuables aux codes très spécifiques de diagnostic pour chaque affectation de CMG.

Par exemple, le syndrome de détresse respiratoire est considéré comme un problème majeur et est regroupé dans CMG 644 si le nouveau-né est > 2500 grammes. Lorsque l'on soupçonne qu'un nouveau-né souffre du syndrome de détresse respiratoire, on doit se rappeler que l'ICIS a une norme voulant que cet état ne soit codifié que si le dossier contient de la documentation claire indiquant que le nouveau-né a reçu du surfactant. Les établissements qui ne connaissent pas cette directive peuvent codifier incorrectement.

Résultats non médicaux

Puisque l'affectation du niveau de complexité et des CMG est dérivée des données non médicales et cliniques, la qualité de ces éléments constitutifs est étudiée ci-dessous.

À l'échelle nationale, plus de 96 % de tous les éléments de données non médicaux saisis de nouveau sont identiques aux données d'origine. Le pourcentage des éléments qui ne correspondait pas est illustré ci-dessous.

Tableau 3. Taux d'anomalie des éléments de données non médicaux

Élément de données non médical	Taux d'anomalie
Établissement à partir duquel le patient a été transféré	3,8 %
Établissement vers lequel le patient a été transféré	2,7 %
Date de naissance (ou si elle n'est pas inscrite, estimation de la date)	< 1 %
Date de sortie	< 1 %
Sortie de l'établissement	< 1 %
Sexe	< 1 %
Poids — de 0 à 28 jours à partir de l'admission	< 1 %

Résultats par rapport aux diagnostics — Anomalies et raisons

Les résultats pour les anomalies et leurs raisons sont liés soit au diagnostic principal, à une comorbidité, à un diagnostic de transfert de service ou à un diagnostic secondaire obligatoire. Les anomalies sont mutuellement exclusives sauf pour les préfixes/suffixes et les anomalies de codes différents (celles du tableau 5).

Dans les tableaux ci-dessous, lorsque les anomalies sont le résultat d'un changement dans le typage d'un état, la combinaison de typage dans les données d'origine et les données saisies de nouveau qui crée les anomalies est incluse dans les deux dernières colonnes afin d'illustrer le changement. Veuillez noter que dans la section, les totaux peuvent ne pas correspondre aux entrées en raison de l'arrondissement.

Diagnostic principal (MRDx)

On remarque que 87,0 % des codes de diagnostic principal d'origine et saisis de nouveau correspondent. Les 13,0 % de diagnostics principaux ayant des anomalies se répartissent comme suit :

Tableau 4. Taux d'anomalies et de raisons – MRDx

%	Description des anomalies	Type d'origine	Type après seconde saisie
6,3	MRDx codifié comme type différent	Tout type autre que MRDx	MRDx
3,1	Diagnostic non codifié, typé en tant que MRDx	MRDx	Non codifié
2,3	MRDx manquant	Non codifié	MRDx
1,1	Diagnostic secondaire codifié en tant que MRDx	MRDx	Type 3
0,1	Comorbidité après l'admission typée en tant que MRDx	MRDx	Type 2

%	Raisons des anomalies (ayant causé plus de 10 % des anomalies)		
50,6	Interprétation différente : les anomalies ont été causées par une interprétation différente de la documentation. Cas où une mauvaise interprétation de la documentation dans l'abrégé d'origine a eu comme résultat un code différent.		
13,8	Codification contraire aux directives de l'ICIS : l'information dans la base de données contrevient aux directives de l'ICIS. Cas où les directives claires ne sont pas suivies.		

Diagnostic de comorbidité

Les comorbidités correspondent dans 75,5 % des cas. Les 24,5 % d'anomalies dans les comorbidités se répartissent comme suit :

Tableau 5. Taux d'anomalies et de raisons – Diagnostics de comorbidité

%	Description des anomalies	Type d'origine	Type après seconde saisie
14,9	Diagnostic non codifié, typé en tant que diagnostic de comorbidité	Type 1 ou 2	Non codifié
9,4	Diagnostic de comorbidité manquant	Non codifié	Type 1 ou 2
0,1	Diagnostic de transfert manquant	Non codifié	Type W, X ou Y
0,1	Diagnostic non codifié, typé en tant que diagnostic de transfert	Type W, X ou Y	Non codifié

% Raisons des anomalies (ayant causé plus de 10 % des anomalies)	
31,0	Information manquante : cas où un code ou une donnée n'a pas été entré en dépit d'une documentation claire dans le dossier.
26,2	Diagnostic n'ayant aucune répercussion significative : diagnostics codifiés n'ayant pas de répercussions significatives sur le traitement ou la durée de séjour. Ce sont les cas où un diagnostic est typé comme étant significatif (1 ou 2) et pour lesquels le second codificateur n'a pas convenu que le traitement documenté justifiait ce typage.
16,6	Interprétation différente : anomalies causées par une interprétation différente de la documentation. Cas où une mésinterprétation de la documentation dans l'abrégé d'origine ont eu comme résultat un code différent.

Typage de comorbidité

On remarque que 82,9 % des comorbidités étaient typées au même niveau que les données saisies de nouveau. Par contre, 17,1 % étaient typées différemment, tel qu'illustré ci-dessous.

Tableau 6. Taux d'anomalies et de raisons – Typage de comorbidités

%	Description des anomalies	Type d'origine	Type après seconde saisie
14,8	Diagnostic secondaire typé en tant que diagnostic de comorbidité	Type 1 ou 2	Type 3
1,5	Diagnostic de comorbidité codifié comme type 3	Type 3	Type 1 ou 2
0,5	Comorbidité avant l'admission typée en tant que comorbidité après l'admission	Type 2	Type 1
0,4	Comorbidité après l'admission typée en tant que comorbidité avant l'admission	Type 1	Type 2

% Raisons des anomalies (ayant causé plus de 10 % des anomalies)	
63,8	Le diagnostic n'a aucune répercussion significative : diagnostics codifiés n'ayant pas de répercussion significative sur le traitement ou la durée de séjour. Il existe des cas où un diagnostic est typé comme étant significatif (1 ou 2) et le second codificateur n'a pas convenu que le traitement documenté justifiait ce typage.
11,1	Codification contraire aux directives de l'ICIS : l'information dans la base de données contrevient aux directives de l'ICIS. Cas où les directives claires ne sont pas suivies.
10,3	Interprétation différente : anomalies causées par une interprétation différente de la documentation. Cas où une mauvaise interprétation de la documentation dans l'abrégé d'origine ont eu comme résultat un code différent.

Code différent de diagnostic

Pour 7,6 % des diagnostics, le même état a été codifié mais des différences dans le code lui-même ont créé des anomalies.

Tableau 7. Taux d'anomalies et de raisons — Code différent de diagnostic

%		Description des anomalies	
7,5		Code différent de diagnostic utilisé pour identifier le même état	
0,1		Différent préfixe/suffixe de diagnostic	

%		Raisons des anomalies (ayant causé plus de 10 % des anomalies)	
28,3		Erreur de codification : cas où l'anomalie est clairement le résultat de recherches incorrectes ou incomplètes de codes, y compris les erreurs de croix/d'astérisque.	
26,5		Interprétation différente : anomalies causées par une interprétation différente de la documentation. Cas où une mauvaise interprétation de la documentation dans l'abrégé d'origine ont eu comme résultat un code différent.	
15,7		Spécificité : un cas où un code non-spécifique ou « autre/sans précision » est utilisé lorsqu'un code plus spécifique est soutenu par la documentation du dossier.	

Glossaire/information additionnelle

Base de données sur les congés des patients (DAD)

La Base de données sur les congés des patients (DAD) est une base de données nationale qui renferme des données cliniques, démographiques et administratives standard sur les sorties et les chirurgies d'un jour de chaque patient hospitalisé. Les données de la DAD sont utilisées pour produire divers rapports et publications de l'ICIS, tels que son rapport annuel sur le rendement du système de santé, pour mener des analyses des problèmes de santé et des blessures et, de plus en plus, pour suivre les résultats des patients.

Les enregistrements des patients hospitalisés soumis à la DAD représentent 75 % de toutes les sorties des patients au Canada. Pour l'exercice 2000-2001, le résultat était d'environ 2,5 millions d'abrévés pour les séjours des patients hospitalisés.

Normes de classification

Au cours des exercices 1999-2000 et 2000-2001, les systèmes suivants étaient utilisés :

- Pour la codification des diagnostics des états cliniques :
 - CIM-9 : la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Neuvième révision
 - ICD-9-CM : la ICD-9-Clinical Modification
- Pour la codification des interventions :
 - CCA : Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux
 - Volume 3 de la ICD-9-CM

Depuis l'exercice 2001-2002, le Canada met en œuvre sur une longue période, par province, de nouvelles classifications pour les diagnostics et les interventions :

- CIM-10-CA : la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision — modification canadienne
- CCI : la Classification canadienne des interventions en santé

CMG

Les données de la DAD sont utilisées afin de dériver des extraits à valeur ajoutée tels que l'affectation des groupes de maladies analogues. Les CMG sont un regroupement de séjours de patients ayant une utilisation clinique et des ressources similaires visant à comparer l'utilisation des ressources hospitalières. L'affectation des CMG est basée sur le diagnostic principal du patient, le diagnostic qui, à la sortie, est jugé responsable de la plus importante portion de l'hospitalisation du patient ou de l'utilisation des ressources.

Niveaux de complexité, CCP et liste de grade

La méthodologie des niveaux de complexité a été développée au milieu des années 1990 afin de se pencher sur les différences de consommation de ressources attribuables au fardeau de la maladie, à l'âge des patients ou à la gravité de la maladie. Les niveaux de complexité sont un raffinement de la méthodologie des CMG appliquée à un certain nombre de catégories cliniques principales (CCP). Les CCP sont un système de catégories développé par l'ICIS basé sur les catégories de diagnostics de la CIM et le diagnostic principal. En restreignant le niveau de complexité à des CCP relatives à des systèmes corporels importants, les états qui sont considérés comme étant intrinsèquement complexes, tels que la grossesse et l'accouchement, ne gagnent pas de complexité additionnelle. Chaque affectation de CMG, au sein de la CCP permise, est sous-divisée en niveaux de complexité. Une liste, appelée la liste de grade, a été créée afin d'allouer des grades aux diagnostics : diagnostic de comorbidité avant l'admission (type 1), de comorbidité après l'admission (type 2) ou de service de transfert (type W, X ou Y), qui a prolongé la durée de séjour ou augmenté l'utilisation de ressources hospitalières.

Grade	Définition
A	États délétères
B	États ayant des répercussions importantes sur la durée de séjour
C	Maladie chronique
D	États débilitants
P	États psychiatriques associés à une augmentation de la durée de séjour

La méthodologie des niveaux de complexité utilise les états compliquants de la liste de grade et l'âge du patient pour justifier la variation de durée du séjour et d'utilisation de ressources.

Les niveaux de complexité sont définis comme suit :

Niveau Plx	Définition
1	Aucune complexité
2	Complexité relative à des états chroniques
3	Complexité relative à des états graves/importants
4	Complexité relative à des états potentiellement délétères
9	Complexité non appliquée

RIW

Les indicateurs de consommation des ressources tels que la pondération de la consommation des ressources (c.-à-d. les valeurs RIW) sont utilisés pour surveiller l'utilisation des services de soins de santé de courte durée. L'algorithme de coût RIW mesure le coût relatif des ressources de soins de courte durée par type de patient. En appliquant les valeurs RIW, les volumes peuvent être exprimés en cas pondérés.

Typage de diagnostic

Le typage de l'état clinique est étroitement lié à l'état clinique. Les codes obligatoires de typage identifient les diagnostics pour lesquels des ressources de service de santé ont été utilisées lors du séjour du patient : soit le diagnostic principal, une comorbidité ou, si le patient a été transféré, le diagnostic relatif au transfert de service. Les comorbidités sont des états qui existent au moment de l'admission ou qui se développent subséquemment, et qui affectent le traitement reçu ou la durée de séjour. Ces états peuvent nécessiter une évaluation clinique, un traitement thérapeutique, des interventions diagnostiques ou des soins infirmiers et une surveillance accrue. Les codes optionnels de typage sont pour les diagnostics secondaires qui, sans affecter la durée de séjour ou l'utilisation des ressources, peuvent présenter un intérêt pour l'hôpital.

Type	Diagnostic	Inclusion
M	Diagnostic principal (MRDx)	Obligatoire
1	Comorbidité avant l'admission	Obligatoire le cas échéant
2	Comorbidité après l'admission	Obligatoire le cas échéant
3	Secondaire	Certains obligatoires
W, X, Y	Diagnostic de transfert de service	Obligatoire le cas échéant

Identification des anomalies et des raisons

Les anomalies entre les données d'origine et après la seconde saisie sont identifiées d'une de deux façons, selon l'élément de données. L'information non médicale objective, telle que la date de naissance, est immédiatement comparée aux données d'origine pour identifier une correspondance. Toute l'information clinique, telle que les diagnostics, est saisie de nouveau (sans consulter les données saisies à l'origine) et puis comparées aux valeurs d'origine. Chaque différence dans les données cliniques ou non médicales est associée à une anomalie normalisée et à un code de raison par le second codificateur.

Les résultats contenus dans le présent rapport sont pour les anomalies de type A, soit les anomalies qui reflètent une différence importante entre l'information d'origine et celle saisie de nouveau. Dans certains cas d'anomalies de type B, la raison de l'anomalie peut être de nature moins critique, mais être enregistrée en raison de son bénéfice potentiel pour le développement de directives de codification.

Tableau A. Exemple d'anomalie de type A

Un patient de 68 ans est admis à l'hôpital pour une prostatectomie transurétrale (RTUP) afin de traiter une hypertrophie bénigne de la prostate. La durée de son séjour est de deux jours.				
Abrégé d'origine		Seconde saisie		Commentaire sur la seconde saisie
Code de la ICD-9-CM	Type	Code de la ICD-9-CM	Type	
600 — BPH	M	600 — BPH	M	Une valeur de lab à l'extérieur de la plage normale à une occurrence seulement, aucune autre documentation.
276.1 — Hyponatrémie	1			
<ul style="list-style-type: none"> Anomalie 16 — Diagnostic non codifié, typé en tant que diagnostic de comorbidité dans la DAD. Code de raison F — Interprétation différente de la documentation. 				

Une anomalie s'est produite dans l'exemple précédent parce que le second codificateur n'a pas trouvé de documentation provenant du médecin qui confirme que la valeur de laboratoire révélait un diagnostic clinique. Les comorbidités sont toutes des états qui coexistent au moment de l'admission ou encore qui se développent subséquentement, et qui affectent le traitement reçu ou la durée de séjour. Les comorbidités sont les états ayant un effet sur les soins du patient, c'est-à-dire qui nécessitent au moins une évaluation clinique, un traitement thérapeutique, des interventions diagnostiques, une prolongation de l'hospitalisation ou une augmentation des soins infirmiers ou de la surveillance.

Exemple d'anomalie de type B

Une femme enceinte dont le travail a débuté arrive à l'hôpital. Son travail est augmenté à l'aide de syntocine; cependant, son col utérin refuse de s'ouvrir à plus de 3 cm. De plus, on remarque que le bébé connaît des décélérations. On la conduit donc à la salle d'opération où une césarienne est pratiquée pour dystocie, travail entravé par une disproportion céphalo-pelvienne et souffrance fœtale.				
Abrégé d'origine		Seconde saisie		Commentaire sur la seconde saisie
Code de la ICD-9-CM	Type	Code de la ICD-9-CM	Type	
661.01 — Dystocie	M	660.11 — Travail entravé par une disproportion céphalo-pelvienne	M	Puisqu'il y a plusieurs raisons pour la césarienne, elles peuvent toutes être choisies en tant que diagnostic principal; aucune n'est considérée comme un mauvais choix.
660.11 — Travail entravé par une disproportion céphalo-pelvienne	1	661.01 — Dystocie	1	
659.71 — Souffrance fœtale	1	659.71 — Souffrance fœtale	1	
<ul style="list-style-type: none"> Anomalie 6 — Diagnostic principal codifié en tant que type différent dans la DAD. Code de raison H — Différent ordre de codes — les deux ordres sont corrects. Cas où deux diagnostics ou plus sont d'égale importance et peuvent tous deux être le diagnostic principal. 				

Codes d'anomalies

Données non médicales (cliniques)

1. **Entrée manquante.** Le second codificateur a saisi des données qui n'étaient pas dans la base de données.
2. **Entrée non codifiée par le second codificateur.** Le second codificateur n'a pas saisi les données qui se trouvaient dans la base de données.
3. **Entrée différente.** Le second codificateur a saisi des données différentes de celles de la base de données.

Codes de diagnostics

4. **Préfixe/suffixe de diagnostic différent.**
La base de données ou le second codificateur a codifié un préfixe/suffixe que l'autre n'a pas.
5. **Code de diagnostic différent.**
Des codes différents sont utilisés pour identifier le même état.
6. **Diagnostic principal codifié en tant que type différent.**
Le second codificateur a codifié en tant que diagnostic principal un état qui est codifié dans la base de données en tant qu'autre type de diagnostic.
7. **Diagnostic principal manquant.**
Le second codificateur a codifié en tant que diagnostic principal un état qui n'apparaît pas dans la base de données.
8. **Diagnostic de comorbidité codifié en tant que type 3.**
Le second codificateur a codifié en tant que type 1 ou 2 un état qui est codifié comme type 3 dans la base de données.
9. **Diagnostic de comorbidité manquant.**
Le second codificateur a codifié en tant que type 1 ou 2 un état qui n'apparaît pas dans la base de données.
10. **Comorbidité avant l'admission typée en tant que comorbidité après l'admission.**
Le second codificateur a codifié en tant que type 1 un état codifié en tant que type 2 dans la base de données.
11. **Comorbidité après l'admission typée en tant que diagnostic principal.**
Le second codificateur a codifié en tant que type 2 un état codifié en tant que diagnostic principal dans la base de données.
12. **Comorbidité après l'admission typée en tant que comorbidité avant l'admission.**
Le second codificateur a codifié en tant que type 2 un état codifié en tant que type 1 dans la base de données.
13. **Diagnostic secondaire typé en tant que diagnostic principal.**
Le second codificateur a codifié en tant que type 3 un état codifié en tant que diagnostic principal dans la base de données.

- 14. Diagnostic secondaire typé en tant que diagnostic de comorbidité.**
Le second codificateur a codifié en tant que type 3 un état codifié en tant que type 1 ou 2 dans la base de données.
- 15. Diagnostic non codifié, typé en tant que diagnostic principal.**
Le second codificateur n'a pas codifié un état codifié en tant que diagnostic principal dans la base de données.
- 16. Diagnostic non codifié, typé en tant que diagnostic de comorbidité.**
Le second codificateur n'a pas codifié un état codifié en tant que type 1 ou 2 dans la base de données.
- 17. (Niveaux de complexité seulement) Type 3 obligatoire manquant**
Le second codificateur a codifié un diagnostic obligatoire de type 3 (p. ex. pour un scénario croix/astérisque ou pour refléter un organisme contagieux) qui n'a pas été codifié dans la base de données.
- 18. Diagnostic de transfert manquant.**
Le second codificateur a codifié un diagnostic de transfert qui n'apparaît pas dans la base de données.
- 19. Diagnostic non codifié, typé en tant que diagnostic de transfert.**
Le second codificateur n'a pas codifié un diagnostic de transfert qui apparaît dans la base de données.
- 20. (Année 2 seulement) Code E différent.**
Différents codes E utilisés pour identifier une même cause.

Raisons des anomalies

Anomalies de type A

- A. Erreur de transcription.** Erreurs de transcription des chiffres ou des lettres. Inclut les erreurs de saisie de données.
- B. Documentation disponible incomplète** au moment de la saisie de données d'origine — seulement lorsque le cas est clairement identifiable.
- D. Manque de spécificité des codes.** Un cas où un code non-spécifique ou « autre/sans précision » a été utilisé lorsqu'un code plus spécifique est soutenu par la documentation du dossier.
- E. Spécificité d'un code non soutenue par le dossier.** Cas où un code très spécifique est utilisé sans être soutenu par la documentation du dossier.
- F. Interprétation différente de la documentation.** Cas où une erreur d'interprétation de la documentation dans l'abrégé d'origine a causé l'emploi d'un code incorrect.
- I. Diagnostic codifié n'ayant pas de répercussion significative** sur le traitement ou sur la durée de séjour. Cas où un code est typé en tant qu'état significatif (1 ou 2) et où le second codificateur ne croit pas que le traitement documenté justifie un tel code.
- K. Autre zone grise de codification.** Autres cas où une interprétation différente de la documentation et des directives peut causer des anomalies.
- L. Documentation irrégulière ou contradictoire** dans le dossier sur papier.

- M. Codification contraire aux directives de l'ICIS** — lorsque clairement identifiable.
- N. Politique de l'hôpital.** Cas où, après consultation auprès du personnel de l'hôpital, il est convenu qu'une règle ou une politique spécifique à l'hôpital a affecté les codes choisis à l'origine et causé l'anomalie.
- O. Erreur de codification** — livre des codes non utilisé comme il se doit. Cas où les anomalies sont clairement le résultat de recherches incorrectes ou incomplètes de codes. Inclut les erreurs de croix/d'astérisque.
- P. Information du dossier omise.** Cas où un code ou une donnée n'a pas été enregistré en dépit d'une documentation claire dans le dossier.
- R. Téléchargement incorrect.** Téléchargement d'admission/de congé/de transfert incompatible avec le reste du dossier.
- T. Type 3 obligatoire manquant.** Situations où le second codificateur a codifié un diagnostic de type 3 pour compléter un scénario croix/astérisque ou pour refléter un organisme contagieux. (Étude CMG/Plx seulement.)
- V. Autre.** Toute raison identifiable ne pouvant être catégorisée dans les autres codes de raison.
- W. Aucune raison apparente.** Lorsque l'anomalie ne peut être catégorisée ou expliquée par l'un des codes précédents.
- Z. Diagnostic ayant des répercussions significatives** sur le traitement ou la durée de séjour.

Anomalies de type B

- C. Second codificateur incapable d'accéder à l'information requise.**
- G. Interprétation différente de la documentation** — les deux codes sont corrects. La documentation peut être interprétée de plus d'une façon et il est difficile de déterminer quelle façon est la bonne, mais aucune des options n'est incorrecte.
- H. Différent ordre de codes** — les deux ordres sont corrects. Cas où deux diagnostics ou plus sont d'égale importance et peuvent tous deux être le diagnostic principal.
- S. Données de la base de données modifiées lors de la vérification de l'ICIS.** Données modifiées dans la base de données et différentes dans le dossier.
- U. Second codificateur a oublié des données** et croit que la soumission d'origine était correcte.
- X. Aucune seconde saisie** — n'est pas incorrect à codifier.
- Y. Non codifié dans la DAD** — non obligatoire à codifier.

Références

- A. BROWN, et J. RICHARDS. « L'étude de la qualité des données dans la Base de données canadienne sur les congés des patients », *Recueil du Symposium 2001 de Statistique Canada, La qualité des données d'un organisme statistique : une perspective méthodologique, Ottawa, Canada, du 17 au 19 octobre 2001*. Ottawa : Statistique Canada, 2001.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO, MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO et HOSPITAL MEDICAL RECORDS INSTITUTE. *Report of the Ontario Data Quality Re-abstracting Study*. Ontario, avril 1991.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *S'adapter à la CIM-10-CA et CCI – Conséquences des nouveaux systèmes de classification sur l'affectation des groupes de maladies analogues et des groupes de chirurgie d'un jour au moyen des données de l'exercice 2001-2002*. Ottawa : ICIS, juillet 2003. <http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/CopingwithICD-10-CAandCCI_f.pdf> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *DAD Resource Intensity Weights and Expected Length of Stay 2002*. Ottawa : ICIS, 2002.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Qualité de données de la Base des données sur les congés des patients 2001-2002*. Ottawa : ICIS, février 2003. <http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/DAD_DQ_Doc_01_02_f.pdf> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Base de données sur les congés des patients – Étude de la qualité des données – Résultats combinés pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001*. Ottawa : ICIS, décembre 2002. <http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/DADDQReabStudy2002_f.pdf> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Improving Timeliness of the Discharge Abstract Database Data*. Ottawa : ICIS, 2000. <http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=GR_3_E> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa : ICIS, 2001.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Catalogue des produits et services, 2001*. Ottawa : ICIS, 2001.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Redevelopment of CIHI's Acute Care Inpatient Grouping Methodology Project Plan*. ICIS, non publié.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Case Mix Tools*. Ottawa : ICIS, septembre 2003. <http://www.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=casemix_e> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Complexity Overlay* (bulletin). Ottawa : ICIS, 26 novembre 2002. <http://www.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=bl_plx26nov2002_e> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *DAD Data Quality Study* (bulletin). Ottawa : ICIS, juin 2000. <<http://www.icis.ca>> .
- NEWFOUNDLAND AND LABRADOR CENTRE FOR HEALTH INFORMATION (NLCHI). "Reabstracting Results", *The E-Backbone Newsletter*, Vol. 3, N° 1 : 2-3, janvier 2003.
- ONTARIO CLINICAL DATA QUALITY TASK FORCE. *Understanding and Improving the Quality of Health Care in Ontario—A Report and Recommendations by the Ontario Clinical Data Quality Task Force*. Ontario, août 2002.



taking health information further
à l'avant-garde de l'information sur la santé