



La CIM-10-CA, la CCI et l'analyse des données

Il est difficile d'analyser les données sur les hospitalisations au Canada lorsqu'elles portent sur de nombreuses années et reposent sur des codes provenant de différentes versions des classifications. En plus de tenir compte de nombreux facteurs, les utilisateurs doivent s'assurer de la pertinence et de l'utilité des comparaisons et des tendances couvrant ces années.

Suivez ces étapes, s'il y a lieu :

1. Consultez un professionnel de la gestion de l'information sur la santé, un analyste de données ou un spécialiste des classifications chevronné au moment d'analyser des données qui font appel aux codes de la CIM-10-CA ou de la CCI, ou encore à d'anciennes classifications (CIM-9/ICD-9-CM/CCA).
2. Déterminez s'il est possible de répondre à la question relative à la recherche ou au rapport au moyen des données des bases de données sur les hospitalisations de l'ICIS (BDGP et SNISA).
 - Ce type de données ne permet pas de répondre aux questions sur l'**incidence** d'une maladie au sein de la population, mais fournit des renseignements sur les épisodes de soins (hospitalisations) des patients qui en sont atteints. Toutefois, certaines maladies graves (p. ex. l'infarctus du myocarde) nécessitent généralement une hospitalisation, et les taux d'hospitalisation peuvent offrir un aperçu de la santé de la population en général.
 - Les maladies doivent être saisies lorsque cela est indiqué dans les *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI*. Pour que les autres maladies soient saisies, il faut qu'elles répondent aux définitions des types de diagnostics des *Normes canadiennes de codification* en tant que diagnostic principal, comorbidité significative ou autre problème obligatoire.
 - La saisie n'est pas obligatoire pour toutes les interventions. Le caractère obligatoire ou facultatif de la saisie varie d'une province et d'un territoire à l'autre (p. ex. pour les interventions d'imagerie diagnostique [IRM et tomodensitogramme]). Consultez les *Normes canadiennes de codification* pour obtenir des renseignements sur la saisie obligatoire des interventions.
3. Déterminez si la province ou le territoire a soumis des données à la BDGP ou au SNISA pour les années en question.
4. Tenez compte des **classifications utilisées** pour l'année et la province ou le territoire en question.
 - La stratégie optimale consiste à extraire les données avec les codes de la classification en vigueur, plutôt que d'utiliser les codes de conversion.
 - Les conversions ou les mises en correspondance doivent se faire de la classification actuelle (CIM-10-CA/CCI) à l'ancienne (CIM-9/ICD-9-CM/CCA).
 - Pour les codes figurant dans les documents des anciennes classifications (CIM-9/ICD-9-CM/CCA), la conversion ou la mise en correspondance de l'ancienne à la nouvelle classification relève de la compétence propre aux spécialistes des classifications.



Aide-mémoire

5. Tenez compte de la **version de la classification** en vigueur pour l'année en question (et des ajouts ou suppressions de codes par rapport aux années précédentes).
 - L'ICIS a soutenu les mises à jour de la CIM-9/ICD-9-CM/CCA jusqu'à 2000-2001 inclusivement. Certaines comparaisons internationales des données présentent des codes de l'ICD-9-CM après cette année; par conséquent, ils ne figurent pas dans les bases de données de l'ICIS. Il faut néanmoins tenir compte des concepts cliniques dans les codes actualisés afin de veiller à l'exactitude des comparaisons.
6. Tenez compte des **règles s'appliquant aux affections ou aux interventions** pour l'année de données, qui figurent dans les *Normes canadiennes de codification* ou le *Canadian Coding Sourcebook* de l'année visée. Les règles ayant une incidence sur la façon de saisir des données ont-elles changé? Voir l'**annexe C — Tableau des changements** dans la version actuelle des [Normes canadiennes de codification](#). Voir aussi le *Portrait de l'évolution des Normes canadiennes de codification*, à la [page Web Ressources de classification](#) de l'ICIS. Ce document présente les changements apportés aux normes de codification, de 2001 à l'exercice en cours. Des directives provisoires, fournies par exemple dans les bulletins de l'ICIS ou les réponses à l'outil d'interrogation en ligne, ont-elles influé sur les données?
7. Tenez compte des concepts cliniques au niveau du code, de la plage de codes ou du chapitre faisant l'objet du rapport. Veillez à ce que les définitions cliniques des affections et des interventions soient consignées; consultez un expert-conseil clinique au besoin. Les 2 classifications (actuelle et ancienne) contiennent-elles les mêmes affections et interventions? Les problèmes et les mises en garde connexes y sont-ils clairement consignés? Veillez à ce qu'une mise en correspondance (plutôt qu'une conversion) soit effectuée pour permettre la comparaison d'éléments équivalents. Dans bien des cas, une plage de codes de la CIM-10-CA donnera une série discontinue de codes de la CIM-9 ou de l'ICD-9-CM.
8. Définissez vos critères d'inclusion pour la sélection des cas :
 - diagnostic principal seulement (définition stable au fil du temps)
 - comorbidités avant l'admission (diagnostic de type 1, pourrait être W, X, Y)
 - comorbidités après l'admission (diagnostic de type 2, pourrait aussi être W, X, Y)
 - intervention principale, toute intervention, cas uniques seulement (un élément par abrégé)
9. Établissez les cas à exclure, qui sont généralement les suivants :
 - nouveau-nés, patientes en obstétrique, donneurs décédés et mortinaissances;
 - interventions abandonnées ou hors hôpital.
10. Tenez compte des ajustements en fonction des facteurs de risque, si nécessaire, comme l'indice de Charlson.
11. Tenez compte de toutes les données connues et publiées et des documents techniques, notamment
 - les [indicateurs de santé](#) de l'ICIS
 - la [série de rapports sur les hôpitaux](#) de l'ICIS
 - [icis.ca](#)



Aide-mémoire

Conseil : Pour la plupart des provinces et territoires, les codes de facturation des médecins sont fondés sur une version interne de la CIM-9 et de la CCA. Les améliorations et ajouts internes aux codes de facturation des médecins relèvent des provinces et territoires, et non de l'ICIS. Les définitions des concepts des codes de facturation internes ne correspondent pas nécessairement aux codes de la CIM-9 et de la CCA.



classifications@icis.ca

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *La CIM-10-CA, la CCI et l'analyse des données* [aide-mémoire].

Ottawa, ON : ICIS; 2022.