

# VARIATIONS DE CODIFICATION CODIFICATION

dans la Base de données sur les congés des patients (DAD)



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



**Variations de codification dans  
la Base de données sur les congés  
des patients (DAD)**

**Exercices de 1996-1997 à 2000-2001**

Mai 2003

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

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN: 1-55392-225-5 (PDF)

© 2003 Institut canadien d'information sur la santé

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

This publication is also available in English under the title of:  
*Coding Variations in the Discharge Abstract Database (DAD) Data*  
FY 1996–1997 to 2000–2001 ISBN 1-55392-224-7 (PDF)

## Table des matières

Remerciements .....	i
Introduction et historique .....	1
Introduction au projet .....	1
Variations de codification dans la DAD .....	2
Typage des diagnostics et degré de complexité .....	3
Comparaisons de référence de 1996-1997 .....	9
Choix de 1996-1997 comme année de référence .....	9
Changements de 1996-1997 à 2000-2001 .....	19
Comparaisons pour 2000-2001 .....	29
Comprendre les changements en Ontario .....	36
Accent sur l'Ontario .....	36
Typage des diagnostics en Ontario .....	40
Analyses de la liste de grade des diagnostics de l'Ontario .....	43
Conclusions de l'analyse en Ontario .....	50
Sensibilité aux changements dans la méthodologie de complexité .....	53
Révision de la liste de grade .....	53
Incidence sur les données de 2001-2002 de l'Ontario .....	56
Utilisation du groupeur révisé de la liste de grade pour évaluer toutes les données de la DAD .....	58
Conclusions des résultats de l'analyse .....	65
Révision des résultats .....	65
Leçons tirées .....	67
Surveillance et déclaration de la variation dans la DAD .....	69
Indicateurs potentiels .....	71



## **Remerciements**

Variations de codification dans la DAD est un projet qui a vu le jour grâce au leadership de Chris Helyar, Hay Health Care Consulting Group, à l'analyse de Bill Croson, conseiller adjoint à HayGroup, et au soutien de l'ICIS sous la direction de Nizar Ladak d'une équipe composée de Frank Ivis, Sukanya Gopinath, Micheline Mistruzzi, Nicole DeGuia, Holly Bartoli, Craig Homan, Brenda Antliff, André Lalonde, Jason Sutherland, Greg Webster, Sheril Perry et Michael Cohen.

En février 2003, une ébauche du présent rapport a été distribuée en tant que matériel de lecture de base pour les réunions qui ont eu lieu en février et mars 2003 dans des provinces choisies. Cette version finale a fait l'objet de commentaires et de discussions de la part des réviseurs externes. L'ICIS remercie particulièrement Andrée Martin Desjardins, Shirley Groenen, Gordon Kramer et Helen Whittome et leurs équipes respectives ainsi que le personnel de direction de l'Association canadienne interprofessionnelle des dossiers de santé pour leurs observations détaillées et judicieuses.



# Introduction et historique

## Introduction au projet

### *La recherche récente a identifié les grands changements dans les données de l'ICIS sur les soins de courte durée*

La recherche récente réalisée par l'ICIS, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le *Joint Policy and Planning Committee* (JPPC) de l'Ontario, a relevé les changements inhabituels dans les données déclarées par les hôpitaux sur les sorties des patients en soins de courte durée. L'ampleur de certains de ces changements, particulièrement en rapport avec les cas pondérés, et l'utilisation accrue de ceux-ci ou RIW<sup>MD</sup> dans le financement des hôpitaux, ont soulevé la question pour savoir si ces changements désignent :

- les changements dans la complexité clinique<sup>1</sup> des patients vus à l'hôpital;
- les changements dans l'intégralité et la qualité de la documentation clinique;
- les changements dans la codification des dossiers médicaux et les pratiques de saisie des hôpitaux.

### *Le rapport présente les résultats de l'analyse plus poussée de la DAD*

L'expérience de l'Ontario a poussé l'ICIS à examiner de près ses normes de codification et méthodologies de regroupement, et à réaliser une recherche plus générale des variations potentielles dans l'intégralité et la comparabilité des données dans la Base de données sur les congés des patients (DAD). Les processus d'assurance de la qualité appliqués à la DAD sont décrits dans une récente publication de l'ICIS<sup>2</sup>, et les résultats d'une étude de seconde saisie des données de la DAD, réalisée en deux années, ont été publiés dernièrement<sup>3,4</sup>. Le présent rapport fait état des résultats d'une recherche parallèle sur les variations dans les données de la DAD.

---

<sup>1</sup> La complexité désigne les diagnostics autres que principaux qui prolongent la durée de séjour et prévoient le traitement le plus coûteux.

<sup>2</sup> Processus d'assurance de la qualité de l'ICIS appliqués à la Base de données sur les congés des patients et à la Base de données sur la morbidité hospitalière, août 2002.

<sup>3</sup> Base de données sur les congés des patients — Étude de la qualité des données, Résultats combinés pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001, décembre 2002, ICIS.

<sup>4</sup> Les études de deuxième saisie peuvent identifier si le processus d'extraction de l'information des dossiers cliniques était fait de façon exacte et conforme aux directives de l'ICIS. Toutefois, elles ne peuvent pas évaluer si le contenu des dossiers cliniques est exact. En fait, aucune analyse rétrospective ne peut prouver ou réfuter de façon définitive l'exactitude du contenu des dossiers médicaux. Cela ne peut être réalisé que lorsque le patient est à l'hôpital, et avec la même évaluation et recherche menées par les cliniciens qui incluent les données dans les dossiers cliniques.

### ***Objectifs des analyses***

Les principaux objectifs des analyses de la DAD, avec un accent sur l'affectation de la complexité, visaient à :

1. confirmer et documenter les changements globaux dans les données soumises à la DAD;
2. confirmer et quantifier les changements évidents dans les données de l'Ontario par rapport au reste du Canada;
3. évaluer les facteurs contributifs aux changements dans les données de la DAD de l'Ontario;
4. fournir les données documentaires, les analyses et les résultats pour appuyer l'élaboration et l'amélioration de méthodologies et d'initiatives pour la qualité des données à l'ICIS.

Au cours de ce projet, l'occasion s'est présentée, grâce aux activités parallèles du JPPC, pour évaluer plus spécifiquement les pratiques de déclaration des données des hôpitaux ontariens, et relever les possibilités de créer de nouvelles mesures pour appuyer cette évaluation. Cette activité figure également dans le présent rapport.

Toutes ces analyses sont destinées à appuyer les efforts continus de l'ICIS pour entretenir et améliorer la qualité des données dans toutes les bases de données sur les patients, et pour évaluer les conséquences potentielles des variations de codification sur la comparabilité des données dans la DAD.

## **Variations de codification dans la DAD**

De plus en plus de préoccupations concernaient le fait que la variation dans la saisie et la codification observée dans les hôpitaux figurant dans la DAD pouvait compromettre la comparabilité et l'utilité des données de celle-ci. Que les variations de codification soient attribuées aux initiatives conçues pour maximiser la valeur de la RIW ou pour optimiser la position relative d'un hôpital, elles n'ont pas de conséquence directe sur l'ICIS. Par contre, ce qui préoccupe l'ICIS est le fait que les variations de codification compromettent la comparabilité au fil des ans et au sein des régions et provinces. Les variations de codification pourraient compromettre la comparabilité des données sur la morbidité qui, à leur tour, pourraient contester la validité de l'analyse et des efforts de déclaration de l'ICIS, de Statistique Canada et d'autres organismes.

### ***Définition de codification optimisée***

Dans le cadre du présent document, nous avons utilisé le terme « codification optimisée » pour désigner les récents changements observés dans la codification, étant donné que la variation constatée a typiquement provoqué une hausse dans l'utilisation des codes choisis pour définir la complexité des patients. Modification optimisée peut être définie comme :

**Changement dans la complexité évidente et dans les besoins en soins des patients sortis d'un hôpital, attribuable aux changements dans l'intégralité ou la catégorisation des données déclarées sur les abrégés des sorties, non aux changements réels dans les caractéristiques ou les besoins en soins des patients.**

À noter que la sous-codification, désignant un manque d'intégralité dans la codification, est également préoccupante dans le cadre de la comparabilité des données. Toutefois, notre analyse a attiré notre attention, car elle a révélé que c'étaient les hausses dans les déclarations des codes indiquant la complexité des patients qui augmentaient les variations. À noter également que l'utilisation du terme codification optimisée n'a pas de connotation positive ou négative. Il s'agit simplement d'une hausse unidirectionnelle dans la déclaration des codes qui aident à définir la complexité des patients.

L'analyse réalisée par l'ICIS a mis l'accent sur les variations de codification qui compromettaient la comparabilité des données. Il existe d'autres techniques, telles que les vérifications cliniques incluant une nouvelle saisie des dossiers, qui peuvent servir à évaluer les raisons soulignant le changement des pratiques de codification. Toutefois, ces techniques n'ont pas été utilisées dans cette analyse. Par conséquent, aucune conclusion ne peut être tirée sur la nature ou l'intention découlant de la variation de codification.

### **Typage des diagnostics et degré de complexité**

Pour comprendre le but et les résultats des analyses présentées dans le présent rapport, il est nécessaire de comprendre le processus de « typage des diagnostics » et la manière avec laquelle le degré de complexité de l'ICIS est utilisé pour identifier les patients avec d'autres diagnostics pouvant prolonger leur séjour de façon inhabituelle ou causer des coûts élevés.

#### ***Typage des diagnostics***

Tous les diagnostics enregistrés dans un dossier des patients hospitalisés de la DAD doivent avoir un type. Le diagnostic principal ou le plus responsable de la durée du séjour à l'hôpital détermine l'affectation d'un dossier à une catégorie clinique majeure (CPP). En conjonction avec la principale intervention (pour les cas chirurgicaux), le diagnostic détermine l'affectation à un groupe de maladies analogues ou CMG<sup>MD</sup>.

Dans un diagnostic de type 3 (secondaire), il se peut que le patient soit traité comme il se peut qu'il ne le soit pas. Ce diagnostic ne satisfait pas aux exigences qui en font une comorbidité. Les deux types de comorbidité sont définis comme suit<sup>5</sup>.

- Comorbidité avant l'admission — Dx de type 1. Une condition coexistante présente avant l'admission, qui a eu une influence considérable sur la durée du séjour du patient ou sur sa prise en charge ou traitement pendant son hospitalisation.
- Comorbidité après l'admission — Dx de type 2. Une condition survenue au cours de l'observation à l'hôpital ou du traitement, qui a une influence considérable sur la durée du séjour du patient ou sur sa prise en charge ou traitement pendant son hospitalisation.

Les comorbidités de type 1 sont souvent utilisées pour appuyer les méthodologies d'ajustement selon les risques, utilisées avec les données de l'ICIS groupées en GMA. Les comorbidités de type 2 sont utilisées pour mesurer les taux de complication et mesurer la qualité de l'hôpital.

### ***Méthodologie de complexité***

La méthodologie de complexité a été introduite, car les GMA n'étaient pas souvent homogènes du point de vue clinique ou statistique. Il se peut que les catégories qui s'appuient sur le concept original des DRG (telles que les GMA), axées sur un seul diagnostic, ne soient pas sensibles aux différences dans le fardeau de la maladie, l'âge ou la gravité de la maladie d'un patient spécifique.

La méthodologie de complexité ou Plx<sup>MD</sup> de l'ICIS (incluant la séparation des cas dans trois groupes d'âge) a été introduite au cours de l'exercice 1997-1998 après un projet de trois années qui consistait à identifier les mécanismes pour améliorer le rendement clinique et statistique des GMA. La méthodologie Plx attribue un degré de complexité à chaque cas hospitalisé :

- 1 — Pas de complexité
- 2 — Complexité relative à des conditions chroniques
- 3 — Complexité relative à des conditions graves ou importantes
- 4 — Complexité relative à des conditions qui menacent la vie de façon potentielle
- 9 — Complexité non affectée

La complexité n'est pas affectée à quelques types de patients (p. ex. 112 GMA sur 472, en obstétrique, nouveau-nés, troubles mentaux, traumatologie) qui figurent dans le niveau de complexité 9 par défaut.

---

<sup>5</sup> La norme de 2002 portant sur le typage des diagnostics a été clarifiée dans un bulletin de l'ICIS publié en janvier 2003. Les définitions ici désignent les directives en place avant l'exercice 2002-2003.

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

L'affectation d'un niveau de complexité à un dossier clinique dépend des diagnostics (au-delà du diagnostic le plus responsable) enregistrés. Seuls les diagnostics de type 1 et 2 sont utilisés pour attribuer les niveaux de complexité. Tout dossier médical ou chirurgical dont les diagnostics ne sont ni de type 1 ni de type 2 sera classé dans le niveau de complexité 1.

Les diagnostics de type 1 et 2 n'auront pas tous des conséquences sur l'affectation de la complexité. Au cours du développement de la méthodologie de complexité, l'ICIS a relevé une liste de grade des diagnostics choisis (au nombre de 440) qui ont une incidence considérable sur la durée du séjour. Un patient doit avoir au moins un diagnostic de la liste de grade qui soit de type 1 ou 2 pour qu'on l'affecte à un niveau de complexité supérieur à 1.

**Volume le plus élevé des diagnostics de la liste de grade dans la DAD (2000)**

Code ICD-9	Nom des diagnostics	Volume
4019	Hypertension essentielle sans précision	76 264
4280	Insuffisance cardiaque globale	53 390
4273	Fibrillation et flutter auriculaires	50 774
2859	Anémie sans précision	45 395
5990	Infection des voies urinaires, de siège non précisé	44 076
486	Pneumonie, micro-organisme non précisé	32 419
411	Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques	23 846
2851	Anémie posthémorragique aiguë	22 901
410	Infarctus aigu du myocarde	21 340
5119	Épanchement pleural sans précision	20 682
2768	Hypokaliémie	19 535
7806	Pyrexie d'origine inconnue	18 148

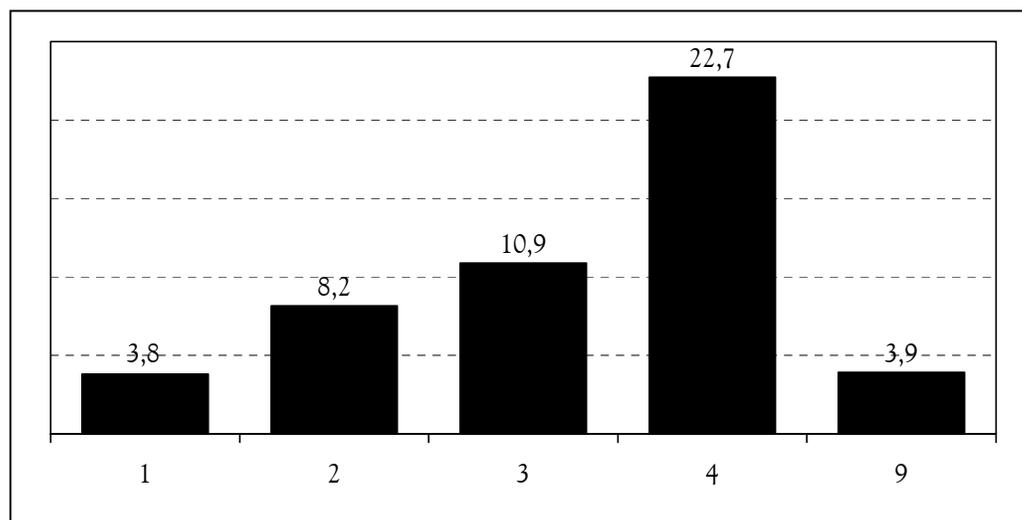
L'incidence de la liste de grade des diagnostics sur la complexité affectée à un patient hospitalisé dépend :

- de la « classe » du diagnostic :
  - A [met la vie en danger]
  - B [une importante incidence de la DDS]
  - C [une maladie chronique]
  - D [un état de débilité]
  - P [un diagnostic psychiatrique];
- du type de diagnostic (type 1 par rapport au type 2);
- du nombre et de la variation de la classe des diagnostics;
- selon si les diagnostics de la liste de grade se trouvent dans la même catégorie clinique principale que le diagnostic principal.

### ***Pourquoi a-t-on introduit la complexité?***

Le degré de complexité a été introduit, car les GMA n'étaient pas assez sensibles aux différences dans le fardeau de la maladie, l'âge ou la complexité des patients. Les diagnostics de la liste de grade ont été choisis selon leur incidence sur la durée du séjour du patient et l'utilisation des ressources. La figure suivante montre la durée moyenne de séjour des patients typiques<sup>6</sup> sortis en 1996-1997, selon le niveau de complexité. Comme prévu, la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés a augmenté à l'instar du niveau de complexité des cas.

**Durée moyenne de séjour des patients typiques selon le niveau de complexité, DAD, ICIS, 1996**

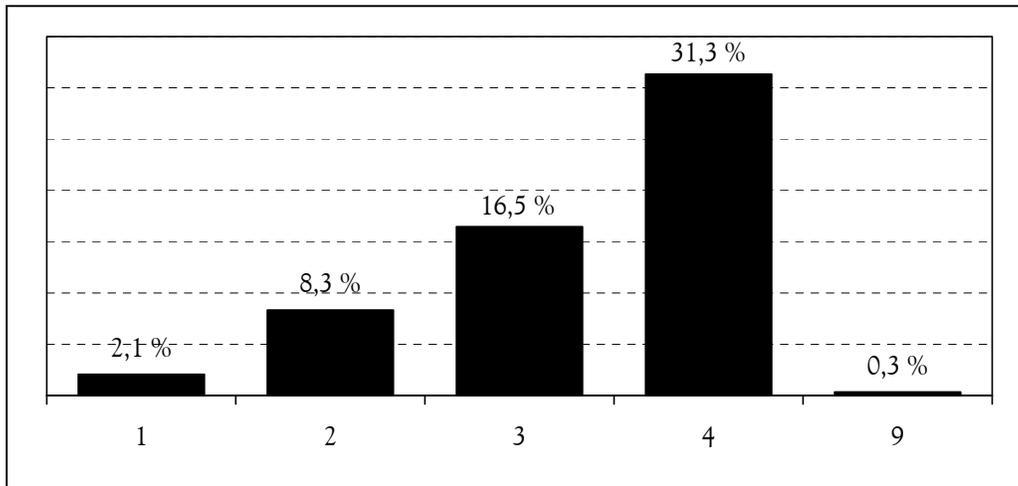


<sup>6</sup> Selon l'ICIS, un patient typique est une personne hospitalisée en soins de courte durée, qui suit une série complète de soins de courte durée, et qui n'est pas un cas au séjour prolongé, n'a pas été transféré vers ou d'un hôpital de soins de courte durée, et qui ne décède pas dans l'hôpital de soins de courte durée ou quitte l'établissement avant d'avoir été ausculté.

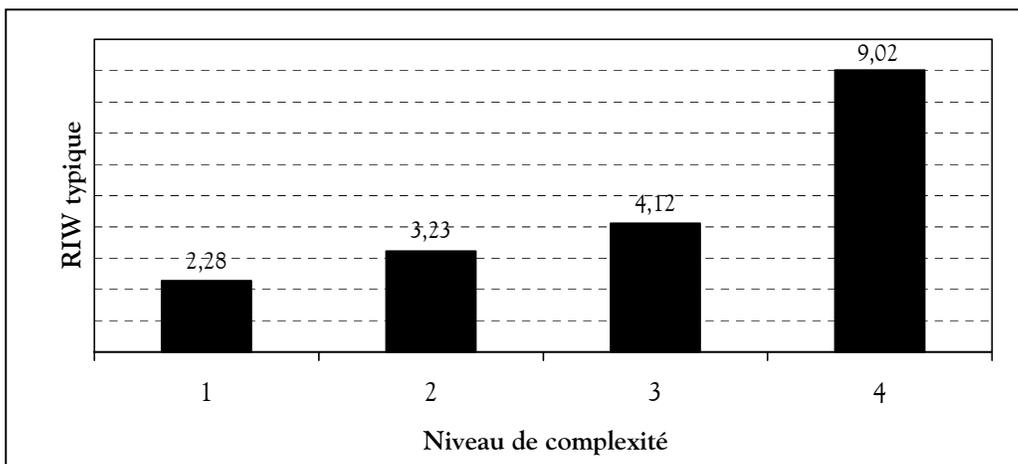
---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

On prévoit également que la mortalité à l'hôpital serait supérieure chez les patients aux niveaux de complexité plus élevés (particulièrement le niveau 4, soit les patients atteints d'une maladie qui met la vie en danger). La figure suivante, qui s'appuie sur les données de la DAD de 1996-1997, montre que le pourcentage des patients hospitalisés en soins de courte durée qui décèdent à l'hôpital augmente de 2,1 % chez les patients au niveau de complexité 1 à 31,3 % chez les patients au niveau de complexité 4.

**Pourcentage moyen de mortalité à l'hôpital selon le niveau de complexité, DAD, ICIS, 1996**


La durée du séjour plus longue chez les patients au niveau de complexité plus élevé apparaît dans les valeurs de la RIW attribuées à ces patients. La figure ci-dessous montre les valeurs RIW attribuées aux patients typiques entre 18 et 69 ans dans le GMA concernant la craniotomie.

**RIW typique pour une craniotomie du GMA 1 (de 18 à 69 ans), par niveau de complexité, 2000**


### ***Sensibilité de l'affectation de la RIW à la complexité***

Un patient typique ayant subi une craniotomie et dont la comorbidité ne figure pas dans la liste de grade se verra attribué un RIW de 2,28. Selon le nombre et la variation des diagnostics comorbides pour la liste de grade, la pondération attribuée peut presque quadrupler, à 9,02 cas pondérés. Comme l'indiquera le rapport plus tard, la sensibilité de l'affectation des cas pondérés au niveau de complexité a donné lieu à un point de mire pour comprendre la variation dans les taux d'enregistrement de la liste de grade des diagnostics et l'incidence de cette variation sur la comparabilité des données de la DAD.

## Comparaisons de référence de 1996-1997

### Choix de 1996-1997 comme année de référence

On s'est servi des données de l'exercice 1996-1997<sup>7</sup> en tant que référence pour l'analyse des changements dans la DAD pour les raisons suivantes :

- L'exercice 1996-1997 est la première année à laquelle les données étaient disponibles et regroupées au moyen du groupeur GMA et de la méthodologie de la RIW de 2000<sup>8</sup>.
- L'exercice 1996-1997 était la dernière année à laquelle les données étaient soumises à la DAD avant l'introduction au complet de la méthodologie de complexité ou Plx. On a affirmé que l'introduction de cette dernière a causé un changement dans les pratiques de codification avec la naissance de concepts de déclarations obligatoires et facultatives des comorbidités. Toutefois, les données de 1996-1997 devraient refléter l'état de la DAD avant l'introduction de ces changements de pratique. La sélection de cette base de référence va également de pair avec le but de cette analyse qui consiste à examiner les variations et la cohérence des pratiques de codification à l'échelle des hôpitaux et des provinces.

Le tableau suivant montre les statistiques sommaires des données de 1996-1997 de la DAD selon la province.

### *Dossiers affectés à la province en fonction du lieu de l'hôpital*

Aux fins de toutes les analyses figurant dans le présent rapport, les dossiers des patients sont affectés à une province ou un territoire en fonction du lieu de l'hôpital des soins de courte durée. Par exemple, le dossier d'hospitalisation d'un résident de la Saskatchewan qui a été hospitalisé en Colombie-Britannique est inclus dans les données de la Colombie-Britannique. Dans la plupart des cas, la grande majorité des soins hospitaliers aux résidents d'une région sont fournis par un hôpital situé dans cette région. Toutefois, la plupart des soins hospitaliers tertiaires et quaternaires des territoires<sup>9</sup> sont fournis dans les hôpitaux du sud. La durée du séjour plus courte et les cas de pondération inférieurs aux territoires ne désigneront que les soins hospitaliers fournis dans les territoires.

---

<sup>7</sup> Toutes les références à une année dans ce rapport font allusion à l'exercice à partir du 1<sup>er</sup> avril. Une seule année désigne l'exercice qui a commencé au cours de l'année civile (p. ex. 1996 désigne l'exercice 1996-1997, tandis que 2000 désigne l'exercice 2000-2001).

<sup>8</sup> Sauf indication contraire, toutes les données indiquées ont été groupées de la même manière au moyen des GMA de 2000.

<sup>9</sup> Les données du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont été combinées en raison du faible volume enregistré dans chaque territoire.

## Données de la DAD, 1996, selon la province

Province	Cas hosp.	Jours d'hosp.	DMDS	% ANS	RIW par cas	RIW par jour	Cas en s. amb.	S. amb. en % du total	RIW par cas de s. amb.
T.-N.-L.	72 827	539 431	7,41	4,3 %	1,34	0,181	41 199	36,1 %	0,192
Î.-P.-É.	16 382	119 756	7,31	2,0 %	1,24	0,169	9 147	35,8 %	0,172
N.-É.	120 147	874 700	7,28	3,2 %	1,40	0,192	77 433	39,2 %	0,177
N.-B.	118 941	753 047	6,33	0,6 %	1,15	0,182	46 446	28,1 %	0,192
Ont.	1 222 354	7 459 992	6,10	9,6 %	1,29	0,211	960 622	44,0 %	0,178
Man.	87 659	834 072	9,51	14,5 %	1,82	0,191	69 077	44,1 %	0,189
Sask.	144 827	869 883	6,01	2,7 %	1,18	0,197	67 148	31,7 %	0,191
Alb.	332 165	1 860 276	5,60	3,9 %	1,23	0,220	N/A	N/A	N/A
C.-B.	453 165	2 747 185	6,06	6,9 %	1,25	0,206	262 518	36,7 %	0,198
Territoires	11 832	46 599	3,94	1,8 %	0,76	0,193	4 146	25,9 %	0,192
<b>Total</b>	<b>2 580 299</b>	<b>16 104 941</b>	<b>6,24</b>	<b>7,4 %</b>	<b>1,28</b>	<b>0,206</b>	<b>1 537 736</b>	<b>37,3 %</b>	<b>0,183</b>

**Volume des cas**

En 1996, la DAD a enregistré 2,6 millions de cas hospitalisés et 1,5 million de cas d'interventions ambulatoires. Environ la moitié (47 %) des cas hospitalisés et 62 % des cas d'interventions ambulatoires ont été enregistrés en Ontario. Tous les dossiers des cas d'interventions ambulatoires en Alberta ont été exclus en raison de l'inconsistance des dossiers que les hôpitaux de cette province ont déclarés à l'ICIS.

Pour la plupart des provinces, les données de la DAD désignent tous les cas d'hospitalisation en soins de courte durée, à l'exception du Québec (les données sur les sorties des hôpitaux sont déclarées à Med-Echo plutôt qu'à l'ICIS) et du Manitoba (seuls les plus grands hôpitaux ont déclaré leurs données à l'ICIS). Les interventions ambulatoires sont également moins exhaustives dans des provinces telles que l'Alberta et le Nouveau-Brunswick.

**Durée du séjour**

En 1996, le Manitoba a enregistré la plus longue durée moyenne de séjour en soins de courte durée (9,51 jours), tandis que les Territoires en ont enregistré la plus courte (3,94 jours). Toutefois, ces deux valeurs ne désignent pas la durée moyenne de séjour de la plupart des résidents de la région (puisque les données du Manitoba visent les hôpitaux traitant les cas les plus complexes et les données des Territoires excluent les cas complexes traités ailleurs). En ce qui concerne les provinces et territoires dont les données désignent les caractéristiques des soins de la plupart des résidents, la plus longue durée du séjour a été enregistrée à Terre-Neuve-et-Labrador et la plus courte en Alberta. La durée moyenne de séjour en soins de courte durée semblait plus courte dans les provinces de l'ouest que de l'est (une caractéristique géographique observée également aux États-Unis).

### ***Jours ANS***

L'année 1996 a enregistré un grand écart dans le pourcentage total des jours en hospitalisations déclarés en tant qu'autre niveau de soins (ANS), de moins de 1 % de jours au Nouveau-Brunswick à 14,5 % de jours au Manitoba. Cette situation peut refléter la variation provinciale dans la capacité des options de placement après les soins de courte durée (p. ex. les soins à domicile ou les lits pour des soins de longue durée) et dans la variation dans l'intégralité de la déclaration des délais de sortie dus à l'attente d'un placement. En d'autres termes, il existe une variation nationale dans l'intégralité de la déclaration des jours en ANS. De plus, les établissements au Nouveau-Brunswick n'ont pas tous déclaré les jours en ANS.

### ***Pondération de la consommation des ressources***

Les cas pondérés moyens de la RIW par sortie se situaient entre 0,76 dans les Territoires et 1,82 au Manitoba. Dans le cas des provinces où les données montrent les hospitalisations de la plupart des résidents, la plus faible moyenne de la RIW a été enregistrée au Nouveau-Brunswick (1,15) et la plus élevée en Nouvelle-Écosse (1,40). La moyenne de la RIW par cas est une mesure de l'utilisation relative des ressources par cas.

Une seconde mesure de l'utilisation relative des ressources est la moyenne de la RIW par jour. Étant donné que les valeurs de la RIW des cas particuliers nécessitant un séjour prolongé sont attribuées en partie sur une base quotidienne, la moyenne de la RIW par cas peut être élevée, car les séjours dans un hôpital sont longs. La moyenne de la RIW par jour est une meilleure mesure de l'intensité quotidienne relative des patients hospitalisés. En 1996, l'Île-du-Prince-Édouard a affiché la plus faible moyenne de la RIW par jour (0,169), tandis que l'Alberta a affiché la plus élevée (0,220).

### ***Utilisation en pourcentage des interventions ambulatoires***

Le total en pourcentage des cas figurant dans la DAD, qui ont été déclarés au moyen du système de déclaration des interventions ambulatoires<sup>10</sup>. L'utilisation en pourcentage des interventions ambulatoires, telle qu'elle s'applique à l'année de référence de 1996-1997, fait également l'objet d'examen, car elle peut également refléter des différences dans la collecte et la déclaration des données et donc contribuer à la variation constatée dans cette analyse. Cette situation est particulièrement pertinente pour des provinces telles que le Nouveau-Brunswick et l'Ontario qui ne déclarent pas quelques interventions ambulatoires à l'ICIS. En 1996 (pour les provinces où les données désignent les hospitalisations de la plupart des résidents), le taux le plus bas des interventions ambulatoires a été enregistré dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick (28,1 %) de tous les cas (hospitalisations et interventions ambulatoires). Le taux le plus élevé des interventions ambulatoires a été enregistré dans les hôpitaux ontariens (44,0 %).

---

<sup>10</sup> Les activités déclarées à l'ICIS en tant qu'interventions ambulatoires ne sont pas toutes de nature chirurgicale.

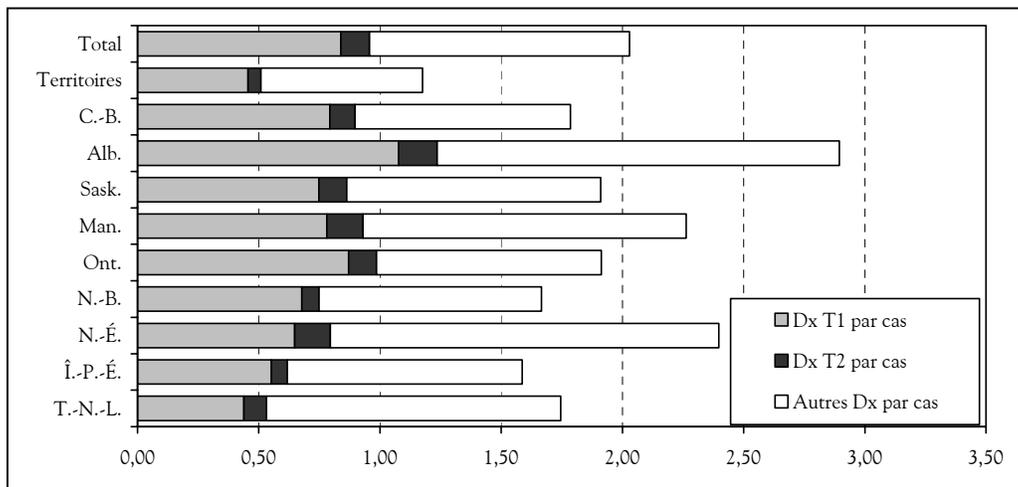
La valeur moyenne de la RIW par intervention ambulatoire (une mesure de l'intensité financière relative des interventions ambulatoires) allait de 0,172 dans les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard à 0,198 dans ceux de la Colombie-Britannique.

Les différences dans les mesures ci-dessus, tirées de la DAD de l'ICIS, reflètent selon toute vraisemblance une association de différences entre les provinces dans la structure, la capacité et le rôle des hôpitaux de soins de courte durée, ainsi que le système de santé plus vaste. Toutefois, tel que mentionné, elles peuvent également désigner les différences dans la collecte et la déclaration des données.

### *Diagnostiques par cas hospitalisé*

La figure suivante montre la variation provinciale dans le nombre moyen de diagnostics, par type, déclaré à la DAD pour les sorties des patients. Chaque cas doit avoir un Diagnostic principal que les chiffres dans la figure excluent. Les types de diagnostics illustrés sont de type 1 (état comorbide avant l'admission), de type 2 (état comorbide après l'admission) et d'autres (principalement de type 3 ou les diagnostics secondaires).

#### Moyenne des diagnostics par cas hospitalisés selon la province, 1996



En 1996, les hôpitaux en Alberta ont fait cas de presque trois diagnostics par cas hospitalisé, et plus de diagnostics comorbides par cas que les hôpitaux dans n'importe quelle autre province. Les valeurs réelles par type de diagnostic par province sont illustrées dans le tableau suivant.

Moyenne des diagnostics par cas, par type de diagnostic, par province et territoire, 1996

Province	Dx T1 par cas	Dx T2 par cas	Autres Dx par cas	Total Dx par cas
T.-N.-L.	0,44	0,09	1,21	1,75
Î.-P.-É.	0,55	0,07	0,97	1,59
N.-É.	0,65	0,15	1,60	2,40
N.-B.	0,68	0,07	0,92	1,67
Ont.	0,87	0,11	0,93	1,91
Man.	0,78	0,15	1,33	2,26
Sask.	0,75	0,11	1,05	1,91
Alb.	1,08	0,16	1,66	2,89
C.-B.	0,79	0,10	0,89	1,79
Territoires	0,46	0,05	0,67	1,18
<b>Total</b>	<b>0,84</b>	<b>0,12</b>	<b>1,07</b>	<b>2,03</b>

En 1996, les hôpitaux à Terre-Neuve-et-Labrador ont enregistré le plus petit nombre de comorbidités préexistantes (diagnostics de type 1) par cas hospitalisé et a affiché l'un des plus petits nombres de comorbidités après l'admission (diagnostics de type 2) par cas. Toutefois, ces mêmes hôpitaux ont enregistré un taux de déclaration relativement élevé dans les autres diagnostics par cas.

### ***Facteurs influençant la déclaration des diagnostics***

Les facteurs pouvant influencer les diagnostics déclarés par cas hospitalisés dans la DAD de l'ICIS comprennent ce qui suit :

- La santé des patients et le fardeau des maladies. En ce qui concerne les provinces dont les données reflètent la plupart des hospitalisations des résidents, on ne prévoirait pas une grande variation dans l'état de santé de la population qui contribue à la variation dans les diagnostics déclarés.
- Une mesure incitative pour saisir et déclarer l'information sur les diagnostics de façon intégrale. Les hôpitaux dans les secteurs de compétence où le financement hospitalier se sert des données sur les sorties des patients ou bien où il y a un historique de mesure du rendement au moyen de telles données peuvent avoir une plus grande mesure incitative pour déclarer plus de diagnostics.
- La disponibilité des dossiers cliniques. Il existe un coût pour identifier et codifier les diagnostics qui peuvent être déclarés de façon moins exhaustive si les ressources en dossiers cliniques sont limitées.

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

- La variation provinciale dans la saisie des données et les directives de déclaration (ou la variation dans la sensibilisation aux normes de l'ICIS et la compréhension de celles-ci).
- Les pratiques de documentation qui soit favorisent, ou bien altèrent la saisie exhaustive des données et la déclaration des diagnostics.

La variation dans la déclaration des diagnostics de type 1 et 2 a la plus grande incidence sur la comparabilité des données de la DAD, puisque les données sur le diagnostic des comorbidités peuvent servir à attribuer les poids pondérés, faire les rajustements en fonction des risques aux fins de mesure de la qualité, et mesurer l'incidence des complications.

### *Liste de grade des diagnostics*

En 1996, seule une petite sous-série de diagnostics déclarés faisait partie de la liste de grade qui mènerait à l'affectation de niveaux de complexité plus élevés<sup>11</sup>. Le ratio global moyen dans la DAD entre les diagnostics non listés et la liste de grade des diagnostics était de 12,5.

#### **Ratio entre les diagnostics non listés et la liste de grade des diagnostics, 1996\***

Province	Liste de grade des Dx par cas	Dx non listés par cas	Ratio entre les non listés et la liste de grade
T.-N.-L.	0,10	1,65	17,2
Î.-P.-É.	0,09	1,50	16,6
N.-É.	0,14	2,26	16,4
N.-B.	0,10	1,57	15,5
Ont.	0,16	1,76	11,3
Man.	0,18	2,09	11,8
Sask.	0,12	1,79	14,8
Alb.	0,20	2,70	13,7
C.-B.	0,14	1,65	11,8
Territoires	0,04	1,14	31,0
<b>Total</b>	<b>0,15</b>	<b>1,88</b>	<b>12,5</b>

\* Veuillez noter que les chiffres ont été arrondis à des fins de présentation. Les calculs ont été faits avec 16 décimales.

---

<sup>11</sup> La méthodologie de complexité n'a été appliquée à toutes les données de la DAD qu'à l'exercice 1997-1998, bien qu'avant cette date, elle ait été largement publicisée et appliquée sur une base ad hoc.

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

On a enregistré une différence de deux à une entre l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick dans la liste de grade des diagnostics par cas. Il est peu probable que cette situation reflète réellement les différences dans l'incidence intraprovinciale de la liste de grade des diagnostics sur les patients hospitalisés. C'est plus probablement le résultat des différences dans l'intégralité de déclaration de la liste de grade des diagnostics. En 1996-1997, les hôpitaux en Alberta avaient déjà acquis de l'expérience dans le financement hospitalier en fonction des données sur les sorties<sup>12</sup>, et développaient des mesures de rendement du système hospitalier en conséquence.

L'utilisation principale que font les hôpitaux de soins de courte durée de la DAD de l'ICIS consiste en l'établissement de cibles pour la durée du séjour et la surveillance du rendement de celle-ci. L'ICIS se sert de la DAD pour calculer une DDS prévue des patients typiques. De plus, ses rapports comparent à chaque fois la DDS réelle (DRDS) avec la durée prévue de séjour (DPDS). Le tableau suivant illustre le ratio de 1996-1997 entre la DDS réelle et la DPDS des patients typiques selon la province. La DPDS est calculée après la suppression des jours déclarés en ANS pour que la DRDS ci-utilisée dans la comparaison les exclue à son tour.

**Rendement de la DDS des cas typiques, par province, 1996**

Province	Cas hosp.	Jours d'hosp.	DRDS (incl. ANS)	DRDS (excl. ANS)	% ANS	DRDS en % de la DPDS
T.-N.-L.	58 662	296 727	5,06	5,04	0,4 %	123 %
Î.-P.-É.	13 272	69 838	5,26	5,23	0,6 %	124 %
N.-É.	97 978	500 198	5,11	5,08	0,6 %	116 %
N.-B.	99 230	479 914	4,84	4,83	0,1 %	116 %
Ont.	1 055 062	4 734 047	4,49	4,38	2,4 %	100 %
Man.	70 951	353 102	4,98	4,91	1,4 %	111 %
Sask.	117 826	519 424	4,41	4,39	0,5 %	108 %
Alb.	281 797	1 188 510	4,22	4,17	1,1 %	96 %
C.-B.	375 948	1 672 660	4,45	4,39	1,4 %	101 %
Territoires	10 415	33 354	3,20	3,18	0,5 %	99 %
<b>Total</b>	<b>2 181 141</b>	<b>9 847 774</b>	<b>4,51</b>	<b>4,44</b>	<b>1,7 %</b>	<b>102 %</b>

---

<sup>12</sup> Au début des années 1990, le système albertain de financement des soins de courte durée s'est servi du groupeur DRG (RDRG) et des pondérations améliorées des É.-U. plutôt que ceux de l'ICIS (ou du HMRI, prédécesseur de l'ICIS).

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

En 1996-1997, la durée du séjour globale réelle des cas hospitalisés typiques dans la DAD représentait 102 % de la DPDS<sup>13</sup>. Les hôpitaux en Alberta et dans les Territoires sont les seuls à afficher des durées de séjour réelles typiques plus courtes que la DPDS de la DAD. Les durées de séjour typiques dans les hôpitaux des provinces de l'Atlantique étaient au moins 16 % plus longues que la DPDS. En Ontario, la DDS était égale à la DPDS.

Lorsque le rendement de la DDS est ventilé par programme<sup>14</sup> (médecine, chirurgie, obstétrique et nouveau-nés et psychiatrie), il semble différent de la moyenne provinciale dans certains cas, particulièrement celui de la psychiatrie.

**Rendement de la DDS de cas typiques (en pourcentage de la DPDS)  
par programme, par province, 1996**

Province	Médecine	Chirurgie	Obs./Nouv.	Psychiatrie
T.-N.-L.	119 %	127 %	127 %	124 %
Î.-P.-É.	123 %	129 %	138 %	109 %
N.-É.	119 %	116 %	115 %	109 %
N.-B.	116 %	117 %	127 %	108 %
Ont.	99 %	101 %	101 %	97 %
Man.	108 %	109 %	112 %	129 %
Sask.	105 %	108 %	124 %	102 %
Alb.	98 %	93 %	92 %	105 %
C.-B.	97 %	104 %	107 %	100 %
Territoires	95 %	107 %	115 %	83 %
<b>Total</b>	<b>102 %</b>	<b>103 %</b>	<b>105 %</b>	<b>101 %</b>

Bien que le rendement de la DDS en Alberta soit inférieur à 100 % en médecine, en chirurgie et en obstétrique/nouveau-nés, il était de 105 % en psychiatrie. Le rendement de la DDS à l'Île-du-Prince-Édouard était de 109 % en psychiatrie mais au-dessus de 120 % dans les autres programmes. Ces différences peuvent désigner la différence provinciale dans la structure du système de la santé mentale (p. ex. la disponibilité de services de santé mentale tertiaires, la catégorisation des lits en santé mentale en tant que soins de courte durée, et la capacité des services communautaires).

---

<sup>13</sup> La DPDS s'appuie sur le GMA de 2000.

<sup>14</sup> Les cas ont été affectés aux programmes comme suit : 19 cas dans la CCP ont été attribués à Psychiatrie, 14/15 à Obstétrique/Nouveau-nés. Les cas restants avec une intervention chirurgicale ont été affectés à Chirurgie, le reste des autres cas à Médecine.

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

En 1996, 30 % des cas hospitalisés soumis à la DAD se trouvaient dans le GMA auquel la méthodologie de complexité ne s'appliquait pas. Le tableau suivant montre la répartition des cas restants, par niveau de complexité et province.

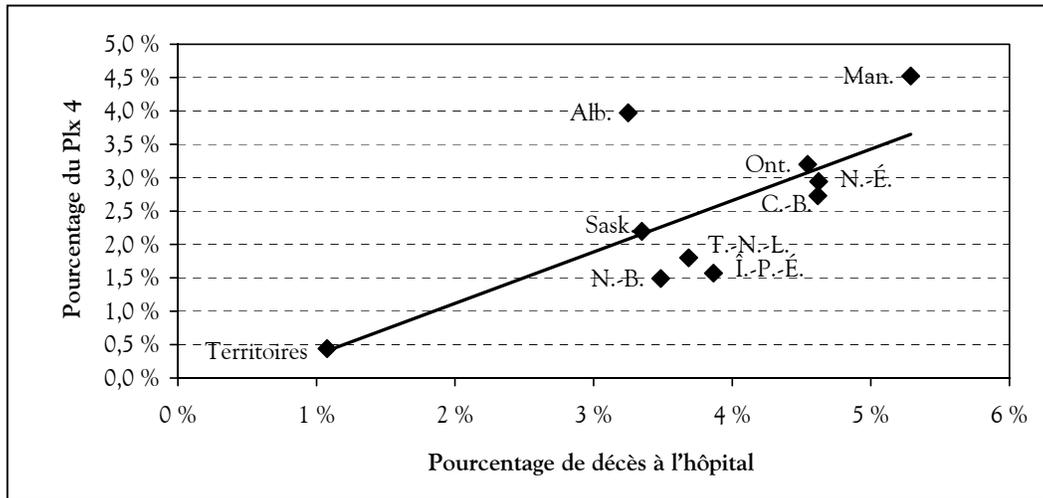
**Répartition des cas hospitalisés par degré de complexité, 1996**

Province	Total en % en Plx 9	Répartition des cas par Plx (excl. Plx 9)			
		Plx 1	Plx 2	Plx 3	Plx 4
T.-N.-L.	23,5 %	89,0 %	6,3 %	2,8 %	1,8 %
Î.-P.-É.	28,9 %	87,5 %	8,0 %	2,9 %	1,6 %
N.-É.	26,4 %	84,0 %	8,9 %	4,1 %	2,9 %
N.-B.	21,6 %	87,8 %	7,6 %	3,1 %	1,5 %
Ont.	31,4 %	81,1 %	10,7 %	5,0 %	3,2 %
Man.	35,3 %	78,6 %	11,1 %	5,7 %	4,5 %
Sask.	24,8 %	85,7 %	8,4 %	3,6 %	2,2 %
Alb.	31,8 %	79,5 %	11,0 %	5,5 %	4,0 %
C.-B.	29,6 %	83,6 %	9,3 %	4,3 %	2,7 %
Territoires	40,4 %	93,1 %	5,1 %	1,3 %	0,4 %
<b>Total</b>	<b>30,0 %</b>	<b>82,4 %</b>	<b>9,9 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>3,0 %</b>

Dans l'ensemble, en 1996, 82,4 % des cas médicaux et chirurgicaux dans la DAD ont été classés dans le niveau de complexité 1 (aucune complexité). À 4,5 %, le Manitoba a enregistré le pourcentage le plus élevé en cas médicaux et chirurgicaux dans le niveau de complexité 4 (condition qui met la vie en danger), suivi de l'Alberta avec 4,0 %.

Nous prévoyons une certaine corrélation entre le pourcentage des cas médicaux et chirurgicaux affectés au niveau de complexité 4 et le pourcentage réel des cas médicaux et chirurgicaux décédés à l'hôpital. La figure suivante compare le niveau de complexité 4 et les taux de mortalité à l'hôpital. En général, les provinces au pourcentage de patients au niveau complexité plus élevé affichent également un pourcentage de décès à l'hôpital plus élevé, exception faite de l'Alberta puisque cette province affiche le deuxième pourcentage le plus élevé de cas médicaux et chirurgicaux au niveau de complexité 4, et le deuxième pourcentage le plus bas en décès à l'hôpital.

**Pourcentage des cas médicaux et chirurgicaux au Plx 4 par rapport aux décès réels des cas médicaux et chirurgicaux, 1996**



***Conclusion des données de 1996***

En 1996-1997, avant la mise en application du degré de complexité de l'ICIS, il existait des différences évidentes entre les provinces en termes d'utilisation des établissements de soins de courte durée et de déclaration des données sur les sorties des patients à l'ICIS. Certains de ces écarts étaient attribués aux différences dans le rôle des hôpitaux de soins de courte durée et à la disponibilité d'autres types de lits hospitaliers et services de santé. D'autres écarts étaient selon toute vraisemblance attribués à la différence de mesure (p. ex. l'intégralité des données diagnostiques, l'interprétation des directives de codification). Certaines de ces variations sont inévitables. L'objectif de cette analyse et évaluation des données de la DAD, pour les années subséquentes de 1997-1998 à 2000-2001, ne consiste pas à déterminer s'il existe des écarts entre les provinces dans la déclaration des données, mais à déterminer si l'écart est assez important pour compromettre la comparabilité des données.

## Changements de 1996-1997 à 2000-2001

En plus de celles de l'exercice 1996-1997, on a analysé les données de la DAD des exercices de 1997-1998 à 2000-2001. Toutes ces données ont été groupées au moyen des GMA de 2000 (le même groupeur utilisé avec les données de 1996-1997). Lorsque les données de 1997-1998 à 2000-2001 ont été recueillies, la méthodologie de complexité a été appliquée automatiquement à tous les dossiers des patients hospitalisés en soins de courte durée, et tous les clients de l'ICIS recevaient des rapports montrant le rendement de la durée du séjour chez eux et les cas pondérés en fonction de la complexité. Le tableau suivant illustre le changement en pourcentage dans les mesures clés des soins de courte durée de 1996-1997 à 2000-2001.

Changement en pourcentage des mesures globales de la DAD par province, de 1996 à 2000

Province	Cas hosp.	Jour d'hosp.	DRDS	ANS %	RIW par cas	RIW par jour	Cas de s. amb.	S. amb. en % du total	RIW par cas de s. amb.
T.-N.-L.	-12 %	-6 %	7 %	-7 %	6 %	-1 %	12 %	16 %	-7 %
Î.-P.-É.	13 %	20 %	6 %	114 %	7 %	0 %	6 %	-4 %	-2 %
N.-É.	-11 %	0 %	12 %	157 %	14 %	2 %	25 %	21 %	8 %
N.-B.	-8 %	1 %	9 %	105 %	15 %	6 %	44 %	35 %	-8 %
Ont.	-7 %	-7 %	0 %	-5 %	12 %	11 %	18 %	14 %	2 %
Man.	-13 %	-16 %	-3 %	-56 %	-2 %	1 %	-7 %	4 %	6 %
Sask.	1 %	-2 %	-4 %	-4 %	1 %	4 %	49 %	28 %	-5 %
Alb.	1 %	15 %	13 %	52 %	11 %	-2 %	s/o	s/o	s/o
C.-B.	-8 %	2 %	10 %	118 %	11 %	1 %	10 %	11 %	5 %
Territoires	-10 %	-4 %	7 %	32 %	9 %	2 %	23 %	25 %	-1 %
<b>Total</b>	<b>-6 %</b>	<b>-2 %</b>	<b>4 %</b>	<b>17 %</b>	<b>10 %</b>	<b>5 %</b>	<b>18 %</b>	<b>15 %</b>	<b>2 %</b>

De 1996-1997 à 2000-2001, les cas des patients hospitalisés dans la DAD ont affiché une baisse de 6 %. Toutes les provinces ont enregistré une baisse à l'exception de l'Alberta et de la Saskatchewan qui ont affiché une hausse de 1 % et de l'Île-du-Prince-Édouard qui a affiché une hausse de 13 %.

### Changements dans la DDS

La durée moyenne de séjour des patients compris dans la DAD a affiché une hausse de 4 %, attribuable, dans quelques cas, à la hausse de 17 % dans la proportion de jours utilisés par les patients en ANS. Les hausses très importantes en pourcentage de jours en ANS, enregistrées dans quelques provinces (plus de 100 %), représentent probablement une déclaration plus complète des jours en ANS.

---

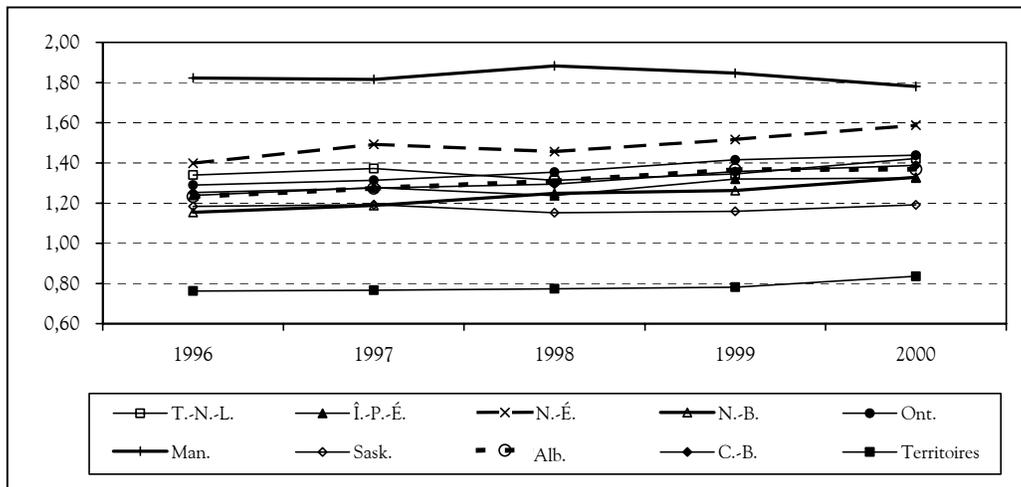
**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

La RIW moyenne par cas a augmenté dans toutes les provinces à l'exception du Manitoba, et la RIW moyenne par jour d'hospitalisation a augmenté dans toutes les provinces à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador et l'Alberta.

Le volume des interventions ambulatoires a affiché une hausse globale de 18 % dans toutes les provinces à l'exception du Manitoba. Le changement dans la RIW moyenne par intervention ambulatoire variait selon les provinces, supérieur dans certaines, inférieur dans d'autres.

Les changements dans les mesures de l'activité de 1996-1997 à 2000-2001 sont compatibles avec le modèle global de l'utilisation améliorée des lits en soins de courte durée, avec moins de cas hospitalisés, plus d'interventions ambulatoires et une durée du séjour résiduelle plus longue (avec une intensité de ressources supérieure) pour les cas qui ne sont pas transférés aux soins ambulatoires.

La figure ci-dessous illustre la tendance dans la moyenne de la RIW par cas hospitalisé.

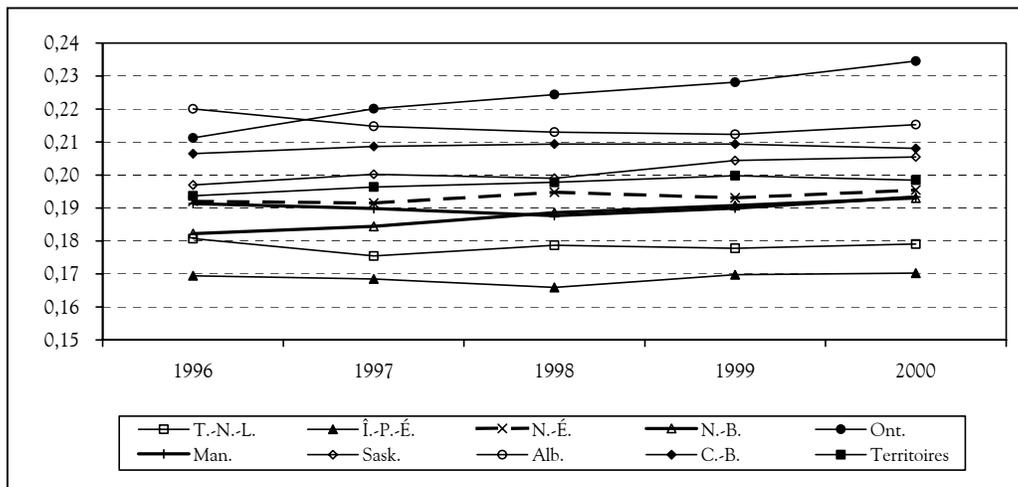
**Moyenne de la RIW par tendance des cas hospitalisés, par province, de 1996 à 2000**


À l'exception du Manitoba et de la Saskatchewan, la plupart des provinces affichent une augmentation soutenue dans la moyenne de la RIW par cas hospitalisé au cours de la période de cinq ans.

### *RIW par jour d'hospitalisation*

La figure ci-dessous montre la tendance dans la moyenne de la RIW par jour d'hospitalisation. L'Ontario se distingue avec une croissance soutenue. En effet, vers 2000-2001, la RIW en Ontario par jour d'hospitalisation est clairement supérieure à celle des autres provinces. Le Nouveau-Brunswick a également affiché une croissance soutenue, mais cette dernière est restée inférieure à celle de la plupart des autres provinces en 2000-2001. Ainsi, une perspective résultant du graphique ci-dessous indique que généralement, les changements au Nouveau-Brunswick reflètent des pratiques de codification plus globales à la différence des pratiques qui mettaient l'accent sur l'amélioration de la RIW. La section des discussions aborde cette question de façon plus exhaustive.

**Tendance de la RIW moyenne par jour d'hospitalisation, par province, de 1996 à 2000**



### *Augmentations dans les diagnostics déclarés*

Les changements dans la RIW par jour d'hospitalisation au cours de la période de cinq ans en Ontario et au Nouveau-Brunswick ont incité l'analyse des changements correspondants dans la déclaration du taux de diagnostics.

Au cours de la période de cinq années, la DAD a affiché une hausse de 13 % dans les diagnostics qui lui ont été rapportés. Toutefois, cette hausse a visé les diagnostics de type 1 (26 %) et de type 2 (46 %). Les autres diagnostics (principalement de type 3) ont chuté de 2 %.

**Changement dans les diagnostics déclarés des cas hospitalisés  
par type de diagnostic et province, de 1996 à 2000**

Province	Type 1	Type 2	Autres	Total
T.-N.-L.	-7 %	0 %	-38 %	-28 %
Î.-P.-É.	33 %	59 %	-17 %	3 %
N.-É.	0 %	-7 %	-8 %	-6 %
N.-B.	84 %	114 %	-8 %	34 %
Ont.	42 %	92 %	-5 %	22 %
Man.	-9 %	-20 %	-5 %	-7 %
Sask.	11 %	-23 %	3 %	5 %
Alb.	9 %	11 %	15 %	13 %
C.-B.	2 %	3 %	-2 %	0 %
Territoires	68 %	13 %	-17 %	18 %
<b>Total</b>	<b>26 %</b>	<b>46 %</b>	<b>-2 %</b>	<b>13 %</b>

### ***Variation par province***

Le changement dans les diagnostics déclarés n'était pas cohérent à l'échelle provinciale. Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba ont affiché une baisse dans les diagnostics déclarés alors que le Nouveau-Brunswick et l'Ontario ont affiché une hausse de plus de 20 %.

### ***Diagnostics de type 1***

Les différences sont encore plus grandes lorsqu'on examine les diagnostics selon leurs types. Les diagnostics de type 1 (comorbidité préexistante) ont affiché une hausse de 84 % au Nouveau-Brunswick, 68 % aux Territoires et 42 % en Ontario, et une baisse de 7 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 9 % au Manitoba. Les importantes hausses dans les diagnostics de type 1 doivent désigner les changements dans la codification puisqu'elles sont trop importantes pour être attribuées aux changements dans l'état de santé sous-jacent des patients hospitalisés en soins de courte durée.

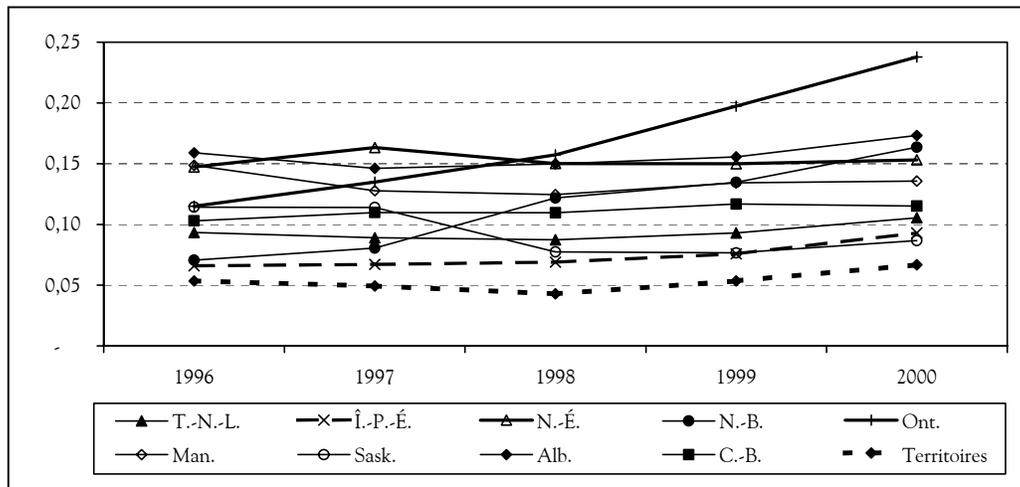
### ***Diagnostics de type 2***

Les hausses dans les diagnostics déclarés de type 2 (comorbidité post-admission) varient de réductions en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Saskatchewan, à des hausses de 114 % au Nouveau-Brunswick et de 92 % en Ontario. Ainsi, la variation reste préoccupante pour l'ICIS.

L'Alberta est la seule province où le changement dans la déclaration des diagnostics ne semble pas lié à un type de diagnostic. Dans l'ensemble des autres provinces et territoires, les diagnostics de type 1 et 2 représentaient une plus grande proportion des diagnostics déclarés en 2000-2001. En Alberta, le nombre d'autres diagnostics (secondaires) a augmenté à un taux plus rapide que celui des diagnostics de type 1 ou 2. Cette situation peut être la preuve de répercussions résiduelles de l'utilisation précédente du groupeur RDRG (plutôt que le groupeur GMA) en Alberta, qui ne s'est pas appuyée sur le typage de diagnostics pour attribuer les complications et les comorbidités.

La figure ci-dessous montre le changement dans les diagnostics déclarés de type 2 par cas hospitalisé au cours de la période de cinq ans.

**Changement dans les diagnostics déclarés de type 2 par cas hospitalisé par province, de 1996 à 2000**

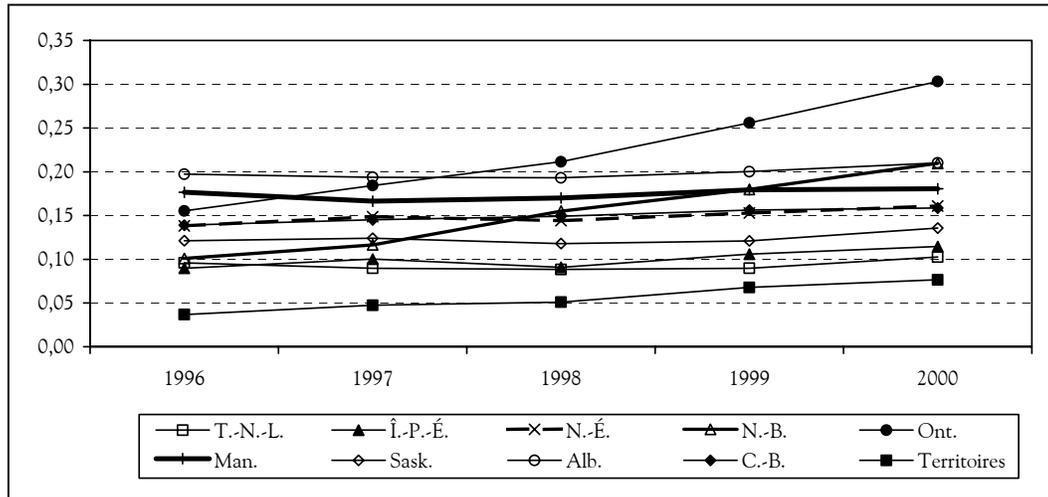


La figure montre qu'à la suite de la déclaration accrue en Ontario, le taux des diagnostics de type 2 dans cette province était substantiellement plus élevé que celui des autres provinces. Bien que le Nouveau-Brunswick ait affiché le taux de croissance le plus élevé, il est resté derrière l'Ontario et l'Alberta en 2000-2001, car il a commencé avec un faible taux de déclaration des diagnostics de type 2.

### **Liste de grade des diagnostics**

Depuis l'introduction de la méthodologie de complexité, le volume de la liste de grade des diagnostics déclarés par cas varie d'une province à l'autre. De 1996-1997 à 2000-2001, la DAD a affiché une hausse de 55 % dans la liste de grade des diagnostics déclarés par cas hospitalisé (par rapport à une hausse de 17 % concernant les diagnostics non listés). Chaque province a affiché une hausse dans la liste de grade des diagnostics. Le Nouveau-Brunswick et les Territoires ont affiché une hausse de 108 % et l'Ontario de 95 %.

### Changement dans la liste de grade des diagnostics déclarés par cas hospitalisé



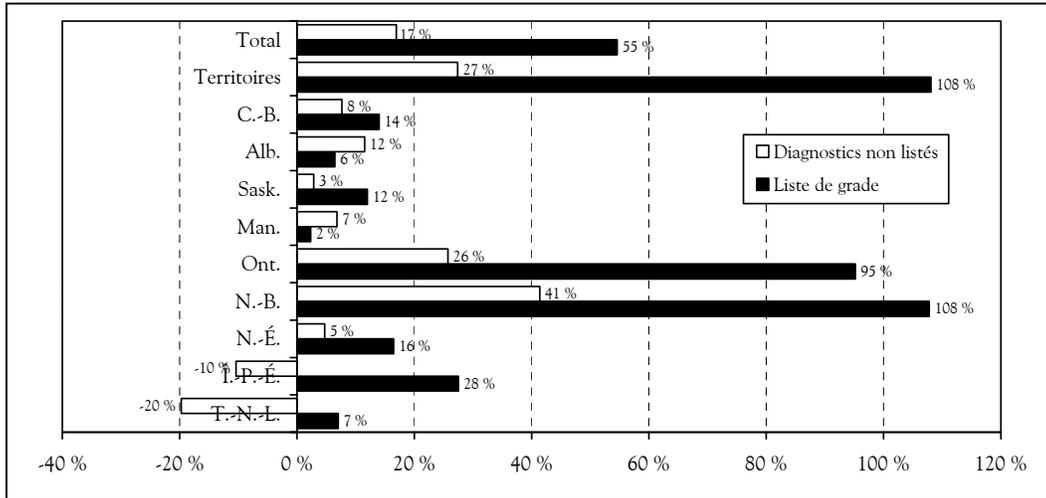
Encore une fois, en 2000-2001, la hausse dans la liste de grade des diagnostics laisse l'Ontario avec un taux beaucoup plus élevé qu'ailleurs. Le taux au Nouveau-Brunswick était similaire à celui de l'Alberta. En dépit de la hausse de plus de 100 % dans la liste de grade des diagnostics dans les Territoires, le taux de 2000-2001 reste inférieur à celui des autres provinces.

Le tableau suivant compare la hausse dans la liste de grade des diagnostics avec celle des diagnostics non listés. À l'exception de l'Alberta, toutes les provinces ont affiché une hausse plus élevée dans la liste de grade des diagnostics que celle des diagnostics non listés. La déclaration de ces derniers a chuté à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador.

### ***Le personnel des archives médicales vise les diagnostics les plus significatifs***

Ces résultats appuient la rétroaction anecdotale du personnel des archives médicales, selon laquelle le manque de disponibilité d'un personnel de codification suffisant a mené les départements des archives médicales à mettre l'accent sur la codification et la déclaration des diagnostics les plus significatifs qui ont des incidences sur l'attribution de la RIW (p. ex. liste de grade des diagnostics de type 1 et 2).

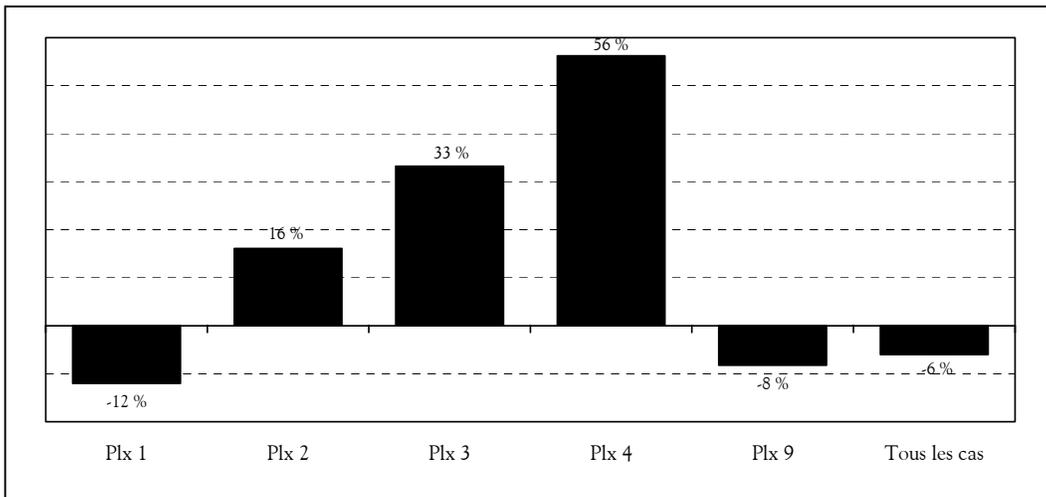
### Changement dans les diagnostics de la liste de grade et les diagnostics non listés par cas, de 1996 à 2000



### Répartition des cas par complexité

L'accent sur la déclaration de la liste de grade des diagnostics a eu une incidence sur la répartition des cas par niveau de complexité.

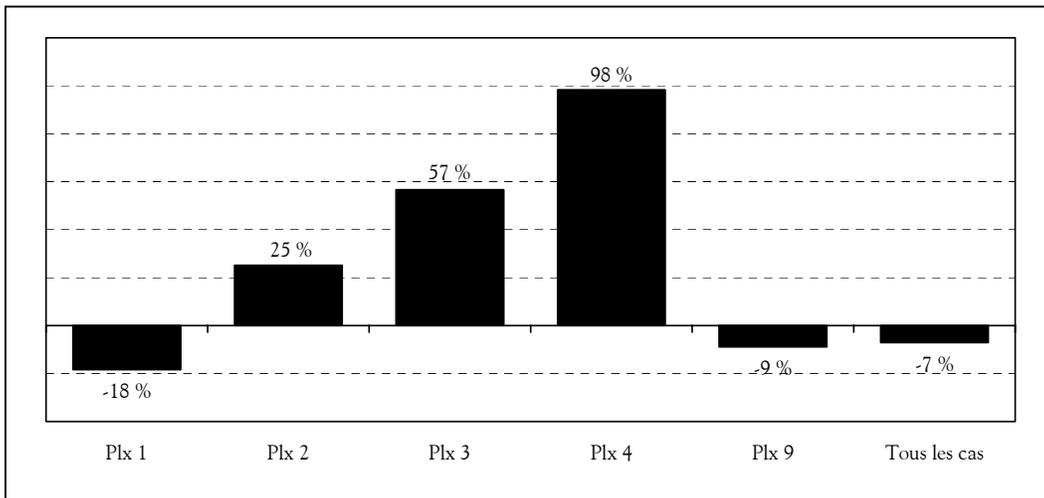
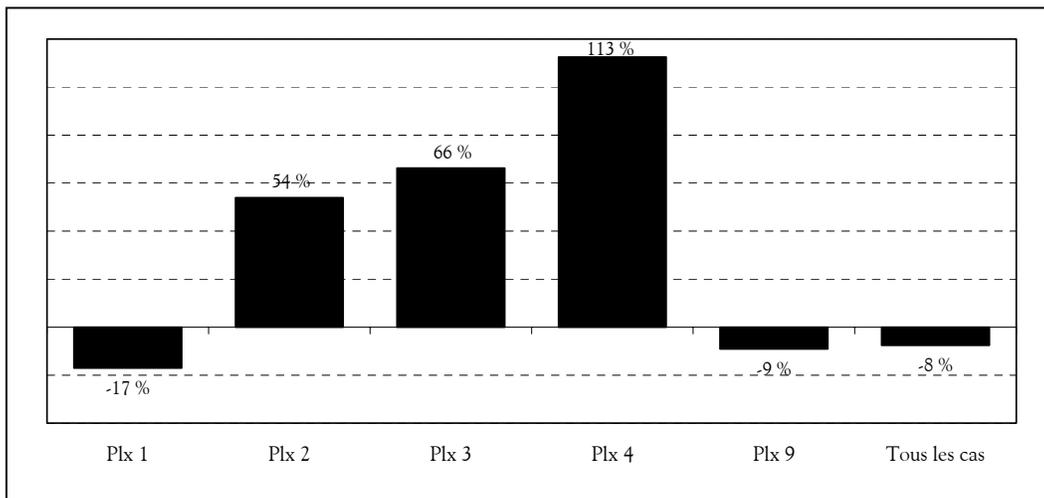
### Répartition en pourcentage des cas hospitalisés dans la DAD par complexité, de 1996 à 2000



De 1996-1997 à 2000-2001, la DAD a affiché une baisse de 6 % dans les cas hospitalisés, et de 8 % dans les cas au niveau de complexité 9. Les cas au niveau de complexité 1 ont baissé de 12 %, alors que le volume des cas aux niveaux de complexité plus élevés a augmenté.

## VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)

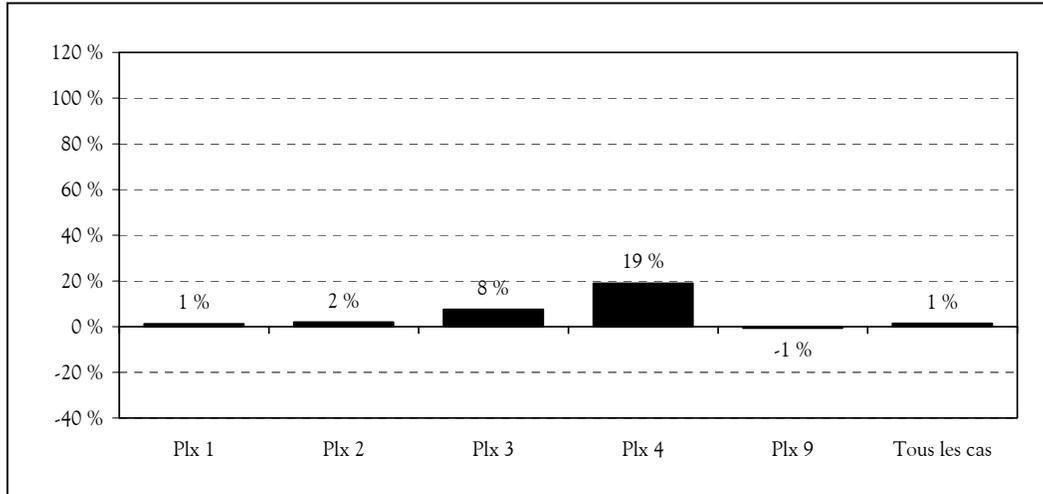
La tendance globale de la DAD concernant l'Ontario et le Nouveau-Brunswick est répliquée avec en différence des baisses plus importantes dans les cas au niveau de complexité 1, et des hausses plus importantes dans les cas au niveau de complexité 2, 3 et 4.

**Changement en pourcentage dans les cas hospitalisés en Ontario, par complexité, de 1996 à 2000****Changement en pourcentage dans les cas hospitalisés au Nouveau-Brunswick, par complexité, de 1996 à 2000**

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

À l’opposé, l’Alberta a affiché une légère croissance dans les cas au niveau de complexité 1 et de faibles baisses dans les cas aux niveaux de complexité 2, 3 et 4.

**Changement en pourcentage dans les cas hospitalisés en Alberta, par complexité, de 1996 à 2000**

***Corrélation entre le niveau 4 et la mortalité***

Si la croissance de 56 % dans les cas au niveau de complexité 4 (maladie qui met la vie en danger) est purement attribuable à une complexité plus élevée des patients, nous devrions prévoir une hausse corrélative dans le nombre réel de décès à l’hôpital.

**Changement en pourcentage dans les décès à l’hôpital et les cas au Plx 4, par province, de 1996 à 2000**

Province	Décès à l’hôpital	Cas au Plx 4
T.-N.-L.	3 %	-5 %
Î.-P.-É.	33 %	36 %
N.-É.	1 %	5 %
N.-B.	4 %	113 %
Ont.	-2 %	98 %
Man.	-10 %	-4 %
Sask.	11 %	14 %
Alb.	9 %	19 %
C.-B.	1 %	8 %
Territoires	58 %	110 %
<b>Total</b>	<b>1 %</b>	<b>56 %</b>

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

Toutefois, la hausse de 56 % dans les cas au niveau de complexité 4 était accompagnée d'une hausse de 1 % seulement dans les décès à l'hôpital. En Ontario, la même période affichant une hausse de 98 % dans les cas au niveau de complexité 4, a enregistré une réduction de 2 % du nombre réel de décès à l'hôpital. Bien qu'il y ait eu une baisse de 5 % dans les cas au niveau de complexité 4 à Terre-Neuve-et-Labrador, il y a eu une hausse de 3 % dans les décès à l'hôpital.

**Changement en pourcentage dans les décès à l'hôpital et les cas au Plx 4, par groupe de patients, par province, de 1996 à 2000**

Province	Médecine		Chirurgie		Autres décès
	Décès	Plx 4	Décès	Plx 4	
T.-N.-L.	5 %	4 %	-5 %	-10 %	-16 %
Î.-P.-É.	39 %	63 %	-3 %	7 %	9 %
N.-É.	2 %	12 %	-1 %	-1 %	7 %
N.-B.	5 %	154 %	1 %	69 %	-10 %
Ont.	-2 %	124 %	-2 %	71 %	-18 %
Man.	-10 %	4 %	-11 %	-10 %	-39 %
Sask.	13 %	28 %	0 %	0 %	-29 %
Alb.	10 %	29 %	7 %	10 %	14 %
C.-B.	0 %	12 %	2 %	4 %	-2 %
Territoires	51 %	219 %	300 %	-7 %	-60 %
<b>Total</b>	<b>1 %</b>	<b>76 %</b>	<b>0 %</b>	<b>37 %</b>	<b>-12 %</b>

En Ontario particulièrement, le changement dans les cas au niveau de complexité 4 n'a pas rapport avec le changement réel dans les décès à l'hôpital. Cette situation donne à penser que les changements dans les données de la DAD fournies par les hôpitaux ontariens sont plus attribuables aux changements dans les pratiques de codification et de déclaration plutôt qu'aux changements dans les patients hospitalisés en soins de courte durée de la province.

## Comparaisons pour 2000-2001

Le présent chapitre illustre la répartition résultante des données de la DAD au cours de l'exercice 2000-2001, et répète plusieurs des comparaisons faites auparavant en 1996-1997.

### Données de 2000 de la DAD par province

Province	Cas hosp.	Jours d'hosp.	DPDS	% ANS	RIW par cas	RIW par jour	Cas en soins amb.	Soins amb. en % du total	RIW par cas en soins amb.
T.-N.-L.	64 142	509 608	7,94	4,0 %	1,42	0,179	46 034	41,8 %	0,179
Î.-P.-É.	18 459	143 681	7,78	4,3 %	1,32	0,170	9 674	34,4 %	0,169
N.-É.	107 228	870 763	8,12	8,1 %	1,59	0,195	96 948	47,5 %	0,191
N.-B.	109 963	756 875	6,88	1,2 %	1,33	0,193	67 003	37,9 %	0,177
Ont.	1 136 183	6 966 650	6,13	9,1 %	1,44	0,234	1 135 556	50,0 %	0,181
Man.	76 389	702 643	9,20	6,4 %	1,78	0,193	64 341	45,7 %	0,201
Sask.	146 497	848 390	5,79	2,6 %	1,19	0,205	100 345	40,7 %	0,182
Alb.	336 916	2 140 956	6,35	6,0 %	1,37	0,215	s/o	s/o	s/o
C.-B.	419 088	2 792 841	6,66	15,1 %	1,39	0,208	287 476	40,7 %	0,208
Territoires	10 647	44 776	4,21	2,4 %	0,83	0,198	5 099	32,4 %	0,191
<b>Total</b>	<b>2 425 512</b>	<b>15 777 183</b>	<b>6,50</b>	<b>8,6 %</b>	<b>1,41</b>	<b>0,217</b>	<b>1 812 476</b>	<b>42,8 %</b>	<b>0,186</b>

En 2000-2001, les hôpitaux ontariens soumettaient encore 47 % de cas hospitalisés et 63 % de cas d'interventions ambulatoires (les cas d'interventions ambulatoires en Alberta ont été exclus). Comparativement au reste du Canada, la durée moyenne de séjour demeure plus longue dans les provinces de l'Atlantique (bien que la déclaration inconsistante au Nouveau-Brunswick puisse expliquer cette situation).

Les hôpitaux de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard déclarent la plus faible RIW par jour et l'Ontario la plus élevée par jour.

Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario ont affiché les taux les plus élevés en diagnostics de type 1 par cas hospitalisé, plus que le double des taux à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard.

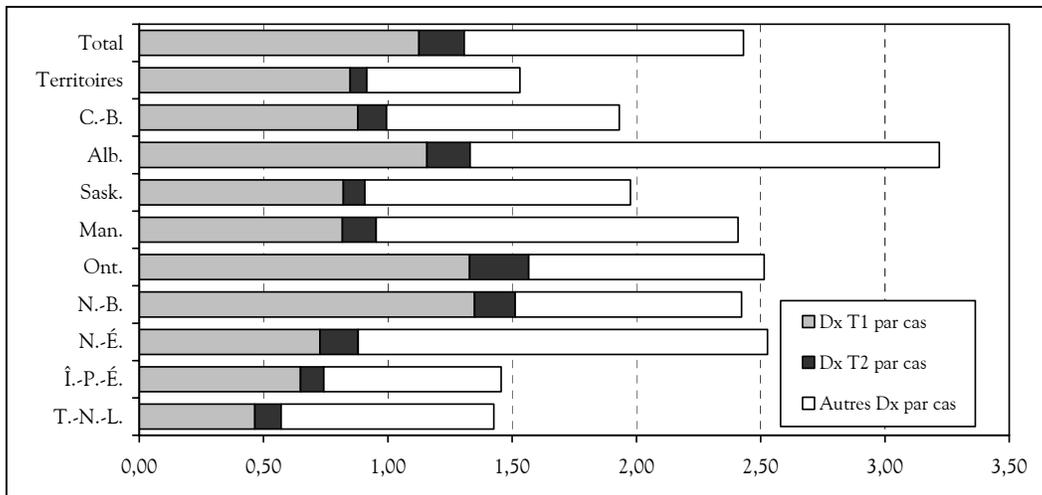
L'Ontario a affiché le taux le plus élevé de diagnostics de type 2 par cas hospitalisé, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan ont affiché le plus bas.

L'Alberta, suivie de la Nouvelle-Écosse, a affiché le taux le plus élevé de déclaration d'autres diagnostics (secondaires). Les taux des autres diagnostics sont au-dessous de la moyenne de la DAD au Nouveau-Brunswick et en Ontario, et les plus bas à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard. La déclaration inconsistante et la propension à enregistrer des types de diagnostics dans une province par rapport à une autre constituent une question préoccupante pour l'ICIS. Au cours de nos visites provinciales qui ont eu lieu au printemps de 2003, nous avons relevé ces inconsistances pour qu'elles fassent l'objet d'examen à l'avenir, car ces pratiques contribuent aux variations des données.

Diagnostiques par cas hospitalisé, par type de diagnostics et province, 2000

Province	Dx T1 par cas	Dx T2 par cas	Autres Dx par cas	Total Dx par cas
T.-N.-L.	0,46	0,11	0,86	1,43
Î.-P.-É.	0,65	0,09	0,71	1,46
N.-É.	0,73	0,15	1,65	2,53
N.-B.	1,35	0,16	0,91	2,42
Ont.	1,33	0,24	0,95	2,51
Man.	0,82	0,14	1,46	2,41
Sask.	0,82	0,09	1,07	1,98
Alb.	1,16	0,17	1,89	3,22
C.-B.	0,88	0,12	0,94	1,93
Territoires	0,85	0,07	0,62	1,53
<b>Total</b>	<b>1,12</b>	<b>0,18</b>	<b>1,12</b>	<b>2,43</b>

Moyenne des diagnostics par cas hospitalisé, par province, 2000



### Liste de grade des diagnostics

L'Ontario a affiché le taux le plus élevé de la liste de grade des diagnostics, trois fois plus que le taux de Terre-Neuve-et-Labrador. Le ratio global des diagnostics non listés a diminué de 12,5 en 1996-1997 à 9,4 en 2000-2001.

Ratio entre les diagnostics non listés et la liste de grade des diagnostics, 2000\*

Province	Liste de grade des Dx par cas	Dx non listés par cas	Ratio des Dx non listés à la liste de grade
T.-N.-L.	0,10	1,32	12,9
Î.-P.-É.	0,11	1,34	11,7
N.-É.	0,16	2,37	14,7
N.-B.	0,21	2,21	10,6
Ont.	0,30	2,21	7,3
Man.	0,18	2,23	12,3
Sask.	0,14	1,84	13,6
Alb.	0,21	3,01	14,3
C.-B.	0,16	1,77	11,2
Territoires	0,08	1,45	19,0
<b>Total</b>	<b>0,23</b>	<b>2,20</b>	<b>9,4</b>

\* Veuillez noter que les chiffres ont été arrondis à des fins de présentation.

En 2000-2001, la DDS réelle comprise dans la DAD était de 96 % de la DPDS.

Rendement de la DDS des cas typiques par province, 2000

Province	Cas hospitalisés	Jours d'hospitalisés	DRDS (incl. ANS)	DRDS (excl. ANS)	% ANS	DRDS en % de la DPDS
T.-N.-L.	51 974	275 852	5,31	5,27	0,6 %	119 %
Î.-P.-É.	14 609	75 569	5,17	5,14	0,6 %	118 %
N.-É.	85 608	434 238	5,07	5,02	1,0 %	109 %
N.-B.	90 830	470 613	5,18	5,17	0,3 %	110 %
Ont.	985 014	4 625 022	4,70	4,53	3,5 %	90 %
Man.	63 318	349 968	5,53	5,44	1,6 %	112 %
Sask.	117 074	508 402	4,34	4,32	0,6 %	101 %
Alb.	277 741	1 229 088	4,43	4,35	1,6 %	98 %
C.-B.	341 246	1 542 255	4,52	4,37	3,3 %	95 %
Territoires	9 107	30 047	3,30	3,27	0,8 %	95 %
<b>Total</b>	<b>2 036 521</b>	<b>9 541 054</b>	<b>4,68</b>	<b>4,56</b>	<b>2,6 %</b>	<b>96 %</b>

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

La DDS typique réelle en Ontario est allée de 100 % de la DPDS en 1996-1997 à 90 % en 2000-2001. En Ontario, le total des DDS (en fonction de tous les cas) était inférieur à celui de toutes les autres provinces à l'exception de la Saskatchewan. Une fois les jours en ANS supprimés, la DMDS concernant tous les cas en Ontario est la plus basse (5,57 jours), juste au-dessous de la Saskatchewan (5,64 jours) et la Colombie-Britannique (5,65 jours). Cela donne à penser que le rendement exceptionnel de la DDS des cas typiques en Ontario (90 % de la DPDS) n'est pas juste un résultat des taux élevés de déclaration de la liste de grade des diagnostics (et de ce fait, l'affectation d'une complexité plus élevée et une estimation plus élevée de la DPDS), il reflète en réalité les durées plus courtes dans les hôpitaux de soins de courte durée en Ontario.

Les durées de séjour réelles en Alberta et en Colombie-Britannique étaient également au-dessous de la DPDS figurant dans la DAD.

En médecine et en chirurgie (programmes auxquelles on applique la méthodologie de complexité), la durée du séjour réelle en Ontario est inférieure à 90 % de la DPDS. Le rendement de la durée du séjour des cas typiques est le plus faible à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard (au taux de déclaration le plus faible en matière de liste de grade des diagnostics).

**Rendement de la durée du séjour des cas typiques (en pourcentage de la DPDS),  
par programme et province, 2000**

Province	Médecine	Chirurgie	Obs./Nouv.	Psych.
T.-N.-L.	113 %	122 %	123 %	131 %
Î.-P.-É.	120 %	119 %	132 %	100 %
N.-É.	113 %	103 %	114 %	103 %
N.-B.	111 %	108 %	117 %	100 %
Ont.	89 %	87 %	99 %	92 %
Man.	113 %	107 %	108 %	130 %
Sask.	98 %	104 %	115 %	95 %
Alb.	98 %	96 %	91 %	112 %
C.-B.	93 %	96 %	100 %	97 %
Territoires	92 %	98 %	108 %	84 %
<b>Total</b>	<b>95 %</b>	<b>93 %</b>	<b>101 %</b>	<b>99 %</b>

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

En conséquence des changements dans les taux déclarés de la liste de grade des diagnostics de type 1 et 2 en Ontario, cette province a affiché le plus faible pourcentage de cas médicaux et chirurgicaux hospitalisés au niveau de complexité 1, et le pourcentage le plus élevé dans le niveau de complexité 4.

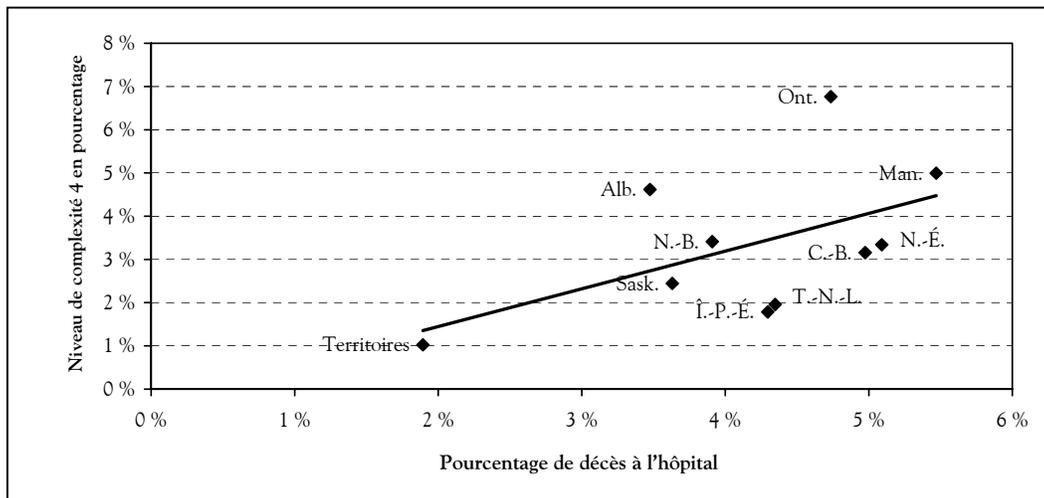
Terre-Neuve-et-Labrador a affiché le pourcentage le plus élevé de cas médicaux et chirurgicaux au niveau de complexité 1 et le plus bas au niveau de complexité 4.

**Répartition des cas hospitalisés par niveau de complexité, 2000**

Province	% du total en Plx 9	Répartition de cas par Plx (excl. Plx 9)			
		Plx 1	Plx 2	Plx 3	Plx 4
T.-N.-L.	24,0 %	87,4 %	7,5 %	3,1 %	2,0 %
Î.-P.-É.	24,7 %	85,1 %	9,4 %	3,7 %	1,8 %
N.-É.	24,0 %	82,4 %	9,7 %	4,6 %	3,3 %
N.-B.	21,2 %	78,4 %	12,5 %	5,6 %	3,4 %
Ont.	30,8 %	70,6 %	14,2 %	8,4 %	6,8 %
Man.	35,6 %	77,3 %	11,7 %	6,0 %	5,0 %
Sask.	23,6 %	84,2 %	9,2 %	4,1 %	2,4 %
Alb.	31,2 %	78,6 %	11,0 %	5,8 %	4,6 %
C.-B.	28,8 %	81,8 %	10,2 %	4,8 %	3,2 %
Territoires	40,5 %	86,7 %	9,3 %	2,9 %	1,0 %
<b>Total</b>	<b>29,3 %</b>	<b>76,3 %</b>	<b>12,1 %</b>	<b>6,5 %</b>	<b>5,0 %</b>

En 1996-1997, l'Alberta était la seule province dont le pourcentage de cas au niveau de complexité 4 était beaucoup plus élevé que le pourcentage réel des décès à l'hôpital. En 2000-2001, l'Ontario semble également faire cas.

### Comparaison du pourcentage des cas médicaux et chirurgicaux au Plx 4 par rapport au nombre réel de décès à l'hôpital des cas médicaux et chirurgicaux, 2000



### Conclusion des données de 2000

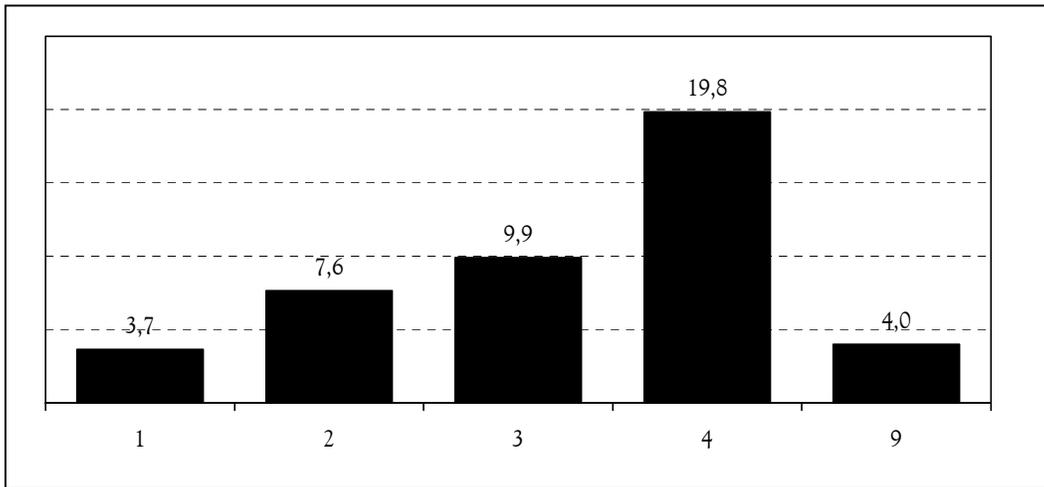
Depuis 1996-1997, le volume de la liste de grade des diagnostics déclarés par les hôpitaux en Ontario et au Nouveau-Brunswick a connu des hausses soutenues. Comme les taux initiaux de déclaration étaient relativement bas au Nouveau-Brunswick, ses données de 2000-2001 restent comparables avec celles des autres provinces représentées dans la DAD. Il s'agit d'un point important, car la nature de cette analyse a mis l'accent sur les augmentations au fil d'une période précise, ce qui a fait ressortir le Nouveau-Brunswick qui a affiché une augmentation exagérée au cours de cette période. Tandis que la variation constitue une question préoccupante pour l'ICIS, qui doit être soulevée pour maintenir la comparabilité, les augmentations dans les déclarations du Nouveau-Brunswick n'ont fait que placer ce dernier à des niveaux similaires à celui des autres provinces.

### L'Ontario est devenu un cas marginal

On ne peut dire de même pour l'Ontario. En effet, les hausses qu'il a connues en ont fait un cas en termes de volume de la liste de grade des diagnostics et d'incidence sur la répartition des cas par complexité, cas pondérés et rendement de la DDS. La prochaine section de ce rapport examine les données de la DAD concernant l'Ontario, car en comprenant les changements qui s'y sont déroulés et les facteurs qui les ont causés, l'ICIS sera en mesure de développer de meilleures méthodologies pour assurer la comparabilité des données de la DAD entre les provinces et les hôpitaux.

Malgré les changements dans les données de la DAD, la méthodologie de complexité continue à distinguer effectivement les cas hospitalisés selon la durée du séjour si elle est appliquée dans la base de données. Toutefois, la durée moyenne de séjour des cas au niveau de complexité 1 a augmenté de 0,1 jour, a baissé de 0,6 jour au niveau de complexité 2, de 1,0 jour au niveau de complexité 3 et de 2,9 jours au niveau de complexité 4.

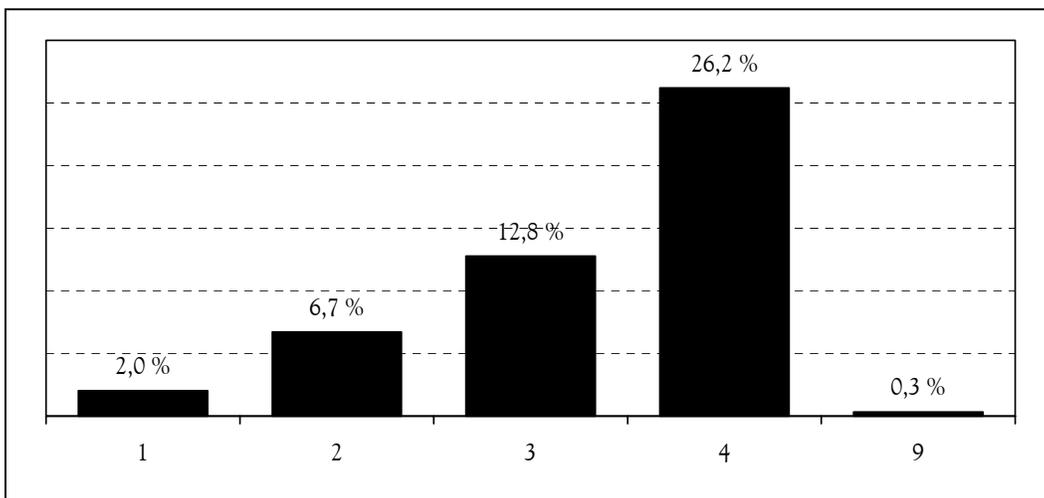
**Durée moyenne de séjour des patients typiques dans la DAD, par niveau de complexité attribué, 2000**



Bien que les niveaux de complexité montrent toujours différentes caractéristiques dans la durée du séjour, les différences ont été légèrement réduites.

On remarque des caractéristiques similaires lorsqu'on observe la mortalité à l'hôpital de 2000-2001 par niveau de complexité. La mortalité réelle à l'hôpital des cas au niveau de complexité 4 a baissé de 31,3 % en 1996-1997 à 26,2 % en 2000-2001.

**Pourcentage moyen de la mortalité à l'hôpital dans la DAD, par niveau de complexité, 2000**



# Comprendre les changements en Ontario

## Accent sur l'Ontario

### *Raisons de l'accent sur les données de l'Ontario*

Au cours de ce projet, une grande partie de l'analyse a mis l'accent sur les données de l'Ontario dans la DAD. Les raisons étant les suivantes :

- Les comparaisons initiales des changements dans les données de la DAD ont montré les plus grands changements au Nouveau-Brunswick et en Ontario. Toutefois, même avec les changements, les données du Nouveau-Brunswick ne pouvaient pas faire cas à l'opposé de l'Ontario qui l'est à plusieurs égards.
- Environ la moitié des dossiers de la DAD provient de l'Ontario. Toute meilleure compréhension des changements dans les données de l'Ontario aidera à évaluer la validité et la comparabilité de toute la DAD.
- Selon les résultats de l'étude de deux ans de la nouvelle saisie réalisée par l'ICIS, quelques hôpitaux ontariens inclus dans l'échantillon ont affiché des taux au-dessus de la moyenne dans les divergences diagnostiques.
- Parallèlement à ce projet, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le *Joint Policy and Planning Committee* ont mis sur pied un groupe de travail pour évaluer les conséquences de la variation de codification des données de la DAD et des pratiques de déclaration sur la comparabilité des mesures des cas pondérés à des fins de financement. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a exprimé auparavant son engagement pour une utilisation accrue des données de l'ICIS afin d'appuyer le financement des hôpitaux.

### *Ensemble de données de six années de l'Ontario*

Pour appuyer l'analyse détaillée des données de la DAD propres à l'Ontario, nous avons analysé les données sur les patients hospitalisés dans les hôpitaux ontariens de soins de courte durée de 1996-1997 à 2001-2002 (six années de données, une année de plus par rapport aux analyses figurant dans les chapitres précédents). Toutes les données ont été attribuées à un organisme hospitalier en fonction de la gestion et de la propriété du site à l'exercice 2001-2002.

Les données étaient également disponibles par programme principal (médecine, chirurgie, psychiatrie, maternité et nouveau-né).

Le tableau suivant montre le changement, sur la période de six années, dans les données de la DAD de l'Ontario.

**Changements dans les mesures d'activité de la DAD en Ontario,  
de 1996-1997 à 2001-2002 (six ans)**

Mesure d'activité	Niveaux de complexité attribués		Complexité non applicable			Total
	Médecine	Chirurgie	Psychiatrie	Maternité	Nouveau-né	
Cas d'hospitalisation	-6,7 %	-6,3 %	-3,1 %	-8,0 %	-4,9 %	-6,5 %
RIW moyenne par cas	14,2 %	20,6 %	0,6 %	4,7 %	3,7 %	14,3 %
RIW par jour	13,6 %	19,2 %	5,7 %	4,3 %	3,8 %	14,1 %
Cas au Plx 1	-24,2 %	-22,0 %				-23,4 %
Cas au Plx 2	29,6 %	50,9 %				35,8 %
Cas au Plx 3	84,2 %	76,9 %				81,7 %
Cas au Plx 4	177,5 %	102,9 %				140,9 %
Décès	-1,6 %	-3,7 %	-8,1 %	-50,0 %	-4,0 %	-2,3 %
Cas au Plx 9			-3,1 %	-8,0 %	-4,9 %	-6,2 %
Total de Dx par cas	40,8 %	52,6 %	29,0 %	30,5 %	36,5 %	41,8 %
Dx de type 1 par cas	78,2 %	67,9 %	54,4 %	50,3 %	46,4 %	69,1 %
Dx de type 2 par cas	163,7 %	155,7 %	89,6 %	49,2 %	110,6 %	150,4 %
Dx de type 3 par cas	-10,5 %	-1,5 %	-18,9 %	8,1 %	-22,6 %	-6,5 %
Liste de grade des Dx par cas	66,0 %	93,0 %	38,5 %	47,6 %	43,0 %	72,6 %
Dx non listés par cas	25,8 %	28,2 %	26,3 %	30,1 %	35,7 %	27,4 %

***Les plus grands changements sont liés à la méthodologie de complexité***

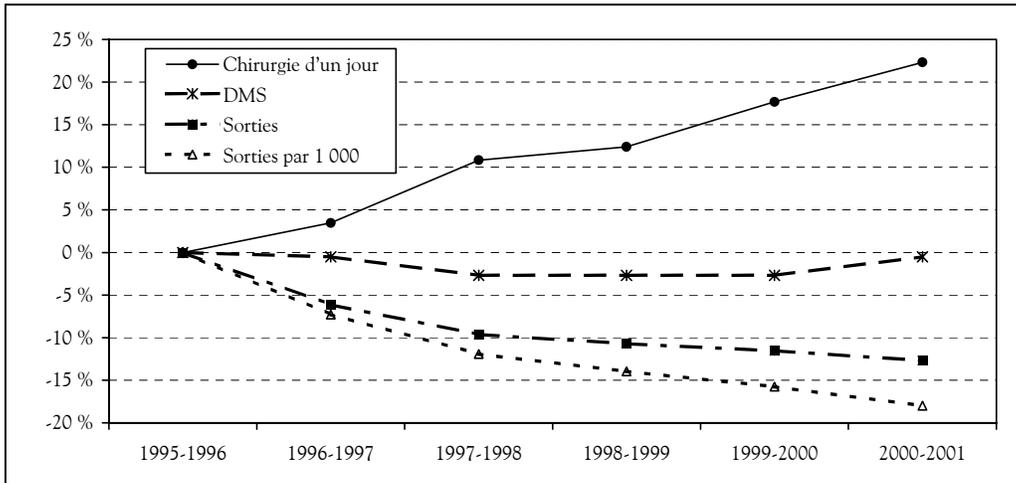
Les comparaisons de six ans des tendances des données de la DAD de l'Ontario montrent que les changements dans les données de cette province ont été les plus importants dans les programmes de médecine et de chirurgie auxquels a été appliquée la méthodologie de complexité, et dans les diagnostics comorbides et la liste de grade.

***Hausse dans la complexité des patients hospitalisés en Ontario***

Selon toute probabilité, la complexité réelle des patients hospitalisés en soins de courte durée en Ontario a augmenté depuis 1995-1996. Les hôpitaux ontariens ont connu des réductions financières au cours de la moitié des années 1990, suivies d'une restructuration par la Commission de restructuration des services de santé, situation qui a réduit le nombre de lits disponibles. En même temps, les hausses dans les interventions ambulatoires ont enlevé quelques patients dont l'intervention chirurgicale est la moins complexe des soins aux patients hospitalisés, situation qui a laissé une complexité moyenne plus élevée chez les patients demeurant hospitalisés.

La figure suivante montre les changements dans les soins de courte durée en Ontario de 1995-1996 à 2000-2001.

**Changement en pourcentage dans les soins de courte durée en Ontario, de 1995-1996 à 2000-2001**



La baisse dans les sorties des soins de courte durée et les sorties par 1 000 habitants avec la hausse dans les chirurgies d'un jour, ainsi que la durée du séjour récemment en hausse, appuient l'hypothèse selon laquelle les lits en soins de courte durée en Ontario sont de plus en plus utilisés par les patients aux diagnostics plus complexes.

***La complexité accrue réelle des patients insusceptible de représenter tous les changements dans les données***

Cela dit, le niveau de changement dans les données de l'Ontario (une hausse de 180 % chez les patients en médecine souffrant d'une maladie qui met la vie en danger, de 156 % chez les patients en chirurgie aux comorbidités après l'admission, une réduction de 23 % chez les patients hospitalisés sans complexité) est trop important pour être expliqué purement selon les virements de l'hospitalisation aux soins ambulatoires.

***Le virement vers les soins ambulatoires a eu lieu dans d'autres provinces aussi***

Le tableau suivant montre que le virement vers les soins ambulatoires ne s'est pas limité à l'Ontario seulement. En moyenne, les autres provinces figurant dans la DAD ont diminué le volume de leurs patients hospitalisés, et ont augmenté celui des interventions ambulatoires à des taux presque similaires à ceux de l'Ontario.

Changement en cinq ans dans le volume des hospitalisations et des interventions ambulatoires en Ontario et au reste du Canada<sup>15</sup>

Province	Exercice	Hosp.	Int. amb.	Total	% int. amb.
Ontario	1996-1997	1 220 944	960 622	2 181 566	44,0 %
	1997-1998	1 176 853	1 028 880	2 205 733	46,6 %
	1998-1999	1 161 740	1 043 470	2 205 210	47,3 %
	1999-2000	1 150 646	1 092 415	2 243 061	48,7 %
	2000-2001	1 134 728	1 135 556	2 270 284	50,0 %
	Chang. %	-7,1 %	18,2 %	4,1 %	13,6 %
Reste du Canada (excl. Alberta)	1996-1997	1 032 810	577 114	1 609 924	35,8 %
	1997-1998	1 021 081	607 157	1 628 238	37,3 %
	1998-1999	1 021 088	640 902	1 661 990	38,6 %
	1999-2000	997 315	665 938	1 663 253	40,0 %
	2000-2001	954 538	676 920	1 631 458	41,5 %
	Chang. %	-7,6 %	17,3 %	1,3 %	15,7 %

Nous avons été incapables d'identifier d'autres changements dans le système hospitalier ou la santé de la population, qui pourraient expliquer les changements dans les données de la DAD de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick et auraient beaucoup moins de répercussions dans les autres provinces. Donc, l'hypothèse qui reste est que les changements dans les données de la DAD de l'Ontario étaient attribuables, selon toute vraisemblance, aux changements dans la codification et les pratiques de déclaration, non au changement dans les patients en soins de courte durée.

### ***Analyse des données hospitalières en Ontario***

Pour tester cette hypothèse, on a réalisé une série d'analyses au moyen des données hospitalières. Si les données de la DAD variaient entre les hôpitaux ontariens, de façon à ce qu'une sous-série ait causé les grands changements observés au niveau agrégé, et s'il n'y avait pas de changements soudains évidents dans la variation des programmes ou la population servie par ces hôpitaux, alors le changement peut être attribué à la codification optimisée.

### ***Accent sur les données affectant la complexité***

Les analyses ont mis l'accent sur les éléments de données à la plus grande incidence sur l'attribution du niveau de complexité (et les cas pondérés connexes) : le typage des diagnostics (diagnostics comorbides) et la liste de grade des diagnostics.

<sup>15</sup> Les données de l'Alberta ont été exclues en raison du manque de déclaration des données sur les interventions ambulatoires à la DAD. Les données sur les sorties du Québec ne sont pas comprises dans la DAD.

## Typage des diagnostics en Ontario

Les premières analyses de l'ensemble de données sur les hôpitaux ontariens, réalisées sur une période de six ans, se sont penchées sur le typage des diagnostics et le nombre moyen de diagnostics déclarés par cas. Les données sur les hôpitaux ontariens ont été séparées selon leur type :

### Groupes d'hôpitaux semblables

- Petits — moins de 2 000 cas pondérés hospitalisés en 2001-2002
- Moyens — plus de 2 000 mais moins de 15 000 cas pondérés hospitalisés
- Grands — plus de 15 000 cas pondérés hospitalisés
- D'enseignement — membres du *Ontario Council of Teaching Hospitals*

### *Déclaration des diagnostics de type 1 et 2*

Le tableau suivant montre que les hausses dans les taux de déclaration des diagnostics de type 1 et 2 étaient supérieures dans les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires.

Changement de 1996-1997 à 2000-2001 dans les diagnostics en Ontario par cas hospitalisé, par type de diagnostic et d'hôpital

	Type d'hôpital	Petits	Moyens	Grands	D'enseignement
Diagnostics par cas	Type 1	25 %	44 %	72 %	91 %
	Type 2	65 %	98 %	130 %	195 %
	Type 1 et 2	27 %	49 %	78 %	107 %
	Type 3	-6 %	-2 %	-9 %	-5 %
	Total	14 %	27 %	40 %	58 %

### *Une hausse peut désigner un plus grand accent sur la mesure au moyen des données de la DAD*

Depuis la fin des années 1990, les grands hôpitaux urbains en Ontario ont mis au point des fonctions améliorées d'aide à la décision et tenté de mettre plus d'accent sur le processus décisionnel fondé sur les données et le rendement. Ces hôpitaux ont été également plus en mesure de recruter les codificateurs et les analystes des dossiers médicaux que les hôpitaux dans les collectivités plus petites et rurales, ce qui peut constituer des facteurs contributifs à leur importante hausse dans l'intégralité de la déclaration des diagnostics soumis à la DAD.

### *Variation au sein des groupes d'hôpitaux d'enseignement semblables*

Toutefois, même au sein d'un groupe d'hôpitaux semblables, le changement dans la codification et la déclaration des diagnostics comorbides n'est pas uniforme. Bien que les groupes d'hôpitaux semblables représentant les hôpitaux d'enseignement aient enregistré une hausse moyenne de 195 % dans les diagnostics de type 2 par cas hospitalisé, trois hôpitaux ontariens d'enseignement ont affiché des hausses de moins de 30 % et quatre de plus de 200 %. Dans le cadre des diagnostics de type 1 par cas hospitalisé, un hôpital d'enseignement a affiché une baisse de 4 %, alors que d'un autre côté du spectre, un hôpital a affiché une hausse de 164 %.

**Changement de 1996-1997 à 2000-2001 dans les diagnostics de type 1 et 2 par cas hospitalisé, par hôpital d'enseignement, Ontario**

Hôpital d'enseignement	Dx type 1 par cas	Dx type 2 par cas
A	147 %	373 %
B	62 %	109 %
C	-4 %	25 %
D	164 %	280 %
E	92 %	165 %
F	10 %	27 %
G	36 %	15 %
H	83 %	215 %
I	46 %	36 %
J	106 %	176 %
K	91 %	346 %
<b>Total</b>	<b>91 %</b>	<b>195 %</b>

Les différents taux d'augmentation dans la déclaration des diagnostics de type 1 et 2 dans les hôpitaux d'enseignement n'ont pas abouti à des données plus comparables pour 2001-2002 (c.-à-d., les hausses n'ont pas été les plus importantes dans les hôpitaux qui ont commencé par de faibles niveaux de déclaration). L'exercice 2001-2002 est à triple portée, du plus petit au plus grand nombre moyen de diagnostics de type 1 et 2 par cas médical et chirurgical hospitalisés dans les hôpitaux d'enseignement en Ontario. L'indice de variation (IV)<sup>16</sup> des diagnostics de type 1 et 2 par cas est de 40 % dans les hôpitaux d'enseignement. Le tableau suivant résume l'étendue (la valeur maximum moins la valeur minimum) et l'indice de variation des diagnostics de type 1 et 2 par cas hospitalisé, données de l'Ontario de 1996-1997 et 2001-2002.

<sup>16</sup> L'indice de variation mesure la variation relative calculée en tant que déviation standard divisée par la moyenne, puis multipliée par 100 pour créer un pourcentage.

**Étendue et indice de variation des diagnostics de type 1 et 2 par cas, par groupe d'hôpitaux semblables, Ontario, 1996 et 2001**

Groupe de pairs hospitalier	1996-1997		2001-2002	
	Étendue	IV	Étendue	IV
Petits	2,50	45 %	1,47	48 %
Moyens	1,25	33 %	1,38	39 %
Grands	0,79	19 %	1,78	41 %
D'enseignement	0,85	19 %	1,96	40 %

Tous les hôpitaux sauf les plus petits<sup>17</sup> ont affiché une hausse dans l'étendue et l'indice de variation des diagnostics de type 1 et 2 par patient hospitalisé de 1996-1997 à 2001-2002. Bien qu'en 1996-1997, les grands hôpitaux et ceux d'enseignement aient affiché les plus petites étendues et les plus faibles valeurs des indices de variation, ils se sont retrouvés, en 2001-2002, avec les plus grandes étendues et des valeurs d'IV qui ont doublé.

Les hôpitaux aux taux les plus bas ne sont pas nécessairement ceux comprenant le moins de patients à l'état complexe. Dans le même ordre d'idées, les hôpitaux aux taux les plus élevés ne sont pas nécessairement ceux comprenant le plus de patients à l'état complexe. Le tableau suivant montre les diagnostics de type 1 et 2 par cas hospitalisé dans chaque programme médical et chirurgical des hôpitaux d'enseignement en Ontario en 2001-2002.

***Conclusion selon laquelle la variation a augmenté et la comparabilité est réduite***

Après avoir révisé la déclaration des diagnostics comorbides en Ontario, nous avons conclu que bien que la codification et la déclaration des diagnostics de type 1 et 2 aient augmenté dans cette province depuis 1996-1997, il y a eu plus de variations dans les taux de déclaration entre les hôpitaux. De plus, la comparabilité de ces données a été réduite entre les hôpitaux.

La révision entreprise par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le JPPC au sujet de ces données similaires de l'Ontario a soulevé la préoccupation dans cette province au sujet de la comparabilité des données de la DAD et de la crédibilité des mesures de rendement contenues dans les données.

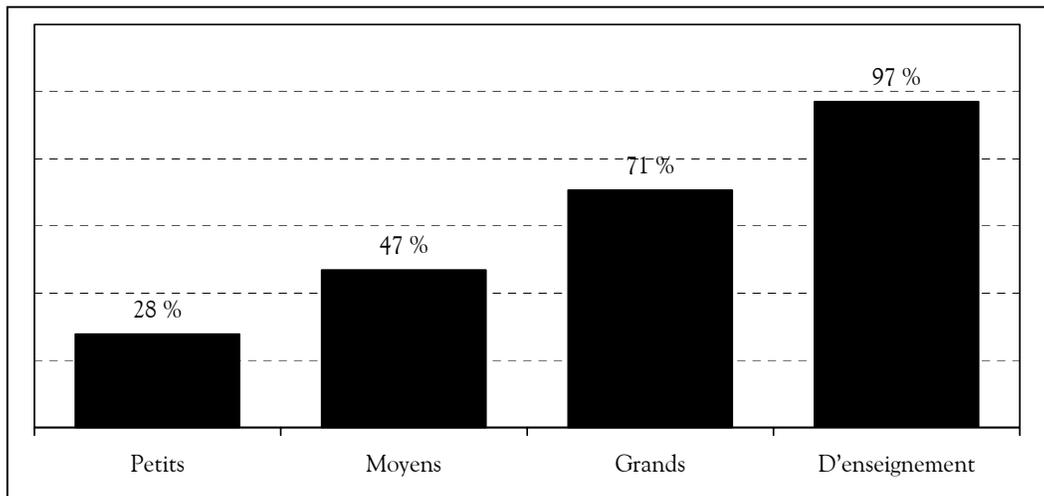
<sup>17</sup> La grande étendue dans les petits hôpitaux en 1996-1997 était attribuée à un petit hôpital qui n'a déclaré aucun diagnostic de type 1 ou 2.

## Analyses de la liste de grade des diagnostics de l'Ontario

### *Une déclaration accrue de la liste de grade augmentera la complexité*

Si les changements dans les données de la DAD propres à l'Ontario étaient, du moins en partie, le résultat de tentatives entreprises par les hôpitaux pour maximiser leurs cas pondérés RIW à des fins de financement, nous prévoyons d'importantes hausses dans la codification et la déclaration de la liste de grade des diagnostics, puisque seule cette dernière peut avoir une incidence sur l'attribution du niveau de complexité. Les tableaux précédents ont montré que la hausse globale dans la liste de grade des diagnostics par cas hospitalisé en Ontario était de 73 % de 1996-1997 à 2001-2002. Toutefois, cette hausse n'était pas uniforme chez tous les groupes d'hôpitaux semblables; elle était plus importante dans les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires.

**Changement en pourcentage dans la liste de grade des diagnostics déclarés par cas hospitalisé, de 1996-1997 à 2000-2001, par groupe d'hôpitaux semblables, Ontario**



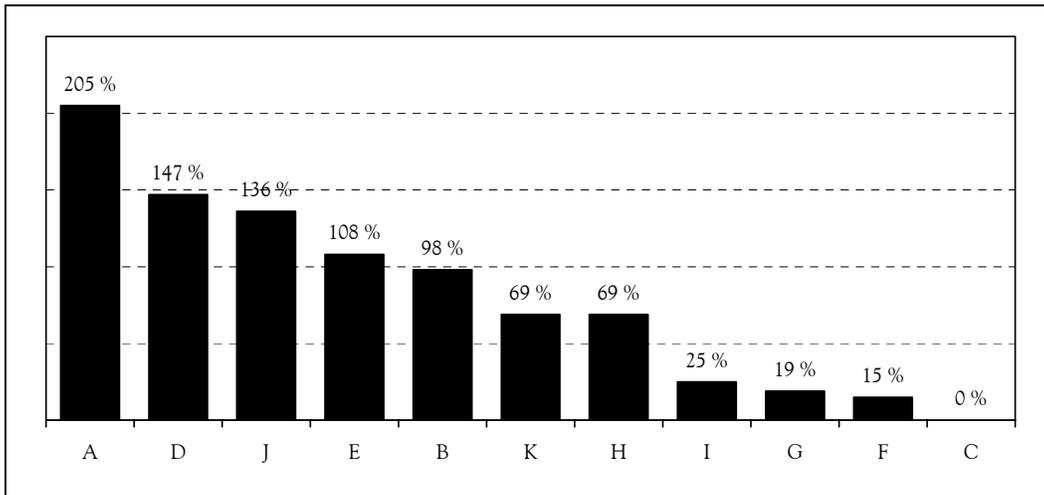
Au sein des groupes d'hôpitaux semblables, l'étendue et l'IV de la liste de grade des diagnostics par cas hospitalisé ont également affiché une hausse de 1996-1997 à 2001-2002.

Étendue et indice de variation de la liste de grade des diagnostics par cas, par groupe d'hôpitaux semblables, Ontario, 1996 et 2001

Groupe de pairs hospitalier	1996-1997		2001-2002	
	Étendue	IV	Étendue	IV
Petits	1,50	49 %	1,47	50 %
Moyens	0,89	34 %	1,38	33 %
Grands	0,75	26 %	1,78	30 %
D'enseignement	0,74	21 %	1,96	39 %

La figure suivante illustre le changement dans les taux de déclaration de la liste de grade des diagnostics concernant les hôpitaux d'enseignement en Ontario. Quatre hôpitaux ont affiché des hausses de 25 % ou moins dans la liste de grade des diagnostics, alors que quatre autres ont affiché des hausses de plus de 100 % (et un de plus de 200 %).

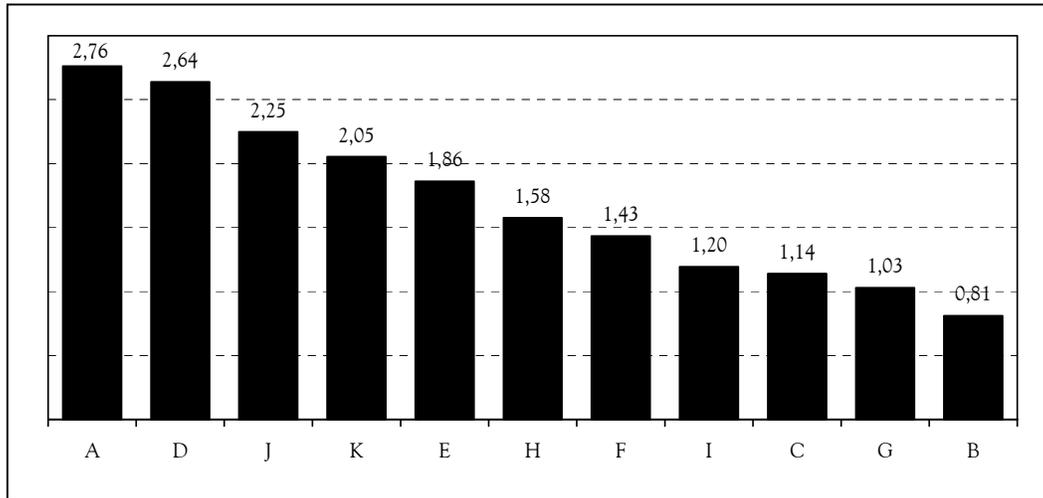
Changement en pourcentage dans la liste de grade des diagnostics déclarés par cas hospitalisé dans les hôpitaux d'enseignement, Ontario, de 1996 à 2001



Comme pour la déclaration des comorbidités, les différents taux de hausse dans la déclaration de la liste de grade des diagnostics n'ont pas abouti à une plus grande cohérence dans les taux à l'échelle des hôpitaux d'enseignement. L'étendue des taux est plus grande que prévue pour un ensemble d'hôpitaux mettant l'accent sur les soins tertiaires et quaternaires.

## VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)

## Liste de grade des diagnostics par cas hospitalisé médical et chirurgical, hôpitaux d'enseignement, Ontario, 2001-2002



Bien que la hausse globale qu'a connue la liste de grade des diagnostics par cas hospitalisé soit de 73 %, elle était beaucoup plus importante dans quelques diagnostics de la liste de grade. Le tableau suivant illustre la liste de grade des diagnostics au pourcentage de hausse le plus important en volumes déclarés en tant que type 1 et 2, de 1996-1997 à 2001-2002, Ontario.

Liste de grade des diagnostics de type 1 et 2 au pourcentage de hausse le plus élevé dans le volume déclaré en Ontario, de 1996 à 2001<sup>18</sup>

Code et description des diagnostics de la CIM-9	Liste de grade des diagnostics, type 1 et 2			
	1996	2001	Hausse des cas	% de hausse
7197 Difficultés à la marche	135	2 468	2 333	1728 %
2888 Autres maladies des globules blancs	81	1 338	1 257	1552 %
2867 Carences acquises en facteurs de coagulation	165	2 051	1 886	1143 %
2738 Autres hypergammaglobulinémie polyclonale	493	6 031	5 538	1123 %
7876 Incontinence des matières	217	2 046	1 829	843 %
2768 Hypokaliémie	2 774	21 770	18 996	685 %
2869 Anomalies de la coagulation, autres et sans précision	1 050	7 293	6 243	595 %
2767 Hyperkaliémie	1 300	8 527	7 227	556 %
2761 Hypoosmolarité	3 038	19 193	16 155	532 %
7823 Oedème	1 251	7 903	6 652	532 %
2851 Anémie posthémorragique aiguë	3 919	23 998	20 079	512 %
7990 Asphyxie	794	4 211	3 417	430 %
5180 Collapsus pulmonaire	2 743	14 444	11 701	427 %
2760 Hyperosmolarité/hypernatrémie	570	2 977	2 407	422 %
2754 Troubles du métabolisme du calcium	1 738	8 272	6 534	376 %
2766 Hypervolémie	595	2 816	2 221	373 %
2752 Troubles du métabolisme du magnésium	368	1 588	1 220	332 %
7883 Incontinence d'urine	1 164	4 824	3 660	314 %

<sup>18</sup> Le tableau n'illustre que les diagnostics d'au moins 1 000 cas déclarés dans le type 1 et 2 en 2001-2002.

### *Difficultés à la marche*

Une bonne partie de la hausse de 1 728 % dans la déclaration du diagnostic de la liste de grade propre aux difficultés à la marche provenait de trois grands hôpitaux communautaires qui ont utilisé automatiquement ce diagnostic pour plusieurs remplacements articulaires et victimes d'attaque. Le nombre de cas dans ces trois hôpitaux ontariens avec ce diagnostic a dépassé le nombre total de cas au diagnostic déclaré dans tous les hôpitaux non-ontariens combinés.

### *Changement dans la liste de grade des diagnostics selon la CIM*

Le tableau suivant illustre le changement dans le nombre de diagnostics déclarés de type 1 et 2 selon la classification internationale des maladies.

#### Changement dans la liste de grade des diagnostics déclarés de type 1 et 2, selon la CIM

CIM	1996	2001	Hausse	% hausse
Appareil circulatoire	139 379	246 971	107 592	77 %
Signes et symptômes	48 890	119 190	70 300	144 %
Appareil endocrinien	23 716	96 859	73 143	308 %
Hémopathie	25 783	86 459	60 676	235 %
Appareil respiratoire	40 892	81 050	40 158	98 %
Appareil génito-urinaire	43 004	74 347	31 343	73 %
Blessures et empoisonnement	44 826	67 649	22 823	51 %
Appareil digestif	42 075	61 976	19 901	47 %
Maladie mentale	17 683	33 449	15 766	89 %
Épiderme	9 498	16 724	7 226	76 %
Maladies infectieuses	11 575	16 337	4 762	41 %
Système nerveux	8 620	16 040	7 420	86 %
Néoplasmes	9 114	12 636	3 522	39 %
Maladies squeletteo-musculaires	3 266	7 373	4 107	126 %
Maladies congénitales	1 641	2 253	612	37 %
Maladies périnatales	1 932	1 994	62	3 %
Code V	359	1 423	1 064	296 %
<b>Total</b>	<b>472 253</b>	<b>942 730</b>	<b>470 477</b>	<b>100 %</b>

### ***Les hausses les plus importantes en diagnostics de maladies de l'appareil endocrinien et de l'hémopathie***

En termes de pourcentage, les hausses les plus importantes dans la liste de grade des diagnostics revenaient aux maladies de l'appareil endocrinien (308 %) et à l'hémopathie (235 %). Plusieurs des diagnostics identifiés auparavant comme ayant affiché la plus importante hausse en pourcentage se trouvaient dans la catégorie de ces maladies de la CIM.

### ***Besoin d'une « influence significative »***

La plupart des diagnostics des maladies de l'appareil endocrinien et de l'hémopathie nécessitent des tests de laboratoire pour confirmer leur présence. Toutefois, un résultat de test positif n'est pas suffisant pour justifier la codification de ces diagnostics en type 1 et 2. Pour faire partie de ces types, le diagnostic doit avoir une « influence significative sur la durée du séjour des patients ou leur prise en charge et traitement à l'hôpital »<sup>19</sup>.

### ***Quelques hôpitaux identifient les comorbidités selon les tests de laboratoire seulement***

Au cours du projet de nouvelle saisie de l'ICIS, il s'est avéré que quelques hôpitaux ontariens participants à l'étude enregistraient fréquemment les diagnostics comme étant de type 1 et 2, selon, apparemment, les résultats des tests de laboratoire seulement. Le dossier médical ne contenait aucune documentation selon laquelle la présence du diagnostic a eu une incidence soit sur la durée du séjour, soit sur le traitement du patient. Le fait que le pourcentage de hausse le plus élevé dans la liste de grade en Ontario survienne dans les diagnostics qui s'appuient uniquement sur les résultats des tests de laboratoire donne à penser que quelques hôpitaux enregistrent les diagnostics comme étant de type 1 et 2 sans évaluer l'importance de l'incidence sur le séjour des patients.

### ***Enregistrement automatique de tous les diagnostics de type 3 au type 1***

La non-application du test d'hypothèse de l'incidence était clairement le cas d'un hôpital ontarien qui a soumis de nouveau ses données à la DAD à la fin de l'exercice. Lorsqu'on a comparé les données soumises de nouveau contre les originales, on a remarqué que le seul changement était que chaque cas (12 632) avec un diagnostic de type 3 (secondaire) chez un patient auquel serait appliquée la méthodologie de complexité a été changé vers un diagnostic de type 1. Il est évident que ces changements ont été faits sans aucune évaluation de la validité du diagnostic en tant que type 1.

---

<sup>19</sup> En janvier 2003, les directives de l'ICIS sur le typage des diagnostics ont été modifiées pour renforcer ces besoins.

### *Analyses des diagnostics déclarés des maladies de l'appareil endocrinien*

Nos prochaines analyses ont mis l'accent sur la liste de grade des diagnostics des maladies de l'appareil endocrinien, pour savoir si les hausses dans la déclaration étaient cohérentes dans tous les types d'hôpitaux. Tout comme la hausse globale dans la liste de grade des diagnostics déclarés est beaucoup plus importante dans les plus grands hôpitaux ontariens, nous avons constaté qu'il y va de même pour la liste de grade des diagnostics des maladies de l'appareil endocrinien. Le tableau suivant montre les résultats de l'analyse par groupe d'hôpitaux semblables. Une hausse de 453 % a été enregistrée dans la liste de grade des diagnostics de type 1 et 2 des maladies de l'appareil endocrinien déclarées par les hôpitaux d'enseignement, comparativement à 82 % seulement dans les petits hôpitaux.

Au sein des hôpitaux d'enseignement, la hausse de 1996-1997 à 2001-2002 dans la liste de grade des diagnostics déclarés des maladies de l'appareil endocrinien s'est située entre 2 % et 2 151 %.

**Hausse dans la liste de grade des diagnostics déclarés de type 1 et 2 des maladies de l'appareil endocrinien par groupe d'hôpitaux semblables en Ontario<sup>20</sup>**

Groupe de pairs hospitalier	Liste de grade des diagnostics de type 1 et 2 des maladies de l'appareil endocrinien			
	1996-1997	2001-2002	Changement	Changement en %
Petits	999	1 818	819	82 %
Moyens	4 060	9 726	5 666	140 %
Grands	8 785	35 845	27 060	308 %
D'enseignement	8 192	45 300	37 108	453 %
<b>Total</b>	<b>22 036</b>	<b>92 689</b>	<b>70 653</b>	<b>321 %</b>

<sup>20</sup> La hausse totale dans la liste de grade des diagnostics des maladies de l'appareil endocrinien ne correspond pas à la hausse illustrée dans le tableau précédent, car on a exclu ici un petit nombre de cas des hôpitaux non affectés aux groupes d'hôpitaux semblables.

Changement dans la liste de grade des diagnostics déclarés  
de type 1 et 2 des maladies de l'appareil endocrinien, hôpitaux  
d'enseignement, de 1996-1997 à 2001-2002, Ontario

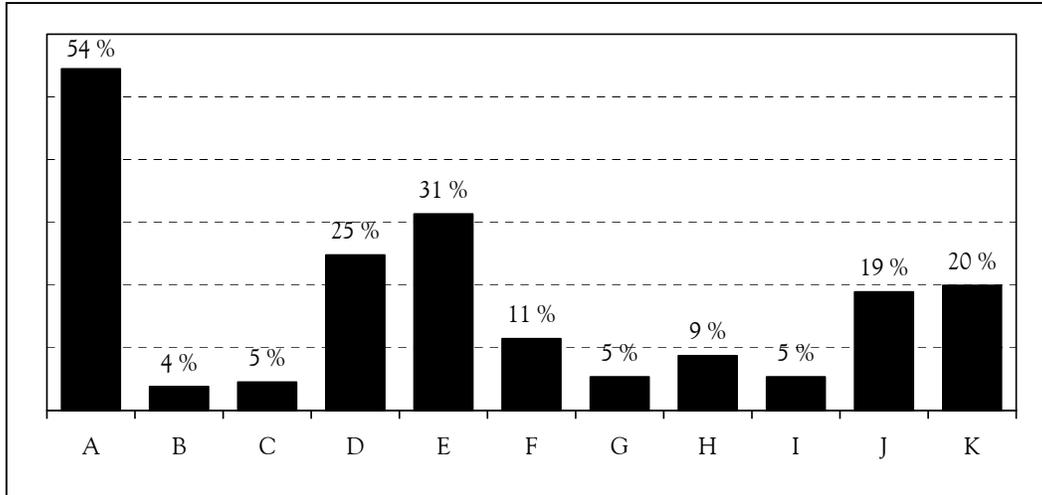
Hôpital	1996	2001	Changement	Changement en %
A	781	17 578	16 797	2151 %
B	120	451	331	276 %
C	650	663	13	2 %
D	893	7 188	6 295	705 %
E	390	2 799	2 409	618 %
F	897	1 353	456	51 %
G	372	440	68	18 %
H	754	1 646	892	118 %
I	709	1 089	380	54 %
J	1 343	6 426	5 083	378 %
K	1 283	5 667	4 384	342 %
<b>Total</b>	<b>8 192</b>	<b>45 300</b>	<b>37 108</b>	<b>453 %</b>

Concernant les données de l'exercice 2001-2002 des hôpitaux d'enseignement en Ontario, 21 % de tous les cas hospitalisés en médecine ou en chirurgie avaient un diagnostic de type 1 ou 2 d'une maladie de l'appareil endocrinien. Le taux de chaque hôpital se situait entre 4 % (quatre hôpitaux ont affiché 5 % ou moins) et 54 %. Si les données étaient codifiées de façon exacte, le taux déclaré de 54 % dans un hôpital veut dire que la majorité des cas hospitalisés médicaux et chirurgicaux étaient diagnostiqués avec une maladie de l'appareil endocrinien qui :

- soit a considérablement affecté le traitement reçu;
- soit a nécessité un traitement au-delà de l'entretien de la condition préexistante;
- soit a augmenté la durée du séjour d'au moins 24 heures.

Bien que l'exactitude des données de cet hôpital ne puisse être confirmée que par le biais de la nouvelle saisie, le taux extrêmement élevé a provoqué une importante variation.

Pourcentage des cas hospitalisés médicaux et chirurgicaux au diagnostic de type 1 et 2 d'une maladie de l'appareil endocrinien, hôpitaux d'enseignement, 2001-2002, Ontario



## Conclusions de l'analyse en Ontario

L'analyse initiale des données de la DAD de l'Ontario a donné à penser que les hôpitaux ontariens de soins de courte durée ont confronté de plus grandes hausses dans la complexité des patients et les coûts relatifs, et un rendement plus amélioré de la DDS, par rapport à la plupart des hôpitaux dans les autres provinces et territoires qui ont soumis leurs données à la DAD. Le résultat a été tel, qu'en moyenne, les données de la DAD de l'Ontario décrivent des patients admis aux hôpitaux de soins de courte durée qui semblent très différents de ceux qui sont admis ailleurs au Canada.

Il n'existe pas de différences évidentes dans les hôpitaux ou les systèmes de santé, qui expliqueraient les variations évidentes chez les patients. Les différences entre les patients ontariens et ceux des autres provinces sont les plus grandes chez les patients médicaux et chirurgicaux (auxquels s'applique la méthodologie de complexité), et sont beaucoup moindres chez les patients souffrant d'une maladie mentale et les patientes en accouchement (patients auxquels n'est pas appliquée la méthodologie de complexité). Il semble que les différences sont plus probablement attribuées à la codification des données et aux pratiques de codification (particulièrement les cas auxquels on applique la méthodologie de complexité), plutôt qu'à une vraie différence dans les patients admis aux soins de courte durée.

La révision des données de la DAD de l'Ontario a montré que les grands changements dans les taux de déclaration des comorbidités et de la liste de grade des diagnostics, et la complexité plus élevée qui a découlé, ne sont pas uniformes parmi les groupes d'hôpitaux semblables. Les plus grands hôpitaux ont déclaré de plus grands changements dans leurs données de la DAD.

Au sein des groupes d'hôpitaux semblables, les changements dans les données de la DAD n'étaient pas uniformes. Il existe un grand écart entre les hôpitaux aux taux de déclaration des comorbidités apparemment similaires. Dans le cas de quelques hôpitaux ontariens, le dernier changement dans les données a été très substantiel en raison de la pratique de codification plutôt que des changements réels dans les caractéristiques des patients et les exigences en soins.

Cette variation de codification pratiquée par un petit nombre d'hôpitaux ontariens peut avoir compromis la comparabilité des données de la DAD à l'échelle hospitalière, raison pour laquelle le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le JPPC ont décidé de ne pas utiliser les cas pondérés de l'ICIS selon les niveaux de complexité à des fins de financement des hôpitaux.

Les données de la DAD de l'Ontario, bien qu'elles soient potentiellement compromises par hôpital, démontrent toujours, même avec la variation de codification, l'efficacité de la méthodologie de complexité pour faire la distinction entre les groupes de patients. Le tableau suivant montre la durée moyenne de séjour et le pourcentage de mortalité à l'hôpital en 2001-2002 des cas médicaux et chirurgicaux hospitalisés en Ontario par niveau de complexité. La durée moyenne de séjour et la mortalité réelle à l'hôpital sont toujours progressivement plus élevées chez les niveaux de complexité plus élevés.

#### **DMS pour des interventions médicales et chirurgicales en Ontario et mortalité à l'hôpital, par niveau de complexité, 2001**

Complexité	DMS	% de mortalité à l'hôpital
1	4,2	1,7 %
2	8,1	5,4 %
3	10,7	9,7 %
4	21,4	22,8 %
Tous	6,8	4,8 %

Le manque de comparabilité des données de la DAD entre les hôpitaux, en raison d'une variation non fondée dans les niveaux de complexité des patients, n'est pas attribué nécessairement aux failles dans la méthodologie de complexité sous-jacente seulement. Il est plutôt aussi attribué à la difficulté de veiller au respect et à l'application des normes de codification et de déclaration établies par l'ICIS. Parallèlement à cette analyse, l'ICIS a perçu un besoin de clarifier ses Normes de codification du typage des diagnostics. En janvier 2003, on a distribué un document clarifiant les normes de typage des diagnostics aux hôpitaux canadiens. De plus, la pertinence et l'utilité continues du typage des

diagnostics en tant que pratique feront l'objet d'un examen dans le cadre du remaniement prévu du GMA, de la RIW et du degré de complexité, à la suite de l'adoption nationale de la CIM-10-CA et la CCI. Entre-temps, on a avisé les hôpitaux et leurs codificateurs de continuer cette pratique en utilisant la norme clarifiée. Cela permettra la collecte et l'utilisation des données pour certifier si le typage des diagnostics devrait continuer en tant que pratique dans les produits remaniés du GMA et de la RIW.

## Sensibilité aux changements dans la méthodologie de complexité

### L'ICIS a mis au point un groupeur de liste de grade révisé après l'abandon du Plx par l'Ontario

Parallèlement à ce projet, le JPPC étudiait l'option de, soit continuer à utiliser les cas pondérés de la RIW selon la complexité en tant que mesure de l'activité hospitalière pour le financement des soins de courte durée en Ontario, soit utiliser les cas pondérés mis au point par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui ne dépendent pas de l'attribution de la complexité. L'ensemble de données préparé pour appuyer ce projet était également utilisée par l'ICIS pour évaluer l'incidence des révisions de la liste de grade des diagnostics de complexité. Ces révisions étaient réalisées en tant que moyen pour minimiser de façon rétroactive l'incidence des importantes hausses dans les déclarations de la liste de grade des diagnostics choisis qui affectent l'attribution de la complexité.

On espérait que l'ICIS pourrait se servir d'un groupeur GMA révisé, au moyen d'une méthodologie de complexité qui se base sur la liste de grade des diagnostics, pour produire des mesures des cas pondérés qui serviraient à leur tour au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et au JPPC à des fins de financement. Cela permettrait de conserver une méthodologie de complexité modifiée au lieu de l'abandonner totalement à des fins de financement en Ontario.

#### *Un groupeur révisé de la liste de grade en tant qu'outil diagnostic*

Bien que le groupeur GMA de la liste de grade des diagnostics de l'ICIS n'ait pas été accepté en bout de ligne pour le financement en Ontario, il pourra servir d'outil diagnostic pour évaluer le niveau auquel comptent les hôpitaux en Ontario et ailleurs sur la liste des diagnostics qui sont les plus assujettis à la variation de codification. Plus les cas pondérés RIW d'un hôpital étaient réduits lorsqu'on a utilisé le groupeur de la liste de grade, plus la codification des diagnostics était suspecte.

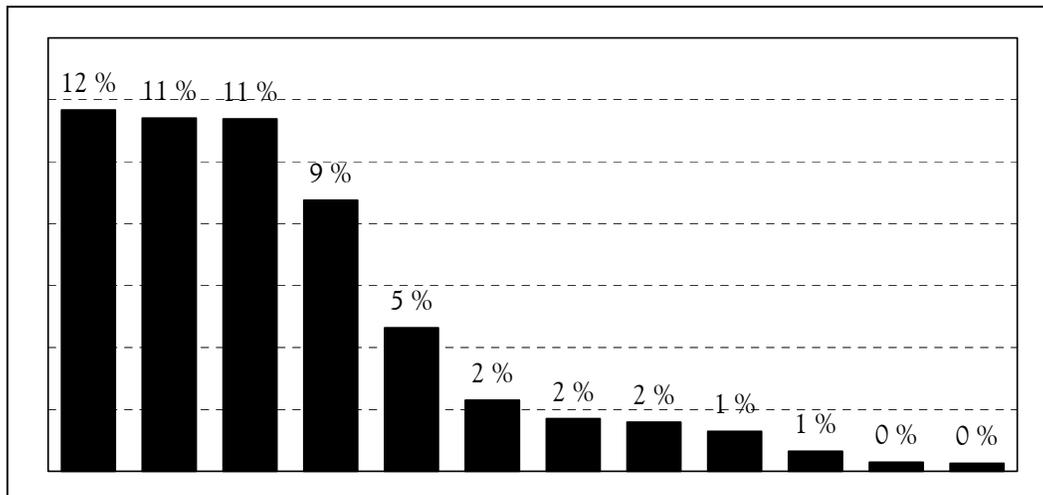
## Révision de la liste de grade

Nous reconnaissons pleinement que cette méthodologie ci-décrite pour réviser la liste de grade était brute. Elle était la meilleure méthode disponible si l'on considère les contraintes temporelles rencontrées au cours des discussions de l'ICIS avec l'Ontario. Toutefois, du point de vue conceptuel, la méthodologie a du mérite et est examinée plus globalement en tant qu'alternative pour conserver le degré de complexité à des fins d'utilisation par d'autres provinces canadiennes. Nous insistons à indiquer que la révision clinique des changements dans la liste de grade et la vérification statistique de l'importance des comorbidités sur la durée du séjour **seront** considérées comme faisant partie d'une approche plus globale utilisée pour conserver le degré de complexité. Cette méthode utilisant la révision clinique et les essais statistiques fera l'objet d'un examen puisque l'ICIS cherche à conserver le degré de complexité jusqu'à ce qu'il soit remanié au moyen de la CIM-10-CA et la CCI.

La liste de grade de 440 diagnostics a été originalement choisie, car elle aidait à faire la distinction entre les patients complexes et non complexes dans le même GMA. La liste de grade des diagnostics a été choisie en fonction de la révision clinique et des analyses statistiques réalisées au début des années 1990. La révision de la liste de grade des diagnostics visait à évaluer si les diagnostics étaient encore fiables pour identifier les patients complexes, et à rayer les diagnostics qui n'étaient plus considérés comme étant fiables à cette fin.

Par exemple, de 1996-1997 à 2001-2002, le code 276.8 de la CIM (hypokaliémie) est un diagnostic dont le volume déclaré a augmenté de plus de 600 % dans les hôpitaux ontariens. Dans quelques hôpitaux d'enseignement en Ontario, ce diagnostic est une comorbidité chez plus de 10 % des patients, il est de moins de 1 % dans d'autres.

**Pourcentage des patients médicaux et chirurgicaux dont l'hypokaliémie est de niveau 1 ou 2, hôpitaux d'enseignement, Ontario, 2001-2002**

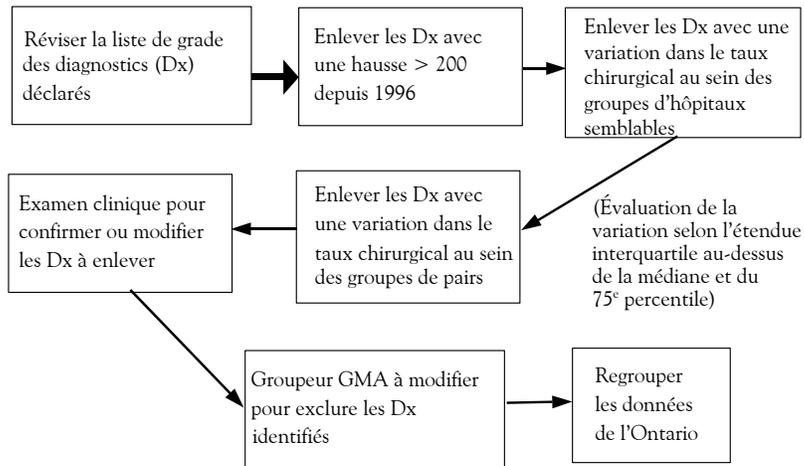


La révision de la liste de grade des diagnostics visait à évaluer si un diagnostic tel que l'hypokaliémie devrait rester sur la liste de grade de complexité.

## Processus de révision de la liste de grade

L'organigramme suivant montre le processus de révision.

Méthode de révision par l'Ontario de la liste de grade des diagnostics



On a utilisé trois critères initiaux pour désigner les diagnostics à rayer de la liste de grade :

1. Tout diagnostic affichant une hausse dans le volume déclaré (en tant que comorbidité) supérieure à 200 % entre 1996-1997 et 2001-2002. Les diagnostics à la hausse la plus élevée en pourcentage tendent à être les mêmes diagnostics identifiés comme faisant souvent l'objet d'une codification optimisée dans les études de nouvelle saisie.
2. Tout diagnostic affichant une grande variation dans le taux par cas chirurgical à l'échelle des hôpitaux ontariens. La grande variation a été considérée comme étant un ratio entre l'étendue interquartile et le taux médian par cas chirurgical au-dessus du 75<sup>e</sup> percentile du ratio de tous les diagnostics.
3. Tout diagnostic affichant une grande variation dans le taux par cas médical à l'échelle des hôpitaux ontariens. La grande variation a été considérée comme étant un ratio entre l'étendue interquartile et le taux médian par cas chirurgical au-dessus du 75<sup>e</sup> percentile du ratio de tous les diagnostics.

### ***Révision de la liste de grade par les spécialistes de classification de l'ICIS***

La liste de grade, aux diagnostics désignés, a été alors confiée aux spécialistes de classification de l'ICIS qui ont soit confirmé, soit modifié les diagnostics désignés en fonction de leur évaluation de ce qui suit :

- Le bien-fondé de la déclaration des diagnostics dans les données saisies de nouveau.
- L'identification antérieure par les codificateurs de la problématique du diagnostic.
- La certitude des critères cliniques du diagnostic.
- Les différences potentielles des programmes dans les hôpitaux, qui justifieraient la grande variation interhospitalière (p. ex. les diagnostics de l'insuffisance rénale concentrés dans les hôpitaux aux programmes de dialyse élevés).

Les spécialistes de classification ont confirmé la suppression de quelques diagnostics désignés de la liste de grade, ont rejeté quelques diagnostics désignés (en les gardant dans la liste de grade), et ont ajouté des indicateurs de suppression à certains diagnostics qui n'étaient pas identifiés au moyen des trois critères statistiques.

La liste de grade révisée a alors été utilisée pour regrouper les données, produisant un nouvel ensemble de données avec moins de cas de complexité plus élevés et de volumes de cas pondérés.

### **Incidence sur les données de 2001-2002 de l'Ontario**

On a appliqué la méthode de révision des 942 730 cas sur les 440 diagnostics de la liste de grade pour les patients hospitalisés en Ontario pendant l'année 2001-2002. Des 440 diagnostics de la liste de grade :

- 44 ont été désignés en raison d'une hausse dans le volume supérieur à 200 %;
- 57 ont été désignés en raison d'une grande variation chirurgicale;
- 45 ont été désignés en raison d'une grande variation médicale;
- 35 des diagnostics désignés ont été retenus dans la liste de grade sur avis clinique des spécialistes de classification;
- 85 diagnostics supplémentaires ont été enlevés de la liste de grade seulement sur avis clinique des spécialistes de classification.

### ***166 diagnostics enlevés de la liste de grade***

L'incidence nette consistait à éliminer 166 des diagnostics de la liste de grade pour réduire le nombre de cas sur la liste de grade de 2001-2002 de l'Ontario à 354 638 (38 % du volume original de la liste de grade des diagnostics). On a ensuite modifié un groupeur des GMA pour n'utiliser que la liste de grade des diagnostics restants pour relever les cas complexes, et un nombre total révisé des cas pondérés, calculé pour chaque hôpital ontarien.

Le tableau suivant illustre l'incidence de l'utilisation du groupeur révisé de la liste de grade sur les cas pondérés.

**Incidence du groupeur de la liste de grade sur les cas pondérés dans les hôpitaux ontariens, 2000-2001**

Incidence sur les cas pondérés	RIW médicale chirurgicale	Total RIW
Changement moyen	-8,9 %	-7,2 %
Changement médian	-6,2 %	-4,9 %
Changement maximum	-19,1 %	-15,5 %
Changement minimum	0,8 %	0,6 %
# hôpitaux > 10 % changement	26	15
# hôpitaux < 2 % changement	14	18
Changement médian des hôpitaux d'enseignement	7,4 %	-6,1 %
Grand changement médian	7,9 %	-5,8 %
Changement médian moyen	5,7 %	-4,7 %
Petit changement médian	5,2 %	-4,6 %

***Réduction moyenne de 8,9 % des cas pondérés médicaux et chirurgicaux***

La réduction moyenne des cas pondérés médicaux et chirurgicaux s'élevait à 8,9 %, mais la différence allait d'une réduction de 19,1 % à une hausse de 0,8 %<sup>21</sup> dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux. Comme la méthodologie de complexité n'est applicable qu'à l'activité médicale et chirurgicale, l'incidence de tous les cas hospitaliers pondérés (incluant les troubles mentaux et les naissances) est moindre.

***La plus grande incidence sur les grands hôpitaux et ceux d'enseignement***

Avec l'application du groupeur révisé de la liste de grade, les grands hôpitaux ontariens et ceux d'enseignement ont enregistré les plus importantes réductions médianes dans les cas pondérés.

<sup>21</sup> Une hausse peut avoir lieu dans les cas pondérés au moyen de la liste de grade révisée où un cas qui était typique selon la liste de grade originale devient un cas exceptionnel avec la liste de grade révisée et est alors attribué une RIW plus élevée.

## Utilisation du groupeur révisé de la liste de grade pour évaluer toutes les données de la DAD

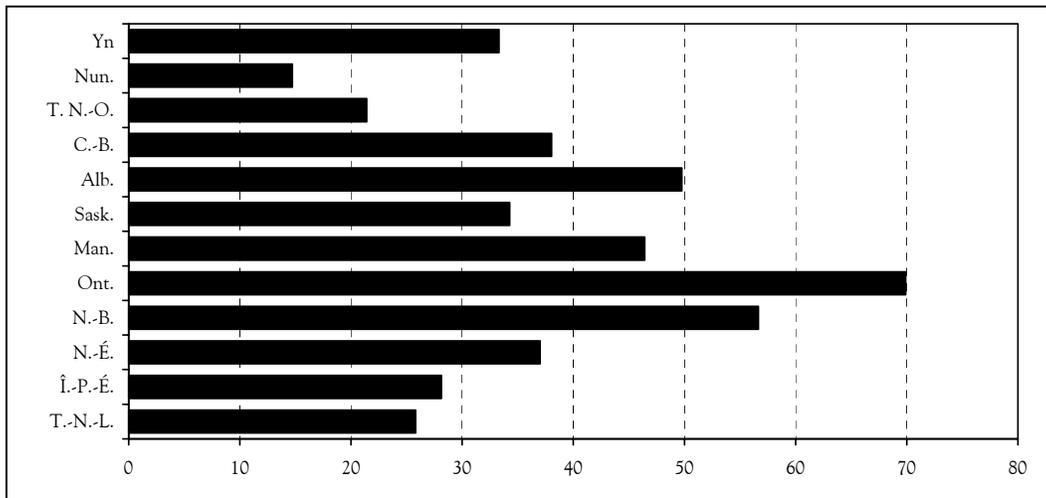
La prochaine étape consistait à regrouper ce qui reste des données de la DAD (la partie autre que l'Ontario) et comparer l'incidence sur les cas pondérés des hôpitaux non-ontariens avec les résultats des hôpitaux ontariens.

### *Changement dans la RIW comme mesure de codification optimisée auxiliaire*

Selon l'hypothèse, le changement dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux à la suite de l'application du groupeur révisé de la liste de grade constituait une mesure valide de l'exactitude des données d'un hôpital sur les comorbidités suspectes. Si quelques hôpitaux non ontariens utilisaient la codification optimisée au même niveau que les hôpitaux ontariens, nous prévoyons de grandes répercussions sur leurs cas pondérés médicaux et chirurgicaux en utilisant le groupeur révisé de la liste de grade. Le degré de changement dans les cas pondérés pourrait être considéré comme étant un indice de codification auxiliaire.

La figure suivante montre la moyenne de la liste de grade des diagnostics de 2000-2001 par 100 cas médicaux et chirurgicaux par province.

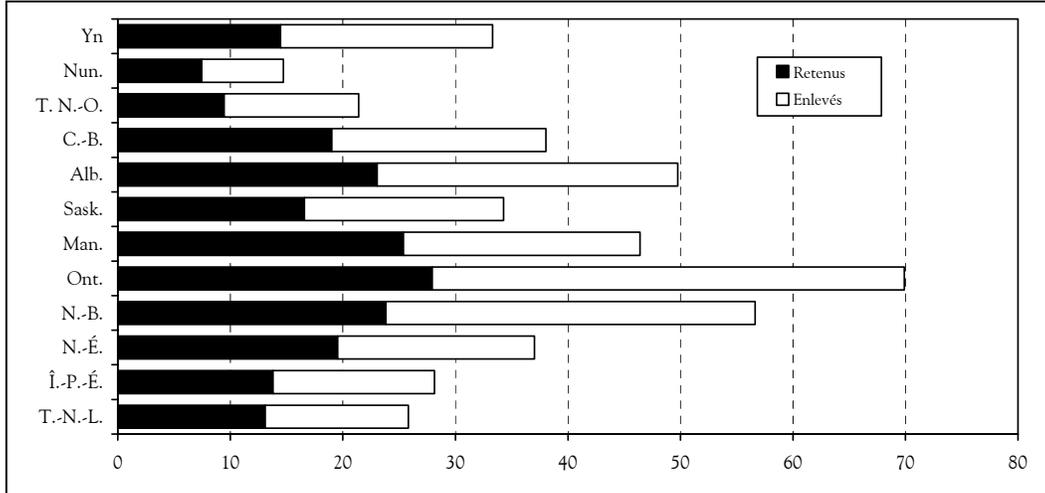
Liste de grade des diagnostics de 2000-2001 par 100 cas hospitalisés médicaux et chirurgicaux



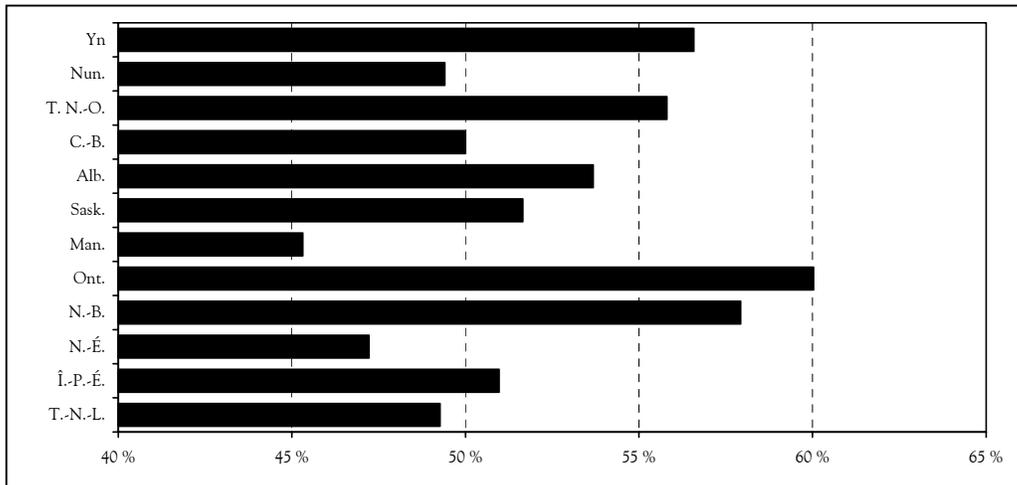
---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

Ci-dessous, les répercussions de la liste de grade révisée des diagnostics par 100 cas hospitalisés médicaux et chirurgicaux, par province.

**Répercussions de la révision de la liste de grade des diagnostics par 100 cas médicaux et chirurgicaux, par province**


L'Ontario a subi les répercussions les plus importantes, soit plus de 60 % des diagnostics ont été rayés de la liste de grade, suivi du Nouveau-Brunswick avec 58 %.

**Incidence de la révision de la liste de grade sur le volume de la liste de grade des diagnostics (pourcentage enlevé), par province**


La figure suivante illustre l'incidence résultante sur les cas pondérés par province.

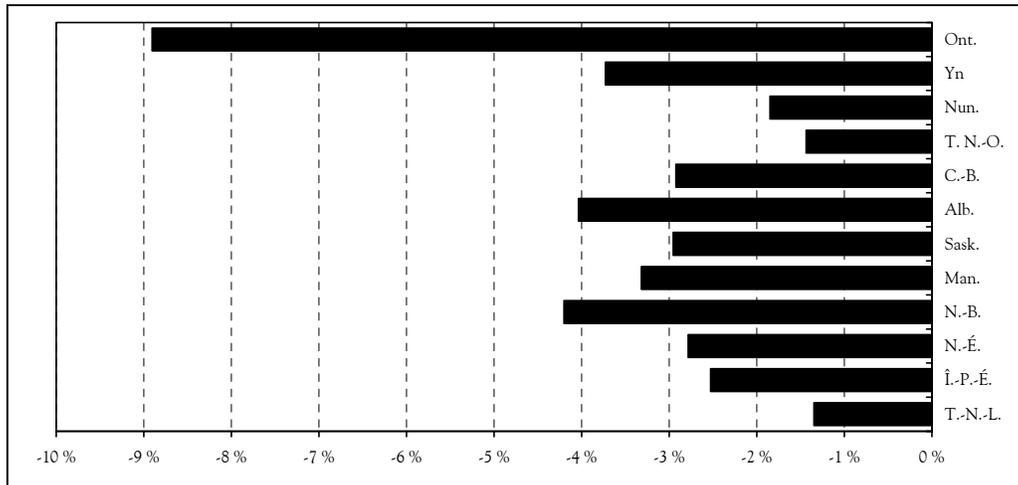
Réduction dans les cas pondérés de 2000-2001 à la suite de la révision de la liste de grade, par province

Province	Changement % dans la RIW méd. et chir.	Changement % dans le total de la RIW
T.-N.-L.	-1,3 %	-1,1 %
Î.-P.-É.	-2,5 %	-2,1 %
N.-É.	-2,8 %	-2,3 %
N.-B.	-4,2 %	-3,5 %
Man.	-3,3 %	-2,6 %
Sask.	-3,0 %	-2,5 %
Alb.	-4,0 %	-3,2 %
C.-B.	-2,9 %	-2,3 %
T. N.-O.	-1,4 %	-1,0 %
Nun.	-1,8 %	-1,1 %
Yn	-3,7 %	-2,9 %
Ont.	-8,9 %	-7,2 %

### ***La réduction en Ontario est le double de toutes les autres provinces***

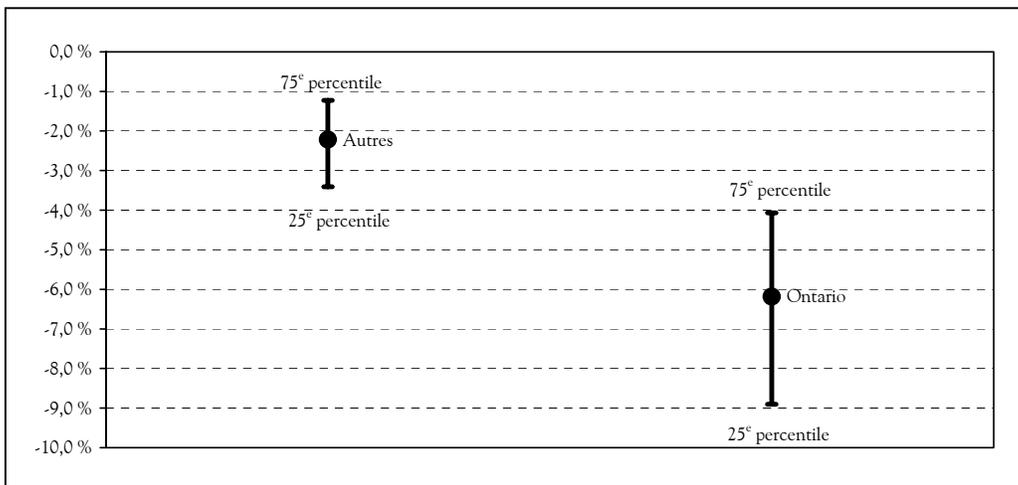
L'incidence moyenne sur l'Ontario est plus que le double de celle des autres provinces, vient ensuite le Nouveau-Brunswick et l'Alberta. L'incidence la moins prononcée est à Terre-Neuve-et-Labrador. La figure suivante illustre clairement l'incidence relative en Ontario.

### Réduction en pourcentage dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux à la suite de la révision de la liste de grade des diagnostics



La répartition de l'incidence sur les cas pondérés médicaux et chirurgicaux dans les hôpitaux ontariens est plus grande qu'ailleurs dans la DAD.

### Étendue de la réduction des cas pondérés médicaux et chirurgicaux dans chaque hôpital à la suite de l'application de la liste de grade révisée



Un quart seulement des hôpitaux non-ontariens a affiché une réduction de plus de 3,5 % dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux. Un quart des hôpitaux ontariens a affiché une réduction de plus de 8,9 % dans les cas pondérés par cas médical et chirurgical.

## VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)

Réduction des cas pondérés médicaux et chirurgicaux non ontariens à la suite de la révision de la liste de grade, par groupe d'hôpitaux semblables de l'ICIS

Groupe de pairs	Changement en % dans la RIW méd. et chir.	Changement en % dans le total RIW
0 à 49 lits	-2,7 %	-2,4 %
50 à 99 lits	-2,6 %	-2,2 %
100 à 199 lits	-2,7 %	-2,2 %
200 à 399 lits	-3,3 %	-2,7 %
400 lits et +	-3,2 %	-2,5 %
D'enseignement	-3,8 %	-3,0 %
Pédiatriques	-3,9 %	-3,0 %
<b>Total</b>	<b>-3,3 %</b>	<b>-2,7 %</b>

Les grands hôpitaux et ceux d'enseignement qui ne se trouvent pas en Ontario sont ceux qui ont connu la plus grande incidence sur les cas pondérés. Ce résultat est similaire à celui de l'Ontario, seulement le degré de l'incidence est beaucoup moindre.

La figure suivante illustre la répartition de chaque hôpital et la réduction des cas pondérés médicaux et chirurgicaux.

Répartition de la réduction des cas pondérés en raison de la révision de la liste de grade dans chaque hôpital, par province

Province	Étendue de la réduction dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux						Total	% d'hôpitaux > 7 %
	< 1 %	1 à 3 %	3 à 5 %	5 à 7 %	7 à 10 %	> 10 %		
Alb.	9	49	38	11	4	2	113	5 %
C.-B.	12	49	27	3	1		92	1 %
Man.		3	4				7	0 %
N.-B.	2	9	7	7	1		26	4 %
T.-N.-L.	19	15					34	0 %
N.-É.	10	19	6	1			36	0 %
Nun.		1					1	0 %
T. N.-O.	1	2	1				4	0 %
Ont.	4	19	23	38	27	26	137	39 %
Î.-P.-É.		4	3				7	0 %
Sask.	18	32	10	5	3		68	4 %
Yn			1				1	0 %
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>202</b>	<b>120</b>	<b>65</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>526</b>	<b>12 %</b>

---

**VARIATIONS DE CODIFICATION DANS LA BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (DAD)**

En Ontario, 39 % des hôpitaux ont affiché une réduction de plus de 7 % dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux lorsqu'ils ont utilisé le groupeur révisé de la liste de grade. Dans le cas de toutes les autres provinces, pas plus de 5 % des hôpitaux ont affiché une réduction de plus de 7 %.

La différence est encore plus grande lorsqu'on tient compte de la taille des hôpitaux. En Ontario, ce sont les plus grands hôpitaux les plus affectés par le groupeur révisé de la liste de grade (et ceux qui ont compté le plus sur les diagnostics rayés). Il faut savoir que 80 % du total des cas pondérés en Ontario sont dans les hôpitaux qui ont enregistré une réduction supérieure à 7 % dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux.

Dans l'ensemble des autres provinces et territoires à l'exception de la Saskatchewan, 1 % ou moins de tous les cas pondérés sont dans les hôpitaux qui ont affiché une réduction de plus de 7 % dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux. En Saskatchewan, 3 % seulement du nombre total de cas pondérés provinciaux se trouvent dans les hôpitaux avec une réduction supérieure à 7 %.

**Cas pondérés médicaux et chirurgicaux par province, par étendue de la réduction dans les cas pondérés dans chaque hôpital**

Province	Étendue de la réduction dans les cas pondérés médicaux et chirurgicaux							% de cas pondérés dans les hôpitaux >7 %
	< 1 %	1 à 3 %	3 à 5 %	5 à 7 %	7 à 10 %	> 10 %	Total	
Alb.	6 658	65 656	234 724	50 111	2 267	3 137	362 552	1 %
C.-B.	9 285	195 742	215 671	1 483	1 978	-	424 157	0 %
Man.	-	28 348	80 899	-	-	-	109 247	0 %
N.-B.	301	25 503	55 878	34 940	1 026	-	117 649	1 %
T.-N.-L.	13 703	27 830	-	-	-	-	41 534	0 %
N.-É.	5 993	87 290	33 828	2 416	-	-	129 527	0 %
Nun.	-	688	-	-	-	-	688	0 %
T. N.-O.	495	2 584	185	-	-	-	3 264	0 %
Ont.	2 678	57 172	101 004	360 841	1 566 376	526 940	2 615 012	80 %
Î.-P.-É.	-	12 805	5 895	-	-	-	18 699	0 %
Sask.	6 108	68 663	48 549	6 575	3 389	-	133 283	3 %
Yn	-	-	2 010	-	-	-	2 010	0 %
<b>Total</b>	<b>45 222</b>	<b>572 281</b>	<b>778 642</b>	<b>456 366</b>	<b>1 575 035</b>	<b>530 077</b>	<b>3 957 623</b>	<b>53 %</b>

Voici la répartition des hôpitaux figurant dans la DAD, pour lesquels le groupeur révisé de la liste de grade réduirait les cas pondérés médicaux et chirurgicaux de plus de 7 % :

- 53 hôpitaux en Ontario
- 6 hôpitaux en Alberta
- 3 hôpitaux en Saskatchewan
- 1 hôpital en Colombie-Britannique
- 1 hôpital au Nouveau-Brunswick

Les hôpitaux les plus affectés en Ontario tendent à être grands, alors qu'il s'agit des petits ailleurs.

### ***L'Ontario en tête des variations de codification***

Comparativement aux autres hôpitaux canadiens participant à la DAD, ceux de l'Ontario utilisent le plus les diagnostics enlevés de la liste de grade pour créer les cas pondérés. Ce résultat donne à penser que la codification optimisée potentielle identifiée dans les hôpitaux ontariens se limite à cette province.

# Conclusions des résultats de l'analyse

## Révision des résultats

La comparaison provinciale des données de la DAD de l'exercice 1996-1997 montre qu'avant l'introduction de la méthodologie de complexité de l'ICIS, il y avait une variation provinciale dans les données soumises à la DAD par les hôpitaux de soins de courte durée. Cette variation comprenait ce qui suit :

- Des différences dans l'intégralité de la déclaration des jours en ANS. Moins de 1 % de jours en hôpital de soins de courte durée était déclaré en tant qu'ANS au Nouveau-Brunswick, presque 10 % en Ontario.
- Des différences dans le nombre de diagnostics comorbides déclarés dans les dossiers des patients hospitalisés. Les hôpitaux de l'Alberta ont déclaré deux fois plus de diagnostics comorbides par rapport à ceux de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard.
- Des différences dans le nombre de diagnostics de la liste de grade déclarés sur les dossiers des patients hospitalisés. Les hôpitaux de l'Alberta ont déclaré deux fois plus de diagnostics comorbides par rapport à ceux de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick.

Ces différences ont eu des répercussions sur la complexité déclarée relative des patients en soins de courte durée, le rendement de la durée du séjour et la mortalité à l'hôpital. Les hôpitaux des provinces au taux de déclaration le plus faible semblent obtenir le pire rendement.

### *Il y a toujours eu une variation dans les données de la DAD*

Il est vrai que l'introduction de la méthodologie de complexité, avec l'utilisation accrue des cas pondérés en fonction de la complexité pour le financement hospitalier, est associée à la variation accrue dans les données de la DAD, seulement, la variation dans les données était déjà présente avant. Quelques-unes des variations désignent, selon toute vraisemblance, les différences réelles dans les rôles et le financement des hôpitaux de soins de courte durée. Certaines sont aussi attribuables à des différences provinciales dans :

- l'interprétation de la codification et des directives de déclaration;
- la disponibilité des dossiers médicaux et du personnel d'aide à la décision;
- la présence d'une approche dirigée vers les données pour la planification du système hospitalier et son financement;
- les pratiques de documentation qui varient selon l'établissement dans les provinces.

Entre 1996-1997 et 2000-2001, la RIW en Ontario par jour d'hospitalisation a augmenté de 11 %. Seuls le Nouveau-Brunswick (6 %) et la Saskatchewan (4 %) ont affiché des hausses de plus de 2 %.

### ***Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario affichent le plus grand changement en déclaration des diagnostics***

Le nombre moyen de diagnostics comorbides par cas hospitalisé a augmenté de 90 % au Nouveau-Brunswick et de 60 % en Ontario, une hausse inférieure à 10 % dans la plupart des autres provinces. De 1996-1997 à 2000-2001, on a remarqué une caractéristique similaire dans la déclaration de la liste de grade des diagnostics, soit une hausse d'environ 100 % au Nouveau-Brunswick et en Ontario, et de moins de 20 % en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador.

À la suite de la hausse dans la déclaration des diagnostics comorbides et de la liste de grade, les hôpitaux du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario ont affiché une hausse de 100 % chez les patients au niveau de complexité 4 (condition qui met la vie en danger). Malgré la hausse de 100 % dans le nombre de patients déclarés à risque de décès, les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont enregistré une hausse de moins de 5 % dans les décès réels à l'hôpital, et les hôpitaux de l'Ontario ont enregistré une baisse de 2 %.

### ***L'Ontario fait cas marginal***

En 2000-2001, les hôpitaux ontariens ont enregistré le meilleur rendement en matière de durée du séjour, comparativement à la durée du séjour prévue de l'ICIS (celle-ci est ajustée pour tenir compte de la complexité déclarée des patients). Le nombre moyen de diagnostics de la liste de grade par cas hospitalisé en Ontario était trois fois le nombre à Terre-Neuve-et-Labrador, et 50 % supérieur aux taux dans les autres provinces et territoires. Malgré les taux similaires de changement dans les diagnostics déclarés au Nouveau-Brunswick et en Ontario, seules les données de la dernière province étaient nettement différentes des autres données de la DAD en 2000-2001 (le Nouveau-Brunswick a commencé à un niveau beaucoup plus inférieur à celui de l'Ontario).

### ***Les changements en Ontario n'étaient pas uniformes entre les hôpitaux***

Lorsque nous avons examiné de plus près les changements dans les données de la DAD en Ontario, nous avons découvert (particulièrement en ce qui a trait à la déclaration des diagnostics comorbides et à la liste de grade des diagnostics) qu'ils n'étaient pas uniformes entre les types d'hôpitaux et chaque hôpital. En effet, les grands hôpitaux et ceux d'enseignement ont connu les plus grands changements, quoique même ces groupes ont enregistré beaucoup de variations entre chaque établissement. Les changements dans certains hôpitaux étaient si grands (p. ex. une hausse de 205 % dans la liste de grade des diagnostics déclarée par cas, et de 2 151 % dans les comorbidités déclarées par cas en rapport avec l'appareil endocrinien) que les nouvelles données ne pouvaient désigner les changements réels chez leurs patients.

### ***Accent à mettre sur le typage des diagnostics et la déclaration des comorbidités***

La combinaison des résultats des analyses dont ont fait l'objet les données hospitalières de l'Ontario avec ceux des études de nouvelle saisie nous mène à mettre l'accent sur le typage des diagnostics et à la variation dans l'identification des diagnostics en tant que conditions comorbides. Quelques hôpitaux ontariens semblent avoir déclaré les diagnostics en tant que conditions comorbides sans évaluer l'importance de la présence des diagnostics conformément aux directives de l'ICIS sur le typage des diagnostics.

Bien que les plus grandes hausses dans la saisie et la déclaration des données diagnostiques dans les hôpitaux des provinces qui, auparavant, sous-déclaraient leurs données, améliorent la comparabilité des données de la DAD, cela ne semble pas avoir été le cas, à l'éventuelle exception du Nouveau-Brunswick. Les lacunes évidentes dans les taux de déclaration des données diagnostiques entre les provinces persistent, même qu'elles sont graves dans le cas de l'Ontario.

### ***« La sous-codification » compromettra également l'utilité des données de la DAD***

Bien que cette analyse ait mis l'accent sur les hausses dans les déclarations des comorbidités et des variations conséquentes, il faut également tenir compte de la « sous-codification ». Dans les provinces qui n'ont pas utilisé les données de la DAD à des fins de financement ou de planification ou qui manquent de professionnels des archives médicales, il se peut que l'information diagnostique pertinente ne soit pas saisie au complet dans la DAD. Cette situation compromet la comparabilité et l'utilité des mesures de rendement en fonction des données de la DAD, ainsi que la codification optimisée.

## **Leçons tirées**

La valeur de la DAD de l'ICIS consiste en son utilité pour appuyer les comparaisons de l'activité et du rendement entre les hôpitaux. Elle est prédite selon l'hypothèse que les données de la DAD sont recueillies, codifiées et déclarées d'une manière cohérente par tous les hôpitaux participants. L'ICIS reconnaît que ces analyses, les récentes études de nouvelle saisie et la rétroaction des intervenants l'ont tous aidé à identifier les mesures qui doivent être entreprises pour aborder les variations de codification. Voici quelques-unes des démarches entreprises par l'ICIS :

- Mise sur pied d'un comité de remaniement des GMA, doté d'un calendrier serré pour formuler les recommandations.
- Publication d'éclaircissements concernant la norme de typage des diagnostics pour réduire les variations dans la codification.
- Publication du document révisé de l'ICIS « Pratiques d'assurance de la qualité » (novembre 2002).
- Publication des résultats de l'application du Cadre de la qualité des données à la DAD.

L'ICIS a tiré des leçons clés des résultats de l'étude des variations dans la DAD, entre autres :

- Il faut améliorer, dans le cadre des soumissions à la DAD, le contrôle du respect des directives de l'ICIS en matière de typage des diagnostics.
- L'ICIS évaluera les avantages et les risques relatifs si l'on continue à compter sur une approche de typage des diagnostics qui contient un élément de jugement subjectif à la différence d'un système de typage des diagnostics prédéterminé, précis et dirigé vers les données (tel est le cas pour déterminer les complications et les comorbidités dans le système DRG des États-Unis). Il s'agit d'un message uniforme lancé à l'échelle pancanadienne au cours des consultations de l'ICIS au printemps de 2003. Les participants à ces réunions provinciales ont exprimé le désir d'examiner à nouveau l'utilité de continuer à utiliser cette pratique de codification subjective.
- Il faudrait informer régulièrement les hôpitaux de leur niveau de respect des directives de l'ICIS en matière de déclaration des données à la DAD.
- La méthodologie de groupement des GMA devrait être révisée régulièrement pour s'assurer que les variables identifiées auparavant comme étant importantes pour appuyer la distinction des groupes de patients maintiennent leur valeur au fil des ans, au fur et à mesure que la codification et les pratiques de déclaration changent.
- Il faut prêter une attention particulière aux éléments de données et aux variables calculées qui sont utilisés pour soutenir les octrois de subventions.

## Surveillance et déclaration de la variation dans la DAD

Les analyses qu'illustre le présent rapport donnent des exemples d'indicateurs potentiels qui pourraient servir à surveiller la variation entre les hôpitaux dans la codification et la déclaration des données de la DAD. La plupart de ces indicateurs ont été utilisés pour comparer les changements dans les données au fil des ans ou ont été appliqués aux grandes séries de données axées sur la population, où les différences entre les populations seraient petites.

L'ICIS fait face à un grand défi qu'est l'identification et l'élaboration d'indicateurs qui peuvent servir à évaluer les données de chaque hôpital, et qui pourraient être appliqués en temps réel pour identifier toute codification optimisée ou sous-codification dès qu'elle survient.

### *La variation en tant qu'évènement sentinelle*

Les évènements sentinelles constituent un type d'effet indésirable qui indique des préoccupations systémiques fondamentales. En ce qui concerne les soins de santé, les évènements sentinelles sont des incidents imprévus incluant le décès ou une blessure physique ou psychologique grave ou un risque correspondant. Ils signalent le besoin d'une recherche et d'une réponse immédiates. Selon l'ICIS, toute variation de codification considérable, qu'il s'agisse d'une hausse ou d'une baisse, est un évènement sentinelle.

### *Indicateurs sentinelles*

Un indicateur sentinelle est très similaire à un outil de dépistage utilisé dans le traitement des données par l'ICIS. Il peut être un indicateur qui déclenche automatiquement la recherche et le suivi dans la réponse. Théoriquement, l'ICIS créerait des indicateurs pour identifier les abrégés individuels soumis à la DAD, qui indiquent que l'organisme soumettant les données n'observe pas les protocoles de codification de l'ICIS. De plus, il se pourrait qu'il y ait des indicateurs qui seraient appliqués au groupement des données (non des dossiers individuels), et basés sur une évaluation des modèles dans les données.

### *Indicateurs pour les dossiers individuels et le groupage des données*

On pourrait utiliser un indicateur en temps réel pour l'appliquer à un dossier afin de désigner les dossiers devant être corrigés ou qui ne seraient pas acceptés dans la DAD. On pourrait utiliser les indicateurs en s'appuyant sur l'évaluation des modèles dans un groupage de données avec les soumissions périodiques si le volume des dossiers s'avérerait suffisant, comme on pourrait les utiliser rétrospectivement avec les soumissions annuelles.

### ***Pas d'indicateurs précis de codification optimisée applicables aux dossiers individuels***

L'expérience qu'a l'ICIS avec les tests de vérification appliqués aux dossiers médicaux indique qu'à moins que le test ne rejette le dossier (pas seulement un avertissement), le dossier irrégulier ne sera pas nécessairement corrigé. Pour qu'un test de vérification désigne un dossier à rejeter, il faut avoir la certitude que ce dernier n'est pas correct. Avec les directives actuelles de typage des diagnostics, il existe très peu, s'il en existe un, de diagnostics qui ne pourraient jamais être de type 1 ou 2. Nous n'avons pu relever aucun indicateur qui pourrait s'appliquer aux dossiers médicaux. Quelques combinaisons de diagnostics étaient considérées très rares mais pas impossibles.

### ***Utilisation des indicateurs à appliquer au groupage des données***

Il est beaucoup plus faisable pour l'ICIS d'élaborer et d'appliquer des indicateurs pouvant servir à évaluer la probabilité d'une codification optimisée dans le groupement des données. Les indicateurs pourraient être utilisés pour :

- avertir l'établissement déclarant que ses données semblent anormales et portent des indices de codification optimisée ou de sous-codification. Également, toute copie d'un rapport ou de résultats envoyée aux hôpitaux devra être partagée avec les ministères provinciaux ainsi que le palier provincial pour faire le suivi à l'échelle provinciale;
- appuyer la communication avec les ministères de la Santé à propos de la qualité et la comparabilité manifestes des données soumises par chaque hôpital;
- appuyer le développement d'une comparaison à publier de la qualité des données à l'échelle hospitalière, qui pourrait servir aux chercheurs et aux hôpitaux afin d'évaluer l'utilité des données de la DAD provenant de chaque hôpital pour la comparaison du rendement et de l'activité;
- identifier les établissements auxquels on recommande une vérification et une nouvelle saisie de leurs données;
- identifier les établissements dont les données devraient être exclues de la DAD dans le but de calculer les valeurs moyennes (p. ex. la DPDS, la RIW typique)<sup>22</sup>. Toutefois, les hôpitaux auront la possibilité à priori d'étudier, de corriger le cas échéant, et de communiquer les données douteuses avant leur exclusion.

Dans tous les cas, les indicateurs ne peuvent conduire qu'à un soupçon de « codification optimisée ou sous-codification »; la confirmation de la codification optimisée ou de la sous-codification nécessiterait une analyse et extraction sur le terrain d'informations à partir du dossier clinique (c.-à-d. une nouvelle saisie).

---

<sup>22</sup> L'exclusion des données de la DAD serait problématique aux analyses fondées sur la population et aux indicateurs nécessitant une saisie exhaustive de l'activité d'une population.

En plus des indicateurs axés sur les établissements, les valeurs extrêmes des indicateurs axés sur la population gérés et déclarés par l'ICIS pourraient fournir la preuve d'une codification optimisée et d'une sous-codification appliquées par les hôpitaux qui prodiguent les soins à la population.

## Indicateurs potentiels

Un indicateur potentiel qui peut être utilisé comme il a été le cas dans cette analyse constitue les changements dans le volume des diagnostics de la liste de grade ou la répartition des patients par niveau de complexité. Les indicateurs additionnels s'appuyant sur les changements dans les caractéristiques des données comparés avec les soumissions antérieures du même organisme comprennent ce qui suit :

- Changement en pourcentage dans les cas pondérés par jour d'hospitalisation supérieur à 5 %, sans ajout ou cessation d'un programme majeur.
- Changement en pourcentage dans le volume des diagnostics de type 1 ou 2 par cas hospitalisé médical ou chirurgical.
- Changement en pourcentage dans le volume des diagnostics de type 1 ou 2 par cas hospitalisé à la suite de troubles mentaux.
- Changement en pourcentage dans la durée du séjour (DDS) réelle par rapport au rendement de la durée prévue de séjour (DPDS).

Les indicateurs potentiels s'appuyant sur les comparaisons avec les organismes pairs comprennent ce qui suit :

- Fréquence de la catégorisation des diagnostics en tant que condition comorbide dans les GMA spécifiques (p. ex. la difficulté à la marche jugée condition comorbide dans le GMA propre à la crise cardiaque et aux arthroplasties).
- DDS réelle moins de 80 % de la DPDS.
- Diagnostics de type 1 par cas médical hospitalisé au-dessus du 90<sup>e</sup> centile chez le groupe d'hôpitaux semblables.
- Diagnostics de type 1 par cas chirurgical hospitalisé au-dessus du 90<sup>e</sup> centile chez le groupe d'hôpitaux semblables.
- Diagnostics de type 2 par cas médical hospitalisé au-dessus du 90<sup>e</sup> centile chez le groupe d'hôpitaux semblables.
- Diagnostics de type 2 par cas chirurgical hospitalisé au-dessus du 90<sup>e</sup> centile chez le groupe d'hôpitaux semblables.
- Ratio différent entre les hôpitaux semblables dans le volume des cas dans le GMA non complexe par rapport au GMA complexe. Voici des exemples d'hôpitaux semblables potentiels des GMA à évaluer :
  - Appendicectomie simple versus compliquée.
  - Césarienne avec diagnostic compliqué versus non compliqué.
  - AVAC avec diagnostic compliqué versus non compliqué.
  - Accouchement vaginal avec diagnostic compliqué versus non compliqué.

- Nouveau-nés au même poids à la naissance, avec et sans problèmes diagnostics.
- GMA propres aux troubles mentaux avec diagnostics d'axe III et sans diagnostics d'axe III.

Pour évaluer la comparabilité de ses données, l'ICIS a mis au point des outils plus sophistiqués « Indices de codification »<sup>23</sup> afin de comparer la répartition réelle des cas hospitaliers par complexité avec la répartition prévue, en tenant compte de variables telles que :

- la grandeur de l'hôpital et s'il est à vocation pédagogique;
- les groupes clients à l'hôpital, la variation des interventions et des programmes;
- le taux de mortalité réel à l'hôpital;
- la situation géographique de l'hôpital (p. ex. dans une région urbaine ou rurale).

Ces indices de codification ont été mis au point pour être utilisés avec les données de la DAD au moyen du degré de complexité de l'ICIS, et les mêmes principes pouvaient être utilisés pour mettre au point un indice de codification de l'ICIS. Plutôt qu'une simple mesure dichotomique de la modification optimisée, l'avantage d'un indice de codification réside dans la possibilité de son utilisation pour créer une mesure continue qui montre si un hôpital a déclaré plus (ou moins) de ressources que prévu.

---

<sup>23</sup> Par exemple, l'indice de codification du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et *Thinc Consulting RIW Weighted Complexity Index*.