



Processus d'assurance de la qualité

Relatifs à la base de données sur les congés
des patients et à la base de données sur
la morbidité hospitalière

Août 2002



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

**Processus d'assurance de la qualité
relatifs à la Base de données sur les
congés des patients et à la Base de
données sur la morbidité hospitalière**

Août 2002

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

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

ISBN 1-55392-110-0 (PDF)

© 2002 Institut canadien d'information sur la santé

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

This publication is also available in English under the title of:
*Quality Assurance Processes—Applied to the Discharge Abstract
and Hospital Morbidity Databases* ISBN : 1-55392-078-3 (PDF)

Table des matières

Introduction.....	1
Objectif du présent rapport	1
Qu'est-ce que la DAD?	2
Qu'est-ce que la morbidité hospitalière?.....	2
Cadre de la qualité des données de l'ICIS	3
1.0 Exactitude.....	5
1.1 CIM-10-CA/CCI.....	5
1.2 Qu'est-ce que la CIM?	5
1.3 Qu'est-ce que la CCI?	7
1.4 Base de données d'interrogation sur la codification de l'ICIS.....	8
1.5 Manuel de saisie de l'information, DAD	9
1.6 Manuel de spécifications relatives à la morbidité hospitalière	9
1.7 Représentants des services de soutien de la DAD	10
1.8 Programme de formation de l'ICIS	11
1.9 Logiciel de saisie et rôle des développeurs de logiciels externes (fournisseurs)	14
1.10 Bulletins.....	15
1.11 Vérifications du système de production de l'ICIS	16
1.12 Corrections soumises à la base de données DAD.....	16
1.13 Corrections appliquées à la DAD	17
1.14 Assurance de la qualité dans la Base de données nationale sur la morbidité hospitalière (BDMH)	18
1.15 Nouvelle saisie : Études spéciales concernant la qualité des données	19
1.16 Étude spéciale sur les Groupes de maladies analogues (GMA)/Niveau de complexité ou Plx.....	22
2.0 Opportunité.....	24
3.0 Comparabilité	27
3.1 Dimension de la comparabilité	27
3.2 Globalité	29
3.3 Intégration	29
3.4 Normalisation.....	30
3.5 Équivalence	31
3.6 Capacité de couplage	31
3.7 Comparabilité des produits	32
3.8 Comparabilité dans le temps.....	32

Table des matières

4.0 Pertinence	33
4.1 Présentation d'un élément dans la DAD.....	33
4.2 Comité directeur des bases de données DAD et sur la morbidité	34
4.3 Restructuration de la DAD (2000 à 2003).....	34
4.4 Processus du système de production pour le contrôle du changement.....	35
4.5 Rapports sur les sorties des patients.....	37
5.0 Facilité d'utilisation	41
5.1 Assurance de la qualité pour certains produits d'analyse.....	41
5.2 Stratégies transversales d'assurance de la qualité.....	43
Sommaire	45
Références.....	47

Introduction

Le présent document passe en revue les activités d'assurance de la qualité de la Base de données sur les congés des patients (DAD) et de la Base de données nationale sur la morbidité hospitalière en tenant compte de l'exactitude, de l'opportunité, de la comparabilité, de la pertinence et de la facilité d'utilisation comme il est énoncé dans le cadre de la qualité des données de l'ICIS.

Pour assurer une bonne qualité des données, il faut compter sur un solide processus d'assurance de la qualité dans le cadre de la gestion d'une base de données. Mais qu'est-ce qu'une « bonne » qualité des données? Où commence et se termine le processus d'assurance de la qualité? Dans le cas de la Base de données sur les congés des patients, la production de données **exactes** et valides commence par la présentation *opportune* de données à la lumière des codes prédéfinis et des éléments de données qui sont décrits dans le Manuel de saisie de l'information, DAD, de l'ICIS et à la lumière de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes qui a été acceptée par l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS. Dès que les données sont présentées à l'ICIS, on amorce de façon systématique des pratiques d'assurance de la qualité qui visent à assurer leur **comparabilité** et leur **facilité d'utilisation**. La **pertinence** de l'information est assurée grâce à des consultations avec des comités consultatifs et à la diffusion de rapports comparatifs portant sur des sujets précis.

Objectif du présent rapport

Ce rapport vise à servir de document de référence unique concernant la qualité des données et les processus d'assurance de la qualité relatifs à la Base de données sur les congés des patients et à la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Qu'est-ce que la DAD?

La Base de données sur les congés des patients (DAD) est une base de données nationale qui renferme de l'information sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour. À l'heure actuelle, plus de quatre millions d'abrévés annuels sont fournis à la base de données DAD. Les abrévés des patients hospitalisés fournis à la DAD représentent 75 % de toutes les sorties des patients hospitalisés au Canada. Chaque abrévé figurant dans la base de données DAD saisit un ensemble de données cliniques, démographiques et administratives pour chaque patient. La base de données actuelle englobe des données de 1979-1980 à aujourd'hui.

La Base de données sur les congés des patients a été conçue initialement en 1963 pour recueillir des données sur les congés des patients en Ontario. Elle a été enrichie au fil du temps et présente des données quasi-nationales (sauf pour le Québec et certaines régions du Manitoba). Les renseignements issus de la Base de données sur les congés des patients servent à divers organismes et établissements pour planifier, évaluer, effectuer des recherches et financer les hôpitaux. Les hôpitaux ont également recours à ces données pour appuyer les décisions de gestion en matière d'utilisation propre à un établissement et la recherche administrative. Les gouvernements se servent des données à des fins de financement et de planification du système. Compte tenu de l'importance de ces renseignements, il faut faire preuve d'une attention particulière dans le cas de la qualité des données présentées à la DAD et de celles qui en découlent.

Qu'est-ce que la morbidité hospitalière?

Tout comme la DAD, la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) présente le nombre de patients hospitalisés qui sont sortis (congés ou décès) d'un hôpital en fonction du diagnostic principal (le plus important) de la morbidité (maladie).

La gestion et la responsabilité de la Base de données nationale sur la morbidité hospitalière relèvent de l'ICIS depuis 1995, lorsque plusieurs bases de données sur les services de santé ont été transférées de Statistique Canada. Les données relatives à la morbidité hospitalière sont téléchargées à partir de la Base de données sur les congés des patients pour les provinces participantes. Les fichiers de données pour les hôpitaux qui ne sont pas fournis à la DAD (le Québec et certaines régions du Manitoba) sont présentés annuellement à l'ICIS par les gouvernements visés et sont versés dans la Base de données nationale sur la morbidité hospitalière. Les données proviennent des hôpitaux généraux et spécialisés affiliés, y compris des établissements de soins de courte durée, des hôpitaux pour convalescents et malades chroniques (sauf en Ontario). Les données ne comprennent pas les soins aux patients externes dispensés par les hôpitaux ni les services offerts par les hôpitaux psychiatriques.

Cadre de la qualité des données de l'ICIS

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'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi un programme global et systématique sur la qualité des données qui englobe la mise en œuvre et la surveillance constante du cadre de la qualité des données de l'Institut ainsi que la tenue d'études spéciales sur des questions portant sur la qualité des données.

On a mis sur pied le cadre de la qualité des données (CQD) afin de présenter une approche commune et objective visant à évaluer la qualité des données de tous les registres et bases de données de l'ICIS. Il permet également de normaliser l'information sur la qualité des données pour les utilisateurs et de relever les enjeux prioritaires, d'où leur enrichissement constant. Le CQD s'inspire des lignes directrices ainsi que des méthodes de Statistique Canada, de la documentation sur la qualité de l'information, du mandat de l'ICIS ainsi que du principe d'amélioration continue de la qualité. La première version du cadre a été achevée en avril 2000 et appliquée au Système sur les malades chroniques en Ontario de l'ICIS.

Le cadre est structuré en tenant compte de cinq dimensions générales de la qualité : exactitude, opportunité, comparabilité, facilité d'utilisation et pertinence. Ces cinq dimensions reposent sur 24 caractéristiques qui s'appuient, quant à elles, sur 86 critères. La mise en œuvre du cadre fait partie d'un cycle de qualité plus vaste à partir duquel les problèmes sont relevés, traités, documentés et revus de façon régulière. L'évaluation de la base de données engendre une évaluation des critères « approprié », « marginal », « non acceptable » ou « inconnu » pour chaque dimension de la qualité.

Dimensions de la qualité des données

Exactitude — jusqu'à quel point l'information contenue dans une base de données reflète les données qui doivent être recueillies.

Opportunité — les données sont-elles mises à la disposition des utilisateurs dans un temps raisonnable.

Comparabilité — dans quelle mesure une base de données peut-elle être intégrée au système d'information sur la santé de l'ICIS.

Facilité d'utilisation — est-il facile d'utiliser les données de façon intelligente grâce au stockage et à la documentation.

Pertinence — renvoie dans une certaine mesure à toutes les dimensions ci-dessus, mais porte particulièrement sur la valeur et l'adaptabilité.

La mise en œuvre du cadre passe par le cycle de qualité :

- détermine la période d'évaluation, p. ex. l'année financière des données;
- détermine la date de disponibilité des données;
- évalue la qualité des données;
- documente les résultats;
- attribue les priorités;
- applique les améliorations;
- évalue de nouveau.

La figure 1 dresse un sommaire de la version 1 du cadre de la qualité des données.

L'ICIS assurera la mise à jour du cadre de la qualité des données en s'appuyant sur la première série de mises en œuvre et d'évaluations des banques de données de l'ICIS. Un plan sera élaboré pour articuler les limites des données et la qualité globale des données de chaque banque de données pour les utilisateurs externes. L'ICIS prévoit également partager avec les fournisseurs et les utilisateurs des données une version simplifiée du cadre mis à jour de la qualité des données.

Figure 1. Instrument d'évaluation du cadre de la qualité des données de l'ICIS, version 1 (CQD-ICIS, v1)

Dimension	Caractéristiques	Critères
I. Exactitude	i.1. Surdénombrement	1-6
	i.2. Sous-dénombrement	7-12
	i.3. Simple biais dans la réponse	13
	i.4. Fiabilité	14-15
	i.5. Biais dans la réponse corrélé	16
	i.6. Collecte et saisie	17-24
	i.7. Non-réponse de l'unité	25-26
	i.8. Non-réponse partielle	27-30
	i.9. Révision et imputation	31-37
	i.10. Traitement	38
	i.11. Estimation	39-41
II. Opportunité	ii.1. Opportunité	Diffusion réelle – Diffusion prévue 42-45
III. Comparabilité	iii.1. Globalité	46-49
	iii.2. Intégration	50-53
	iii.3. Normalisation	54-57
	iii.4. Équivalence	58-59
	iii.5. Capacité de couplage	60-64
	iii.6. Comparabilité des produits	65
	iii.7. Comparabilité antérieure	66-69
IV. Facilité d'utilisation	iv.1. Accessibilité	70-75
	iv.2. Documentation	77-78
	iv.3. Interprétation	79-81
V. Pertinence	v.1. Adaptabilité	82-84
	v.2. Valeur	85-86

1.0 EXACTITUDE

Exactitude — Jusqu'à quel point l'information contenue dans une base de données reflète les données qui doivent être recueillies.

1.1 CIM-10-CA/CCI

Les systèmes de classification en soins de santé présentent un mécanisme normalisé pour la saisie et la codification des diagnostics et des interventions. Voici les schèmes de classification de codification appuyés par l'ICIS :

- CIM-10-CA — Version canadienne enrichie de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. La CIM-10-CA remplace la classification antérieure CIM-9/ICD-9-CM.
- CCI — Classification canadienne des interventions en santé, élaborée pour accompagner la CIM-10-CA. La CCI remplace la classification antérieure CCA.
- CIF — Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (anciennement la CIH).

La version initiale des lignes directrices relatives à la codification au moyen de la CIM-10-CA et de la CCI a été diffusée en 2001. Ces lignes directrices sont revues, modifiées et enrichies annuellement par un comité pancanadien représentant les provinces et les territoires. Les lignes directrices de 2002, au nombre de 178, sont disponibles en format PDF sur le site Internet de l'ICIS et peuvent être téléchargées gratuitement. Ces lignes directrices visent à :

- assurer la qualité et l'uniformité des données à l'échelle nationale;
- diminuer la subjectivité dans le cas de la codification clinique;
- renforcer les règles de codification pour la CIM-10-CA;
- clarifier les améliorations apportées par le Canada à la CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé;
- enrichir les règles de codification pour la CCI;
- refléter fidèlement la complexité des cas;
- favoriser l'élaboration de groupeurs à venir;
- accroître la confiance des utilisateurs des données de l'ICIS.

1.2 Qu'est-ce que la CIM?

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes — dixième révision a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 1989. Il s'agit de la révision la plus récente de la classification internationale visant à classer les statistiques sur la mortalité et la morbidité.

On a admis récemment qu'une seule classification ne peut : 1) répondre aux besoins du nombre croissant des divers groupes professionnels de la santé; 2) combler les exigences d'évaluation uniforme des problèmes de santé dans le cadre du processus décisionnel en matière de prévention des maladies, de prestation de soins de santé et d'activités de recherche concernant des problèmes de santé particuliers. On a proposé plutôt l'élaboration d'une série de classifications. La Classification internationale des maladies en est le pivot.

Maintien et mise à jour constants

L'adaptabilité, la tenue et la mise à jour sont essentielles pour s'assurer que le système de classification est assez dynamique pour être utilisé dans notre monde en constante évolution. Contrairement aux révisions précédentes, la CIM-10 permet d'enrichir la classification afin d'accueillir de nouvelles maladies telles que le SIDA. L'OMS a établi un processus de mise à jour et de maintien constants qui permet aux États membres, dont le Canada, ainsi qu'aux organismes professionnels intéressés, de contribuer à son enrichissement. De plus, on prévoit partager des mises à jour à l'échelle internationale en ayant recours aux dernières technologies. Ce processus accroît la viabilité à long terme du système de classification. On ne prévoit pas à ce moment-ci procéder à une onzième révision de la CIM en raison de la mise sur pied de ce processus de maintien et de mise à jour.

1.3 Qu'est-ce que la CCI?

La Classification canadienne des interventions en santé (CCI) représente une classification multiaxiale des interventions liées à la santé, dont la mise au point et la tenue sont assurées par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle renferme une liste approfondie d'interventions diagnostiques, thérapeutiques et de soutien (> 17 000 codes) et comprend une liste tabulaire (liste des codes en ordre alphanumérique), un index alphabétique ainsi que des directives de codification/instructions d'enregistrement pertinentes.

Principales caractéristiques de la CCI

On a eu recours à plusieurs principes directeurs qui ont permis d'orienter l'élaboration de la nouvelle classification. Ces principes jettent les bases de certaines des principales caractéristiques de la CCI. Elles sont décrites ci-dessous.

Neutralité du dispensateur de service et du milieu de prestation du service

L'une des principales caractéristiques de la classification repose sur la neutralité du dispensateur de service et du milieu de prestation du service. La classification a été conçue de sorte que les modes d'exercice ne sont pas reflétés dans la structure de codes. Par conséquent, les mêmes codes devraient pouvoir s'appliquer : qu'un médecin, une infirmière ou un inhalothérapeute pratique l'intervention ou que l'intervention soit effectuée dans une salle d'opération, à l'urgence, dans une clinique ou dans un cabinet de médecin.

Structure multiaxiale et hiérarchique

La conception de la structure des codes a recours à une approche multiaxiale pour désigner, par exemple, le système organique/anatomie visé et l'intervention pratiquée, y compris l'approche et la technique ou l'instrument utilisé. La structure des codes est également conçue pour être hiérarchique afin de faciliter l'analyse des données en présentant des capacités ascendantes et descendantes à divers niveaux (p. ex. anatomie, intervention, qualificateur).

Globalité

La classification a une très grande portée afin de répondre aux besoins dans le continuum des services de santé. L'étendue globale des interventions tient compte de la large gamme de dispensateurs et des diverses applications excédant les classifications conventionnelles.

La classification présente les mentions NSA (non spécifiée ailleurs) et NCA (non classée ailleurs) (au besoin) pour veiller à ce que toutes les interventions puissent être classées à un endroit. La classification désigne clairement, grâce au recours à des termes d'inclusion et d'exclusion, quelles interventions, et leurs synonymes communs, se rapportent à chaque terme conceptuel.

Pertinence

La classification a été mise au point pour faire en sorte que le sens de chaque terme conceptuel est unique et important sur le plan clinique. Des interventions complexes et à multiples composantes sont désignées, le cas échéant, par un terme conceptuel qui indique les divers niveaux de complexité. De plus, certains spécialistes issus de divers milieux cliniques ont participé au processus de développement afin de s'assurer que la classification est pertinente sur le plan clinique.

Simplicité

Dans la mesure du possible, la logique de la conception des codes de classification a été mise en évidence pour les utilisateurs afin d'en accroître la compréhension et d'améliorer les pratiques de codification ainsi que la qualité des données. De plus, elle devrait faciliter la saisie des données au moyen d'interfaces contrôlées ou en langage naturel au titre du dossier de santé électronique. On a voulu assurer dans la mesure du possible la brièveté et la simplicité de chaque description de code tout en fournissant le maximum de précisions pouvant être appuyées par la documentation clinique afin de répondre aux besoins des utilisateurs.

Caractère dynamique et évolutif

On facilitera la mise à jour et le maintien constants de la classification en réservant des blocs de codes qui permettront de l'enrichir ou de la modifier.

Restrictions relatives à l'information rattachée à la procédure

Dans la plupart des cas, les variables diagnostiques (ou d'autres variables ne portant pas sur la procédure) ne sont pas comprises dans le code d'intervention. Ces renseignements seront recueillis ailleurs dans la partie diagnostique de l'abrégé.

Mise à jour et maintien constants de la CCI

La CCI sera révisée/mise à jour de façon constante pour tenir compte des changements dans la pratique et des percées technologiques dans le cadre des diverses interventions.

1.4 Base de données d'interrogation sur la codification de l'ICIS

Afin (a) d'enrichir les schèmes de codification et de classification appuyés par l'ICIS, (b) d'entretenir des liens avec les utilisateurs et (c) de documenter les pratiques de codification cohérentes dans un seul répertoire de données, l'ICIS a mis au point une base de données d'interrogation sur la codification. Le service d'interrogation en direct sur la codification de l'ICIS permet aux utilisateurs inscrits de trouver des réponses à leurs questions portant sur la codification relative à la CIM-10-CA/CCI. Ce service est offert à tous les clients qui ont acquis le CD-ROM sur la CIM-10-CA/CCI. Ce service vise en bout de ligne à améliorer la qualité des données par la création d'un seul répertoire qui permettra d'assurer une codification cohérente, d'où la présentation de données de qualité. Les réponses aux interrogations visent à :

- renforcer les règles et les directives de codification;
- poursuivre le processus de sensibilisation relatif à l'utilisation et à l'application du produit électronique;
- mieux faire comprendre la structure de codification de la CIM-10-CA et de la CCI chez le codificateur;
- tenir compte des pratiques actuelles de codification;
- signaler aux codificateurs les changements ou les enrichissements apportés aux pratiques de codification par des renvois aux nouveaux bulletins, aux nouvelles lignes directrices ou activités de recherche.

La tenue de la base de données d'interrogation sur la codification est assurée par le Service des normes de l'ICIS.

1.5 Manuel de saisie de l'information, DAD

Le Manuel de saisie de l'information, DAD, est l'outil offert aux clients, soit en format PDF ou HTML, pour les orienter dans le processus de saisie des données démographiques, administratives et cliniques. Ce manuel sert également aux chercheurs et aux fournisseurs de logiciels externes qui mettent au point des systèmes de saisie utilisés dans les hôpitaux. Il comporte deux sections : la section de base qui porte sur les exigences à l'échelle nationale et la section sur les différences entre les provinces concernant les exigences propres à chaque province/territoire. Selon leur exigence, les éléments de données sont obligatoires ou facultatifs. Pour chaque élément de donnée, on compte une description de l'élément accompagné des valeurs valides correspondantes, un exemple de la façon d'utiliser le champ visé et les corrections applicables au champ.

Le Manuel de saisie de l'information, DAD, repose sur le principe des groupes (19) et des champs (161). On a attribué à chaque élément de donnée un groupe et un numéro de champ pour en faciliter le renvoi. Bon nombre des éléments de données ne doivent être recueillis qu'une seule fois pour chaque abrégé. Toutefois, l'abrégé présente une certaine latitude dans des cas où il faut répéter un élément de données. Par exemple, l'abrégé de 2001-2002 peut accueillir des données sur 8 dispensateurs, 25 diagnostics, 20 interventions et 6 unités de soins spéciaux.

1.6 Manuel de spécifications relatives à la morbidité hospitalière

Le manuel de spécifications relatives à la morbidité hospitalière (1994-1995 et 1996-1997) a été élaboré comme source d'information concernant les étapes à suivre dans le traitement et la révision des données ayant servi à la préparation de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). Il présente également des définitions, des descriptions et des services d'interprétation — y compris des valeurs de codes — des éléments de données figurant dans la base de données. À ce titre, le corps du manuel reflète la situation de 1996-1997. Pour chaque année ultérieure, un addenda a été ajouté pour tenir compte des changements dans le traitement et la révision qui ont été apportés au cours de l'année visée.

Ce manuel compte sept sections et quatre annexes. La première section, la plus courte, présente la disposition de l'enregistrement du fichier plat qui est extrait de la base de données et acheminé à Statistique Canada tous les ans (3 pages). La deuxième section définit et décrit les éléments de données — y compris les valeurs des codes — qui sont inclus dans la base de données (24 pages). La section 3 présente un « tableau de décomposition du processus » qui brouille la séquence d'étapes des systèmes d'information dans la préparation de l'enregistrement des dossiers que l'on envoie à Statistique Canada (4 pages). La section 4 (57 pages) présente en détail les descriptions du processus qui ont été brouillées à la section 3. La section 5 présente un diagramme de cheminement des données (1 page). La section 6, « carte des données/spécifications sur les entrées-sorties » renferme une série de graphiques traçant chaque élément de données — sur le fichier qui est acheminé à Statistique Canada — qui renvoie à la DAD, à la « QDB », au fichier source du Québec, de l'Î.-P.-É. ou du Manitoba (26 pages). La section 7 présente les dispositions d'enregistrement des fichiers sources des provinces dont les ministères de la santé — en 1996-1997 — ont fourni directement les données à l'ICIS par rapport aux provinces qui ont présenté leurs données par l'entremise de la DAD (25 pages). L'annexe A renferme le nom de l'établissement, le numéro d'hôpital de la province et le numéro ICFMI de tous les hôpitaux compris dans la BDMH pour 1996-1997 et indique si ces hôpitaux ont fourni des données pour chaque exercice 1994-1995 et 1995-1996. L'annexe B présente les codes de services pour les patients du Québec. L'annexe C renferme des tableaux présentant le groupement des codes CIM-9 et CCA dans les catégories des listes des diagnostics au Canada et des listes des actes au Canada respectivement. L'annexe D présente des diagrammes de tableaux comprenant la base de données relationnelle de la BDMH.

1.7 Représentants des services de soutien de la DAD

Dans le cadre de l'appui à l'exactitude au moyen de pratiques d'assurance de la qualité visant une codification et une saisie uniformes, les représentants des Services de soutien de l'ICIS servent de liaison aux fournisseurs de données sur des questions touchant la base de données DAD. Le représentant des Services de soutien est chargé d'offrir un service de soutien direct au client en ce qui concerne les produits de la DAD, de collaborer à l'élaboration et à la présentation de programmes de formation, de visiter les sites des clients, d'offrir des services spécialisés pour assurer la qualité des données et de tisser des liens avec les conseillers des données des provinces et des territoires, les organismes de santé et les utilisateurs des données. On a attribué à chacun des quatre représentants des Services de soutien certains territoires et provinces afin de les appuyer et de leur offrir une expertise de façon efficace et efficiente. Ces représentants sont agréés par l'Association canadienne interprofessionnelle des dossiers de santé et comptent au moins cinq ans d'expérience dans le domaine des dossiers de santé.

1.8 Programme de formation de l'ICIS

Le programme de formation représente une fonction de base de l'ICIS. Pour assurer l'exactitude des données, les programmes de formation facilitent la compréhension de l'information sur la santé et des produits et services de l'ICIS. Ce programme offre à ses clients une série d'ateliers et de cours de formation à distance (p. ex. documents sur papier, formation électronique et activités de téléconférence) pour appuyer la mise en œuvre et la tenue des normes et des systèmes d'information à l'échelle nationale.

On donne également des séances misant sur l'interprétation, l'utilisation et l'application des données, des indicateurs et d'autres outils d'information. Grâce à ces initiatives, le programme de formation enrichit la qualité de présentation des données aux bases de données et aux registres nationaux et permet d'assurer de façon appropriée l'interprétation et l'application des données.

Dans le cas de la Base de données sur les congés des patients (DAD), le programme de formation permet de promouvoir et d'assurer l'intégrité de cette base de données de l'ICIS. Le programme de formation mise sur l'entrée de données (p. ex. codification), la base de données (p. ex. soumissions, erreurs et corrections) et la sortie de données (p. ex. rapport d'interprétation) et ces trois secteurs sont axés sur la qualité des données. Veuillez consulter le tableau suivant pour obtenir des précisions.

PROCESSUS D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ RELATIFS À LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS ET
À LA BASE DE DONNÉES SUR LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

Point de mire	Séance	Points saillants
Mise à jour annuelle	Quoi de neuf pour la DAD pour l'exercice XXXX	<ul style="list-style-type: none"> • Présente et passe en revue les révisions annuelles de la Base de données sur les congés des patients (DAD).
Qualité des données	Qualité de la codification : de l'entrée à l'impact	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilise sur les enjeux rattachés à la qualité de la codification et des données. • Discute des procédures de vérification et des programmes de qualité afin de permettre de s'assurer de l'exactitude et de l'uniformité dans les hôpitaux, les régions et à l'échelle nationale. • Mise sur le rôle élargi des données dans le processus décisionnel et l'incidence possible des programmes sur la qualité des données dans le cadre de ce processus.
Entrée et qualité des données	Initiation à la CIM-10-CA et à la CCI — (programme d'auto-apprentissage)	<ul style="list-style-type: none"> • Présente des concepts sur les normes de classification de l'ICIS — CIM-10-CA et CCI.
Entrée et qualité des données	Codification au moyen de la CIM-10-CA et de la CCI (atelier)	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise la codification correcte au moyen des nouvelles normes de classification : CIM-10-CA et CCI. • Encourage les pratiques normalisées de codification chez les clients de l'ICIS. • Promouvoit la présence d'une base de données exacte et uniforme dans les hôpitaux, les régions, les provinces et à l'échelle nationale.
Entrée et qualité des données	Perfectionnement sur la CIM-10-CA/CCI	<ul style="list-style-type: none"> • Renforce la compréhension des structures de codes, des concepts clés et des lignes directrices relativement à la CIM-10-CA et à la CCI. • Améliore le niveau d'aisance au moment de codifier en utilisant les nouvelles normes.
Entrée et qualité des données	Typage de diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise l'adoption de pratiques normalisées de typage de diagnostic afin d'assurer une base de données exacte et conforme dans les établissements, les provinces et au pays.

PROCESSUS D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ RELATIFS À LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS ET
À LA BASE DE DONNÉES SUR LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

Point de mire	Séance	Points saillants
Base de données et qualité des données	Saisie de l'information, DAD	<ul style="list-style-type: none"> • Présente les détails des (nouvelles) lignes directrices de saisie pour la DAD et le Système national d'information sur les soins ambulatoires. • Met en évidence les changements relatifs à la saisie pour la DAD et le Système national d'information sur les soins ambulatoires. • Passe en revue le processus de mise à l'essai, la soumission de données et le processus de correction ainsi que les prochaines exigences d'établissement des rapports.
Base de données et qualité des données	Erreurs et corrections	<ul style="list-style-type: none"> • Présente et passe en revue le système de correction des données de l'ICIS. • Assure l'intégrité de la base de données de l'ICIS.
Sortie et application	Interprétation de rapports I et II	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoit une interprétation et une application normalisées des renseignements à partir des rapports mensuels/trimestriels. • Enrichit les connaissances globales des rapports sur la durée prévue du séjour, des rapports du programme de comparaison de l'activité des hôpitaux (CHAP) 1, 2, 3 et RIW
Sortie et application	Méthodologies de groupement des patients hospitalisés : GMA, DPG ^{MC} et Plx	<ul style="list-style-type: none"> • Jette un regard approfondi sur les méthodologies du groupe de maladies analogues (GMA) et du groupe d'intervention ambulatoire ou DPG . • Donne un aperçu de l'attribution du niveau de complexité ou Plx.
Sortie et application	Durée prévue du séjour et pondération de la consommation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Mise sur la méthodologie, les formules et l'application de la pondération de la consommation des ressources et de la durée prévue du séjour.

Le tableau précédent dresse la liste des programmes de formation portant sur la base de données DAD qui ont été offerts par l'ICIS au cours des quatre dernières années. Lors des deux dernières années, la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI a suscité le principal intérêt et il n'était pas approprié de planifier toutes ces séances. À mesure que l'on établit la CIM-10-CA/CCI, l'ICIS présentera encore la plupart de ces séances pour encourager les bonnes pratiques de codification et souligner l'importance de la qualité des données.

La formation jette un pont entre les produits de l'ICIS et l'application réussie du contenu de ces produits. Grâce aux initiatives en matière de formation, l'ICIS est en mesure de collaborer avec les utilisateurs (p. ex. le personnel chargé des dossiers de santé) afin de saisir les données de façon exacte et acceptable et d'offrir une occasion d'appuyer l'interprétation et l'application correctes des données cliniques/administratives (c.-à-d. pour ne pas formuler d'hypothèses ou de conclusions erronées). Ces deux initiatives contribuent à assurer la qualité des données et l'application appropriée des diverses banques de données de l'ICIS et, en particulier, de la Base de données sur les congés des patients (DAD).

1.9 Logiciel de saisie et rôle des développeurs de logiciels externes (fournisseurs)

Afin de normaliser et d'assurer la collecte de données exactes, les fournisseurs de données de l'ICIS embauchent des fournisseurs de logiciels externes afin d'installer l'infrastructure logicielle nécessaire et de permettre la soumission et l'analyse des données. Un logiciel de collecte des données ou de saisie est généralement mis au point par des compagnies externes ou par le personnel des systèmes informatiques de chaque hôpital. À l'ICIS, les compagnies externes sont communément désignées comme les « fournisseurs » ou les « DVA » (détaillants à valeur ajoutée). Le logiciel de saisie est conçu conformément aux spécifications, aux normes de soumission électronique des données de l'ICIS et à la documentation des utilisateurs des banques de données (c.-à-d. le manuel de saisie de l'information [utilisateur], DAD). Les fournisseurs de données (p. ex. les hôpitaux) choisissent et acquièrent par contrat des systèmes des fournisseurs qui répondent le mieux à leurs besoins en information et en présentation de rapports internes. Le logiciel de saisie est soit « autonome », soit relié par interface avec les systèmes des hôpitaux tels que le système d'admission/de congé/de transfert du patient. Là où le système de saisie fait l'objet d'interface, bon nombre des éléments des données démographiques sont téléchargés au logiciel.

Depuis l'exercice financier 2002-2003, on a donné aux fournisseurs les spécifications de révision approfondies qui concordent avec le système de production de l'ICIS dans le cas de la DAD. Auparavant, les fournisseurs préparaient leurs révisions en utilisant les règles d'extraction du Manuel de saisie de l'information, DAD, et les descriptions des messages d'erreurs. Depuis l'exercice financier 2002-2003 relatif à la base de données DAD (accompagnant la CIM-10-CA/CCI), l'ICIS s'attend à ce que les systèmes de saisie des fournisseurs incorporent toutes les révisions de l'ICIS, d'où l'amélioration de la qualité des données. Si le logiciel du fournisseur est mis au point de façon appropriée, il devrait réviser chaque élément de données au moment où les données sont entrées par le codificateur et une révision des relations entre les champs devrait avoir lieu à un certain moment donné avant d'acheminer l'abrégié à l'ICIS. À titre d'exemple d'une révision d'un seul élément de données, mentionnons la date de sortie où elle doit être présentée de la façon valide suivante : AAAAMMJJ. À titre d'exemple, la révision entre les champs sur la date de sortie permet de vérifier si la date de sortie tombe pendant la période de soumission, qu'elle se produit après la date d'admission, etc. Le recours à ce logiciel permet la révision des

données « à la source » et la correction avant leur soumission à l'ICIS qui en assure une autre révision dans un « mode de traitement par lots ».

Les fournisseurs devraient présenter des fichiers tests à l'ICIS avant d'installer leur système chez un client ou du moins avant que leurs clients fournissent un « essai en milieu hospitalier » ou que leurs clients soumettent des données « en direct ». Il devrait y avoir suffisamment de dossiers à l'essai sur ce fichier pour permettre au fournisseur de se faire une bonne idée (on présume au moins 250 dossiers). Ce processus permet de mettre à l'essai le dossier de contrôle, la disposition du fichier, la taille du fichier ainsi que d'assurer un essai de mise en forme intégrale du fichier. Des commentaires (p. ex. rapport d'erreur/par défaut/de refus) sont présentés aux fournisseurs énonçant des secteurs suscitant des problèmes et là où des changements doivent être apportés. Pour la plupart des systèmes (sauf pour la DAD), l'ICIS s'attend à recevoir des données épurées seulement et, par conséquent, si le système du fournisseur renferme toutes les révisions appropriées, alors aucun rapport d'erreurs ne sera présenté (seulement un rapport de soumission). Le personnel de l'ICIS analyse les rapports et appuie le fournisseur par le processus de développement du système. Les fournisseurs devraient corriger tous leurs problèmes avant de fournir un deuxième essai ou un essai ultérieur. De plus, ils devraient mettre à l'essai les divers types d'enregistrements (p. ex. les abrégés originaux, les corrections, les ajouts et les suppressions) dans le cadre de la soumission de mise à l'essai. Dans le cas de la DAD, les fournisseurs devraient fournir des documents avec un taux d'absence d'erreur de 90 % afin que l'ICIS puisse juger que l'essai est couronné de succès. L'ICIS ne présente pas d'attestation aux fournisseurs, mais il affichera les résultats des essais des fournisseurs lorsqu'ils sont jugés comme étant réussis conformément aux critères préétablis.

Relation de l'ICIS avec le fournisseur

Le fournisseur de données établit un contrat pour des produits et services avec le fournisseur de son choix. L'ICIS établit les normes et reçoit les données des fournisseurs de données. L'ICIS offre un appui aux fournisseurs pour assurer l'interprétation des normes, la soumission électronique des données et les spécifications relatives à la révision. L'ICIS assure une liaison constante avec les fournisseurs visant à offrir des mises à jour financières sur les spécifications, à relever les enjeux et à fournir des commentaires portant sur la transmission des données des clients.

1.10 Bulletins

Les bulletins dressent un bilan périodique qui s'adresse aux organismes qui recueillent des données, aux ministères de la santé et aux fournisseurs. Les bulletins visent en règle générale un sujet en particulier et des banques de données précises. Ce moyen de communication sert à présenter des enjeux, des mises à jour et des renseignements d'ordre général sur la qualité des données. Ils sont distribués par la poste courante et figurent sur le site Web de l'ICIS. Les groupes de clients pour la distribution sont désignés à la fin de chaque Bulletin. Les auteurs et le numéro du Bulletin figurent sous l'adresse de l'ICIS dans le coin supérieur gauche du Bulletin.

1.11 Vérifications du système de production de l'ICIS

Les vérifications du système de production de l'ICIS sont élaborées afin de s'assurer de la validité et de l'intégrité des données fournies à des banques de données. Dans la DAD, on envisage les erreurs comme étant récurrentes ou intermittentes. Les erreurs récurrentes représentent celles qui sont désignées dans les champs obligatoires, ce qui signifie que les espaces vides ne sont pas autorisés et les valeurs normalisées doivent être codifiées. Les erreurs intermittentes ou les messages d'avertissement s'appliquent aux champs où l'entrée de données est facultative et où les champs peuvent être définis par l'utilisateur. On compte environ 700 vérifications dans le système de production de la DAD. La DAD accepte des données erronées et des valeurs normalisées sont ajoutées par défaut dans le champ lorsque les données sont désignées comme étant incorrectes. Cette valeur normalisée par défaut correspond à Z.

Voici les types de vérifications pour le système de production :

- a) vérification de chaque champ (élément de données)
 - obligatoire ou facultatif
 - validité des valeurs utilisées de façon appropriée (valeurs précises, étendue des valeurs)
 - disposition (p. ex. champs justification, numérique, alphabétique ou alphanumérique)
- b) vérifications interzones (entre 2 ou plusieurs éléments de données)
- c) variations provinciales/territoriales utilisées correctement
- d) abrégé par rapport au fichier de l'établissement
- e) contrôle et mise à l'essai de l'intégrité du lot
- f) révisions de la méthodologie après groupement

L'ICIS a mis au point une disposition normalisée pour les types de vérifications énumérés en a), b) et c) mentionnés précédemment. On les retrouve dans un manuel en Excel de Microsoft qui présente les vérifications de base (celles qui s'appliquent à tous les territoires et provinces) et les vérifications provinciales/territoriales présentées dans des chiffres séparés de ce manuel. La mise à jour de ce manuel est assurée à tous les exercices financiers.

Des améliorations ou des vérifications peuvent être apportées au cours d'un exercice financier donné (veuillez consulter la section *Change Management Policy & Procedures* figurant dans ce document).

1.12 Corrections soumises à la base de données DAD

Avant d'accepter l'information sur l'abrégé pour la déclarer et la stocker, on en assure la validité et l'uniformité par rapport aux 700 vérifications définies par l'ICIS. Le programme de vérification vise à désigner les données erronées et à se protéger contre l'impression de rapports présentant des données erronées et le stockage de données erronées dans le fichier de données maître.

Afin de faciliter le processus de correction, un message d'erreur apparaît sur le rapport par défaut pour chaque élément de données erroné. Les messages d'erreur se divisent par type d'erreurs : celles qui doivent être corrigées et celles qui servent d'avertissement. Lorsqu'un élément de données est absent ou invalide, mais qu'il faut l'enregistrer, l'élément de données est remplacé par la valeur « Z », indiquant qu'il faut corriger cet élément de données. La vérification des erreurs d'avertissement nécessite que l'extracteur/codificateur vérifie l'exactitude de l'information présentée. Chaque message d'erreur est présenté en trois volets : désignation des erreurs, description des erreurs et données telles qu'elles ont été présentées. Tous les messages d'erreur sont précédés par les identificateurs suivants : numéro du groupe, numéro du champ, numéro d'occurrence (le cas échéant) et le numéro de code de vérification (numéro désignant le message d'erreur particulier). Le groupe ainsi que le champ désignent l'élément de données à corriger et le code de vérification explique la cause et la mesure à prendre pour rectifier l'erreur.

La méthode d'abrégé de correction est conçue pour permettre au logiciel de l'hôpital de créer un abrégé de correction grâce à l'accès direct à la base de données de l'hôpital après qu'un changement ait été apporté à la base de données. Des spécifications approfondies décrivant ce processus figurent dans les spécifications du système logiciel de l'ICIS qui sont fournies aux fournisseurs chargés de la saisie.

Des erreurs relevées par le système de vérification et consignées sur le rapport par défaut ou d'autres changements demandés par le client peuvent survenir en tout temps après réception des rapports mensuels initiaux mais avant la préparation des rapports annuels et la clôture de l'exercice financier pour la DAD. Au cours d'un exercice financier, les clients peuvent également présenter d'autres abrégés s'ils étaient manquants au moment de la présentation de l'information pour une période donnée ou supprimer les abrégés en double lorsque cette observation est faite dans une analyse ultérieure.

1.13 Corrections appliquées à la DAD

Le programme de vérification traite les données à mesure que l'ICIS reçoit les abrégés. Toutes les erreurs relevées dans les rapports de saisie sont signalées en même temps pour la même période. Après chaque processus de vérification, le système s'assure que les valeurs ajoutées, dont le Groupe de maladies analogues (GMA) ou le Groupe de chirurgie d'un jour, le Niveau de complexité ou Plx^{MC} , la Durée prévue du séjour (DPS) et la Pondération de la consommation des ressources ou RIW^{MC} , sont recalculées lorsque des corrections ont été apportées aux codes de diagnostics et/ou d'interventions. Les étapes concernant les corrections et la vérification se répéteront jusqu'à ce que le client (c.-à-d. l'hôpital) réussisse à corriger les abrégés ou jusqu'à la clôture de la base de données pour respecter l'échéancier de fin d'année.

1.14 Assurance de la qualité dans la Base de données nationale sur la morbidité hospitalière (BDMH)

Le Manitoba et le Québec sont les seules provinces dont les ministères de la Santé fournissent directement leurs données à la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) plutôt qu'à la Base de données sur les congés des patients (DAD). À compter du 1^{er} avril 2003, on prévoit que le Québec sera la seule province à continuer d'y recourir.

Le processus d'acquisition des données du Manitoba et du Québec commence par une lettre communément appelée à l'interne « Appel de données ». Après l'envoi de la demande officielle de données à chaque ministère de la Santé des provinces, habituellement en septembre, on reçoit les données du Manitoba à la fin d'octobre/novembre et celles du Québec à la fin de décembre/janvier de cette année. Les mêmes éléments de données de la DAD servant à enrichir la BDMH sont alors extraits du ruban ou du CD que les ministères provinciaux ont acheminé à l'ICIS et mis en ligne pour en assurer la vérification et l'analyse à l'ICIS. D'après l'expérience précédente, nous sommes plus susceptibles de détecter des erreurs pour ces deux provinces rattachées à la Base de données sur la morbidité, compte tenu que leurs présentations n'ont pas été révisées d'après les spécifications de la base de données DAD de l'ICIS. Les fichiers sources sont vérifiés pour ces deux provinces en tenant compte du nombre d'enregistrements et de toute anomalie évidente qui pourrait se présenter. Dans le même ordre d'idées, le fichier de la DAD pour les autres provinces est vérifié de façon simultanée par rapport aux renseignements sur les tendances (p. ex. grands changements apportés dans les catégories de maladies). Les données sont alors téléchargées directement dans une série de tableaux simulés pour en assurer le traitement. Les nombres dans les tableaux simulés sont vérifiés par rapport aux nombres obtenus des fichiers sources. Si les nombres sont les mêmes, on présume que le transfert des éléments de données/enregistrements a été couronné de succès. Les codes des diagnostics et des interventions sont validés à ce stade et des numéros séquentiels leur sont attribués conformément aux règles de vérification. On procède à plusieurs autres vérifications, dont l'abandon des enregistrements dont la date de sortie ne concorde pas avec l'exercice financier, les codes de types d'hôpitaux sont falsifiés, etc. On ajoute également plusieurs autres variables dérivées. Dès que cela a été fait, on prépare l'ensemble « final » de tableaux. On vérifie à nouveau le nombre d'enregistrements dans les « tableaux simulés » par rapport aux tableaux « finals ». À partir de l'ensemble « final » des tableaux, un fichier plat est préparé et acheminé à Statistique Canada.

Dès réception, Statistique Canada amorce la vérification de la qualité des données. Voilà le début d'un processus itératif entre l'ICIS et Statistique Canada visant à discuter des anomalies et/ou des tendances douteuses qui peuvent nécessiter un suivi approfondi directement avec les sources de données (soit les ministères). Statistique Canada vérifie les fichiers de données et les questions sont dirigées vers l'ICIS et des mesures appropriées sont prises, de l'imputation au retraitement d'un fichier selon la gravité ou l'incidence d'un résultat. Tous les résultats sont également corrigés sur les fichiers internes de l'ICIS. Les fichiers internes sont alors téléchargés dans les plateformes d'interrogation et d'analyse de l'ICIS pour l'établissement des rapports et l'analyse.

1.15 Nouvelle saisie : Études spéciales concernant la qualité des données

Compte tenu de la taille, de la couverture et de l'importance de la Base de données sur les congés des patients (DAD), l'ICIS mène une étude spéciale afin d'évaluer l'exactitude des données y figurant. L'étude sur la qualité des données de la DAD représente la première étude nationale qui a recours à une méthodologie d'échantillonnage statistique en vue de mesurer avec fiabilité l'exactitude de la codification de certaines données administratives non médicales et cliniques figurant dans cette base de données.

L'étude permet d'évaluer la qualité des données de la DAD en se reportant aux sources d'information initiales (c.-à-d. les dossiers des patients) et en comparant ces renseignements aux données existantes dans la base de données de l'ICIS. L'étude passera en revue deux années de données pour la CIM-9/ICD-9-CM/CCA et une année de données pour la CIM-10-CA/CCI. La collecte des données pour la première année de l'étude a été menée à l'automne 2000 (données pour l'exercice financier 1999-2000) et pour la deuxième année (données pour l'exercice financier 2000-2001), l'étude a été menée à l'automne 2001. En raison de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI qui est décalée dans les provinces, la troisième année de l'étude est prévue pour l'exercice financier 2003-2004. À ce moment-là, les données feront l'objet d'une autre saisie pour l'exercice financier 2001-2002.

L'étude sur la qualité des données de la DAD vise à évaluer l'exactitude de certaines données à l'échelle nationale qui figurent dans cette base de données. Voici les objectifs précis de cette étude :

1. évaluer et mesurer l'exactitude globale de la DAD;
2. évaluer et mesurer l'incidence des données recueillies à partir de dossiers incomplets;
3. évaluer et mesurer la qualité de la codification des diagnostics et des interventions propres à certains indicateurs de santé représentés dans le cadre des indicateurs de santé de l'ICIS;
4. désigner et mesurer la fréquence à laquelle les diagnostics et les interventions ne sont pas codifiés conformément aux lignes directrices de l'ICIS et relever là où d'autres lignes directrices en matière de codification peuvent être nécessaires;
5. évaluer si certaines des évaluations mentionnées précédemment ont des incidences sur l'attribution du groupe de maladies analogues et de la durée prévue du séjour (DPS);
6. faciliter l'évaluation du changement par rapport aux nouvelles normes CIM-10-CA/CCI en matière de diagnostic et d'intervention.

Les indicateurs de santé à évaluer ont été relevés lors des deux premières années de l'étude par des consultations avec le personnel du Service des Rapports sur la santé et de l'analyse de l'ICIS. Pour la première année, l'étude a porté sur les indicateurs de santé suivants choisis à partir du cadre des indicateurs de santé de l'ICIS :

- Conditions propices aux soins ambulatoires
- Césariennes
- Pontage aortocoronarien

- Hospitalisation à la suite d'une pneumonie et de la grippe
- Hospitalisation à la suite d'une blessure
- Arthroplastie totale de la hanche
- Accouchement vaginal après césarienne

Pendant la première année de l'étude, on a augmenté la taille de l'échantillon pour permettre l'évaluation des indicateurs suivants qui ont été mis au point et définis par le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) de Santé Canada :

- Anomalies congénitales rares
- Troubles maternels rares
- Troubles rares chez les nouveau-nés
- Syndrome de détresse respiratoire
- Lacération périnéale au troisième degré
- Autres troubles non rares chez la mère et le nouveau-né

Outre les indicateurs de l'ICIS et du SCSP, on a également choisi de façon aléatoire un échantillon de dossiers qui ne contenaient aucun de ces indicateurs. On a procédé à cette activité afin de dresser un estimé du type d'anomalies faussement négatif. Pour faciliter la consultation, cet échantillon est défini comme étant « Attribué à aucune des conditions précédentes ».

Les indicateurs de santé suivants ont fait l'objet d'échantillonnage pour la deuxième année de l'étude :

- Hystérectomie
- Fracture de la hanche
- Arthroplastie totale du genou
- Infarctus du myocarde

Méthodologie de l'échantillonnage

On a eu recours pour l'étude à une approche d'échantillonnage à plusieurs phases afin de désigner quels dossiers seraient extraits de nouveau. La première phase de l'échantillonnage a permis de choisir au hasard des établissements au Canada¹ stratifiés par milieu géographique et taille.

Le deuxième stade d'échantillonnage a permis de choisir au hasard des dossiers provenant de tous les établissements. On a attribué un indicateur de santé dans la mesure du possible à tous les abrégés pour l'exercice financier 1999-2000 et 2000-2001 de la DAD (se reporter aux objectifs de l'étude). Dans les cas où l'abrége pouvait être attribué à plus d'un indicateur, à des fins de sélection seulement, on a accordé la priorité aux conditions dont le taux de prévalence était inférieur. Au cours de l'analyse des données, on a passé en revue d'autres diagnostics et interventions dans l'abrége.

¹ La population visée dans le cadre de l'étude est issue d'établissements de soins de courte durée des provinces qui présentent des données à la DAD. Les établissements du Québec et certains au Manitoba ne fournissent pas de données à cette base de données. Les établissements du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut n'ont pas été inclus dans la population à l'étude pour des raisons de coût.

Dix-huit établissements ont participé à la première année de l'étude, permettant une nouvelle saisie de 2 737 dossiers. Onze établissements ont participé à la deuxième année de l'étude, d'où la nouvelle saisie de 1 555 dossiers.

Afin d'optimiser le plan d'échantillonnage, on a présumé qu'à l'échelle nationale le pourcentage de dossiers renfermant une anomalie pour chaque indicateur s'élevait à 15 %. La fiabilité requise pour l'échantillon correspondait à un coefficient de variation (C.V.) de 16,5 % (soit un écart-type de 2,5 %). À l'aide de cette hypothèse et de l'exigence en matière de fiabilité, un nombre minimal d'échantillons a alors été déterminé pour chaque indicateur. Ce nombre a été accru de 10 % pour tenir compte de l'absence de réponse dans les dossiers et d'un autre 10 % pour des situations possibles de productivité meilleure que prévue par les personnes chargées de la nouvelle saisie de l'information. On a comptabilisé 150 dossiers choisis de façon aléatoire pour chaque établissement participant. Toutefois, le nombre de dossiers choisis pour chaque indicateur variait entre les établissements participants et le nombre minimal global des dossiers pour cet indicateur pour l'ensemble des établissements a été atteint dans la mesure du possible. Veuillez noter que chaque dossier extrait est susceptible d'être choisi de façon inégale dans le cadre de ce plan.

Collecte des données de l'étude

Les spécialistes de la classification de l'ICIS² ont extrait de nouveau les données pour l'étude en se reportant à la source initiale des données sur place à chaque établissement pour une semaine. Tous les renseignements initiaux provenant de la DAD ont été téléchargés à une application sur ordinateur portable précédant immédiatement la semaine de collecte des données. L'application assistée par ordinateur a été conçue et élaborée par l'ICIS afin de faciliter la collecte des données de l'étude. L'application comportait l'utilisation de listes déroulantes de codes d'anomalies et des raisons de l'anomalie ainsi que d'une zone de commentaires permettant l'entrée de renseignements supplémentaires concernant l'anomalie. D'autre matériel de référence qui serait ordinairement disponible a été téléchargé sur l'ordinateur portable. Les spécialistes de la classification ont entré toutes les données extraites à nouveau, les données sur les anomalies et les raisons s'y rattachant directement dans l'application.

Prochaines étapes

Les résultats combinés des deux premières années de l'étude sur la qualité des données de la DAD seront publiés dans un rapport présenté à l'automne 2002. On s'affaire actuellement à effectuer une analyse des données extraites à nouveau pour la deuxième année de l'étude. Les résultats préliminaires de la première année de l'étude sont disponibles sur le site Web de l'ICIS dans le document intitulé *Discharge Abstract Database Data Quality Study—Preliminary Year 1 Findings*. La troisième année de l'étude sur la qualité des données de la DAD sera effectuée au cours de l'exercice financier 2003-2004. Un rapport national sera préparé environ un an après la nouvelle saisie réelle des dossiers.

² 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 en milieu hospitalier; ont des connaissances spécialisées de la terminologie médicale ainsi que des normes de classification des diagnostics et des actes médicaux.

1.16 Étude spéciale sur les Groupes de maladies analogues (GMA)/Niveau de complexité ou Plx

Le projet de restructuration du groupeur correspond à un autre projet qui s'inscrit dans l'Initiative du Carnet de route. Grâce à la mise en œuvre actuelle des nouvelles normes de classification : la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada — Vérification canadienne (CIM-10-CA) et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI), l'ICIS assurera la restructuration du Groupe de maladies analogues (GMA)/Niveau de complexité ou Plx. En vue de cette restructuration, l'ICIS passera en revue le volet de complexité du groupeur, y compris les listes de classement. Cet examen comportera notamment une nouvelle saisie des dossiers réels.

Portée

La portée de ce projet englobe une nouvelle saisie des dossiers médicaux provenant des établissements de soins de courte durée à l'échelle du Canada. Ces renseignements feront alors l'objet de comparaison avec les données existantes dans la DAD. La population visée par l'étude comprend les établissements de soins de courte durée des provinces³ qui versent des renseignements dans la DAD.

L'étude sur la qualité des données portant sur les Groupes de maladies analogues (GMA)/Niveau de complexité ou Plx vise à évaluer la qualité des données de certaines données cliniques et administratives à des fins statistiques issues de la DAD de l'ICIS. Cette étude permettra d'évaluer la qualité des données de la DAD en se reportant aux sources d'information initiales et en comparant ces renseignements avec les données existantes dans la base de données de l'ICIS. Bien qu'un rapport au niveau de l'établissement présentant des résultats d'ordre général soit présenté à chaque établissement, il faut souligner que l'étude ne représente pas une vérification de la codification d'une institution. Les données recueillies servent principalement à contribuer à l'évaluation de la qualité des données de la base de données DAD à l'échelle nationale.

L'étude vise à :

- évaluer et mesurer la qualité globale des données pour les variables du groupeur GMA de la DAD;
- évaluer et mesurer la qualité de codification des diagnostics et des interventions propres à l'attribution GMA/Plx;
- faciliter l'élaboration du groupeur GMA pour la CIM-10-CA/CCI;
- faciliter l'élaboration constante des lignes directrices en matière de codification pour les nouvelles normes de classification (CIM-10-CA et CCI).

³ Un établissement de soins de courte durée est défini par le repère du type d'établissement figurant dans la DAD. Ne sont pas inclus les centres de réadaptation, de soins chroniques, les foyers d'accueil, les centres psychiatriques, de soins à domicile, les chirurgies d'un jour ni les soins d'urgence dont les données sont présentées à la DAD.

Approche relative à l'étude

Les dossiers des patients ont été saisis de nouveau et comparés à l'information contenue dans la base de données de l'ICIS. L'étude était axée sur une approche d'échantillonnage échelonnée. Les données ont été recueillies à chaque établissement participant au cours du printemps et de l'été 2002. La première phase d'échantillonnage a permis de choisir de façon aléatoire les 15 établissements. La deuxième étape d'échantillonnage a permis de sélectionner par hasard des dossiers provenant des établissements choisis. Les dossiers provenant de la base de données ont été choisis à l'avance de façon aléatoire afin de miser sur des niveaux de complexité sélectionnés (se reporter aux buts et objectifs). Au moins 55 dossiers ont été saisis de nouveau pour chaque établissement.

On a visité tous les établissements échantillonnés pendant une semaine. Un spécialiste de la classification de l'ICIS a assuré une nouvelle saisie au moyen d'une application effectuée sur un ordinateur portable fourni par l'ICIS. Pour chaque élément de données qui a fait l'objet d'une nouvelle saisie :

- tous les renseignements cliniques subjectifs tels que les diagnostics et les interventions ont été saisis de nouveau à l'aveugle, c.-à-d. sans observer les données saisies initialement;
- l'information non médicale choisie, dont l'établissement, n'a pas été saisie de nouveau, mais elle a été comparée aux données saisies initialement et a été marquée comme concordante ou divergente. Si une anomalie a été signalée, les données non médicales ont été saisies de nouveau.

Pour chaque anomalie relevée, relative aux données médicales et non médicales, l'auteur de la nouvelle saisie a désigné le type d'anomalie et une raison possible. On n'a effectué aucun processus de rapprochement avec l'auteur initial de la saisie à l'hôpital et l'identité de l'auteur initial n'a pas été relevée pour cette étude.

Prochaines étapes

On prévoit analyser l'étude sur la qualité des données du groupeur GMA/Plx à la fin de l'été ou au début de l'automne. Un rapport national devrait être publié à l'automne 2002.

2.0 OPPORTUNITÉ

Opportunité — les données sont-elles mises à la disposition des utilisateurs dans un temps raisonnable.

On effectue souvent des études spéciales sur la Base de données sur les congés des patients ou la Base de données sur la morbidité hospitalière. Dans la plupart des cas, on a recours à ces deux bases de données qui servent de sources d'information pour des études d'analyse ou de recherche clinique. Il arrive aussi toutefois que certaines études visent précisément à enrichir la qualité des données, l'assurance de la qualité ou à améliorer l'opportunité des bases de données DAD et BDMH. À l'été 2000, l'ICIS a publié un rapport qui présentait une enquête nationale sur les facteurs jouant un rôle dans la présentation au moment opportun des données de la Base de données sur les congés des patients. Le résumé de ce rapport figure ci-dessous et on peut obtenir la version anglaise complète à www.icis.ca

Amélioration de l'opportunité de la Base de données sur les congés des patients (2000)

« *On ne peut gérer ce que l'on ne peut mesurer* » [Trad.], voici certains des propos qui s'inscrivent dans la déclaration d'ouverture du président du Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Michael Decter, lors du lancement du Rapport annuel sur la santé de l'ICIS, 2000. Ces propos servent de principe directeur pour l'ICIS dans le maintien des bases de données sur l'information sur la santé au Canada. Cet énoncé sous-entend que l'accès à l'information au moment opportun est essentiel pour assurer une gestion efficace de nos systèmes de santé. À la fin de l'automne de 1998, le Conseil de l'ICIS a noté l'importance de présenter des données actuelles, en particulier pour les données de la Base de données sur les congés des patients (DAD). Une analyse préliminaire du parcours de gestion des données relève des secteurs susceptibles à l'amélioration dans les processus rattachés à la présentation des données, à la compilation, à la correction, à l'analyse, aux rapports et à la diffusion de l'information. Parmi ces secteurs, mentionnons la diminution des délais de présentation et l'amélioration de l'efficacité d'examen du processus de correction des données qui permettraient le plus d'accroître l'opportunité des données de la base de données DAD (veuillez consulter le cheminement de l'information pour la base de données DAD à la page 26).

En 1999, on a préparé un sondage national qui a été distribué aux établissements de soins de courte durée de certaines provinces canadiennes afin de connaître la rapidité de présentation des données des hôpitaux à la Base de données sur les congés des patients. Ce sondage visait à examiner les processus de collecte et de présentation des données dans les hôpitaux afin de déterminer quels étaient les écarts de pratiques dans le processus sous-jacent concernant la collecte et la présentation des données de la DAD, dont la documentation et la codification requises pour remplir l'abrégé de la DAD. Les objectifs du sondage sur l'opportunité consistaient à désigner les pratiques exemplaires dans la soumission des données au moment opportun et, à la lumière des résultats, à amorcer un processus de changement à l'échelle nationale pour la présentation des données et l'établissement de rapports des événements concernant les services offerts aux patients hospitalisés. Le rapport qui en découle figure à l'adresse suivante : www.icis.ca et décrit le

but, les objectifs, la méthodologie, les résultats et un processus assorti de recommandations pour accroître la disponibilité au moment opportun des données sur les patients hospitalisés.

Ce projet a vu le jour avec comme objectif d'améliorer la rapidité de collecte et de soumission des données versées à la DAD. Les conclusions du rapport suggèrent plusieurs orientations stratégiques possibles. Fait encourageant à noter : bon nombre des résultats ne représentent pas des obstacles insurmontables. La plupart des problèmes peuvent être réglés en apportant des changements à l'échelon local et ce processus pourrait être facilité par l'élaboration de politiques touchant les hôpitaux ou les provinces visant à les contraindre à présenter des données.

Les membres du comité directeur des provinces et territoires de l'ICIS chargé de la Base de données sur les congés des patients (DAD)/la morbidité hospitalière se sont réunis au printemps de 2001 et ont convenu d'explorer les recommandations suivantes.

1. Encourager les provinces et territoires à établir des politiques exigeant que les fournisseurs présentent les données et soumettent les corrections nécessaires à l'ICIS dans un délai de 31 jours suivant la fin de la période.
2. Encourager les provinces et territoires à établir des incitatifs financiers/amendes concernant la présentation de données dans les délais prescrits.
3. Que l'ICIS révisé le délai de présentation des données pour les rapports comparatifs (soit les rapports du programme de comparaison de l'activité des hôpitaux) passant de 85 jours à 30 jours à la fin des trois premiers trimestres et que le 4^e trimestre reste le même et distribue les rapports 25 jours (au lieu de 37) après l'échéancier.
4. L'ICIS devrait étudier la faisabilité et l'opportunité de revoir sa structure de prix pour les abonnés d'un plan de base et secondaire afin d'inclure des incitatifs financiers dans les cas de présentation rapide des données.

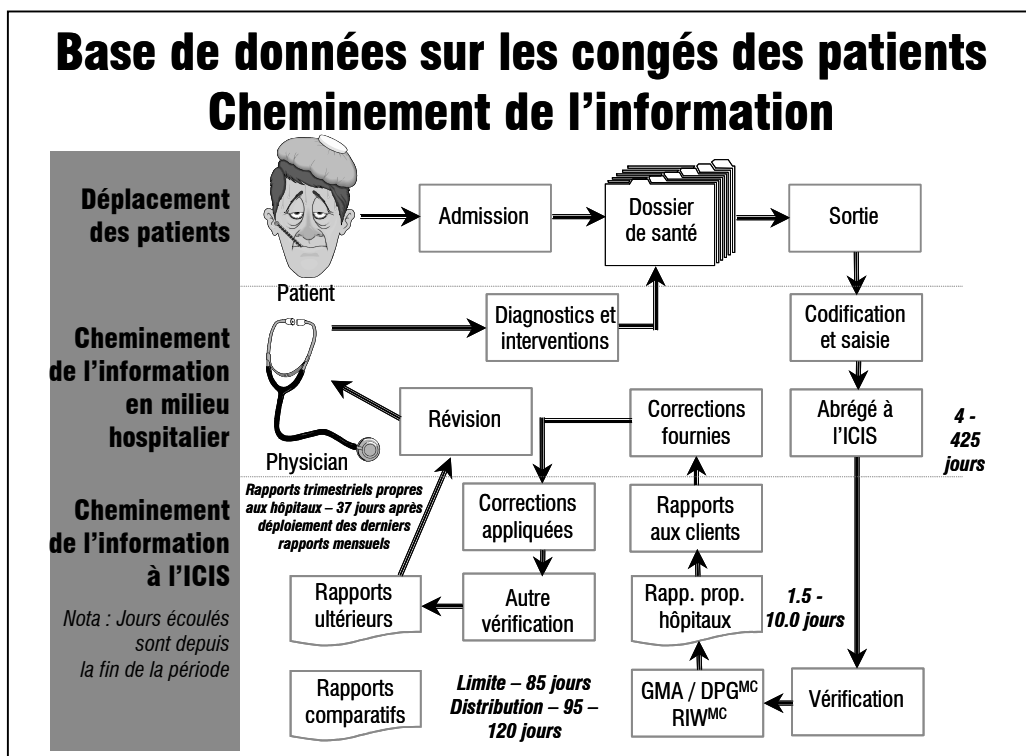
À la prochaine rencontre de ce comité en 2002, on discutera de la capacité des provinces et des territoires d'adopter ces recommandations. Il faut compter sur des efforts de collaboration à l'échelle nationale afin d'améliorer l'opportunité de la Base de données nationale sur la morbidité hospitalière et de la Base de données sur les congés des patients.

Délais de soumission et de correction pour l'ICIS

L'opportunité des Bases de données sur les congés des patients et la morbidité hospitalière fait l'objet d'une surveillance à intervalles réguliers en tenant compte d'un calendrier de production qui permet de coordonner toutes les soumissions des données et les corrections à apporter aux données fournies. Au début de chaque exercice financier, le Service d'information sur les services de santé de l'ICIS détermine les échéanciers de soumission et de correction des données en fin d'exercice financier. Ces échéanciers sont

établis en consultation avec les divers ministères de la Santé des provinces et des territoires. Bien que certaines administrations puissent fixer des échéanciers de soumission des données pour leur propre secteur de compétence (p. ex. les données pour la DAD doivent être fournies dans un délai de 30 jours suivant la fin de la période), l'ICIS établit seulement des échéanciers en fin d'exercice (p. ex., soumission des données pour l'exercice 2001-2002 — 28 juin, corrections pour l'exercice 2001-2002 — 26 juillet). L'ICIS détermine les dates de clôture pour la base de données et à partir de ce moment-là les fichiers finals des ministères de la Santé sont déployés et des demandes ponctuelles pour l'année des données peuvent être déployées. La date de clôture en fin d'exercice pour la DAD est habituellement fixée au 30 septembre.

L'ICIS établit également les dates de soumission des données pour les rapports trimestriels du programme de comparaison de l'activité des hôpitaux (CHAP). Ces dates servent de date limite lorsque les données sont extraites et qu'on prépare les rapports CHAP. Les hôpitaux accusant des données incomplètes figurent dans les rapports et leur nom est accompagné d'un astérisque (*). La date de saisie est habituellement fixée à 85 jours après la fin de la troisième période du trimestre. Les rapports CHAP sont cumulatifs.



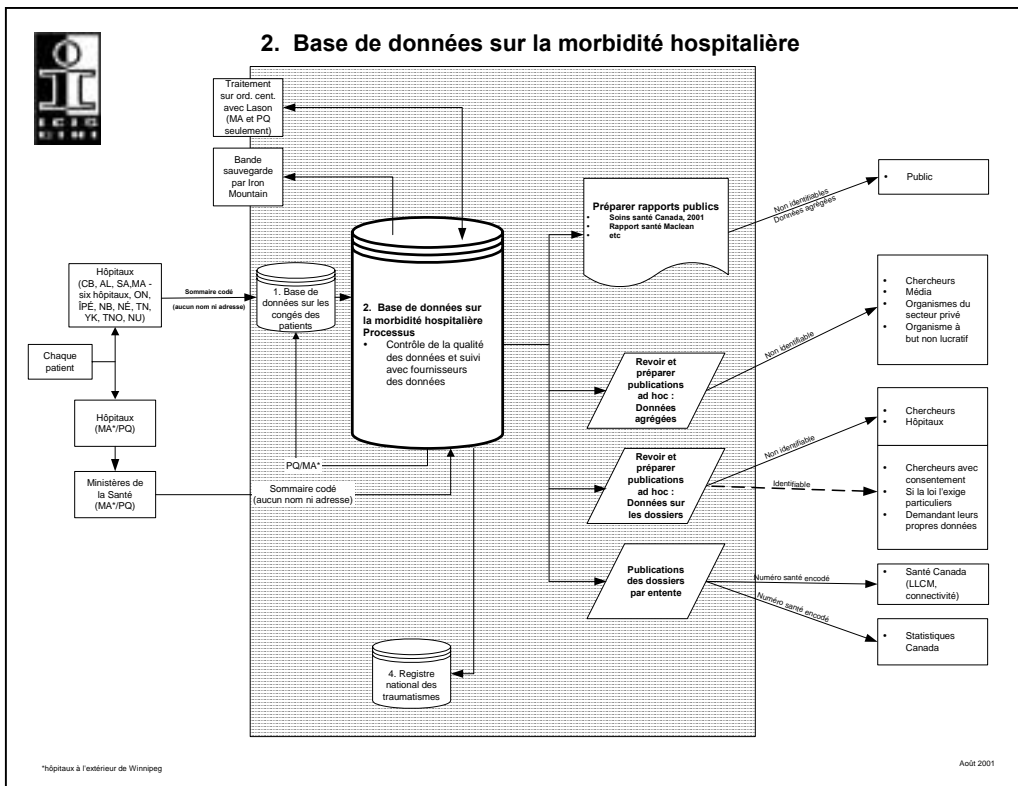
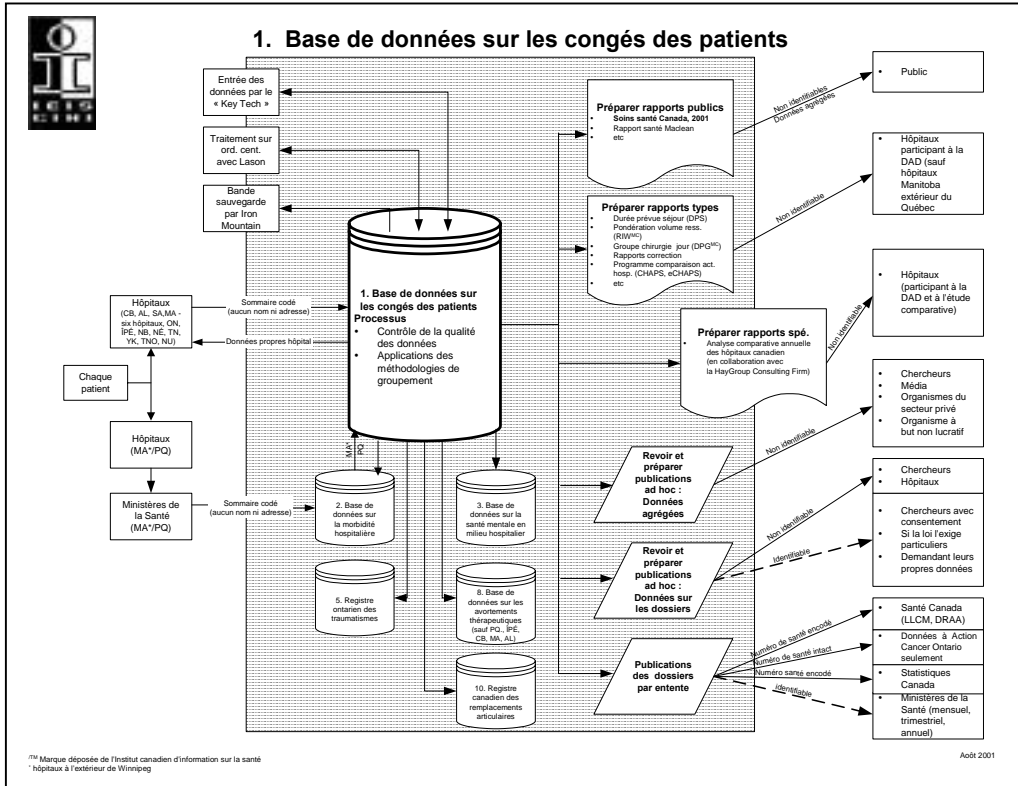
3.0 COMPARABILITÉ

Comparabilité — dans quelle mesure une base de données peut-elle être intégrée au système d'information sur la santé de l'ICIS.

3.1 Dimension de la comparabilité

Les bases de données DAD et sur la morbidité hospitalière respectent en grande partie les critères de comparabilité conformément au cadre de qualité des données de l'ICIS. La DAD joue un rôle central à l'ICIS, car elle renferme des renseignements approfondis sur toutes les sorties des hôpitaux au Canada (sauf pour certaines régions du Manitoba et du Québec). Par conséquent, elle sert de principale ressource pour étudier les enjeux concernant les soins de courte durée et les activités hospitalières. Elle sert également de fondement des bases de données suivantes de l'ICIS : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Registre national des traumatismes, Registre ontarien des traumatismes et Base de données sur les avortements thérapeutiques (voir le diagramme sur le cheminement des données à la page 28). Le manque de documentation sur la comparabilité des anciens éléments de données limite la recherche. Cette lacune devrait être réglée grâce à la mise sur pied d'une initiative spéciale au cours de l'exercice financier 2002-2003.

PROCESSUS D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ RELATIFS À LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS ET À LA BASE DE DONNÉES SUR LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE



3.2 Globalité

En général, la DAD saisit les admissions dans les établissements de soins de courte durée et les chirurgies d'un jour au Canada. L'absence de certains établissements du Manitoba et de ceux du Québec est bien connue et des discussions sont en cours avec ces provinces pour qu'elles deviennent des clients à part entière de l'ICIS. Toutefois, la Base de données sur la morbidité hospitalière offre une couverture intégrale des données des établissements de soins de courte durée en enrichissant la base de données DAD avec des données provenant directement de ces provinces.

Le principal univers conceptuel vise les admissions des patients hospitalisés dans un établissement de soins de courte durée. Or, certaines administrations tiennent compte également des soins chroniques et de réadaptation ainsi que des chirurgies d'un jour. Pour 1998-1999 et 1999-2000, des données ont également été recueillies pour les patients hospitalisés dans un établissement de santé mentale et les avortements thérapeutiques, respectivement.

3.3 Intégration

Bien que la DAD compte des variables normalisées relatives à l'emplacement géographique, aux établissements, aux périodes et aux personnes, celles-ci ne sont pas toujours conformes en ce qui concerne le nom ou la valeur des variables par rapport aux autres bases de données, d'où la maladresse et l'inefficacité sans raison valable de composer avec de multiples bases de données. Toutefois, on prévoit qu'à mesure que les bases de données respectent la terminologie du dictionnaire des données de l'ICIS élaboré en 2000, cette lacune se dissipera.

Outre le code de résidence, le code postal représente une variable commune pour presque toutes les bases de données de l'ICIS et grâce au FCCP (Fichier de conversion des codes postaux), on peut obtenir la Classification géographique type (CGT), d'où la possibilité de faire des comparaisons valides avec d'autres bases de données.

Pour le code de l'établissement dans la DAD, on utilise le numéro de l'établissement provincial normalisé de 4 chiffres avec un préfixe provincial afin d'obtenir un code unique pour l'ensemble du Canada. Cette procédure est la même ou dans certains cas ressemble à celle utilisée pour d'autres bases de données.

Les données de la base de données DAD sont recueillies pour les exercices financiers (1^{er} avril au 31 mars) selon la date de sortie. Cette base de données renferme plusieurs variables obligatoires pour la date, dont la date de l'admission, l'heure de l'admission, la date de l'intervention, la date de sortie et l'heure de sortie, qui peuvent servir à calculer des variables normalisées telles que la durée du séjour et l'âge.

On peut utiliser plusieurs champs normalisés dans la DAD pour identifier une personne. Des numéros de carte santé codés et non codés figurent dans les tables du serveur SQL de Microsoft, mais le numéro non codé est supprimé des fichiers d'interrogation et d'analyse

ainsi que des outils utilisés par les analystes de l'ICIS. Parmi les autres champs pertinents, mentionnons la date de naissance, le sexe et le code postal (même si seulement les données sur le sexe et l'âge sont disponibles dans les fichiers d'interrogation et d'analyse). Les champs précédents ne suffisent pas à désigner une admission unique, toutefois, étant donné que la base de données repose sur les événements. Heureusement, un identificateur de l'admission unique peut être créé en combinant l'année financière, la période financière, le numéro d'identité de l'établissement, le type d'établissement et le numéro d'identité de l'abrégié.

3.4 Normalisation

Dans l'ensemble, les divers éléments de données concernant la géographie, l'établissement, le moment et la personne sont assez approfondis pour élaborer des concepts équivalents avec d'autres bases de données de l'ICIS.

Le champ obligatoire « code postal » et l'utilisation du fichier FCCP permet de s'assurer d'obtenir la CGT utilisée dans d'autres bases de données de l'ICIS pour la DAD. Les codes de province peuvent ne pas être homogènes, mais il existe suffisamment de détails pour créer des codes standard pour toutes les différentes bases de données, au besoin.

Le numéro d'établissement est la variable type utilisée à large échelle et est unique dans la DAD qui utilise les numéros d'établissements provinciaux avec l'ajout d'un préfixe provincial pour créer le numéro. Moyennant quelques vérifications, le numéro pourrait être équivalent aux numéros d'établissements utilisés dans d'autres bases de données comme le Registre ontarien des traumatismes.

Même si les données sont recueillies par exercice financier, les diverses variables relatives à la date qui figurent dans la base de données DAD (date d'admission, date de sortie, etc.) permettent à l'utilisateur d'examiner une période de référence quelconque. Cette latitude est particulièrement utile pour faire des comparaisons avec des registres, qui ont une tendance à être cumulatifs plutôt que séparés pour les années discrètes.

On peut identifier des personnes par le numéro de carte de santé codé. Il s'agit de l'identificateur personnel type et répandu dans la plupart des autres bases de données de l'ICIS. D'autres importants identificateurs personnels englobent le sexe, les dates d'admission, les dates d'intervention, etc. Bien que les variables comme la date de naissance et le code postal soient recueillies, les utilisateurs ne peuvent pas habituellement y avoir accès.

3.5 Équivalence

Dans l'ensemble, la conversion entre la CIM-9 et la ICD-9-CM est bien conçue et documentée. Dans la plupart des cas, il suffit simplement de supprimer le dernier caractère pour la conversion des diagnostics. Les prochaines conversions entre la CIM-10-CA/CCI et la ICD-9-CM/CCA seront nettement plus compliquées et il faudra documenter le processus et tout problème qui peut survenir. Les conversions du code postal à la CGT sont homogènes, bien documentées et souvent révisées.

Le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada est mis à jour tous les six mois. La version la plus récente remonte à juillet 2001. Dans les fichiers d'interrogation et d'analyse, les fichiers sont mis à jour automatiquement. Dans la plupart des cas, la zone de recensement cause le plus de problèmes de conversion. Par contre, étant donné que l'on utilise habituellement des zones plus grandes comme les subdivisions de recensement et les divisions de recensement, les erreurs attribuables aux conversions sont peu importantes.

L'autre importante utilisation des tableaux de concordance est effectuée entre la CIM-9 et la ICD-9-CM pour les diagnostics et les interventions. Les tables de conversion passent toujours de la ICD-9-CM à la CIM-9. Tous les codes CM sont comptabilisés même si certains codes CIM-9 et CCA ne sont pas inclus dans les tables d'équivalence en raison des questions sur l'établissement de correspondances cliniques. Les tables sont établies pour un exercice financier, alors elles ne comprennent que les codes valides pour un seul exercice financier.

3.6 Capacité de couplage

La DAD renferme les variables appropriées concernant l'emplacement géographique, l'établissement, le moment et la personne pour permettre d'assurer un couplage avec d'autres bases de données. Même si le nom et les codes des variables peuvent varier souvent entre les bases de données, il existe en règle générale suffisamment de détails pour jumeler des variables équivalentes.

La codification de la CGT n'est pas réellement assurée pour la DAD de base. On a plutôt recours au fichier FCCP pour lier les codes postaux aux variables de la CGT. La DAD comptant plusieurs variables, il est plus pratique d'avoir ces variables géographiques dans un tableau séparé et assurer leur lien à la DAD, au besoin.

Le code normalisé de l'établissement attribué par province est utilisé dans la DAD et d'autres bases de données de l'ICIS, moyennant quelques vérifications. Dans la DAD, on ajoute le préfixe de la province au code de l'établissement pour le rendre unique. Grâce à quelques vérifications, on peut l'utiliser pour le rattacher à d'autres bases de données comme le Registre ontarien des traumatismes qui a recours seulement aux quatre chiffres normalisés.

La période de référence normalisée pour la plupart des bases de données, y compris la DAD, est répartie sur une année financière, soit du 1^{er} avril au 31 mars, et ce, en fonction de la date de sortie. Dans la DAD, les variables de la date d'admission et de sortie accordent une certaine latitude pour préciser les enregistrements qui appartiennent à une certaine période.

Les numéros de carte de santé chiffrés et non chiffrés facilitent le couplage à d'autres bases de données qui ont les mêmes champs. Si le numéro de carte de santé ne figure pas dans une base de données en particulier, on peut effectuer un couplage probabiliste à l'aide de variables telles que la date de naissance, le sexe, le code postal ou la date de l'intervention.

Le respect de la vie privée et la confidentialité représentent des enjeux importants. L'ICIS a mis de l'avant des lignes directrices afin de protéger la vie privée et la confidentialité (consulter les *Principes sur le respect de la vie privée et la confidentialité de l'ICIS* à www.icis.ca). Des rapports sont présentés seulement pour de grandes régions géographiques, notamment pour les provinces ainsi que les régions sanitaires, et les résultats agrégés ne sont pas divulgués pour les cellules inférieures à cinq sans le consentement du fournisseur de données.

3.7 Comparabilité des produits

La comparabilité entre les produits est habituellement très élevée. On utilise dans la plupart des cas des définitions uniformes, dont l'exercice financier (1^{er} avril au 31 mars), les catégories d'âge établies sur cinq ans (< 1, 1-4, 5-9, 10-14, etc.) et la province à titre de région géographique type.

3.8 Comparabilité dans le temps

La documentation historique pourrait être améliorée et expliquer tout écart dans une série de publications. À l'heure actuelle, il n'existe aucun document officiel qui dresse tous les changements au fil du temps, mais il est toujours possible dans certains cas d'assurer un suivi des changements par une étude de la documentation annuelle qui est préparée (p. ex. les manuels de codification). Des membres du personnel de soutien sont également disponibles pour répondre aux questions sur les changements. On vérifie la comparabilité dans le temps avant de noter des tendances.

Étant conscient des lacunes qui existent dans la documentation détaillée pour appuyer la comparabilité dans le temps, on a entrepris une initiative spéciale en 2002-2003 pour créer cette documentation de façon rétrospective. Cette initiative spéciale permettra de présenter de la documentation sur l'évolution des éléments de données de la DAD et les changements de définition de 1985 à 2002. L'introduction et l'acceptation des éléments de données dans le temps sont différentes à l'échelle provinciale et, par conséquent, le suivi de l'évolution des éléments de données a suscité à certains moments des problèmes d'établissement de correspondances et des écarts d'analyse. L'incidence de l'adhésion de l'ensemble des éléments de données sera également documentée en tenant compte des différents moments où les provinces ont collaboré avec l'ICIS.

4.0 PERTINENCE

Pertinence — renvoie dans une certaine mesure à toutes les dimensions ci-dessus, mais porte particulièrement sur la valeur et l'adaptabilité.

Des processus précis ont mis en place afin de documenter les suggestions de vérification et d'apporter ces changements. Ces processus sont décrits dans la présente section et présentent de l'information sur les processus entrepris pour s'assurer que les données recueillies dans la DAD et la Base de données sur la morbidité hospitalière continuent d'être pertinentes pour les fournisseurs de données et les utilisateurs.

4.1 Présentation d'un élément dans la DAD

Bien souvent les chercheurs et les intervenants de la base de données se demandent : « Comment suggère-t-on l'ajout de nouveaux éléments de données dans la DAD? ». Autrement dit, quels processus existent pour s'assurer que les données répondent aux besoins des fournisseurs des données et des utilisateurs.

Il existe à vrai dire divers véhicules de communication d'enrichissements et d'améliorations suggérés. Il s'agit (1) du véhicule de communication habituel des clients à nos représentants de service de soutien, (2) des commentaires issus des comités consultatifs, (3) des présentations officielles provenant des intervenants. Voici une brève description de chacun de ces véhicules.

(1) Les utilisateurs de la base de données ou les fournisseurs de données représentent bien souvent la meilleure source pour présenter des améliorations à y apporter. Les professionnels des dossiers de santé sont chargés dans la plupart des cas de recueillir et de vérifier l'information provenant des hôpitaux. Les représentants du Service à la clientèle de l'ICIS (décrits ailleurs dans ce document) jouent le rôle de liaison pour ces personnes par l'interprétation et la transmission des enjeux rattachés à la DAD. Dans le cadre de cette activité, on formule bien souvent des suggestions d'ajout ou de vérification des éléments de données qui permettraient d'accroître l'utilité de cette base de données pour les hôpitaux. Des registres officiels sont conservés par les représentants du Service à la clientèle de l'ICIS et font l'objet de discussion de façon périodique avec le coordonnateur et le gestionnaire du programme. Les suggestions qui en découlent sont revues pour en déterminer la valeur concrète et la pertinence et puis sont ajoutées à une liste qui est discutée en définitive avec chaque ministère de la Santé des provinces et territoires pour en assurer l'adoption éventuelle.

(2) L'ICIS appuie et consulte les divers comités consultatifs multidisciplinaires dont les membres proviennent de diverses régions du pays. Ces comités sont chargés bien souvent de présenter des conseils précis sur certains enjeux rattachés aux activités de l'ICIS. On invite fréquemment les membres du personnel de l'Institut à leur tour à participer à des comités consultatifs externes et on leur donne l'occasion de discuter de questions en matière d'information sur la santé et de surveillance épidémiologique. Ces groupes offrent une excellente tribune pour élaborer de nouveaux éléments de données et de nouvelles

légendes de codification qui se retrouvent en fin de compte dans DAD. À cet égard, le comité directeur des bases de données DAD et sur la morbidité est très important (voir la section 4.2).

(3) Les présentations officielles représentent également une autre source d'information et permettent aux associations professionnelles (p. ex. l'Association canadienne d'orthopédie, le Conseil canadien d'agrément des services de santé) de désigner la DAD comme étant une ressource utile pour la saisie de certains renseignements. On achemine fréquemment de la correspondance au directeur du programme pour lui demander que l'ICIS envisage l'ajout de nouveaux renseignements pour appuyer une recherche en particulier ou une initiative relative à la surveillance épidémiologique. Ces demandes ainsi que celles décrites précédemment sont alors présentées aux divers ministères de la Santé des provinces et des territoires afin de pouvoir les adopter éventuellement.

4.2 Comité directeur des bases de données DAD et sur la morbidité

Une fois que toutes les suggestions d'ajout et d'enrichissement d'éléments de données sont répertoriées de chaque source décrite précédemment, l'ICIS organise des rencontres annuelles pour les membres du Comité directeur des bases de données DAD-morbidité. Le mandat de ce Comité consiste à discuter des enjeux de nature opérationnelle ou stratégique qui sont rattachés à la base de données DAD et à celle sur la morbidité. Chaque province et territoire nomme des membres au Comité et la seule exigence repose sur le fait que ces derniers puissent prendre des décisions sur des questions rattachées à ces bases de données pour leur province ou territoire. Le Comité décidera d'un commun accord si un élément doit être inclus dans la base de données et s'il doit être obligatoirement recueilli (pour assurer la comparabilité à l'échelle nationale); est facultatif ou représente une variation provinciale (propre aux provinces ou territoires sélectionnés). Ces processus permettent la présentation de nouveaux éléments de données dans la DAD. En 1999, on a grandement restructuré la DAD pour y ajouter de nouveaux éléments et en supprimer d'autres.

4.3 Restructuration de la DAD (2000 à 2003)

En 1998, la Conférence fédérale, provinciale et territoriale des sous-ministres de la santé a avalisé une vision en matière d'information sur la santé intitulée l'Initiative du Carnet de route. Cette initiative est le fruit d'efforts de collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Statistique Canada, Santé Canada et de nombreux autres groupes clés de tous les niveaux — national, régional et local. Le budget fédéral de 1999 a précisé certains projets et activités prioritaires dans le domaine de l'information sur la santé et a affecté 95 millions de dollars sur quatre ans pour les mener à bien. Ces fonds ont servi à élargir et/ou à augmenter la cadence des initiatives nationales en cours portant sur l'information en santé et à en appuyer de nouvelles.

Une restructuration de la Base de données sur les congés des patients (DAD) a été relevée comme un des projets de l'Initiative du Carnet de route. Le projet de restructuration portait sur plusieurs autres objectifs interdépendants, y compris le fait de repenser les produits (p. ex. les rapports) provenant des données de la DAD et la fusion de la Base de données sur les congés des patients (DAD) avec la Base de données sur la morbidité hospitalière.

L'abrégé de la DAD de 1999 nécessitait des changements pour accueillir les nouveaux codes de diagnostics et d'interventions (CIM-10-CA et CCI). Ces codes sont progressivement intégrés conformément à la date d'adoption de la CIM-10-CA/CCI par les provinces et les territoires de 2001 à 2003. Voici les objectifs de restructuration de l'abrégé :

- Accueillir la CIM-10-CA et la CCI.
- Accroître la comparabilité des données grâce à une plus grande normalisation entre les provinces.
- Améliorer les définitions et faciliter le couplage entre les bases de données et les registres.
- Ajouter de nouveaux éléments de données.
- Supprimer les éléments de données qui ne sont plus pertinents.

Un rapport intitulé *An Interim Progress Report of the Re-engineering of the DAD and Morbidity Databases* figurant sur le site www.icis.ca dresse un survol du projet, une description du processus adopté et les changements qui ont été apportés au nouvel abrégé.

4.4 Processus du système de production pour le contrôle du changement

Les enrichissements et les vérifications représentent une mesure nécessaire pour s'assurer de l'utilité et de la pertinence constantes pour toute base de données. Dans le cadre de la gestion des bases de données, il faut s'assurer de se doter d'un processus documenté et normalisé pour assurer le contrôle du changement. Par conséquent, on n'apporte que des enrichissements ou des vérifications, pour les Bases de données sur les congés des patients ou la morbidité hospitalière, aux systèmes de production des bases de données au début de l'exercice financier, bien que l'on y verse des données pendant toute l'année financière.

Deux raisons principales justifient d'apporter seulement des enrichissements ou des vérifications au début de l'exercice financier. Tout d'abord, il faut amplement de temps pour aviser les réalisateurs de logiciel (fournisseurs) et leur permettre d'apporter des changements à leur logiciel et appliquer ce logiciel mis à jour dans les établissements des clients. Par simple bon sens, il faut compter en règle générale au moins six mois dans le cas des systèmes existants et au moins neuf mois pour les systèmes nouveaux ou redéveloppés. Deuxièmement, la préparation d'un calendrier des changements dans le cycle de production permet d'obtenir des données uniformes pour une année financière donnée (aux fins d'analyse interne et externe). Il existe deux exceptions au calendrier des changements, dont voici une description :

- 1) Régler les problèmes de systèmes (p. ex. les bogues), ce qui permet de recevoir des données sans erreur.
- 2) Ajouter des révisions qui n'ont pas été désignées initialement, mais qui sont nécessaires pour améliorer la qualité des données.

À la lumière des deux exceptions mentionnées précédemment, donc, les six étapes suivantes permettent de définir la politique de gestion du changement pour la base de données DAD et celle sur la morbidité hospitalière :

- i) Toutes les mises à jour pour l'exercice financier apportées aux systèmes existants doivent être déterminées par le secteur du programme en collaboration avec les membres des Systèmes de production et achevées avant le 30 septembre.
- ii) Le coordonnateur ou le conseiller des Systèmes de production remplit la section « demande de changement » du formulaire de demande de système pour tous les changements acceptés.
- iii) Le personnel des Systèmes de production met à jour et achemine le document correspondant sur les exigences de soumission électronique (c.-à-d. les « spécifications du fournisseur ») au plus tard le 30 octobre.
- iv) Le secteur du programme (utilisateur) met à l'essai des scénarios et crée des données d'essai pour tous les changements acceptés.
- v) Le personnel de programmation des Systèmes de production apporte les vérifications, met le système à l'essai (exige l'approbation de l'utilisateur concernant les résultats d'essais) et applique le « nouveau » système pour l'exercice financier avant le 1^{er} mars.
- vi) On avise les fournisseurs que le « système d'essai du fournisseur » est fonctionnel et ils peuvent l'utiliser pour soumettre des fichiers tests du fournisseur.

Les sept étapes suivantes permettent de définir les procédures de gestion du changement :

- i) Le client (secteur de programme) remplit un formulaire de demande de système (sur papier ou en ligne) précisant l'exigence exacte.
- ii) Le client fournit une demande de connexion au système au coordonnateur ou au conseiller, Systèmes de production (idéalement, le secteur de programme devrait fournir les données d'essai accompagnant le formulaire de demande de système).
- iii) Le coordonnateur ou le conseiller des Systèmes de production revoit la demande de système afin d'en déterminer la portée et y affecte le programmeur approprié.
- iv) Le programmeur apporte la vérification et effectue des essais de système préliminaires.
- v) Le programmeur remplit le formulaire de demande de système et l'achemine au coordonnateur ou au conseiller.
- vi) Le coordonnateur ou le conseiller passe en revue le code, les résultats des essais préliminaires et apporte les changements dans l'environnement des systèmes de production. La mise à l'essai nécessite l'autorisation de l'utilisateur concernant les résultats d'essai.
- vii) Le coordonnateur ou le conseiller informe le demandeur que le changement a été effectué.

4.5 Rapports sur les sorties des patients

La présentation de rapports à intervalles réguliers représente la meilleure technique visant à s'assurer du bien-fondé des données pour ses fournisseurs et ses utilisateurs. Ces rapports présentent de l'information comparative qui sert dans une large mesure à comparer l'efficacité des hôpitaux ou ils peuvent servir à des fins administratives comme il est décrit ci-dessous.

Comme il est mentionné dans la section précédente, la DAD a fait l'objet d'une grande restructuration en 2000 par l'examen des éléments de données ainsi que des rapports qui étaient préparés régulièrement. À la lumière des commentaires d'un groupe représentatif national de spécialistes sur la gestion de l'utilisation, voici les orientations stratégiques proposées par l'équipe de projet pour les rapports découlant des données de la DAD :

- Diminuer la préparation de rapports propres aux hôpitaux qui n'offrent pas d'éléments ou d'analyse à valeur ajoutée et peuvent être facilement présentés sur le générateur de rapports des clients dont l'achat peut être fait auprès des fournisseurs de logiciels.
- Diminuer le nombre de rapports sur papier et miser davantage sur la présentation de rapports électroniques.
- Miser davantage sur la présentation de meilleurs rapports comparatifs et offrir la capacité de personnaliser les demandes.

Par conséquent, on a annulé quatre ensembles de rapports n'ayant aucune « valeur ajoutée » (comme il est défini précédemment), car les clients peuvent facilement reproduire ces rapports à l'aide de leur propre générateur de rapports provenant des fournisseurs de logiciels. Voici les rapports qui restent :

Rapport par défaut

Le rapport par défaut dresse une liste complète des abrégés dans lesquels on a relevé des erreurs après le traitement pour la soumission des données pour une période.

Rapport de corrections

Le Rapport de corrections désigne si une correction qui a été soumise a été acceptée ou rejetée.

Rapport d'erreurs subséquentes

Tout comme le rapport par défaut, le rapport d'erreurs subséquentes dresse une liste complète des abrégés qui renferment toujours des erreurs après la soumission des corrections. Les clients doivent continuer à fournir des corrections jusqu'à ce que le système de vérification de l'ICIS puisse accepter toutes les tentatives de correction des erreurs sur l'abrégé.

Rapport d'erreurs non réglées

Deux fois par année (décembre et mai), l'ICIS exécute le rapport d'erreurs non réglées qui permet de relever les abrégés qui renferment toujours les valeurs « Z » (données erronées). Ce rapport s'inscrit dans le processus de qualité des données et rappelle aux clients de corriger ces erreurs. Un rapport est acheminé aux ministères de la Santé des provinces et des territoires concernant le statut des corrections requises pour leur province et territoire.

Rapport ALC (autre niveau de soins)

Le Rapport ALC relève les cas où les patients ont terminé leur phase de soins de courte durée, mais demeurent dans un lit pour soins de courte durée en attente d'autres soins (établissement de soins de longue durée, hospice, etc.). Ce rapport est préparé tous les mois.

Rapport du GMA (Groupe de maladies analogues), série 900

Le GMA série 900 représente la catégorie des données ne pouvant être regroupées. Le Rapport du GMA série 900 dresse une liste de tous les cas qui ont été affectés aux groupes de maladies analogues 900 à 999. Ce rapport vise à désigner les cas qui doivent être revus pour déterminer la qualité des données codifiées et saisies. Ce rapport est préparé tous les mois.

Rapport d'analyse des sorties

Le Rapport d'analyse des sorties constitue un rapport de gestion de la direction qui présente des renseignements sur les activités hospitalières. Ce rapport présente un survol des tendances relatives aux soins des patients et l'utilisation des ressources. Ce rapport est présenté de façon mensuelle, trimestrielle et annuelle.

Rapports DPDS (durée prévue du séjour)

Les rapports DPDS résument la durée de séjour d'un patient à l'hôpital. Ils dressent une analyse axée sur la complexité des groupes clients. On compare chaque patient à des cas semblables figurant dans la base de données sur la durée prévue du séjour de l'ICIS. Les rapports sont mis en séquence par jours en pourcentage supérieurs/inférieurs aux cas concordants dans la base de données. Ces rapports sont produits soit par trimestre et année, soit de manière trimestrielle cumulative.

Rapports RIW (Pondération de la consommation des ressources)

La pondération de la consommation des ressources sert à normaliser la mesure du volume de cas des patients hospitalisés en reconnaissant que tous les patients ne nécessitent pas le même type ou la même quantité de ressources en soins de santé. Le rapport RIW permet de traduire les données sur les groupes clients en renseignements sur les coûts des divers cas en mesurant l'attribution des cas pondérés à chaque service, médecin, fonction de groupe de maladies analogues. Ces rapports sont présentés, soit de façon trimestrielle et annuelle, soit de façon trimestrielle cumulative.

Disquette sur la complexité

La disquette sur la complexité représente un fichier ASCII présentant des données au niveau de l'abrégé concernant les valeurs GMA, DPDS, Plx et RIW ajoutées. Elle est produite tous les trimestres.

Rapports DPG (Groupe de chirurgie d'un jour)

Le profil DPG dresse un survol du groupe clients ambulatoires dans l'établissement. Le volume de cas permet aux gestionnaires de voir les types de chirurgie effectués le plus fréquemment.

Les interventions dans un groupe de chirurgie d'un jour accompagnent le profil du groupe DPG. On peut imprimer toutes les interventions saisies qui ont été accomplies pour chaque groupe DPG. Ces rapports sont préparés de façon mensuelle/annuelle ou trimestrielle/annuelle à la demande du client.

Le rapport sur la comparaison des patients hospitalisés/externes par service (patient ou dispensateur) compare les activités propres aux patients hospitalisés par rapport aux patients externes et désigne les interventions qui peuvent être transférées à un milieu pour patients externes. Ce rapport permet également de comparer le pourcentage de chirurgies d'un jour d'un hôpital au pourcentage de l'ensemble de la base de données à titre de repère.

La liste du groupe de chirurgie d'un jour des patients hospitalisés par service présente des renseignements approfondis sur les patients hospitalisés qui pourraient être candidats à une chirurgie d'un jour à la lumière du rapport de comparaison sur les patients hospitalisés/patients externes par service.

Rapports CHAP (programme comparatif de l'activité des hôpitaux)

Le rapport CHAP offre aux clients un moyen d'évaluer l'utilisation de leurs ressources par rapport aux hôpitaux de même taille et vocation d'après le nombre de lits pour soins de courte durée ou la vocation des hôpitaux d'enseignement/pédiatriques. Voici la désignation des groupes pairs :

- Groupe pair 0 — 1 à 49 lits
- Groupe pair 1 — 50 à 99 lits
- Groupe pair 2 — 100 à 199 lits
- Groupe pair 3 — 200 à 399 lits
- Groupe pair 4 — 400 lits et +
- Groupe pair 5 — Hôpitaux d'enseignement
- Groupe pair — Hôpitaux pédiatriques

La série CHAP compte quatre rapports :

D'après la durée du séjour, le rapport CHAP 1 mesure le rendement de l'hôpital, évalue les catégories de patients par rapport à leur groupe pair et démontre les différences relatives aux pratiques dans les hôpitaux.

Le rapport CHAP 2 permet d'étudier les incidences de l'âge des patients dans les pratiques courantes et de revoir les pratiques d'admission, les réadmissions non prévues et le recours aux unités de soins spéciaux.

Le rapport CHAP 3 permet aux hôpitaux de comparer leurs pratiques de chirurgie d'un jour avec les établissements homologues afin de faciliter l'utilisation du processus décisionnel de la gestion en matière d'utilisation.

Le rapport CHAP RIW peut servir à évaluer l'affectation approximative des ressources par rapport aux groupes pairs.

Le rapport eCHAP représente le premier ensemble de rapports électroniques préparé par l'ICIS. La disposition de ce rapport est semblable à celle sur papier, mais sa fonctionnalité est enrichie. Les clients peuvent consulter les rapports en direct à partir du site Web de l'ICIS dans un environnement sécuritaire (c.-à-d. connexion Internet codée). Les clients peuvent adapter leurs rapports pour combler leurs exigences en choisissant des établissements définis, des provinces et/ou un groupe de maladies analogues et importer un fichier plat ASCII dans un outil analytique pour effectuer une étude plus poussée.

Pour l'exercice financier 2002-2003, tous les rapports propres aux hôpitaux (sauf pour les rapports de correction) et les rapports CHAP seront diffusés par voie électronique à tous les clients à l'aide de la plateforme logicielle de saisie des données de 2001-2002. Cette approche tient compte des commentaires des clients et est conforme aux orientations de l'ICIS.

5.0 FACILITÉ D'UTILISATION

Facilité d'utilisation — est-il facile d'utiliser les données de façon intelligente grâce au stockage et à la documentation.

La pertinence et la qualité de l'analyse sont cruciales. À cette fin, le programme d'analyse de l'ICIS est conçu pour répondre aux besoins en matière d'information relevés par les intervenants du secteur de la santé qui ont été consultés ou appelés à participer à un groupe consultatif. Il englobe la qualité des données, leur vérification/vérification, une étude spécialisée par des pairs ainsi que d'autres processus visant à s'assurer que l'analyse — et les données sur lesquelles elle repose — sont efficaces. La présentation des méthodes et des résultats ainsi que les stratégies de diffusion pour tous les produits d'analyse sont conçues pour le public visé afin de s'assurer qu'ils sont aussi accessibles et conviviaux que possible.

De plus, de solides principes sur le respect de la vie privée ainsi que des mesures de protection efficaces pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé permettent d'étayer tous les projets d'analyse. L'analyse s'inscrit dans les *Lignes directrices sur le respect de la vie privée et la confidentialité de l'ICIS*. On continue à déployer des efforts pour mettre au point et partager des méthodes d'analyse ainsi que des outils pour désigner et éviter les risques éventuels de divulgation de données résiduelles.

Le Service des Rapports sur la santé et de l'analyse de l'ICIS s'occupe de plusieurs des produits d'analyse de l'Institut, y compris des divers indicateurs et analyses provenant de la Base de données sur les congés des patients et la Base de données sur la morbidité hospitalière. Les membres du personnel autorisés y ont accès ainsi qu'à d'autres bases de données au moyen de divers outils d'analyse (p. ex. système SAS, environnement IetA de l'ICIS, SQL). Le cadre d'assurance de la qualité, permettant la tenue de ces activités, s'appuie sur le travail décrit précédemment et ultérieurement dans cette section visant à continuer à évaluer et à améliorer la qualité des bases de données sous-jacentes.

5.1 Assurance de la qualité pour certains produits d'analyse

On amorce le processus d'analyse par la désignation de la question à traiter et des méthodes à employer. Cette étape vise à s'assurer de la pertinence, de l'utilité et de la faisabilité de l'analyse à l'intention du public cible. Des groupes consultatifs externes, des spécialistes cliniques, des conseillers en méthodologie, des biostatisticiens ainsi que des spécialistes en classification et en qualité de données, au besoin, se chargent habituellement d'en assurer l'orientation. Riche d'une vaste expérience au Canada et ailleurs, on a recours à la documentation sur l'utilisation clinique et l'analyse des résultats.

Les plans d'analyse qui en découlent englobent des processus d'assurance de la qualité bien définis. Les stratégies d'assurance de la qualité appropriées varient selon le type d'analyse, la complexité des méthodologies, les sources de données, le public visé et d'autres facteurs.

Par exemple, lorsque les méthodologies sont adaptées de la documentation ou d'une recherche canadienne précédente, leur pertinence dans le contexte des caractéristiques appartenant au bon ensemble de données est évaluée et les méthodologies sont révisées, au besoin. On passe également en revue les nouvelles méthodes et approches avec des spécialistes internes et/ou externes et en tenant compte de l'ensemble de données utilisé.

On peut également effectuer d'autres évaluations de la qualité sous-jacente des données utilisées dans le cadre de certaines analyses. Par exemple, l'estimation des taux faux positifs/faux négatifs pour certains indicateurs de santé fait partie intégrante du processus pluriannuel de nouvelle saisie actuellement en cours pour la Base de données sur les congés des patients.

Lorsque l'analyse numérique est amorcée, deux ensembles distincts de codes informatiques préparés de façon indépendante sont habituellement élaborés et exécutés pour extraire des données et mener une analyse statistique. Les résultats sont ensuite revus pour relever et résoudre toute divergence.

On entreprend alors un processus de vérification interne. Cette étape englobe, dans la mesure du possible et au besoin, la comparaison de résultats assortis de tendances de données antérieures et/ou d'autres sources de données, un examen minutieux des anomalies ou aberrations éventuelles, une vérification des résultats par rapport au total de contrôle établi pour la base de données, et bien plus. Dans certains cas, on a mis au point des programmes automatisés d'assurance de la qualité afin de collaborer au processus. Des membres supérieurs du personnel d'analyse passent également en revue les résultats préliminaires et on applique habituellement des tests de confidentialité ainsi que des tests de stabilité des taux à ce moment-ci. (Les politiques sur le respect de la vie privée et la confidentialité de l'ICIS limitent la divulgation des données potentiellement identifiables.)

En règle générale, on applique ensuite un processus de vérification externe. Il s'agit d'acheminer les résultats préliminaires (le niveau de précision est bien souvent supérieur que celui des données qui seront en bout de ligne publiées afin de faciliter la vérification) aux sources/sujets des données initiales. Par exemple, les données préliminaires régionales sur les indicateurs de santé sont partagées avec les régions sanitaires et les ministères de la Santé. Des définitions, des notes techniques, une demande d'examen des résultats et de mention des enjeux potentiels présentés à l'ICIS accompagnent les données. Par ce processus, plusieurs régions et/ou ministères répètent généralement les résultats de l'analyse provenant de sources de données indépendantes. Les analystes à l'ICIS sont disponibles pour présenter d'autres renseignements et collaborer tout au long du processus de vérification.

D'après les résultats des processus de vérification interne et externe, le personnel chargé de l'analyse à l'ICIS, de concert avec des spécialistes au besoin, détermine si les renseignements à présenter respectent les protocoles sur la qualité des données de l'organisation. Il passe également en revue les définitions, les notes techniques détaillées ainsi que le matériel s'y rattachant qui accompagneront la diffusion des données/résultats d'analyse afin de clarifier les questions ou les enjeux qui ont été soulevés au cours des processus de vérification.

On prépare alors la documentation et les résultats finals. Ces résultats, ainsi que ceux distribués pendant le processus de vérification externe, font l'objet d'une vérification approfondie des faits. Ce processus itératif comporte un jumelage d'analystes qui contre-vérifient les rapports provisoires et définitifs par rapport aux sources originales en fonction des listes de contrôle normalisées pour veiller à ce que les résultats et la documentation s'y rattachant traduisent fidèlement les résultats de l'analyse. Des membres du personnel à temps plein sont affectés à ce processus. Les résultats finals font également l'objet d'un examen d'analyse et institutionnel de haut niveau.

5.2 Stratégies transversales d'assurance de la qualité

Les processus décrits précédemment visent à appuyer l'assurance de la qualité de certains produits d'analyse. De plus, le Service des Rapports sur la santé et de l'analyse a mis au point des stratégies transversales qui peuvent s'appliquer à de nombreux projets et produits, compris la DAD-morbidité.

5.2.1 *Utilisation du fichier virtuel*

Le fichier virtuel de l'ICIS, base de connaissances électronique, renferme de l'information et de la documentation antérieures et actuelles liées aux banques de données, à la gestion des données, à l'analyse et aux rapports de l'ICIS. Ce fichier virtuel est offert à tous les employés de l'ICIS et vise particulièrement à combler les besoins des analystes.

Le fichier virtuel compte cinq sections principales. La première renferme des renseignements sur les banques de données de l'ICIS, y compris une description de tous les registres et bases de données, de la documentation de référence, des points de contact, des publications pertinentes, de la disponibilité des données et des notes spéciales. Des notes spéciales sont affichées sur divers sujets et sont propres à chaque base de données ou registre. Par exemple, les notes peuvent signaler aux analystes la présence de critères d'exclusion/inclusion, d'enjeux désignés portant sur la comparabilité ou les tendances et de renseignements connexes. On conserve l'information actuelle et antérieure. Par exemple, le site renferme des archives de règlements des questions sur la qualité des données potentielles et d'autres sujets qui ont été signalées aux analystes et incluses dans des listes de distribution spéciales de courriels.

La deuxième section renferme des définitions sur les opérations, y compris un glossaire de termes, une liste d'acronymes et un dictionnaire de concepts permettant de définir et de clarifier certains termes propres à l'ICIS (p. ex. groupe de maladies analogues ou catégorie clinique principale).

Le troisième volet présente de la documentation sur des fichiers d'analyse communs (notamment le fichier de conversion des codes postaux). De plus, il se rapporte précisément aux méthodes et aux outils d'analyse, aux projets et aux ressources Internet. Il renferme un exemple de code SAS et SQL visant à extraire différents types de données à partir de la Base de données sur les congés des patients, de l'information sur le portail IetA et des précisions sur les résultats d'études sur la qualité des données.

Le quatrième volet offre aux analystes de l'information sur les diverses publications de l'ICIS et externes et les liens s'y rattachant, y compris certains rapports issus de banques de données de l'ICIS.

Le cinquième volet se rapporte aux normes de l'ICIS. On y compte de la documentation approfondie importante sur la codification au moyen de la CIM-9/10, la codification au moyen de la CCA/CCI, les GMA, la norme HL7, la catégorie clinique principale et le Guide SIG. Il inclut non seulement certains codes et définitions, mais il renferme également des liens pour que les analystes puissent avoir accès à plus de renseignements approfondis compilés par les gestionnaires de la base de données.

Une initiation au fichier virtuel fait partie du programme d'orientation destiné aux nouveaux analystes. On encourage fortement et constamment les analystes à consulter le fichier virtuel avant d'entreprendre une nouvelle analyse et à contribuer à la tenue et au développement de façon continue de cette ressource importante.

5.2.2 Enrichissement de la capacité d'analyse

L'ICIS croit fortement qu'il est important d'enrichir la capacité d'analyse de l'organisation, et ce, pour de nombreuses raisons, afin d'appuyer notamment les processus d'assurance de la qualité. Les nouveaux analystes, par exemple, participent à des séances d'orientation permettant de réviser les structures de la base de données, son contenu, les ressources et les sujets s'y rattachant. Une initiation aux processus d'assurance de la qualité et aux ressources représente un volet important de ce programme d'orientation. On offre également une série personnalisée de séances de formation par modules sur certains outils d'analyses et bases de données. Les analystes y participent ainsi qu'à d'autres séances de formation qui se rapportent aux activités qui leur seront attribuées. On compte également des programmes de mentorat permettant aux nouveaux analystes de collaborer avec des membres plus expérimentés afin d'enrichir leurs connaissances relatives aux banques de données, aux méthodes d'analyse, aux processus et aux protocoles de l'ICIS.

On utilise de façon constante diverses stratégies afin de promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement continu. On compte notamment un groupe chargé de revoir les activités de recherche externes récentes, des groupes d'utilisateurs pour les divers outils d'analyse, une rotation d'emplois, des activités de collaboration avec des chercheurs externes, sans compter les nombreuses autres activités.

Sommaire

Comme il a été mentionné dans l'introduction, ce document sert principalement d'unique référence sur les processus d'assurance de la qualité relatifs à la Base de données DAD et à la Base de données sur la morbidité hospitalière. On espère que le fait de documenter ces étapes permettra aux gestionnaires et aux utilisateurs des bases de données de prendre un recul et de relever les lacunes et les ratés potentiels dans nos activités d'assurance de la qualité qui doivent être corrigés pour assurer une adéquation constante des données à leur utilisation.

L'ICIS est résolu à assurer la qualité des données. Même s'il n'existe aucune définition normalisée de la qualité des données, on compte plusieurs dimensions de la qualité qui peuvent être appliquées de façon uniforme pour assurer la qualité des données. Il s'agit notamment de l'exactitude, de l'opportunité, de la comparabilité, de la facilité d'utilisation et de la pertinence. Les décideurs, les chefs de file de la santé et le grand public comptent sur des données de qualité pour orienter le processus décisionnel ayant des incidences sur le système de santé canadien. Grâce à des évaluations constantes de la qualité des données concernant les banques de données de l'ICIS et à la tenue d'études spéciales sur la qualité des données, l'ICIS facilitera la préparation constante de renseignements de qualité. L'ICIS jouit déjà d'une réputation enviable dans la présentation de renseignements de qualité élevée; le défi à relever constamment vise à s'appuyer sur cette réputation en continuant à enrichir la qualité des données sous-jacentes.

Cette publication vise à être un document évolutif et il sera enrichi à mesure que les pratiques changent.

Références

1. Brown, Ann et Richards, Julie. *Quality Measurements of the Canadian Discharge Abstract Database*. Proceedings of the International Conference on Quality in Official Statistics, 2001. Stockholm, Suède.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Évaluation de la qualité des données de DAD*. ICIS directions CIHI, octobre/novembre 2000. Ottawa (Ontario) Canada.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *The CIHI Data Quality Framework Version 1, April 2001. Internal Use Only*. Ottawa (Ontario) Canada.
4. Institut canadien d'information sur la santé. *Les initiatives sur la qualité des données confirment l'engagement de l'ICIS envers l'excellence*. ICIS directions CIHI, octobre/novembre 2001. Ottawa (Ontario) Canada.
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Discharge Abstract Database Data Quality Study — Preliminary Year 1 Findings*. Mars 2002. Ottawa (Ontario) Canada.
6. Institut canadien d'information sur la santé. *Case Mix Group Complexity Data Quality Study*. Mars 2002. Ottawa (Ontario) Canada.
7. Long, J.A., Richards, J.A., Seko, C.E. *The Canadian Institute for Health Information Data Quality Framework, Version 1: A Meta-Evaluation and Future Directions*. Proceedings of the MIT Sixth International Conference on Information Quality, IQ-2001. Cambridge, Massachusetts, USA.
8. Richards, Julie; Brown, Ann; Homan, Craig. *Étude sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients*. Délibérations du Symposium 2001 de Statistique Canada : La qualité des données d'un organisme statistique : une perspective méthodologique. Ottawa (Ontario) Canada.