



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

# **Base de données sur les congés des patients — Étude de la qualité des données**

## **Résultats combinés pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001**

**Décembre 2002**

---



**Base de données sur  
les congés des patients —  
Étude de la qualité des données**

**Résultats combinés pour les exercices  
1999-2000 et 2000-2001**

**Décembre 2002**

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'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](http://www.icis.ca)

ISBN: 1-55392-134-8 (PDF)

© 2002 Institut canadien d'information sur la santé

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

**Base de données sur  
les congés des patients –  
Étude de la qualité des données**

**Table des matières**

Introduction .....	1
Historique .....	1
Base de données sur les congés des patients.....	1
Utilisation de la Base de données sur les congés des patients .....	2
Normes de classification .....	3
Qualité des données.....	3
Étude de seconde saisie des données pour la qualité des données de la DAD.....	5
But et objectifs de l'étude .....	5
Méthodologie de l'étude .....	7
Plan et méthodologie de sondage pour la production d'estimés .....	7
Collecte des données (seconde saisie des données).....	8
Respect de la vie privée, confidentialité et sécurité.....	8
Identification des divergences et des raisons .....	8
Résultats nationaux .....	10
Indicateurs de santé .....	10
Divergences et raisons démographiques et non médicales .....	11
Divergences dans les codes/typage de diagnostics et raisons.....	12
Divergences dans les codes d'interventions et raisons .....	14
Discussion et recommandations.....	16
Références .....	19

**Annexes**

Annexe A – Indicateurs du CÉRIR .....	A-1
Annexe B – Indicateurs de santé et du SCSP .....	B-1
Annexe C – Éléments de données qui ont fait l'objet d'une seconde saisie .....	C-1
Annexe D – Codes de divergence .....	D-1
Annexe E – Codes de raison des divergences .....	E-1

**Base de données sur  
les congés des patients –  
Étude de la qualité des données**

**Table des matières (suite)**

Annexe F – Tableaux détaillés, an 1 et 2 combinés.....	F-1
Tableau 1 Taux de réponse	
1A – Taux de réponse des établissements	
1B – Nombre de dossiers qui ont fait l’objet d’une seconde saisie	
Tableau 2 Résultats associés aux indicateurs de santé et aux indicateurs du SCSP	
2A – Faux positifs estimés des indicateurs de santé et des indicateurs du SCSP de l'an 1	
2B – Faux positifs estimés des indicateurs de santé de l'an 2	
Tableau 3 Résultats démographiques et non médicaux	
3A – Divergences démographiques et non médicales estimées, par élément de donnée	
3B – Divergences démographiques et non médicales estimées, par code de raison	
Tableau 4 Résultats associés aux codes de diagnostic	
4A – Divergences dans les diagnostics	
4B – Divergences dans les diagnostics par code de raison	
Tableau 5 Résultats associés aux codes d'intervention	
5A – Divergences dans les interventions	
5B – Divergences dans les interventions par code de raison	
Annexe G – Tableaux détaillés, an 1 .....	G-1
Tableau 1 Taux de réponse	
1A – Taux de réponse des établissements	
1B – Nombre de dossiers qui ont fait l’objet d’une seconde saisie	
Tableau 2 Faux positifs estimés pour les indicateurs de santé et les indicateurs du SCSP de l'an 1	
Tableau 3 Résultats démographiques et non médicaux	
3A – Divergences démographiques et non médicales estimées, par élément de donnée	
3B – Divergences démographiques et non médicales estimées, par code de raison	
Tableau 4 Résultats associés aux codes de diagnostic	
4A – Divergences dans les diagnostics	
4B – Divergences dans les diagnostics par code de raison	
Tableau 5 Résultats associés aux codes d'intervention	
5A – Divergences dans les interventions	
5B – Divergences dans les interventions par code de raison	

**Base de données sur  
les congés des patients –  
Étude de la qualité des données**

**Table des matières (suite)**

Annexe H – Tableaux détaillés, an 2 .....	H-1
Tableau 1 Taux de réponse	
1A – Taux de réponse des établissements	
1B – Nombre de dossiers qui ont fait l’objet d’une seconde saisie	
Tableau 2 Faux positifs estimés des indicateurs de santé de l’an 2	
Tableau 3 Résultats démographiques et non médicaux	
3A – Divergences démographiques et non médicales estimées, par élément de donnée	
3B – Divergences démographiques et non médicales estimées, par code de raison	
Tableau 4 Résultats associés aux codes de diagnostic	
4A – Divergences dans les diagnostics	
4B – Divergences dans les diagnostics par code de raison	
Tableau 5 Résultats associés aux codes d’intervention	
5A – Divergences dans les interventions	
5B – Divergences dans les interventions par code de raison	





## Introduction

Le présent rapport contient les résultats nationaux combinés pour les deux premières années de l'étude de seconde saisie des données relative à la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients (ou DAD). L'étude a été réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle porte principalement sur la mesure de l'exactitude de certaines données administratives et cliniques dans la DAD.

Le rapport présente un aperçu de l'histoire, des objectifs spécifiques et de la méthodologie utilisée dans le cadre de l'étude. Il contient également un sommaire des résultats nationaux combinés pour la première année (DAD de l'exercice 1999-2000) et pour la deuxième année (DAD de l'exercice 2000-2001) par indicateur de santé ainsi que pour les données démographiques, administratives et cliniques (diagnostics et interventions). Il se termine par un sommaire des résultats de l'étude et présente des recommandations que les gestionnaires de programmes et les fournisseurs de données peuvent prendre en considération.

Le présent rapport<sup>1</sup> sur l'étude de la qualité des données de la DAD contient les résultats combinés pour les deux premières années de l'étude. Un autre rapport sera produit qui portera sur l'étude de la qualité des données pour les groupes de maladies analogues (ou CMG<sup>MD</sup>) et la complexité (ou Plx<sup>MD</sup>).

## Historique

Créé en 1994, l'ICIS est un organisme pancanadien sans but lucratif qui joue un rôle crucial dans le développement du système d'information sur la santé pour le Canada. Le mandat de l'ICIS consiste à coordonner le développement et l'entretien d'un système complet et intégré d'information sur la santé au pays. Les diverses banques de données de l'ICIS occupent un rôle de plus en plus important dans l'appui au débat public et à la prise de décision au sujet du système de santé canadien.

En 1998, le Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé du ministre fédéral de la Santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada ont réuni plus de 500 personnes du réseau de la santé dans le but de relever les besoins en information sur la santé au Canada. Ces consultations nationales ont donné lieu au Carnet de route de l'information sur la santé – une initiative qui précisait une vision nationale pour moderniser l'information sur la santé et qui finançait des projets pour améliorer le système d'information sur la santé, dont des améliorations à la Base de données sur les congés des patients.

## Base de données sur les congés des patients

La Base de données sur les congés des patients est une base de données nationale qui contient de l'information sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour. À l'heure actuelle, plus de quatre millions d'abrévés sont versés à la DAD chaque année. Les abrévés

---

<sup>1</sup> Les résultats préliminaires de la première année de l'étude sont présentés dans *Discharge Abstract Database Data Quality Study, Preliminary Year 1 Findings*, [www.icis.ca](http://www.icis.ca), Institut canadien d'information sur la santé (2002)

des patients hospitalisés soumis à la base de données représentent 75 %<sup>2</sup> de toutes les sorties des hôpitaux au Canada. Chaque abrégé figurant dans la DAD contient des données cliniques, démographiques et administratives standard pour les services de santé dispensés pendant chaque séjour à l'hôpital. Le personnel des archives médicales codifie les données sur l'abrégé à partir du sommaire de la sortie et d'autres renseignements qui figurent dans le dossier du patient. Les données saisies sont envoyées mensuellement à l'ICIS où elles sont traitées et vérifiées. Des rapports par défaut sont fournis aux hôpitaux aux fins d'analyse et de correction des données erronées.

Bien que la qualité des données incombe principalement aux fournisseurs de données, l'ICIS offre un appui direct aux clients grâce à un certain nombre d'activités associées aux produits de la DAD. Les représentants des services de soutien et les spécialistes de la classification de l'ICIS assurent la liaison avec les fournisseurs de données pour fournir un appui à l'assurance de la qualité en vue d'assurer l'uniformité de la codification et de la saisie des données. Parmi les autres activités, mentionnons l'aide à l'élaboration et à la présentation de programmes de formation, l'apport d'expertise dans la codification et dans d'autres domaines et l'établissement de relations avec les consultants en données, les organismes de santé et les utilisateurs des données dans les provinces et les territoires.

Outre les données saisies transmises par les hôpitaux, la DAD contient des produits à valeur ajoutée tels que les Groupes de maladies analogues et les indicateurs connexes de consommation des ressources qui sont mis au point au moyen des méthodologies de regroupement et des algorithmes d'établissement des coûts de l'ICIS.

Au cours de l'exercice 2001-2002, un abrégé révisé pour la DAD a été introduit pour tenir compte du système national de classification CIM-10-CA/CCI (voir la description ci-dessous) et pour répondre aux besoins changeants des intervenants en matière d'information sur la santé. L'abrégé révisé a été conçu en vue d'accroître la normalisation interprovinciale, de faciliter le couplage entre les bases de données et les registres, d'améliorer la présentation d'éléments de donnée spécifiques, d'ajouter des éléments de donnée et de supprimer ceux qui ne sont plus nécessaires. Le Manuel de saisie de l'information, DAD, est remis à tous les clients (en format PDF ou HTML); ce manuel présente les indications pour la saisie des éléments de donnée qui sont obligatoires dans chaque secteur de compétence.

## **Utilisation de la Base de données sur les congés des patients**

Les données de la DAD sont utilisées par divers groupes d'intervenants, notamment des dispensateurs de services de santé, des décisionnaires, des gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux, régionaux et locaux) et des chercheurs. On utilise beaucoup les données pour surveiller l'utilisation des services de soins de courte durée, pour effectuer des analyses des problèmes de santé et des blessures ainsi que pour appuyer la mise au point de produits à valeur ajoutée, tels que les groupes de maladie analogues et les indicateurs connexes de la consommation des ressources. Les données cliniques et administratives de chaque abrégé sont utilisées pour calculer de nombreux indicateurs

---

<sup>2</sup> À l'heure actuelle, les établissements au Québec et certains au Manitoba ne soumettent pas de données à la DAD.

de santé de l'ICIS, comme les taux d'arthroplasties de la hanche et de pontages aortocoronariens. La DAD est également de plus en plus utilisée pour suivre les résultats cliniques. Elle est une source de données importante pour les divers rapports et publications de l'ICIS, y compris son rapport annuel sur le rendement du système de santé et sept indicateurs (voir l'annexe A) adoptés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en vue de respecter les engagements pris par les premiers ministres sur la présentation de l'information sur le rendement.

## Normes de classification

Au cours des exercices 1999-2000 et 2000-2001, deux systèmes de classification étaient utilisés : la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision (CIM-9) et la *ICD-9-Clinical Modification* (ICD-9-CM). La Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCA) et le volume 3 de la ICD-9-CM servaient à codifier les interventions. Depuis l'exercice 2001-2002, le Canada a introduit des nouvelles classifications des diagnostics et des interventions, soit la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, dixième révision, modification canadienne (CIM-10-CA) et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). La mise en œuvre se fait par étapes dans les provinces depuis 2001-2002 et elle se terminera en 2004-2005.

L'ICIS joue un rôle essentiel dans l'élaboration de directives entourant la codification des diagnostics et des interventions au moyen de ces systèmes de classification. Les directives énumèrent les détails de l'utilisation des systèmes de classification et donnent des exemples pour illustrer leur application adéquate. Sous les auspices du Comité consultatif national sur la codification<sup>3</sup>, on a amélioré leur élaboration depuis mars 2001. À compter du 1<sup>er</sup> avril 2003, les *Coding Guidelines* seront connues sous le nom *Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI*. Les normes sont mises à jour annuellement, en fonction des interrogations sur la codification, des commentaires des hôpitaux et des résultats de l'étude sur la qualité des données de la DAD. Elles peuvent être modifiées au besoin pour apporter des précisions. La sanction des normes de codification de l'ICIS par les ministères provinciaux et territoriaux favorisera leur respect dans les hôpitaux.

L'ICIS apporte un appui au personnel des archives médicales et à leur gestionnaire au moyen d'ateliers de formation et de la base de données en ligne d'interrogation sur la codification. Des moyens d'information, comme les bulletins de l'ICIS, sont employés au besoin. Les bulletins sont affichés sur le site Web de l'ICIS à des fins de consultation.

## Qualité des données

Le défi de toute organisation présentant de l'information statistique consiste à 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'ICIS a établi un programme global et systématique de qualité des données. Il vise à améliorer la qualité des banques de données existantes et à assurer que les nouvelles

---

<sup>3</sup> Le Comité consultatif national sur la codification est formé de représentants des hôpitaux ou du ministère de chaque province et territoire. Son mandat consiste à revoir les normes et à les approuver à l'unanimité avant que l'ICIS les publie.

banques de données et les nouveaux produits d'information respectent les normes de qualité conformes aux objectifs des programmes de l'ICIS et à son engagement envers l'excellence. Le programme de la qualité des données comporte la mise en œuvre d'un cadre de la qualité des données<sup>4</sup> et des études spéciales portant sur des enjeux précis.

La première étude spéciale de la qualité des données que l'ICIS a réalisée vise la DAD, en raison de sa taille, de sa couverture et de son importance. L'étude de seconde saisie des données pour la qualité des données de la DAD est une vaste étude pluriannuelle qui a recours à un échantillonnage statistique pour mesurer de manière fiable l'exactitude de certaines données non médicales, cliniques et administratives de la DAD à l'échelle nationale.

---

<sup>4</sup> Le cadre de la qualité des données de l'ICIS porte sur 24 caractéristiques associées à cinq dimensions : exactitude, opportunité, pertinence, comparabilité et facilité d'utilisation.

# Étude de seconde saisie des données pour la qualité des données de la DAD

## But et objectifs de l'étude

Le but de l'étude de la qualité des données de la DAD consiste à évaluer et à mesurer l'exactitude de certaines données de la DAD.

Voici les objectifs spécifiques de l'étude :

1. Évaluer et mesurer l'exactitude globale de la DAD.
2. Évaluer et mesurer les répercussions de la collecte de données à partir de dossiers incomplets.
3. Évaluer et mesurer la qualité de la codification des diagnostics et des interventions associés à des indicateurs de santé spécifiques qui figurent dans le cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS.
4. Évaluer et mesurer dans quelle mesure les diagnostics et les interventions ne sont pas codifiés en fonction des directives de l'ICIS et préciser où il faut ajouter des directives en matière de codification.
5. Faciliter l'évaluation du passage aux nouvelles normes de classification des diagnostics et des interventions (CIM-10-CA/CCI).
6. Déterminer si les évaluations ci-dessus ont une incidence sur l'attribution des groupes de maladies analogues (ou GMC) et de la durée du séjour (ou DDS).

Le présent rapport se penche sur les cinq premiers objectifs. Le sixième sera abordé dans le rapport à venir sur la codification au niveau de la complexité.

Les indicateurs de santé<sup>5</sup> évalués au cours des deux premières années de l'étude ont été choisis à partir du cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS grâce à des consultations auprès du Service des rapports sur la santé et de l'analyse de l'ICIS. Pendant la première année, l'étude a porté sur les diagnostics et les interventions indiqués ci-dessous et associés aux indicateurs de santé :

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Conditions propices aux soins ambulatoires</li><li>• Césarienne</li><li>• Pontage aortocoronarien</li><li>• Hospitalisation à la suite d'une pneumonie et d'une grippe</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hospitalisation à la suite d'une blessure</li><li>• Arthroplastie totale de la hanche</li><li>• Accouchement vaginal après césarienne</li></ul> |
|--|---|

---

<sup>5</sup> Veuillez noter que les indicateurs de santé présentés dans les rapports annuels de l'ICIS sont exprimés en taux et peuvent aussi s'accompagner d'autres critères précis. C'est donc dire qu'outre les affections pertinentes à l'indicateur de santé, d'autres critères peuvent être appliqués à la sélection des cas pour le calcul de l'indicateur – par exemple, la durée du séjour et le code de décès employés pour calculer le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM.

La première année a aussi été une occasion de collaborer avec le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) du Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant qui fait partie du Centre du développement humain en santé de Santé Canada (CDHS)<sup>6</sup>. Le SCSP s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par Santé Canada pour améliorer la capacité de surveillance de la santé au Canada. Son but à long terme est de créer une base de données nationale qui fournit les éléments de donnée requis pour suivre l'évolution d'un ensemble exhaustif d'indicateurs de la santé périnatale.

Les indicateurs suivants, élaborés et définis par le SCSP, ont donc été inclus dans la première année de l'étude de la DAD :

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Anomalies congénitales rares</li><li>• Troubles maternels rares</li><li>• Troubles rares chez les nouveau-nés</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Syndrome de détresse respiratoire</li><li>• Lacération périnéale au troisième degré</li><li>• Autres troubles non rares chez la mère et le nouveau-né</li></ul> |
|---|---|

Outre les indicateurs de l'ICIS et du SCSP, on a choisi de façon aléatoire un échantillon de dossiers qui ne contenaient aucun de ces indicateurs dans la DAD de l'exercice 1999-2000. On a procédé à cette activité afin de dresser un estimé du type de divergences faussement négatives. Pour faciliter la consultation, cet échantillon est défini comme étant « Attribué à aucun des indicateurs de l'an 1 ».

Au cours de l'an 2, l'étude a accordé une importance particulière à ces diagnostics et interventions (troubles) associés aux indicateurs de santé :

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Infarctus aigu du myocarde</li><li>• Fracture de la hanche</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hystérectomie</li><li>• Arthroplastie totale du genou</li></ul> |
|--|---|

Tout comme on a fait pour l'an 1, on a choisi au hasard un échantillon de dossiers qui ne contenaient aucun des indicateurs de l'an 2 dans la DAD de l'exercice 2000-2001. Aux fins de référence, cet échantillon est défini comme étant « Attribué à aucun des indicateurs de l'an 2 ».

Les détails des troubles et des interventions spécifiques inclus dans chaque indicateur figurent à l'annexe B, Indicateurs de santé et indicateurs du SCSP.

---

<sup>6</sup> Anciennement Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM).

## Méthodologie de l'étude

### Plan et méthodologie de sondage pour la production d'estimés

Pendant les deux années de l'étude, 29 établissements<sup>7</sup> ont participé à l'étude, permettant la seconde saisie de 4 292 dossiers<sup>8</sup>. Le taux global de réponse provenant des établissements a été supérieur à ce qu'on avait prévu, soit 84 %. Le nombre de dossiers qui ont fait l'objet d'une seconde saisie a dépassé le nombre visé dans une proportion de 5 %.

On a eu recours pour l'étude à un plan de sondage stratifié à plusieurs étapes. La première étape a permis de choisir les établissements au hasard et la deuxième a vu la sélection aléatoire des dossiers dans les établissements participants. Pour la première année de l'étude, les établissements ont été stratifiés en fonction de la géographie, de la taille et du type d'hôpital. Les dossiers ont été stratifiés selon les troubles ou les interventions associés aux indicateurs de santé et aux indicateurs du SCSP pour la première année. Pour la deuxième année, les établissements ont été stratifiés en fonction de la géographie et de leur taille, et les dossiers, selon les troubles ou les interventions associés aux indicateurs de santé pour la deuxième année. On a attribué un indicateur à chaque abrégé en fonction de l'algorithme décrit à l'annexe B, des indicateurs de santé et des indicateurs du SCSP. Dans les cas où l'abrégé pouvait être attribué à plus d'un indicateur, à des fins d'échantillonnage seulement, on a accordé la priorité au trouble dont le taux de prévalence était inférieur. Au cours de l'analyse des données, tous les diagnostics et toutes les interventions ont été revus.

La taille de l'échantillon de dossiers a été calculée pour chaque indicateur au moyen d'une formule standard et en partant du principe (comme point de départ) qu'à l'échelle nationale, la proportion de dossiers pour chaque trouble associé à l'indicateur qui contenait une divergence était de 15 % et que la fiabilité requise pour l'échantillon était un coefficient de variation de 16,5 % (soit un écart-type de 2,5 %). La taille minimale de l'échantillon a été accrue de 20 % pour tenir compte de la non-disponibilité possible des dossiers et pour utiliser efficacement les ressources des seconds codificateurs. Dans la mesure du possible, le nombre de dossiers a été réparti également entre les établissements participants. Selon ce plan, chaque dossier extrait est susceptible d'être choisi de façon inégale.

Le poids d'échantillonnage pour chaque dossier a été calculé pour refléter sa probabilité globale de sélection. Il a ensuite été utilisé pour calculer le nombre estimé de divergences. Le taux de divergence pour chaque élément de donnée<sup>9</sup> est le pourcentage, soit le nombre

---

<sup>7</sup> La population visée par l'étude comprenait tous les établissements de soins de courte durée qui soumettent des données à la DAD. Les établissements du Québec et du Manitoba ont été exclus de l'étude en raison de l'absence d'exigences provinciales entourant la soumission d'abrévés à la DAD. Les établissements des trois territoires ont été exclus à cause des coûts et des déplacements. La DAD de l'exercice 1999-2000 a été utilisée pour la première année de l'étude et la DAD de l'exercice 2000-2001 a servi à la deuxième année de l'étude.

<sup>8</sup> Pour plus de détails, voir le tableau 1, Taux de réponse, dans l'annexe F, Tableaux détaillés – An 1 et 2 combinés, annexe G, Tableaux détaillés – An 1 et annexe H, Tableaux détaillés – An 2.

<sup>9</sup> Le calcul du pourcentage de divergences pour les troubles associés aux indicateurs de santé a été mis au point afin d'utiliser les chiffres estimés pour les dénominateurs et le numérateur.

estimé divisé par le total approprié d'éléments de donnée. Le pourcentage combiné est le nombre total estimé divisé par le dénominateur total; il s'agit d'une moyenne pondérée des taux de divergence de l'an 1 et de l'an 2.

Les estimés sont exposés à des erreurs d'échantillonnage et des erreurs discrétionnaires. Étant donné que des erreurs peuvent se produire à toutes les étapes d'une étude, on a investi beaucoup de temps et d'effort en vue de minimiser les erreurs discrétionnaires grâce à la mise en œuvre de procédures d'assurance de la qualité pendant toute l'étude.

## **Collecte des données (seconde saisie des données)**

Les spécialistes de la classification de l'ICIS<sup>10</sup> ont fait une seconde saisie des données pour l'étude en se reportant à la source initiale des données sur place à chaque établissement. Ils ont procédé à cette activité pour une semaine de septembre à novembre 2000 pour la première année de l'étude et de septembre à novembre 2001 pour la deuxième année. Les éléments de donnée qui ont fait l'objet d'une seconde saisie des données sont présentés à l'annexe C. L'information qui a fait l'objet d'une seconde saisie a ensuite été comparée à celle figurant dans la soumission originale à la DAD au niveau de spécificité le plus élevé.

## **Respect de la vie privée, confidentialité et sécurité**

Afin de respecter le droit à la vie privée et de protéger la confidentialité des dossiers individuels et des établissements, on a mis en place un certain nombre de procédures pour la durée de l'étude. Les spécialistes de la classification de l'ICIS ont signé des ententes de non-divulgaration avec les hôpitaux participants et l'ICIS s'est engagé à ne pas divulguer le nom des établissements sans leur permission. Tous les résultats, à l'exception des rapports fournis aux établissements participants, sont présentés sous une forme agrégée. Il est donc impossible d'identifier les patients, les médecins ou les établissements visés par l'étude.

## **Identification des divergences et des raisons**

Toute l'information clinique, comme les diagnostics et les interventions, a fait l'objet d'une seconde saisie des données (sans consulter les données saisies au départ) au niveau de spécificité le plus élevé. On a consulté l'information objective non médicale (comme la date d'admission, la date de sortie, etc.) et on l'a comparée aux données originales, puis on a indiqué une correspondance ou une divergence. S'il s'agissait d'une divergence, les données non médicales faisaient l'objet d'une seconde saisie.

Pour chaque divergence (médicale et non médicale), le second codificateur indiquait le type et une raison possible. Il pouvait attribuer plus d'une raison par divergence. Vous trouverez la liste des types de divergence et des codes de raison à l'annexe D, Codes de divergence, et à l'annexe E, Codes de raison des divergences. L'exemple présenté dans le tableau 1 ci-dessous illustre ce concept dans le cas d'un infarctus aigu du myocarde (IAM).

---

<sup>10</sup> Les spécialistes de la classification de l'ICIS sont agréés par le Collège des archivistes médicales du Canada; sont chargés d'élaborer et d'interpréter des systèmes de classification et d'en faire l'enseignement; comptent beaucoup d'expérience dans divers milieux hospitaliers; ont une connaissance approfondie de la terminologie médicale ainsi que des normes de classification des diagnostics et des interventions.



**Tableau 1 : Exemple**

Un patient a été hospitalisé à cause d'un infarctus aigu du myocarde. La consultation en cardiologie indique IM sans onde Q.		
	<b>Abrégé original</b>	<b>Seconde saisie</b>
Diagnostic responsable de l'hospitalisation ICD-9-CM	410.91 Infarctus aigu du myocarde, non spécifié ailleurs	410.71 Infarctus du myocarde sans onde Q
La divergence relevée s'explique comme suit : la soumission originale à la DAD contenait une erreur attribuable au fait que le codificateur aurait manqué l'information lorsque le dossier a été codifié au départ :		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Divergence 5 – Code de diagnostic différent pour identifier la même affection</li><li>• Code de raison P – Information manquée dans le dossier</li></ul>		

La divergence s'est produite dans ce cas parce qu'on a vérifié les codes au niveau le plus élevé de spécificité. Bien que le codificateur original et le second codificateur aient convenu que le patient a été victime d'un infarctus aigu du myocarde, le second codificateur a été capable de trouver de l'information dans le dossier du patient qui précise le type de traumatisme. Le codificateur original n'a pas trouvé cette information et a sélectionné « non précisé ».

Il importe de souligner que même s'il y a une divergence dans les codes de diagnostics, on n'en retrouverait pas dans l'indicateur d'IAM, parce que le code original et celui saisi une seconde fois indiquent tous deux un IAM (tel qu'indiqué dans l'algorithme à l'annexe B, Indicateurs de santé et indicateurs du SCSP).

Dans certains cas, la divergence entre les données originales et celles qui ont fait l'objet d'une seconde saisie peut être expliquée par la non-disponibilité de la documentation justificative au moment de la transmission originale à la DAD. L'inverse peut aussi s'être produit : le second codificateur ne disposait pas de certaines parties de la documentation. Dans d'autres situations, la raison de la divergence était peut-être de nature moins critique mais elle a été saisie en raison de son avantage possible dans l'élaboration des directives de codification. Ces résultats, que l'on appelle « Divergences de type B » dans l'annexe E ne sont pas inclus dans les constatations présentées dans ce rapport.

## Résultats nationaux

La présente section dégage les résultats combinés de la première année (DAD de l'exercice 1999-2000) et de la deuxième année (DAD de l'exercice 1999-2000) pour les données démographiques, administratives et cliniques (diagnostics et interventions). Les résultats<sup>11</sup> pour les troubles associés aux indicateurs de santé n'ont pas été combinés car les indicateurs étaient spécifiques à chaque année de l'étude.

Vous trouverez les tableaux détaillés des résultats à l'annexe F, Tableaux détaillés de l'an 1 et de l'an 2 combinés, à l'annexe G, Tableaux détaillés de l'an 1 et à l'annexe H, Tableaux détaillés de l'an 2.

La discussion et les remarques générales sur les résultats figurent dans le sommaire de la présente section du rapport.

## Indicateurs de santé

Les troubles codifiés avec le plus de justesse étaient les suivants : ceux associés aux indicateurs de santé et dont l'intervention était inscrite à l'horaire, comme les pontages aortocoronariens, les arthroplasties de la hanche et du genou, ainsi que ceux dont la classification était moins complexe, comme les césariennes et les accouchements par voie vaginale après une césarienne. On a observé un degré plus élevé de divergence dans les diagnostics dont le protocole thérapeutique était plus complexe, ceux qui sont moins facilement définis, comme les infarctus aigus du myocarde, les pneumonies, les gripes et les blessures, ainsi que ceux qui comptent un grand nombre de types de diagnostics, comme les conditions propices aux soins ambulatoires.

On a enregistré des divergences inférieures à 5 % dans les cas suivants : césarienne, pontage aortocoronarien, hystérectomie, arthroplastie totale du genou, accouchement vaginal après césarienne et arthroplastie totale de la hanche. Dans les cas suivants, les divergences étaient supérieures à 5 % : diagnostics associés aux conditions propices aux soins ambulatoires (10,7 %); infarctus aigu du myocarde (8,9 %), fracture de la hanche (6,0 %); hospitalisation à la suite d'une pneumonie et d'une grippe (6,9 %) et hospitalisation à la suite d'une blessure (5,3 %).

---

<sup>11</sup> Les divergences pour les diagnostics et les interventions associés aux indicateurs de santé sont des faux positifs. Cela s'est produit quand les codes de diagnostics et d'interventions dans l'abrégié original répondaient aux critères d'inclusion mais pas les codes qui ont fait l'objet d'une seconde saisie. C'est donc dire que les codes originaux de diagnostics et d'interventions faisaient partie de l'algorithme (présenté à l'annexe B) pour l'indicateur tandis que les diagnostics et les interventions saisis une seconde fois n'y figuraient pas. On a aussi calculé le pourcentage de faux négatifs – ils ne sont pas présentés dans le rapport car l'étude n'a pas été conçue pour les mesurer de manière fiable. Il importe de souligner qu'au niveau agrégé, les faux positifs peuvent neutraliser les faux négatifs. On examine d'autres mesures connexes, comme la sensibilité et la spécificité. On peut se les procurer sur demande à [qualitedesdonnees@cihi.ca](mailto:qualitedesdonnees@cihi.ca). De même, bien qu'on ait recours à ces troubles pour calculer de nombreux indicateurs, on ne doit pas interpréter les taux de divergence comme s'appliquant aux indicateurs de santé, car d'autres critères entrent en jeu dans le calcul des indicateurs de santé.

Grâce à une analyse plus poussée des résultats nationaux, on a constaté qu'une faible proportion d'établissements où les taux de divergence étaient exceptionnellement élevés contribuaient de beaucoup aux estimations nationales du taux de divergence. Ainsi :

- Dans le cas du taux national de divergence de 10,7 % pour les diagnostics associés aux conditions propices aux soins ambulatoires, un établissement sur 18 avait un taux de divergence de 36,4 %, alors que les trois quarts des 18 établissements affichaient un taux de 18 % ou moins.
- Dans le cas du taux national de divergence de 8,9 % pour les troubles associés à un infarctus aigu du myocarde (IAM), un établissement sur 11 avait un taux de divergence de 16,9 %, tandis que les 10 autres établissements avaient un taux de 10 % ou moins.
- Dans le cas du taux national de divergence de 6,0 % pour les fractures de la hanche, un établissement sur 11 avait un taux supérieur à 7 % (le même établissement qui avait un taux de divergence exceptionnellement élevé pour un IAM), alors que quatre établissements sur 11 n'affichaient aucune divergence.
- Dans le cas du taux national de divergence de 6,9 % pour les hospitalisations à la suite d'une pneumonie et d'une grippe et du taux national de divergence de 5,2 % pour les hospitalisations à la suite d'une blessure, 8 établissements sur 18 et 9 établissements sur 18, dans l'ordre, n'affichaient aucune divergence. Trois des 18 établissements avaient des taux élevés de divergence s'échelonnant entre 18,2 % et 50,0 %.

## **Divergences et raisons démographiques et non médicales**

Pour ce qui est des éléments de donnée obligatoires<sup>12</sup> dans toutes les provinces, on a enregistré un taux de divergence inférieur à 1 % pour plusieurs éléments de donnée démographiques et non médicaux. Veuillez consulter le tableau 3A, Divergences démographiques et non médicales estimées par élément de donnée. Trois éléments de donnée obligatoires avaient un taux de divergence qui variait entre 1 et 5 % : Établissement receveur, Établissement d'origine et Heure d'admission. On a observé une divergence de 15,5 % pour Catégorie d'admission, et de 10,0 % pour Heure de sortie.

Bon nombre des divergences dans Catégorie d'admission ont été relevées dans le cas des patients qui ont été hospitalisés à partir de l'urgence. Dans certains cas, les hôpitaux ont identifié tous ces patients comme « très urgents »; seuls les patients atteints d'affections mortelles doivent être désignés ainsi. De plus, on a éprouvé quelques difficultés à préciser les codes d'admission corrects pour les patientes en obstétrique. Même si 17 établissements sur 29 avaient un taux de divergence inférieur à 5 %, quatre des 29 établissements affichaient un taux de plus de 40 %. Dans l'abrégé révisé de la DAD, dont la mise en œuvre se fait graduellement par province depuis l'exercice 2001-2002 avec la CIM-10-CA/CCI, l'élément de donnée Catégorie d'admission fusionne Urgent et Très urgent, ce qui devrait réduire le taux national de divergence. On admet toutefois qu'il faut ajouter plus d'exemples généraux dans le Manuel de saisie de l'information, DAD.

---

<sup>12</sup> Les résultats pour les champs non obligatoires seront présentés séparément, car ceux-ci ne sont pas obligatoires dans toutes les provinces.

On a constaté que les divergences dans l'heure de sortie provenaient souvent du téléchargement électronique de l'heure de sortie dans l'abrégé, qui ne correspondait pas à l'heure où le patient avait réellement quitté le plancher tel qu'indiqué par le personnel infirmier dans le dossier. Mentionnons que les divergences démographiques et non médicales étaient semblables pour les deux années de l'étude, à l'exception du code postal et du code de saisie. Les divergences liées au code postal étaient les suivantes : An 1 – 9,0 %; An 2 – 0,7 %; An 1 + An 2 – 5,0 %. Dans un des 18 établissements, le taux de divergence dans le code postal s'élevait à 73,1 % au cours de l'an 1 – le champ était mal utilisé aux fins des besoins internes de l'établissement. Voici les divergences dans le code de saisie : An 1 – 6,5 %; An 2 – 3,6 %; An 1 + An 2 – 5,1%. Pendant la première année de l'étude, le taux de divergence était de 49 % dans un des 18 établissements, ce qui a largement contribué à l'estimation nationale. Dans les autres établissements, le taux était inférieur à 10 %. Au cours de la deuxième année, les 11 établissements ont affiché un taux de 10 % ou moins.

Voici les trois principales raisons des divergences dans les éléments de donnée non médicaux et démographiques :

	An 1	An 2	An 1 + An 2
Le codificateur original ne disposait pas de renseignements documentés dans le dossier	24,6 %	35,4 %	28,7 %
Information incohérente/contradictoire	2,6 %	11,5 %	6,0 %
Téléchargement incorrect des données	31,1 %	1,6 %	19,8 %

Vous trouverez plus de détails dans le tableau 3B, Divergences démographiques et non médicales estimées par code de raison, de l'annexe F.

## Divergences dans les codes/typage de diagnostics et raisons

Dans le cadre de cette étude, on a comparé les codes de diagnostics au moyen de quatre éléments : le préfixe, le code lui-même, le suffixe et le type de diagnostic. On a relevé les divergences suivantes à l'égard des diagnostics :

- *Diagnostic responsable de l'hospitalisation (DRH)* 12,8 %
- *Typage du diagnostic de la condition comorbide (CC)* 15,5 %
- *Diagnostic de condition comorbide (CC)* 23,2 % et *Tout différent diagnostic* 6,0 % (peu importe s'il s'agit du DRH ou de la CC)
- Les divergences dans les codes E pour les causes extérieures de traumatisme étaient de l'ordre de 10,2 % (deuxième année de l'étude seulement)

Il importe de souligner que les résultats des divergences pour le typage du diagnostic de la condition comorbide et le diagnostic de la condition comorbide n'étaient pas les mêmes au cours de chacune des années de l'étude. Dans le premier cas, les divergences étaient de l'ordre de 11,0 % pour l'an 1 et de 18,9 % pour l'an 2. Dans le second cas, elles s'élevaient à 31,2 % au cours de l'an 1 et à 17,0 % au cours de l'an 2.

L'analyse plus poussée des résultats nationaux a encore une fois révélé qu'une petite partie des établissements dont les taux de divergence étaient exceptionnellement élevés contribuaient considérablement aux estimations du taux national de divergence.

Par exemple :

- Dans le cas du taux national de divergence de 12,8 % pour le *DRH*, le taux de divergence dans quatre établissements sur 29 s'échelonnait entre 20 et 42,8 %, alors que la plupart d'entre eux (19 sur 29) avait des taux de divergence variant entre 5 et 20 %. Six établissements sur 29 affichaient un taux inférieur à 5 %.
- On a observé des différences marquées dans les taux de divergence relativement au typage du diagnostic de la condition comorbide pour la première année et la deuxième année. Au cours de la première année, huit des 18 établissements avaient un taux inférieur à 5 %, alors que dans la deuxième année, ils n'étaient que deux. Les taux de divergence dans le typage du diagnostic de la condition comorbide s'échelonnaient entre moins de 1 % et 48,2 %.
- Les taux de divergence relativement au diagnostic de la condition comorbide présentaient aussi des différences d'une année à l'autre, variant entre moins de 1 % à plus de 50 %. Le taux de divergence était inférieur à 10 % dans sept des 29 établissements.

Veillez noter que presque la moitié des divergences dans le *DRH* se sont produites quand le second codificateur a codifié un diagnostic comme étant le diagnostic responsable de l'hospitalisation, alors que le codificateur original l'avait codifié comme un autre type de diagnostic.

Voici les raisons de la plupart des autres divergences relatives au diagnostic :

- Le codificateur original a saisi une condition que le second codificateur n'a pas jugé importante.
- Le second codificateur a codifié une condition importante, ce que le codificateur original n'a pas fait.
- Le second codificateur et le codificateur original ont utilisé un code différent pour la même condition (tel qu'illustré dans l'exemple du tableau 1 de la section Identification des divergences et des raisons).

Voici les trois principales raisons de toutes les divergences relatives au diagnostic :

	An 1	An 2	An 1 + An 2
Le second codificateur n'est pas d'accord pour dire que le diagnostic a eu une incidence importante sur le traitement ou la durée du séjour	20,8 %	30,8 %	25,8 %
Interprétations différentes de la documentation	17,2 %	19,8 %	18,5 %
Le codificateur original a manqué des renseignements documentés dans le dossier	23,6 %	10,9 %	17,0 %

Pour plus de détails, consultez le tableau 4B, Divergences dans les diagnostics par code de raison, de l'annexe F.

## Divergences dans les codes d'interventions et raisons

Les divergences associées aux interventions<sup>13</sup> ont été divisées en catégories. On a identifié les taux de divergence suivants : *interventions principales* 7,0 %, *autres interventions* 19,7 % et *différences dans le code d'intervention lui-même* 4,9 %.

Les divergences les plus courantes étaient les suivantes :

- Le codificateur original a saisi une intervention que le second codificateur n'a pas saisie.
- Le second codificateur a codifié une intervention que le codificateur original n'a pas codifiée.
- Le second codificateur et le codificateur original ont utilisé un code différent pour la même intervention.

Veillez noter que les résultats pour l'intervention principale et pour les autres interventions n'étaient pas les mêmes au cours de chacune des années de l'étude. Dans le premier cas, le taux combiné pour des deux années était de 7,0 % (an 1, 10,0 % et an 2, 3,3 %). Dans le cas des autres interventions, le taux combiné des deux années s'élevait à 19,7 % (an 1, 23,3 % et an 2, 14,6 %).

La différence dans les estimations de chacune des années pour les interventions principales peut être attribuée en grande partie à un établissement où le taux de divergence au cours de l'an 1 s'élevait à 75,6 %. La codification incorrecte des interventions obstétricales était largement responsable des divergences dans cet établissement. Au cours de l'an 2, aucun établissement n'a enregistré un taux de divergence supérieur à 10 % pour les interventions principales. En ce qui concerne les autres interventions, les taux de divergence des établissements variaient considérablement au cours des deux années : ils s'échelonnaient

---

<sup>13</sup> Les résultats pour les champs associés à l'anesthésie seront présentés séparément car ils ne sont pas obligatoires dans toutes les provinces.

entre moins de 1 % et 77,9 %. Pendant la première année, sept des 18 établissements ont enregistré un taux de divergence de plus de 30 %, alors que quatre sur 18 avaient un taux inférieur à 5 %. Dans la deuxième année, un établissement sur 11 avait un taux de divergence supérieur à 30 %.

Voici les trois principales raisons des divergences dans les interventions :

	<b>An 1</b>	<b>An 2</b>	<b>An 1 + An 2</b>
Le codificateur original a manqué des renseignements documentés dans le dossier	34,7 %	40,3 %	36,5 %
Différentes interprétations de la documentation	24,1 %	38,0 %	27,5 %
Erreur de codification – le codificateur original n’a pas suivi le livre de codification	12,1 %	6,3 %	10,4 %

Vous trouverez plus de détails dans le tableau 5B, Divergences dans les interventions par code de raison, de l’annexe F.

## Discussion et recommandations

En résumé, les résultats combinés fournissent une mesure initiale de l'exactitude de la DAD pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001, avant la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI et de l'abrégé révisé en 2001-2002. Même si les révisions et les vérifications additionnelles devraient donner lieu à des améliorations dans l'exactitude et la cohérence de la DAD, un des objectifs de la troisième année de l'étude de la qualité des données de la DAD consistera à évaluer dans quelle mesure ces améliorations ont été réalisées.

Il importe de souligner que bien que l'étendue des divergences dans la codification soit importante dans certains cas, il y a de nombreux hôpitaux où les divergences sont minimales et qui suivent bien les directives de codification. Le rôle de tels organismes est essentiel à l'identification des meilleures pratiques.

L'étude relève des domaines précis qui doivent être améliorés. Les seconds codificateurs ont relevé un certain nombre de raisons communes à toutes les divergences qui sont associées aux pratiques des hôpitaux individuels. Plusieurs s'expliquent par la façon dont les hôpitaux utilisent les directives de l'ICIS (qui sera une norme à compter d'avril 2003) pour la codification clinique, de même que par la qualité de la documentation dans les dossiers des patients. Dans certains cas, les hôpitaux comprennent mal ou interprètent mal les directives de codification, ou ne les connaissent pas, tandis que d'autres hôpitaux décident de ne pas les suivre au profit de directives internes. Dans l'intérêt de la normalisation et de l'établissement de rapports comparatifs des données nationales, les directives internes des établissements ne devraient pas se substituer aux directives (normes) de l'ICIS en matière de codification.

Les résultats révèlent également que la documentation dans les dossiers était peut-être incomplète<sup>14</sup> au moment où les données ont été soumises à l'ICIS. Dans d'autres cas, il semble que l'abrégé a été codifié au moyen d'un dossier complet mais que le codificateur original a manqué l'information.

Quoi qu'il en soit, les besoins suivants sont évidents :

1. Les hôpitaux et les ministères de la Santé doivent régler les questions liées à la qualité des données dans leurs établissements ou dans les établissements qui relèvent des provinces et des territoires.
2. On doit surveiller systématiquement la conformité aux normes de codification et en faire rapport aux hôpitaux et aux ministères.
3. L'ICIS doit continuer à enrichir et à développer des directives et des normes en matière de codification clinique, y compris le typage de diagnostic.

---

<sup>14</sup> Dans un examen antérieur que l'ICIS a réalisé sur l'opportunité de la DAD, on a constaté que 30 % des grands hôpitaux soumettaient de tels abrégés.



#### 4. Les ateliers de formation de l'ICIS :

- doivent être révisés pour mettre en relief
  - l'importance de normaliser les processus internes de collecte des données dans les établissements;
  - l'importance de maintenir de la documentation de qualité dans les dossiers des patients; et
  - l'utilisation des données de chaque hôpital à l'échelle provinciale, territoriale et nationale.
- doivent porter sur la disponibilité et l'utilisation des outils actuels de l'ICIS;
- doivent être plus faciles d'accès au moyen de conférences téléphoniques, de vidéos ou de l'Internet.

#### 5. On doit établir des normes sur les niveaux acceptables de qualité des données.

Ce n'est qu'en répondant à ces besoins que l'on pourra accroître la facilité d'utilisation de la DAD.

En plus de fournir des indications précieuses dans le cadre du processus annuel de développement des directives de codification et d'améliorer le contenu de nos séances de formation, les résultats serviront également à mettre au point des stratégies et des plans d'action visant à améliorer la qualité globale des données de la DAD. Plus précisément, l'ICIS entreprendra les activités suivantes :

- Établir un groupe de travail interne pour identifier des vérifications supplémentaires pour la DAD<sup>15</sup> et des améliorations à apporter au manuel de saisie de l'information, et explorer comment s'occuper des soumissions d'abrégiés qui s'appuient sur des dossiers incomplets.
- Élaborer la documentation au sujet de l'utilisation des indicateurs de santé inclus dans cette étude et la présenter dans toutes les publications pertinentes, y compris dans le rapport annuel *Les soins de santé au Canada*.
- Examiner la faisabilité de préciser, au moyen de la recherche appropriée, les niveaux acceptables de qualité pour les données sur la santé et les déterminants (ou facteurs).
- Examiner la faisabilité d'utiliser la méthodologie de l'étude dans le cadre de la surveillance continue de la qualité (sous réserve de la disponibilité des ressources).

Outre les activités mentionnées ci-dessus, l'ICIS recommande ce qui suit :

La création d'un groupe de travail national formé de représentants de l'ICIS, des professionnels des archives médicales et des ministères de la Santé et chargé d'explorer comment surveiller la conformité aux normes de codification de l'ICIS. Plus précisément, ce groupe contribuerait à identifier :

- les mécanismes appropriés pour obtenir des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé leur adhésion aux directives/normes de codification de l'ICIS;

---

<sup>15</sup> Par exemple, vérifier le typage des diagnostics pour les codes de manifestation/astérisque ou d'autres combinaisons de codes.

- les critères (ou les indicateurs) qui pourraient servir à signaler au moyen d'un code les hôpitaux dont la qualité des données est douteuse ou qui ne respectent pas les directives/normes de codification établies;
- les mécanismes appropriés (comme un programme systématique de seconde saisie des données) pour surveiller la conformité aux directives/normes de codification;
- les améliorations à apporter aux directives, aux normes ou aux pratiques de codification;
- les meilleures pratiques de codification et les stratégies pour les disséminer dans les établissements;
- les lacunes dans les politiques provinciales et territoriales associées à la qualité des données sur la santé;
- les responsabilités des hôpitaux pour ce qui est de s'assurer de la qualité de la documentation dans les dossiers lors de la soumission des abrégés à l'ICIS.

## Références

- Brown A. et Richards, J., *L'étude de la qualité des données dans la Base de données canadienne sur les congés des patients*, Actes de conférence du Symposium 2001 de Statistique Canada, La qualité des données d'un organisme statistique : une perspective méthodologique, (mai 2001).
- Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual*, [www.icis.ca](http://www.icis.ca)
- Institut canadien d'information sur la santé (le 1<sup>er</sup> juin 2000), *Bulletin, DAD Data Quality Study*, [www.icis.ca](http://www.icis.ca)
- Institut canadien d'information sur la santé (2000), *Improving Timeliness of the Discharge Abstract Database Data Quality Study*, [www.icis.ca](http://www.icis.ca)
- Institut canadien d'information sur la santé (2001), *Les soins de santé au Canada*, [www.icis.ca](http://www.icis.ca)
- Institut canadien d'information sur la santé (2001), *Catalogue des produits et services*, [www.icis.ca](http://www.icis.ca)
- Institut canadien d'information sur la santé (2002), *Discharge Abstract Database Data Quality Study, Preliminary Year 1 Findings*, [www.icis.ca](http://www.icis.ca)
- Association des hôpitaux de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Hospital Medical Records Institute (avril 1991), *Report of the Ontario Data Quality Re-abstracting Study*.
- Ontario Clinical Data Quality Task Force, août 2002, *Understanding and Improving the Quality of Health Care in Ontario—A Report and Recommendations by the Ontario Clinical Data Quality Task Force*



## **Annexe A**

### **Indicateurs du CÉRIR**



## **Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats (CÉRIR)**

### **Indicateurs fournis par l'ICIS**

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde  
Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral  
Taux d'arthroplasties totales de la hanche  
Taux d'arthroplasties totales du genou  
Taux de réadmission pour infarctus aigu du myocarde  
Taux de réadmission pour la pneumonie  
Conditions propices aux soins ambulatoires





## **Annexe B**

### **Indicateurs de santé et indicateurs du SCSP**



# Indicateurs de santé<sup>16</sup> et indicateurs du SCSP

## Algorithmes des indicateurs de santé pour la première année de l'étude

Description	CIM-9 (diagnostic) ou CCA (intervention) <sup>17</sup>
<b>Conditions propices aux soins ambulatoires (ACSC).</b> Cet indicateur est formé des troubles suivants : diabète, asthme, psychoses dues à l'alcool et aux drogues et à l'abus de drogues chez une personne non dépendante, dépression et hypertension.	401-405, 291, 292, 303-305, 311, 300, 250, 493
<b>Césarienne</b>	86.0, 86.1, 86.2, 86.8, 86.9
<b>Pontage aortocoronarien</b>	48.1
<b>Hospitalisation à la suite d'une pneumonie et d'une grippe</b>	480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487
<b>Hospitalisation à la suite d'une blessure</b> codes E précisés sans égard à leur position dans le diagnostic	E800, E801, E802, E803, E804, E805, E806, E807, E810, E811, E812, E813, E814, E815, E816, E817, E818, E819, E820, E821, E822, E823, E824, E825, E826, E827, E828, E829, E830, E831, E832, E833, E834, E835, E836, E837, E838, E840, E841, E842, E843, E844, E845, E846, E847, E848, E880, E881, E882, E883, E884, E885, E886, E887, E888, E890, E891, E892, E893, E894, E895, E896, E897, E898, E899, E900, E901, E902, E906, E907, E908, E909, E910, E913, E914, E915, E916, E917, E918, E919, E920, E921, E922, E923, E924, E925, E926, E927, E928, E953, E954, E955, E956, E957, E958, E960, E961, E963, E964, E965, E966, E967, E968, E970, E971, E972, E973, E974, E975, E976, E978, E983, E984, E985, E986, E987, E988, E990, E991, E992, E993, E994, E995, E996, E997, E998
<b>Arthroplastie totale de la hanche</b>	93.51, 93.59
<b>Accouchement vaginal après césarienne</b>	654.2
<b>Attribué à aucun des indicateurs de l'année 1</b>	Tous les autres abrégés attribués à aucun des indicateurs de santé ou des indicateurs du SCSP

<sup>16</sup> Veuillez noter que les indicateurs de santé présentés dans les rapports annuels de l'ICIS sont exprimés en taux et peuvent s'accompagner d'autres critères précis, comme le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM.

<sup>17</sup> On peut obtenir plus de détails sur l'algorithme spécifique ou sur les codes ICD-9-CM/CCI équivalents en faisant la demande à [qualitedesdonnees@cihi.ca](mailto:qualitedesdonnees@cihi.ca).

## Algorithmes des indicateurs du Système canadien de surveillance périnatale

Indicateur (acronyme) : description	CIM-9 (diagnostic) OU CCA (intervention) <sup>17</sup>	CMG
<b>Anomalies congénitales rares</b>		
Anencéphalie et anomalies similaires (ANEN)	740.0, 740.1, 740.2	
Anomalies de la paroi abdominale (APA)	756.7	
Fissure du palais (FISSP)	749.0	
Fissure du palais avec bec-de-lièvre (FPBL)	749.2	
Hydrocéphalie congénitale (HC)	742.3	
Syndrome de Down (SD)	758.0	
Encéphalocèle (ENCE)	742.0	
Hypoplasie du cœur gauche (HCG)	746.7	
Atrésie et sténose du côlon, du rectum et du canal anal (ASCRCA)	751.2	
Raccourcissement des membres (RM)	755.2, 755.3, 755.4	
Agénésie et dysgénésie du rein (ADR)	753.0	
Spina bifida (SB)	741.0, 741.1, 741.2, 741.3, 741.4, 741.5, 741.6, 741.7, 741.8, 741.9	
<b>Fistule trachéo-œsophagienne, atrésie et sténose de l'œsophage (FTOASO)</b>	750.3	
Transposition des gros vaisseaux (TGV)	745.1	
<b>Troubles maternels rares</b>		
Embolie amniotique (EA)	673.1	
Complications dues à l'administration d'un anesthésique (CAA)	668.0, 668.1, 668.2, 668.8, 668.9	
Troubles cérébro-vasculaires (TCV)	674.0, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438	> 600 et < 605 ou > 605 et < 612
Eclampsie (ECL)	642.6	
Rupture de l'utérus (RDU)	665.0, 665.1	
<b>Choc obstétrical (CO)</b>	634.5, 635.5, 636.5, 637.5, 638.5, 639.5, 669.1	
Embolie pulmonaire obstétricale (EPO)	634.6, 635.6, 636.6, 637.6, 638.6, 639.6, 673.0, 673.2, 673.3, 673.8	> 600 et < 605 ou > 605 et < 612)
<b>Troubles rares chez les nouveau-nés</b>		
Lésions du plexus brachial (LPB)	767.6	
<b>Transfusion d'échange (TRANEC)</b>	13.01	
Fracture de la clavicule (FC)	767.2	
Maladie hémorragique du nouveau-né (MHNN)	776.0	
Hémorragie intraventriculaire (HI)	772.1	
Syndrome d'aspiration massive (SAM)	770.1	
Entéro-colite nécrosante (ECN)	777.5	
Convulsions (CONV)	779.0	
Asphyxie obstétricale sévère (AOS)	768.5	
<b>Syndrome de détresse respiratoire (SDR)</b>	769	
<b>Déchirure périnéale complète (DPC)</b>	664.2	
<b>Autres troubles maternels ou chez les nouveau-nés</b>	Autres troubles maternels ou chez les nouveau-nés à l'exception de ceux énumérés ci-dessus	

## Algorithmes des indicateurs de santé pour la deuxième année de l'étude

Description	CIM-9 (diagnostic) ou CCA (intervention) <sup>17</sup>
Infarctus aigu du myocarde (IAM)	410
Hystérectomie	80.2, 80.3,80.4,80.5,80.6,80.7
Fracture de la hanche	820.0,820.1,820.2,820.3,820.8,820.9
Arthroplastie totale du genou	93.41
Attribué à aucun des indicateurs de l'an 2	Tous les autres abrégés attribués à aucun des indicateurs de santé de l'an 2



## **Annexe C**

**Éléments de donnée qui ont fait l'objet d'une  
seconde saisie**





## Éléments de donnée qui ont fait l'objet d'une seconde saisie

(En fonction des éléments de donnée de la DAD de l'exercice 1999-2000)

Groupe et n° de champ	Élément de donnée
01 11	Deuxième numéro d'admission ou de dossier
03 01	Numéro d'assurance-maladie
03 02	Code postal
03 04	Sexe
03 05	Province émettrice du numéro d'assurance-maladie
03 08	Date de naissance
03 09	Date de naissance estimée
04 01	Date d'admission
04 02	Heure d'admission
04 04	Établissement d'origine
04 05	Catégorie d'admission
04 06	Code de saisie
04 07	Admission par ambulance
04 08	Code de réadmission
04 09	Code de réadmission imprévue
04 10	Temps d'attente – Salle d'urgence (min.)
05 01	Date de sortie
05 02	Heure de sortie
05 04	Établissement receveur

Groupe et n° de champ	Élément de donnée
06 01	Sortie en vie
06 04-11	Code de décès
07 03	Poids (0-29 jours à l'admission)
07 04	Dépassement de l'abrégé
10 01	Préfixe du diagnostic
10 02	Code du diagnostic
10 03	Suffixe du diagnostic
10 04	Type du diagnostic
11 01	Date d'intervention
11 02	Code d'intervention
11 03	Suffixe d'intervention
11 10	Technique anesthésique
11 11	Numéro d'établissement, hors hôpital
11 12	Retour imprévu à la salle d'opération
13 01	Indicateur de décès à l'USS
13 02	Numéro de l'USS
13 03	Jours passés à l'USS
17 01-07	Information sur le sang
18 01-05	Information sur les avortements thérapeutiques

## **Annexe D**

### **Codes de divergence**

# Codes de divergence

## Données non médicales (cliniques)

1. **Entrée absente.** Le second codificateur a saisi des données qui ne sont pas dans la base de données
2. **Entrée non codifiée par second codificateur.** Le second codificateur n'a pas saisi les données qui sont dans la base de données
3. **Entrée différente.** Le second codificateur a saisi des données qui sont différentes de celles dans la base de données

## Codes de diagnostic

4. **Préfixe/suffixe du diagnostic différent.** La base de données a codifié un préfixe/suffixe que le second codificateur n'a pas codifié, ou vice-versa.
5. **Code de diagnostic différent.** Des codes différents ont été utilisés pour identifier la même affection.
6. **DRH codifié comme un type différent.** Le second codificateur a codifié le diagnostic comme étant le DRH mais il a été codifié comme un autre type de diagnostic dans la base de données.
7. **DRH absent.** Le second codificateur a codifié le diagnostic comme étant le DRH mais il ne figure pas dans la base de données.
8. **Diagnostic de CC codifié comme type 3.** Le second codificateur a codifié et typé comme étant 1 ou 2 mais est codifié comme type 3 dans la base de données.
9. **Diagnostic de CC absent.** Le second codificateur a codifié et typé comme étant 1 ou 2 mais il ne figure pas dans la base de données.
10. **Comorbidité pré-admission typée comme post-admission.** Le second codificateur a codifié et typé comme 1 mais est codifié comme type 2 dans la base de données.
11. **Comorbidité post-admission typée comme DRH.** Le second codificateur a codifié et typé comme 2 mais codifié comme DRH dans la base de données.
12. **Comorbidité post-admission typée comme pré-admission.** Le second codificateur a codifié et typé comme 2 mais codifié comme type 1 dans la base de données.
13. **Diagnostic secondaire codifié comme DRH.** Le second codificateur a codifié comme type 3 mais est codifié comme DRH dans la base de données.
14. **Diagnostic secondaire typé comme diagnostic de CC.** Le second codificateur a codifié comme type 3 mais est codifié comme type 1 ou 2 dans la base de données.
15. **Diagnostic non codifié, typé comme DRH.** Le second codificateur n'a pas codifié mais est codifié comme DRH dans la base de données.
16. **Diagnostic non codifié, typé comme diagnostic de CC.** Le second codificateur n'a pas codifié mais est codifié comme type 1 ou 2 dans la base de données.
17. **Non utilisé.**
18. **Diagnostic de transfert absent.** Le second codificateur a codifié le diagnostic de transfert mais il ne figure pas dans la base de données.
19. **Diagnostic non codifié, typé comme diagnostic de transfert.** Le second codificateur ne l'a pas codifié mais il est codifié dans la base de données comme diagnostic de transfert.
20. **(An 2 seulement) Code E différent.** Code E différent utilisé pour identifier la même cause.

## Codes d'intervention

21. **Code d'intervention différent.** Différents codes utilisés pour identifier la même intervention.
22. **Intervention principale codifiée comme « autre » intervention.** Le second codificateur a codifié comme intervention principale mais figure dans la base de données comme « autre » intervention.
23. **Intervention principale absente.** Le second codificateur a codifié comme intervention principale mais ne figure pas dans la base de données.
24. **Autre intervention absente.** Le second codificateur a codifié comme autre intervention mais ne figure pas dans la base de données.
25. **Intervention non codifiée, original codifié comme intervention principale.** Le second codificateur n'a pas codifié l'intervention mais elle figure dans la base de données comme intervention principale.
26. **Intervention non codifiée, original codifié comme autre intervention.** Le second codificateur n'a pas codifié l'intervention mais elle figure dans la base de données comme autre intervention.

27. **Technique anesthésique différente.** Le second codificateur n'a pas identifié la même technique anesthésique que celle qui figure dans la base de données.
28. **Technique anesthésique absente.** Le second codificateur a identifié une technique anesthésique qui ne figure pas dans la base de données.
29. **Technique anesthésique non identifiée figure dans la base de données.** Le second codificateur n'a pas identifié la technique anesthésique qui figure dans la base de données.
30. **(An 2 seulement) Date d'intervention différente.** Dates différentes précisées pour la même intervention.

## **Annexe E**

### **Codes de raison des divergences**



## Codes de raison des divergences

### Divergences de type A

Code de raison	Raison
A	Erreur de transcription – erreurs dans la transcription de chiffres ou de lettres. Comprend les erreurs de saisie de l'information.
B	Documentation incomplète au moment de la saisie originale de l'information – seulement lorsque clairement identifiable
D	Manque de spécificité au niveau du code. Situation où un code non spécifique ou un code « autre/non précisé » a été utilisé alors que la documentation dans le dossier appuie un code plus spécifique.
E	Spécificité du code non appuyée par le dossier. Situation où un code très spécifique est utilisé que la documentation dans le dossier n'appuie pas.
F	Interprétation différente de la documentation. Situation où une erreur d'interprétation de la documentation dans l'abrégé original est à l'origine d'un code incorrect.
I	Diagnostic codifié n'a pas eu de répercussions majeures sur le traitement ou la DDS. Situation où le code est typé comme important (1 ou 2) mais le second codificateur ne croit pas que le traitement documenté le justifie.
K	Autre codification incertaine. Autres situations où une interprétation différente de la documentation et des directives peut causer des divergences.
L	Documentation incohérente ou contradictoire dans le dossier.
M	Codification contraire aux directives de l'ICIS – lorsque clairement identifiable.
N	Politique de l'hôpital. Situations où, après discussion avec le personnel de l'hôpital, il a été déterminé qu'une règle ou une politique propre à l'hôpital a influencé le choix des codes originaux et a causé la divergence.
O	Erreur de codification – non respect du livre des codes. Situations où la divergence découle clairement d'une recherche de code incorrecte ou incomplète. Comprend les erreurs dague/astérisque.
P	Information dans le dossier a été manquée. Situation où un code ou une donnée n'a pas été saisie malgré la clarté de la documentation dans le dossier.
Q	Erreur mathématique. Situation où une erreur de calcul numérique s'est produite, comme dans les jours passés à l'USS ou le temps d'attente à l'urgence.
R	Téléchargement incorrect. Téléchargement ACT non conforme au reste du dossier.
V	Autre. Toute autre raison qui ne peut être classée dans les autres codes de raison.
W	Pas de raison apparente. La divergence ne peut être classée ou expliquée par les codes ci-dessus.
Z	(An 2 seulement) Diagnostic a eu une incidence majeure sur le traitement ou la DDS.

**Divergences de type B**

Code de raison	Raison
C	Second codificateur ne peut pas accéder à l'information nécessaire.
G	Interprétation différente de la documentation – un ou l'autre code est correct. La documentation peut être interprétée de plus d'une manière et il est difficile de déterminer laquelle est la plus juste; aucune n'est mauvaise.
H	Ordre des codes différent – un ou l'autre ordre est correct. Situation où deux diagnostics ou plus étaient d'égale importance et l'un ou l'autre aurait pu être le DRH.
J	Second codificateur n'a pas codifié l'intervention car la codification est facultative.
S	Données de la base de données modifiées par les vérifications de l'ICIS. Données modifiées dans la base de données et différentes dans le dossier.
U	Second codificateur a manqué les données et croit que la soumission originale est correcte.
X	N'a pas fait l'objet d'une seconde saisie – le codifier n'est pas incorrect.
Y	Non codifié dans la DAD – il n'est pas nécessaire de le codifier.

**Exemple de divergence de type B**

<p>Une femme en travail se présente à l'hôpital. On accélère le travail au moyen de l'oxycytocine, mais la dilatation du col utérin n'atteint pas plus de 3 cm. De plus, on observe que le bébé souffre de décélération. On l'amène donc à la salle d'opération pour pratiquer une césarienne à cause d'une dystocie, d'un arrêt de progression du travail causé par une DCP et de la souffrance fœtale.</p>		
Code de diagnostic	Abrégé original	Second abrégé
DRH	661.01 dystocie	660.11 arrêt de progression du travail causé par une DCP
Diagnostic de type 1	660.11 arrêt de progression du travail causé par une DCP	661.01 dystocie
Diagnostic de type 1	659.71 souffrance fœtale	659.71 souffrance fœtale
<p>Puisqu'il y a plusieurs raisons pour la césarienne, tout diagnostic ci-dessus pourrait être choisi comme le DRH et aucun ne serait « incorrect ». La divergence et la raison seraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divergence 6 – DRH codifié comme un type différent</li> <li>• Code de raison H – Ordre des codes différents; un ou l'autre ordre est correct</li> </ul>		



## **Annexe F**

### **Tableaux détaillés An 1 et an 2 combinés**



Tableau 1A – Taux de réponse des établissements

Unités	Ans 1 et 2 combinés		An 1		An 2	
	Nombre	Taux de réponse	Nombre	Taux de réponse	Nombre	Taux de réponse
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux contactés	43		26		17	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux sans réponse	3		2		1	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux ayant refusé	4		2		2	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux ayant accepté	36	84%	22	85%	14	82%
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux participants	29		18		11	

Tableau 1B – Nombre de dossiers qui ont fait l'objet d'une seconde saisie

## Ans 1 et 2 combinés

Indicateurs	Taille de l'échantillon cible	Taille de l'échantillon initial <sup>1</sup>	Dossiers recodifiés	Taux de réponse en % <sup>2</sup>	% de la cible <sup>3</sup>
Total de toutes les années	4 075	4 900	4 292	87,6	105,3

## An 1

Indicateurs	Taille de l'échantillon cible	Taille de l'échantillon initial <sup>1</sup>	Dossiers recodifiés	Taux de réponse en % <sup>2</sup>	% de la cible <sup>3</sup>
Indicateur de santé					
Cond. propices aux soins ambulatoires	250	296	272	91,9	108,8
Césarienne	251	281	264	94,0	105,2
Pontage aortocoronarien	226	274	176	64,2	77,9
Hospitalisation à la suite d'une pneumonie	249	283	261	92,2	104,8
Hospitalisation à la suite d'une blessure	251	290	269	92,8	107,2
Arthroplastie totale de la hanche	242	279	224	80,3	92,6
Accouchement vaginal après césarienne	236	266	209	78,6	88,6
Indicateur du SCSP					
Anomalies congénitales rares	75	77	73	94,8	97,3
Troubles maternels rares	71	80	69	86,3	97,2
Troubles rares chez les nouveau-nés	73	93	77	82,8	105,5
Syndrome de détresse respiratoire	99	119	78	65,5	78,8
Lacération périnéale au troisième degré	207	250	208	83,2	100,5
Autres troubles chez la mère et le nouveau-né	225	350	296	84,6	131,6
Autre	245	302	261	86,4	106,5
<b>Total de l'an 1</b>	<b>2 700</b>	<b>3 240</b>	<b>2 737</b>	<b>84,5</b>	<b>101,4</b>

## An 2

Indicateurs	Taille de l'échantillon cible	Taille de l'échantillon initial <sup>1</sup>	Dossiers recodifiés	Taux de réponse en % <sup>2</sup>	% de la cible <sup>3</sup>
Infarctus aigu du myocarde	275	340	307	90,3	111,6
Hystérectomie	275	330	316	95,8	114,9
Fracture de la hanche	275	330	310	93,9	112,7
Arthroplastie totale du genou	275	330	308	93,3	112,0
Attribué à aucun des indicateurs de l'an 2	275	330	314	95,2	114,2
<b>Total de l'an 2</b>	<b>1 375</b>	<b>1 660</b>	<b>1 555</b>	<b>93,7</b>	<b>113,1</b>

## Remarques :

1. L'échantillon initial est l'échantillon cible accru de 10 % pour tenir compte des non-réponses et d'un autre 10 % pour tenir compte des situations possibles de productivité meilleure que prévue de la part du second codificateur.
2. Le taux de réponse est calculé au moyen de la taille de l'échantillon initial.
3. Le taux de réponse est calculé au moyen de la taille de l'échantillon cible.

**Tableau 2 – Faux positifs estimés<sup>18</sup> pour les indicateurs de santé et les indicateurs du SCSCP****An 1**

Indicateur	Nombre d'échantillons recodifiés	Nombre d'échantillons	Nombre estimé <sup>2</sup>	Faux positifs <sup>1</sup>			
				% de l'échantillon	% estimé	Borne inférieure de l'intervalle de confiance de 95 %	Borne supérieure de l'intervalle de confiance de 95 %
Indicateur de santé							
Conditions propices aux soins ambulatoires	272	31	10 200	11,4	10,7	8,7	12,7
Césarienne	308	1	100	0,4	0,1	0,0	0,2
Pontage aortocoronarien	176	1	200	0,6	0,8	0,1	1,5
Hospitalisation à la suite d'une pneumonie	261	23	4 800	8,8	6,9	5,0	8,8
Hospitalisation à la suite d'une blessure	302	18	8 300	6,7	5,3	3,0	7,6
Arthroplastie totale de la hanche	224	2	100	0,9	0,8	0,4	1,2
Accouchement vaginal après césarienne	233	3	100	1,4	0,7	0,1	1,2
Indicateur du SCSP							
Lacération périnéale au troisième degré	213	12	2 500	5,8	23,0	22,0	24,1
Syndrome de détresse respiratoire	84	21	400	26,9	22,0	13,7	30,4
Troubles rares chez les nouveau-nés	81	11	300	13,6	15,8	9,1	22,6
Troubles maternels rares	69	11	200	15,9	23,4	20,6	26,2
Anomalies congénitales rares	73	11	100	15,1	12,5	6,8	18,3
Autres troubles chez la mère et le nouveau-né	1 264	1	0	0,3	0,0	0,0	0,1
Autre	261	10	24 400	3,8	1,5	1,1	1,8

**An 2**

Indicateur	Nombre d'échantillons recodifiés	Nombre d'échantillons	Nombre estimé <sup>2</sup>	Faux positifs <sup>1</sup>			
				% de l'échantillon	% estimé	Borne inférieure de l'intervalle de confiance de 95 %	Borne supérieure de l'intervalle de confiance de 95 %
Infarctus aigu du myocarde	319	20	8 800	6,3	8,9	7,4	10,4
Fracture de la hanche	312	11	1 400	3,5	6,0	5,1	6,8
Hystérectomie	316	2	100	0,6	0,3	0,1	0,5
Arthroplastie totale du genou	308	3	100	1,0	0,8	0,4	1,2
Autre	314	2	10 300	0,6	0,4	0,2	0,7

**Remarques :**

1. Les faux positifs estimés sont calculés au moyen d'un numérateur estimé et d'un dénominateur estimé.
2. Les nombres estimés ont été arrondis à des unités de 100 pour ne pas qu'on suppose un niveau de précision involontaire.

<sup>18</sup> Les divergences pour les diagnostics et les interventions associés aux indicateurs de santé sont des faux positifs. Cela se produit quand les codes de diagnostics et d'interventions dans l'abrégé original répondent aux critères d'inclusion mais pas les codes qui ont fait l'objet d'une seconde saisie, tel qu'énuméré à l'annexe B. Veuillez consulter l'exemple dans le tableau 1 dans la section intitulée **Identification des divergences et des raisons**. De plus, bien qu'on ait recours à ces troubles pour calculer de nombreux indicateurs, on ne doit pas interpréter les taux de divergence comme s'appliquant aux indicateurs de santé, car d'autres critères entrent en jeu dans le calcul des indicateurs de santé.

**Tableau 3A – Divergences démographiques et non médicales estimées, par élément de donnée****Ans 1 et 2 combinés**

Élément de donnée <sup>1,2</sup>	Divergences non médicales (%)			
	Entrée absente	Entrée non recodifiée	Entrée différente	Total
Catégorie d'admission	0,0	0,0	15,5	15,5
Heure de sortie	0,0	0,5	9,5	10,0
Code de saisie	0,0	0,0	5,1	5,1
Code postal	0,0	0,0	5,0	5,0
Établissement d'origine	1,6	0,6	0,1	2,3
Établissement receveur	1,0	0,9	0,4	2,3
Heure d'admission	0,0	0,8	0,9	1,6
Numéro d'assurance-maladie	0,0	0,0	0,3	0,3
Date d'admission	0,0	0,0	0,1	0,1
Code de décès supplémentaire	0,0	0,0	0,1	0,1
Sortie en vie	0,0	0,0	0,1	0,1
Date de naissance	0,0	0,0	0,1	0,1
Province émettrice NAM	0,0	0,0	0,0	0,0
Date de sortie	0,0	0,0	0,0	0,0

**Remarques :**

1. La population (N) est 2 300 518.
2. Éléments de donnée obligatoires pour les provinces qui font partie du champ de l'étude.

**Tableau 3B – Divergences démographiques et non médicales estimées, par code de raison****Ans 1 et 2 combinés**

Description du code de raison	Divergences non médicales (%)			
	Divergences non médicales (%)	Entrée non recodifiée <sup>2</sup>	Entrée différente <sup>3</sup>	Total <sup>4</sup>
P - Information manquée dans le dossier	72,5	0,0	28,0	28,7
M - Codification contraire aux directives de l'ICIS	2,4	19,4	25,2	23,7
R - Téléchargement incorrect	0,0	0,3	22,0	19,8
N - Politique de l'hôpital	21,0	5,4	9,6	10,0
W - Pas de raison apparente	3,5	0,7	6,5	6,1
L - Information incohérente ou contradictoire	0,0	65,3	2,8	6,0
F - Interprétation différente - désaccord	0,0	7,2	3,8	3,8
V - Autre	0,5	1,5	1,1	1,1
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	0,5	0,5
K - Autre codification incertaine	0,0	0,0	0,2	0,2
E - Spécificité du code non appuyée	0,0	0,0	0,1	0,1
Q - Erreur mathématique	0,0	0,0	0,0	0,0
B - Documentation incomplète	0,0	0,1	0,0	0,0
D - Manque de spécificité au niveau du code	0,0	0,0	0,0	0,0
O - Erreur de codification	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total des raisons</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Remarques :**

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée absente » était de 60 600.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée non codifiée par second codificateur » était de 63 900.
3. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée différente » était de 1 081 100.
4. La population estimée (N) de raisons pour les divergences non médicales était de 1 205 700.

Tableau 4A – Divergences dans les diagnostics

## Ans 1 et 2 combinés

Divergences dans les diagnostics	Divergences (%)	
	Échantillon	Population estimée
<b>Divergences dans les DRH<sup>1</sup></b>		
6 - Type différent DRH	3,8	5,8
7 - DRH absent	3,2	2,9
11 - Post-admission comme DRH	0,1	0,0
13 - Secondaire comme DRH	0,2	0,2
15 - Diag. non codifié, DRH orig.	3,3	4,0
<b>Total des divergences dans les DRH</b>	<b>10,6</b>	<b>12,8</b>
<b>Divergences dans le typage du diag. de CC<sup>2</sup></b>		
8 - Diag. de CC comme type 3	2,2	1,6
10 - Pré-admission comme post-admission	0,6	0,3
12 - Post-admission comme pré-admission	0,5	0,3
14 - Diag. secondaire comme CC	10,0	13,2
<b>Total des divergences dans le typage du diag. de CC</b>	<b>13,3</b>	<b>15,5</b>
<b>Divergences dans le diag. de CC<sup>2</sup></b>		
9 - Diag. de CC absent	10,6	8,9
16 - Diag. non codifié, orig. CC	14,5	14,0
18 - Diag. de transfert absent	0,2	0,1
19 - Diag. non codifié, trans. orig.	0,1	0,2
<b>Total des divergences dans le diag. de CC</b>	<b>25,4</b>	<b>23,2</b>
4 - Préfixe/suffixe du diag. différent <sup>3</sup>	0,3	0,2
5 - Tout diag. différent <sup>3</sup>	7,2	6,1
20 - Divergences dans les codes E <sup>4</sup>	11,1	10,2
<b>Total des divergences dans les diagnostics</b>	<b>37,7</b>	<b>34,8</b>

## Remarques :

1. Le dénominateur pour le % de divergences dans les DRH était 2 146 pour l'échantillon et 2 565 000 pour la population estimée.
2. Le dénominateur pour le % de divergences dans les diagnostics de CC était 3 738 pour l'échantillon et 3 468 900 pour la population estimée.
3. Le dénominateur pour le % de divergences dans tous les diagnostics était 5 884 pour l'échantillon et 6 033 900 pour la population estimée.
4. Le dénominateur pour le % de divergences dans les codes E était 886 pour l'échantillon et 525 200 pour la population estimée. Les divergences dans les codes E sont en fonction des résultats pour l'an 2 seulement.

Pour obtenir l'échantillon et le nombre estimé de divergences pour l'an 1, veuillez consulter le tableau 4A de l'annexe G.

Pour obtenir l'échantillon et le nombre estimé de divergences pour l'an 2, veuillez consulter le tableau 4A de l'annexe H.

Tableau 4B – Divergences dans les diagnostics par code de raison

## Ans 1 et 2 combinés

Code de raison	Divergences (%)						Total <sup>7</sup>
	DRH <sup>1</sup>	Typage du diag. de CC <sup>2</sup>	Diag. de CC <sup>3</sup>	Préfixe/suffixe du diag. différent <sup>4</sup>	Tout diag. différent <sup>5</sup>	Code E <sup>6</sup>	
I - Pas de répercussions majeures sur traitement	6,8	62,1	24,2	0,0	0,0	0,0	25,8
F - Interprétation différente - désaccord	39,1	8,0	15,4	72,5	20,7	12,0	18,5
P - Information manquée dans le dossier	10,7	1,8	30,4	2,5	14,5	28,1	17,0
O - Erreur de codification	18,3	12,9	6,9	4,8	3,0	23,6	10,0
K - Autre codification incertaine	8,5	11,1	7,1	3,5	3,3	0,4	7,5
M - Codification contraire aux directives de l'ICIS	3,6	0,6	3,3	3,2	25,9	18,6	7,1
E - Spécificité du code non appuyée	0,7	0,1	5,6	9,5	9,0	1,6	4,0
V - Autre	0,2	0,0	0,0	0,0	16,3	0,6	2,9
D - Manque de spécificité au niveau du code	3,3	1,0	3,1	0,7	1,4	14,9	2,6
W - Pas de raison apparente	4,8	0,1	1,6	1,0	5,3	0,0	2,4
L - Information incohérente ou contradictoire	1,4	2,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,2
Z - Incidence majeure sur traitement <sup>8</sup>	2,5	0,2	0,8	2,4	0,0	0,2	0,8
N - Politique de l'hôpital	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,2
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1
B - Documentation incomplète	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Remarques :

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux DRH était 323 600.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives au typage des diagnostics de CC était 537 400.
3. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux diagnostics de CC était 804 000.
4. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux préfixes/suffixes différents était 9 700.
5. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative aux diagnostics différents était 368 000.
6. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux codes E était 53 600. Les divergences relatives aux codes E sont en fonction des données de l'an 2 seulement.
7. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences relatives aux diagnostics était 2 100 400.
8. Le code de raison Z est en fonction des données de l'an 2 seulement.

**Tableau 5A – Divergences dans les interventions****Ans 1 et 2 combinés**

Divergences dans les interventions	Divergences (%)	
	Échantillon	Population
<b>Divergences dans les interventions principales<sup>1</sup></b>		
22 - Interv. principale comme autre interv.	0,8	0,2
23 - Interv. principale absente	3,0	3,9
25 - Interv. non codifiée, original comme IP	1,1	2,9
<b>Total des divergences dans les interventions principales</b>	<b>4,8</b>	<b>7,0</b>
<b>Divergences dans les autres interventions<sup>2</sup></b>		
24 - Autre intervention absente	10,6	10,2
26 - Interv. non codifiée, original comme autre	7,2	9,6
<b>Total des divergences dans les autres interventions</b>	<b>17,8</b>	<b>19,7</b>
21 - Code d'intervention différent <sup>3</sup>	4,7	4,9
30 - Date d'intervention différente <sup>3</sup>	0,1	0,3
<b>Total des divergences dans les interventions<sup>3</sup></b>	<b>16,0</b>	<b>18,3</b>

**Remarques :**

1. Le dénominateur pour le % de divergences était de 1 396 pour l'échantillon et de 1 058 100 pour la population estimée.
2. Le dénominateur pour le % de divergences était de 1 347 pour l'échantillon et de 958 300 pour la population estimée.
3. Le dénominateur pour le % de divergences était de 2 743 pour l'échantillon et de 2 016 400 pour la population estimée.

Pour obtenir l'échantillon et le nombre estimé de divergences pour l'an 1, veuillez consulter le tableau 5A de l'annexe G.

Pour obtenir l'échantillon et le nombre estimé de divergences pour l'an 2, veuillez consulter le tableau 5A de l'annexe H.



Tableau 5B – Divergences dans les interventions par code de raison

Ans 1 et 2 combinés

Code de raison	Divergences (%)				Total des interv. <sup>5</sup>
	Intervention principale <sup>1</sup>	Autre intervention <sup>2</sup>	Toute interv. différente <sup>3</sup>	Toute date d'interv. différente <sup>4</sup>	
P - Information manquée dans le dossier	59,6	37,7	18,0	53,9	36,5
F - Interprétation différente - désaccord	29,7	19,8	39,8	0,0	27,5
O - Erreur de codification	0,4	8,1	21,2	0,0	10,4
V - Autre	1,0	4,4	0,3	0,0	2,3
K - Autre codification incertaine	1,1	8,1	2,0	0,0	4,6
M - Codification contraire aux directives de	3,0	9,4	0,2	0,0	5,0
W - Pas de raison apparente	4,7	1,5	0,0	0,0	1,7
N - Politique de l'hôpital	0,0	2,1	6,6	0,0	3,0
E - Spécificité du code non appuyée	0,2	2,7	8,9	0,0	4,0
L - Information incohérente ou contradictoire	0,3	4,6	0,7	46,0	3,6
D - Manque de spécificité au niveau du code	0,0	0,2	1,3	0,0	0,5
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	0,9	0,1	0,3
B - Documentation incomplète	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I - Pas de répercussions majeures sur traitemen	0,0	1,4	0,0	0,0	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Remarques :**

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux interventions principales était de 73 900.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux autres interventions était de 189 300.
3. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative aux interventions différentes était de 99 200.
4. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative à la date différente de l'intervention était de 11 900. Les divergences dans la date différente de l'intervention sont en fonction des données de l'an 2 seulement.
5. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences relatives aux interventions était de 368 300.



## **Annexe G**

### **Tableaux détaillés — An 1**



**Tableau 1A – Taux de réponse des établissements****An 1**

Unités	Nombre	Taux de réponse
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux contactés	26	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux sans réponse	2	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux ayant refusé	2	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux ayant accepté	22	85%
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux participants	18	

**Tableau 1B – Nombre de dossiers qui ont fait l'objet d'une seconde saisie****An 1**

Indicateurs	Taille de l'échantillon cible	Taille de l'échantillon initial <sup>1</sup>	Dossiers recodifiés	Taux de réponse en % <sup>2</sup>	% de la cible <sup>3</sup>
<b>Indicateur de santé</b>					
Cond. propices aux soins ambulatoires	250	296	272	91,9	108,8
Césarienne	251	281	264	94,0	105,2
Pontage aortocoronarien	226	274	176	64,2	77,9
Hospitalisation à la suite d'une pneumonie	249	283	261	92,2	104,8
Hospitalisation à la suite d'une blessure	251	290	269	92,8	107,2
Arthroplastie totale de la hanche	242	279	224	80,3	92,6
Accouchement vaginal après césarienne	236	266	209	78,6	88,6
<b>Indicateur du SCSP</b>					
Anomalies congénitales rares	75	77	73	94,8	97,3
Troubles maternels rares	71	80	69	86,3	97,2
Troubles rares chez les nouveau-nés	73	93	77	82,8	105,5
Syndrome de détresse respiratoire	99	119	78	65,5	78,8
Lacération périnéale au troisième degré	207	250	208	83,2	100,5
Autres troubles chez la mère et le nouveau-né	225	350	296	84,6	131,6
Autre	245	302	261	86,4	106,5
<b>Total de l'an 1</b>	<b>2 700</b>	<b>3 240</b>	<b>2 737</b>	<b>84,5</b>	<b>101,4</b>

**Remarques :**

1. L'échantillon initial est l'échantillon cible accru de 10 % pour tenir compte des non-réponses et d'un autre 10 % pour tenir compte des situations possibles de productivité meilleure que prévue de la part du second codificateur.
2. Le taux de réponse est calculé au moyen de la taille de l'échantillon initial.
3. Le taux de réponse est calculé au moyen de la taille de l'échantillon cible.

**Tableau 2 – Faux positifs estimés<sup>19</sup> pour les indicateurs de santé et les indicateurs du SCSP****An 1**

Indicateur	Nombre d'échantillons recodifiés	Nombre d'échantillons	Nombre estimé <sup>2</sup>	Faux positifs <sup>1</sup>			
				% de l'échantillon	% estimé	Borne inférieure de l'intervalle de confiance de 95 %	Borne supérieure de l'intervalle de confiance de 95 %
Indicateur de santé							
Conditions propices aux soins ambulatoires	272	31	10 200	11,4	10,7	8,7	12,7
Césarienne	308	1	100	0,4	0,1	0,0	0,2
Pontage aortocoronarien	176	1	200	0,6	0,8	0,1	1,5
Hospitalisation à la suite d'une pneumonie	261	23	4 800	8,8	6,9	5,0	8,8
Hospitalisation à la suite d'une blessure	302	18	8 300	6,7	5,3	3,0	7,6
Arthroplastie totale de la hanche	224	2	100	0,9	0,8	0,4	1,2
Accouchement vaginal après césarienne	233	3	100	1,4	0,7	0,1	1,2
Indicateur du SCSP							
Lacération périnéale au troisième degré	213	12	2 500	5,8	23,0	22,0	24,1
Syndrome de détresse respiratoire	84	21	400	26,9	22,0	13,7	30,4
Troubles rares chez les nouveau-nés	81	11	300	13,6	15,8	9,1	22,6
Troubles maternels rares	69	11	200	15,9	23,4	20,6	26,2
Anomalies congénitales rares	73	11	100	15,1	12,5	6,8	18,3
Autres troubles chez la mère et le nouveau-né	1 264	1	0	0,3	0,0	0,0	0,1
Autre	261	10	24 400	3,8	1,5	1,1	1,8

**Remarques :**

1. Les faux positifs estimés sont calculés au moyen d'un numérateur estimé et d'un dénominateur estimé.
2. Les nombres estimés ont été arrondis à des unités de 100 pour ne pas qu'on suppose un niveau de précision involontaire.

<sup>19</sup> Les divergences pour les diagnostics et les interventions associés aux indicateurs de santé sont des faux positifs. Cela se produit quand les codes de diagnostics et d'interventions dans l'abrégé original répondent aux critères d'inclusion mais pas les codes qui ont fait l'objet d'une seconde saisie, tel qu'énuméré à l'annexe B. Veuillez consulter l'exemple dans le tableau 1 dans la section intitulée **Identification des divergences et des raisons**. De plus, bien qu'on ait recours à ces troubles pour calculer de nombreux indicateurs, on ne doit pas interpréter les taux de divergence comme s'appliquant aux indicateurs de santé, car d'autres critères entrent en jeu dans le calcul des indicateurs de santé.

**Tableau 3A – Divergences démographiques et non médicales estimées, par élément de donnée****An 1**

Élément de donnée <sup>1,2</sup>	Divergences non médicales (%)			Total
	Entrée absente	Entrée non recodifiée	Entrée différente	
Catégorie d'admission	0,1	0,0	13,8	13,9
Heure de sortie	0,0	0,0	9,8	9,8
Code postal	0,0	0,0	9,0	9,0
Code de saisie	0,0	0,0	6,5	6,5
Établissement receveur	0,4	1,0	0,3	1,7
Établissement d'origine	0,7	0,3	0,1	1,1
Heure d'admission	0,0	0,0	0,5	0,5
Code de décès supplémentaire	0,0	0,0	0,2	0,2
Numéro d'assurance-maladie	0,0	0,0	0,2	0,2
Sortie en vie	0,0	0,0	0,1	0,1
Date de naissance	0,0	0,0	0,1	0,1
Province émettrice du NAM	0,0	0,0	0,0	0,0
Date d'admission	0,0	0,0	0,0	0,0
Date de sortie	0,0	0,0	0,0	0,0

**Remarques :**

1. La population (N) est 2 391 440.
2. Éléments de donnée obligatoires pour les provinces qui font partie du champ de l'étude.

**Tableau 3B – Divergences démographiques et non médicales estimées, par code de raison****An 1**

Description du code de raison	Divergences non médicales (%)			Total <sup>4</sup>
	Entrée absente <sup>1</sup>	Entrée non recodifiée <sup>2</sup>	Entrée différente <sup>3</sup>	
R - Téléchargement incorrect	0,0	1,2	32,5	31,1
P - Information manquée dans le dossier	74,3	0,0	24,1	24,6
M - Codification contraire aux directives de	9,6	0,0	13,3	12,9
N - Politique de l'hôpital	0,0	20,5	12,6	12,5
W - Pas de raison apparente	14,0	2,3	8,3	8,3
F - Interprétation différente - désaccord	0,0	25,7	4,6	5,0
L - Information incohérente ou contradictoi	0,0	46,0	1,6	2,6
V - Autre	2,1	4,0	1,7	1,7
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	0,8	0,8
K - Autre codification incertaine	0,0	0,0	0,3	0,2
E - Spécificité du code non appuyée	0,0	0,0	0,2	0,1
Q - Erreur mathématique	0,0	0,0	0,0	0,0
B - Documentation incomplète	0,0	0,3	0,0	0,0
O - Erreur de codification	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total des raisons</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Remarques :**

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée absente » était de 30 400.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée non codifiée par second codificateur » était de 33 900.
3. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée différente » était de 1 422 400.
4. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences non médicales était de 1 486 700.

Tableau 4A – Divergences dans les diagnostics

## An 1

Divergences dans les diagnostics	Divergences	N <sup>bre</sup> estimé de diverg. <sup>5</sup>	Divergences (%)	
			Échantillon	Population estimée
<b>Divergences dans les DRH<sup>1</sup></b>				
6 - Type différent DRH	110	157 900	4,0	6,3
7 - DRH absent	107	79 600	3,9	3,2
11 - Post-admission comme DRH	1	100	0,0	0,0
13 - Secondaire comme DRH	5	1 700	0,2	0,1
15 - Diag. non codifié, DRH orig.	109	97 600	4,0	3,9
<b>Total des divergences dans les DRH</b>	<b>332</b>	<b>336 700</b>	<b>12,1</b>	<b>13,4</b>
<b>Divergences dans le typage du diag. de CC<sup>2</sup></b>				
8 - Diag. de CC comme type 3	123	62 100	2,6	2,1
10 - Pré-admission comme post-admission	17	5 700	0,4	0,2
12 - Post-admission comme pré-admission	26	17 700	0,6	0,6
14 - Diag. secondaire comme CC	195	244 100	4,2	8,1
<b>Total des divergences dans le typage du diag. de C</b>	<b>361</b>	<b>329 600</b>	<b>7,8</b>	<b>11,0</b>
<b>Divergences dans le diag. de CC<sup>2</sup></b>				
9 - Diag. de CC absent	524	432 600	11,3	14,4
16 - Diag. non codifié, orig. CC	674	497 600	14,5	16,6
18 - Diag. de transfert absent	10	5 800	0,2	0,2
19 - Diag. non codifié, trans. orig.	3	1 300	0,1	0,0
<b>Total des divergences dans le diag. de CC</b>	<b>1 211</b>	<b>937 300</b>	<b>26,0</b>	<b>31,2</b>
4 - Préfixe/suffixe du diag. différent <sup>3</sup>	27	6 100	0,4	0,1
5 - Tout diag. différent <sup>3</sup>	550	355 900	7,4	6,5
20 - Divergences dans les codes E <sup>4</sup>				
<b>Total des divergences dans les diagnostics</b>	<b>2 481</b>	<b>1 965 600</b>	<b>33,6</b>	<b>35,7</b>

## Remarques :

1. Le dénominateur pour le % de divergences dans les DRH était 2 737 pour l'échantillon et 2 504 600 pour la population estimée.
2. Le dénominateur pour le % de divergences dans les diagnostics de CC était 4 657 pour l'échantillon et 2 999 500 pour la population estimée.
3. Le dénominateur pour le % de divergences dans tous les diagnostics était 7 394 pour l'échantillon et 5 504 100 pour la population estimée.
4. Les divergences dans les codes E n'ont pas été séparées des autres divergences au cours de l'an 1.
5. Les nombres estimés ont été arrondis à des unités de 100 pour ne pas qu'on suppose un niveau de précision involontaire. Il est possible que les nombres estimés ne correspondent pas au total en raison de l'arrondissement.



Tableau 4B – Divergences dans les diagnostics par code de raison

## An 1

Code de raison	Divergences (%)					
	DRH <sup>1</sup>	Typage du diag. de CC <sup>2</sup>	Diag. de CC <sup>3</sup>	Préfixe/suffixe du diag. différent <sup>4</sup>	Tout diag. différent <sup>5</sup>	Total <sup>6</sup>
P - Information manquée dans le dossier	15,2	5,6	39,4	7,9	6,9	23,6
I - Pas de répercussions majeures sur trai	4,8	58,2	22,1	0,0	0,0	20,8
F - Interprétation différente - désaccord	40,1	12,6	9,1	20,6	19,9	17,2
E - Spécificité du code non appuyée	1,5	0,3	9,7	28,8	16,0	7,9
M - Codification contraire aux directives de	15,9	5,4	7,2	12,1	1,4	7,4
O - Erreur de codification	3,6	0,9	3,2	6,4	28,1	7,4
K - Autre codification incertaine	8,5	12,7	6,3	11,1	3,2	7,2
L - Information incohérente ou contradictoi	8,0	0,1	0,7	3,2	6,0	2,9
D - Manque de spécificité au niveau du co	0,3	0,0	0,0	0,0	14,0	2,6
V- Autre	1,6	3,2	1,3	2,4	3,1	2,0
N - Politique de l'hôpital	0,3	0,3	0,6	0,0	0,0	0,4
W- Pas de raison apparente	0,1	0,5	0,3	7,7	0,0	0,3
A - Erreur de transcription	0,0	0,1	0,0	0,0	1,2	0,2
B - Documentation incomplète	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Remarques :

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux DRH était 336 700.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives au typage des diagnostics de CC était 329 600.
3. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux diagnostics de CC était 937 300.
4. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux préfixes/suffixes différents était 6 100.
5. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative aux diagnostics différents était 355 900.
6. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences relatives aux diagnostics était 1 965 600.

Tableau 5A – Divergences dans les interventions

## An 1

Divergences dans les interventions	Divergences	N <sup>bre</sup> estimé de diverg. <sup>4</sup>	Divergences (%)	
			Echantillon	Population
<b>Divergences dans les interventions principales<sup>1</sup></b>				
22 - Interv. principale comme autre interv.	20	3 300	1,2	0,3
23 - Interv. principale absente	55	56 900	3,4	4,9
25 - Interv. non codifiée, original comme IP	26	56 600	1,6	4,8
<b>Total des divergences dans les interventions pri</b>	<b>101</b>	<b>116 800</b>	<b>6,3</b>	<b>10,0</b>
<b>Divergences dans les autres interventions<sup>2</sup></b>				
24 - Autre intervention absente	234	120 400	12,3	10,6
26 - Interv. non codifiée, original comme autre	139	143 400	7,3	12,7
<b>Total des divergences dans les autres interventi</b>	<b>373</b>	<b>263 900</b>	<b>19,6</b>	<b>23,3</b>
21 - Code d'intervention différent <sup>3</sup>	138	123 000	3,9	5,3
30 - Date d'intervention différente <sup>3</sup>			0,0	0,0
<b>Total des divergences dans les interventions<sup>3</sup></b>	<b>612</b>	<b>503 600</b>	<b>17,4</b>	<b>21,9</b>

**Remarques :**

1. Le dénominateur pour le % de divergences était de 1 615 pour l'échantillon et de 1 170 000 pour la population estimée.
2. Le dénominateur pour le % de divergences était de 1 903 pour l'échantillon et de 1 130 900 pour la population estimée.
3. Le dénominateur pour le % de divergences était de 3 518 pour l'échantillon et de 2 300 900 pour la population estimée.
4. Les nombres estimés ont été arrondis à des unités de 100 pour ne pas qu'on suppose un niveau de précision involontaire. Il est possible que les nombres estimés ne correspondent pas à 100 en raison de l'arrondissement.

**Tableau 5B – Divergences dans les interventions par code de raison****An 1**

Code de raison	Divergences (%)			
	Intervention principale <sup>1</sup>	Autre intervention <sup>2</sup>	Toute interv. différente <sup>3</sup>	Total des interv. <sup>4</sup>
P - Information manquée dans le dossier	56,0	34,1	19,1	34,7
F - Interprétation différente - désaccord	35,6	16,5	26,8	24,1
V - Autre	1,2	5,9	0,5	3,1
K - Autre codification incertaine	1,3	11,0	2,9	6,3
O - Erreur de codification	0,5	6,9	28,9	12,1
W - Pas de raison apparente	2,6	0,5	0,0	0,9
N - Politique de l'hôpital	0,1	2,8	9,3	4,1
E - Spécificité du code non appuyée	0,3	3,7	8,7	4,4
M - Codification contraire aux directives de	2,1	10,1	0,3	5,2
D - Manque de spécificité au niveau du	0,0	0,3	1,8	0,7
L - Information incohérente ou contradictoire	0,3	6,4	0,5	3,2
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	1,2	0,4
I - Pas de répercussions majeures sur traite	0,0	1,9	0,0	0,9
B - Documentation incomplète	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Remarques :**

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux interventions principales était de 116 800.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux autres interventions était de 263 900.
3. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative aux interventions différentes était de 123 000.
4. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences relatives aux interventions était de 129 300.



## **Annexe H**

### **Tableaux détaillés — An 2**



**Tableau 1A – Taux de réponse des établissements****An 2**

Unités	Nombre	Taux de réponse
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux contactés	17	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux sans réponse	1	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux ayant refusé	2	
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux ayant accepté	14	82%
N <sup>bre</sup> d'hôpitaux participants	11	

**Tableau 1B – Nombre de dossiers qui ont fait l'objet d'une seconde saisie****An 2**

Indicateurs	Taille de l'échantillon cible	Taille de l'échantillon initial <sup>1</sup>	Dossiers recodifiés	Taux de réponse en % <sup>2</sup>	% de la cible <sup>3</sup>
Infarctus aigu du myocarde	275	340	307	90,3	111,6
Hystérectomie	275	330	316	95,8	114,9
Fracture de la hanche	275	330	310	93,9	112,7
Arthroplastie totale du genou	275	330	308	93,3	112,0
Attribué à aucun des indicateurs de l'an 2	275	330	314	95,2	114,2
<b>Total de l'an 2</b>	<b>1 375</b>	<b>1 660</b>	<b>1 555</b>	<b>93,7</b>	<b>113,1</b>

**Remarques :**

1. L'échantillon initial est l'échantillon cible accru de 10 % pour tenir compte des non-réponses et d'un autre 10 % pour tenir compte des situations possibles de productivité meilleure que prévue de la part du second codificateur.
2. Le taux de réponse est calculé au moyen de la taille de l'échantillon initial.
3. Le taux de réponse est calculé au moyen de la taille de l'échantillon cible.

Tableau 2 – Faux positifs estimés<sup>20</sup> pour les indicateurs de santé

## An 2

Indicateur	Nombre d'échantillons recodifiés	Faux positifs <sup>1</sup>					
		Nombre d'échantillons	Nombre estimé <sup>2</sup>	% de l'échantillon	% estimé	Borne inférieure de l'intervalle de confiance de 95 %	Borne supérieure de l'intervalle de confiance de 95 %
Infarctus aigu du myocarde	319	20	8 800	6,3	8,9	7,4	10,4
Fracture de la hanche	312	11	1 400	3,5	6,0	5,1	6,8
Hystérectomie	316	2	100	0,6	0,3	0,1	0,5
Arthroplastie totale du genou	308	3	100	1,0	0,8	0,4	1,2
Autre	314	2	10 300	0,6	0,4	0,2	0,7

## Remarques :

1. Les faux positifs estimés sont calculés au moyen d'un numérateur estimé et d'un dénominateur estimé.
2. Les nombres estimés ont été arrondis à des unités de 100 pour ne pas qu'on suppose un niveau de précision involontaire.

<sup>20</sup> Les divergences pour les diagnostics et les interventions associés aux indicateurs de santé sont des faux positifs. Cela se produit quand les codes de diagnostics et d'interventions dans l'abrégé original répondent aux critères d'inclusion mais pas les codes qui ont fait l'objet d'une seconde saisie, tel qu'énuméré à l'annexe B. Veuillez consulter l'exemple dans le tableau 1 dans la section intitulée **Identification des divergences et des raisons**. De plus, bien qu'on ait recours à ces troubles pour calculer de nombreux indicateurs, on ne doit pas interpréter les taux de divergence comme s'appliquant aux indicateurs de santé, car d'autres critères entrent en jeu dans le calcul des indicateurs de santé.



**Tableau 3A – Divergences démographiques et non médicales estimées, par élément de donnée****An 2**

Élément de donnée <sup>1,2</sup>	Divergences non médicales (%)			
	Entrée absente	Entrée non recodifiée	Entrée différente	Total
Catégorie d'admission	0,0	0,0	17,3	17,3
Heure de sortie	0,0	1,0	9,3	10,3
Code de saisie	0,0	0,0	3,6	3,6
Établissement d'origine	2,6	0,9	0,1	3,5
Heure d'admission	0,0	1,6	1,3	2,9
Établissement receveur	1,5	0,7	0,6	2,8
Code postal	0,0	0,0	0,7	0,7
Numéro d'assurance-maladie	0,0	0,0	0,3	0,3
Date d'admission	0,0	0,0	0,3	0,3
Province émettrice du NAM	0,0	0,0	0,0	0,0
Date de sortie	0,0	0,0	0,0	0,0
Date de naissance	0,0	0,0	0,0	0,0
Code de décès supplémentaire	0,0	0,0	0,0	0,0
Sortie en vie	0,0	0,0	0,0	0,0

**Remarques :**

1. Éléments de donnée obligatoires pour les provinces qui font partie du champ de l'étude.
2. La population (N) est 2 209 596

**Tableau 3B – Divergences démographiques et non médicales estimées, par code de raison****An 2**

Description du code de raison	Divergences non médicales (%)			
	Entrée absente <sup>1</sup>	Entrée non recodifiée <sup>2</sup>	Entrée différente <sup>3</sup>	Total <sup>4</sup>
M - Codification contraire aux directives de	0,0	26,4	48,0	41,1
P - Information manquée dans le dossier	71,9	0,0	35,4	35,4
L - Information incohérente ou contradictoire	0,0	72,2	5,2	11,5
N - Politique de l'hôpital	28,1	0,0	3,9	5,9
W - Pas de raison apparente	0,0	0,2	3,1	2,5
F - Interprétation différente - désaccord	0,0	0,5	2,2	1,8
R - Téléchargement incorrect	0,0	0,0	1,9	1,6
V - Autre	0,0	0,6	0,1	0,1
K - Autre codification incertaine	0,0	0,1	0,0	0,0
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	0,0	0,0
D - Manque de spécificité au niveau du cod	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total des raisons</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Remarques :**

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée absente » était de 90 800.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée non codifiée par second codificateur » était de 94 000.
3. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives à « Entrée différente » était de 739 800.
4. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences non médicales était de 924 700.

Tableau 4A – Divergences dans les diagnostics

## An 2

Divergences dans les diagnostics	Divergences	N <sup>bre</sup> estimé de diverg. <sup>5</sup>	Divergences (%)	
			Échantillon	Population estimée
<b>Divergences dans les DRH<sup>1</sup></b>				
6 - Type différent DRH	54	137 400	3,5	5,2
7 - DRH absent	30	68 100	1,9	2,6
11 - Post-admission comme DRH	2	100	0,1	0,0
13 - Secondaire comme DRH	6	7 500	0,4	0,3
15 - Diag. non codifié, DRH orig.	33	105 500	2,1	4,0
<b>Total des divergences dans les DRH</b>	<b>125</b>	<b>318 500</b>	<b>8,0</b>	<b>12,1</b>
<b>Divergences dans le typage du diag. de CC<sup>2</sup></b>				
8 - Diag. de CC comme type 3	45	51 500	1,6	1,3
10 - Pré-admission comme post-admission	25	18 100	0,9	0,5
12 - Post-admission comme pré-admission	14	2 200	0,5	0,1
14 - Diag. secondaire comme CC	551	673 400	19,5	17,1
<b>Total des divergences dans le typage du diag. de C</b>	<b>635</b>	<b>745 200</b>	<b>22,5</b>	<b>18,9</b>
<b>Divergences dans le diag. de CC<sup>2</sup></b>				
9 - Diag. de CC absent	268	187 700	9,5	4,8
16 - Diag. non codifié, orig. CC	412	472 900	14,6	12,0
18 - Diag. de transfert absent	2	100	0,1	0,0
19 - Diag. non codifié, trans. orig.	6	9 900	0,2	0,3
<b>Total des divergences dans le diag. de CC</b>	<b>688</b>	<b>670 600</b>	<b>24,4</b>	<b>17,0</b>
4 - Préfixe/suffixe du diag. différent <sup>3</sup>	8	13 400	0,2	0,2
5 - Tout diag. différent <sup>3</sup>	300	380 100	6,9	5,8
20 - Divergences dans les codes E <sup>4</sup>	98	53 600	11,1	10,2
<b>Total des divergences dans les diagnostics</b>	<b>1 854</b>	<b>2 181 500</b>	<b>42,4</b>	<b>33,2</b>

## Remarques :

1. Le dénominateur pour le % de divergences dans les DRH était 1 555 pour l'échantillon et 2 625 400 pour la population estimée.
2. Le dénominateur pour le % de divergences dans les diagnostics de CC était 2 819 pour l'échantillon et 3 938 300 pour la population estimée.
3. Le dénominateur pour le % de divergences dans tous les diagnostics était 4 374 pour l'échantillon et 6 563 700 pour la population estimée.
4. Le dénominateur pour le % de divergences dans les codes E était 886 pour l'échantillon et 525 200 pour la population estimée.
5. Les nombres estimés ont été arrondis à des unités de 100 pour ne pas qu'on suppose un niveau de précision involontaire. Il est possible que les nombres estimés ne correspondent pas au total en raison de l'arrondissement.

Tableau 4B – Divergences dans les diagnostics par code de raison

## An 2

Code de raison	Divergences (%)						Total <sup>7</sup>
	DRH <sup>1</sup>	Typage du diag. de CC <sup>2</sup>	Diag. de CC <sup>3</sup>	Préfixe/suffixe du diag. différent <sup>4</sup>	Tout diag. différent <sup>5</sup>	Code E <sup>6</sup>	
I - Pas de répercussions majeures sur tra	8,7	63,8	27,0	0,0	0,0	0,0	30,8
F - Interprétation différente - désaccord	38,0	5,9	24,0	96,2	21,3	12,0	19,8
M - Codification contraire aux directives d	20,9	16,1	6,5	1,4	4,4	23,6	11,9
P - Information manquée dans le dossier	6,0	0,1	18,0	0,0	21,1	28,1	10,9
K - Autre codification incertaine	8,4	10,4	8,2	0,0	3,3	0,4	7,9
O - Erreur de codification	3,6	0,5	3,5	1,8	23,9	18,6	6,5
D - Manque de spécificité au niveau du c	0,0	0,0	0,0	0,0	18,3	0,6	3,3
V - Autre	5,0	0,0	5,5	0,0	0,0	14,9	2,8
Z - Incidence majeure sur traitement	2,8	2,9	3,0	0,0	0,0	0,0	2,3
L - Information incohérente ou contradict	1,6	0,1	2,7	0,0	4,7	0,0	1,9
W - Pas de raison apparente	5,0	0,1	1,5	0,0	0,0	0,2	1,3
E - Spécificité du code non appuyée	0,0	0,0	0,0	0,7	2,9	1,6	0,6
B - Documentation incomplète	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
N - Politique de l'hôpital	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Remarques :

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux DRH était 318 500.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives au typage des diagnostics de CC était 745 200.
3. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux diagnostics de CC était 670 600.
4. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux préfixes/suffixes différents était 13 400.
5. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative aux diagnostics différents était 380 100.
6. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux codes E était 53 600. Les divergences relatives aux codes E sont en fonction des données de l'an 2 seulement.
7. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences relatives aux diagnostics était 2 181 500.

Tableau 5A – Divergences dans les interventions

## An 2

Divergences dans les interventions	Divergences	N <sup>bre</sup> estimé de diverg. <sup>4</sup>	Divergences (%)	
			Echantillon	Population
<b>Divergences dans les interventions principales<sup>1</sup></b>				
22 - Interv. principale comme autre interv.	1	20	0,1	0,0
23 - Interv. principale absente	28	26 100	2,4	2,8
25 - Interv. non codifiée, original comme IP	4	5 000	0,3	0,5
<b>Total des divergences dans les interventions prii</b>	<b>33</b>	<b>31 100</b>	<b>2,8</b>	<b>3,3</b>
<b>Divergences dans les autres interventions<sup>2</sup></b>				
24 - Autre intervention absente	52	74 900	6,6	9,5
26 - Interv. non codifiée, original comme autre	54	39 700	6,8	5,1
<b>Total des divergences dans les autres interventio</b>	<b>106</b>	<b>114 700</b>	<b>13,4</b>	<b>14,6</b>
21 - Code d'intervention différent <sup>3</sup>	120	75 400	6,1	4,4
30 - Date d'intervention différente <sup>3</sup>	6	11 900	0,3	0,7
<b>Total des divergences dans les interventions<sup>3</sup></b>	<b>265</b>	<b>233 100</b>	<b>13,5</b>	<b>13,5</b>

## Remarques :

1. Le dénominateur pour le % de divergences était de 1 177 pour l'échantillon et de 946 300 pour la population estimée.
2. Le dénominateur pour le % de divergences était de 792 pour l'échantillon et de 785 700 pour la population estimée.
3. Le dénominateur pour le % de divergences était de 1 969 pour l'échantillon et de 1 732 000 pour la population estimée.
4. Les nombres estimés ont été arrondis à des unités de 100 pour ne pas qu'on suppose un niveau de précision involontaire. Il est possible que les nombres estimés ne correspondent pas au total en raison de l'arrondissement.

Tableau 5B – Divergences dans les interventions par code de raison

## An 2

Code de raison	Divergences (%)				Total des interv. <sup>5</sup>
	Intervention principale <sup>1</sup>	Autre intervention <sup>2</sup>	Toute interv. différente <sup>3</sup>	Toute date d'interv. différente <sup>4</sup>	
P - Information manquée dans le dossier	77,0	47,1	15,3	53,9	40,3
F - Interprétation différente - désaccord	0,3	28,4	70,8	0,0	38,0
O - Erreur de codification	0,0	11,2	2,9	0,0	6,3
M - Codification contraire aux directives	7,1	7,8	0,0	0,0	4,6
L - Information incohérente ou	0,6	0,0	1,2	46,0	2,8
E - Spécificité du code non appuyée	0,0	0,0	9,4	0,0	3,2
D - Manque de spécificité au niveau du	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
K - Autre codification incertaine	0,0	0,6	0,0	0,0	0,3
A - Erreur de transcription	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1
W - Pas de raison apparente	15,0	4,2	0,0	0,0	3,9
B - Documentation incomplète	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
N - Politique de l'hôpital	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
V - Autre	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Remarques :

1. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux interventions principales était de 31 000.
2. La population estimée (N) de raisons pour les divergences relatives aux autres interventions était de 114 700.
3. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative aux interventions différentes était de 75 400.
4. La population estimée (N) de raisons pour toute divergence relative à la date différente de l'intervention était de 11 900. Les divergences dans la date différente de l'intervention sont en fonction des données de l'an 2 seulement.
5. La population estimée (N) de raisons pour toutes les divergences relatives aux interventions était de 233 100.

