

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

Décembre 2007



Canadian Institute
for Health Information

Institut canadien
d'information sur la santé

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

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

ISBN 978-1-55465-389-8 (PDF)

© 2008 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Processus d'assurance de la qualité relatifs à la Base de données sur les congés des patients et à la Base de données sur la morbidité hospitalière, Décembre 2007*, Ottawa, ICIS, 2008.

This publication is also available in English under the title *Quality Assurance Processes Applied to the Discharge Abstract and Hospital Morbidity Databases, December 2007*.

ISBN 978-1-55465-222-8 (PDF)

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

Table des matières

Introduction	1
Objectif du présent document.....	1
Qu'est-ce que la BDCP?.....	1
Qu'est-ce que la BDMH?.....	2
Cadre de la qualité des données de l'ICIS.....	2
Dimensions de la qualité des données.....	3
1 Exactitude	7
1.1 Systèmes de classification normalisés	7
1.1.1 Qu'est-ce que la CIM-10-CA?	7
1.1.2 Qu'est-ce que la CCI?	8
1.1.3 Normes canadiennes de codification	10
1.2 Manuel et logiciel de saisie de l'information	10
1.2.1 Manuel de saisie de l'information, BDCP.....	10
1.2.2 Logiciel de saisie et rôle des concepteurs de logiciels externes (fournisseurs).....	11
1.3 Soutien et formation du client	12
1.3.1 Représentants du service à la clientèle de la BDCP.....	12
1.3.2 Outil d'interrogation en ligne de l'ICIS	13
1.3.3 Programme de formation de l'ICIS	13
1.3.4 Bulletins.....	17
1.4 Activités de traitement et de correction.....	18
1.4.1 Vérifications du système de production de la BDCP de l'ICIS.....	18
1.4.2 Corrections soumises à la BDCP.....	19
1.4.3 Corrections apportées à la BDCP	19
1.5 Évaluations de la qualité des données en cours d'exercice	20
1.6 Assurance de la qualité dans la BDMH	20
1.6.1 Manuel de spécifications relatives à la morbidité hospitalière.....	21
1.7 Application annuelle du cadre de la qualité des données	23
1.8 Seconde saisie : Études spéciales concernant la qualité des données.....	23

2	Actualité.....	27
2.1	Délai de soumission et de correction pour l'ICIS	27
2.2	Dates de diffusion	27
2.2.1	Fichier annuel	27
2.2.2	Rapports périodiques	27
3	Comparabilité	29
3.1	Normalisation.....	29
3.2	Recoupement.....	30
3.3	Comparabilité dans le temps	31
4	Pertinence	33
4.1	Présentation d'un élément de données dans la BDCP	33
4.2	Le Comité directeur national des bases de données clinico-administratives (BDCA).....	34
4.3	Processus du système de production pour le contrôle du changement	34
5	Facilité d'utilisation	37
5.1	Accessibilité	37
5.1.1	Microdonnées	37
5.1.2	Produits destinés aux établissements déclarants.....	37
5.1.3	Rapports externes	37
5.2	Documentation	37
5.3	Facilité d'interprétation.....	38
6	Assurance de la qualité de certains produits d'analyse	39
	Sommaire	41

Introduction

Le présent document passe en revue les activités d'assurance de la qualité de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), conformément aux dimensions énoncées dans le cadre de la qualité des données de l'ICIS : exactitude, actualité, comparabilité, pertinence et facilité d'utilisation.

Un solide processus d'assurance de qualité utilisé dans la gestion d'une base de données est garant d'une bonne qualité des données. Mais justement, qu'est-ce qu'une « bonne » qualité des données? Où commence et se termine le processus d'assurance de la qualité? Dans le cas de la BDCP, la production de données **exactes** et valides commence par la présentation de données **actuelles** selon des éléments de données, des codes et des règles de codification normalisés. Une fois que les données sont soumises à l'ICIS, des pratiques systématiques d'assurance de la qualité sont mises en œuvre afin d'assurer leur **comparabilité** et leur **facilité d'utilisation**. La **pertinence** de l'information est établie grâce à des collaborations avec des comités consultatifs et à la publication de rapports comparatifs portant sur des sujets précis.

Objectif du présent document

Le présent document vise à servir de référence unique en matière de qualité des données et de processus d'assurance de la qualité relatifs à la BDCP et à la BDMH. Il s'agit de la mise à jour de la version initialement publiée en 2002.

Qu'est-ce que la BDCP?

La BDCP est une base de données nationale qui contient de l'information sur toutes les sorties d'établissements de soins de courte durée (congés, décès, départs contre l'avis du médecin ou transferts). Au fil du temps, la BDCP a également servi à recueillir d'autres données, notamment sur les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée et la réadaptation. La BDCP porte sur les congés des patients qui ont eu lieu au cours d'un exercice financier, soit du 1^{er} avril au 31 mars. Durant l'exercice 2006-2007, plus de trois millions d'abrévés ont été soumis à la BDCP, soit environ 75 % de l'ensemble des congés de patients hospitalisés en soins de courte durée au Canada. Le Québec ne présente pas de données à la BDCP; l'information sur les congés des patients hospitalisés dans cette province, lesquels représentent 25 % des congés totaux des patients hospitalisés au Canada, est consignée dans la BDMH.

Créée en 1963 pour recueillir des données sur les congés des patients des hôpitaux de l'Ontario, la BDCP a pris de l'expansion pour couvrir désormais l'ensemble des provinces et territoires, exception faite du Québec. Les données de la BDCP existent depuis l'exercice 1979-1980, mais leur exhaustivité a varié à mesure que les provinces et territoires se sont mis à participer à la BDCP. Par conséquent, les données datant de ces années ne servent habituellement pas aux analyses et elles ne sont pas facilement accessibles.

Qu'est-ce que la BDMH?

À l'instar de la BDCP, la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) présente le nombre de patients hospitalisés qui sont sortis d'un hôpital, à la suite d'un congé ou d'un décès, en fonction du diagnostic principal (le plus important) de la morbidité (maladie).

La gestion et la responsabilité de la BDMH relèvent de l'ICIS depuis 1995, année où plusieurs bases de données sur les services de santé ont été transférées de Statistique Canada. Les données relatives à la BDMH sont téléchargées à partir de la BDCP pour les provinces participantes. Les fichiers de données des hôpitaux des provinces qui ne participent pas à la BDCP (c'est-à-dire le Québec) sont présentés annuellement à l'ICIS par le ministère de la Santé afin d'être versés dans la BDMH. Les données comprises dans cette base de données proviennent des hôpitaux généraux et spécialisés affiliés, y compris des établissements de soins de courte durée, pour convalescents et pour malades chroniques (sauf en Ontario). Elles ne comprennent pas les consultations externes ni les services offerts par les hôpitaux psychiatriques.

Cadre de la qualité des données de l'ICIS

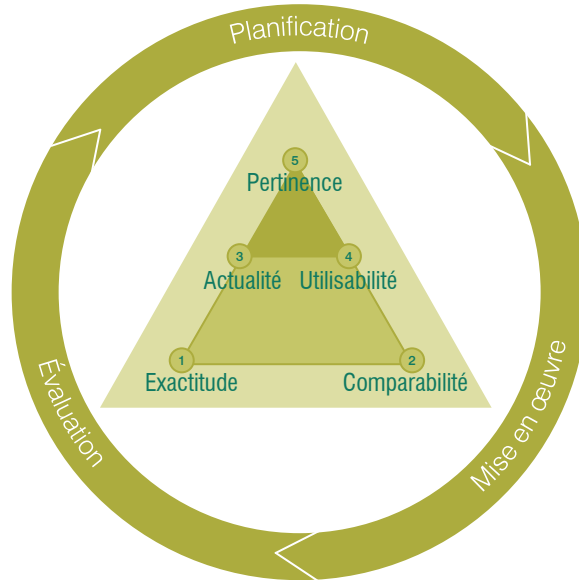
La bonne qualité des données est inhérente au mandat de l'ICIS qui consiste à orienter les politiques publiques, à contribuer à une gestion efficace du système de santé et à sensibiliser le public aux facteurs qui influent sur la santé. L'ICIS suit des mesures rigoureuses afin de s'assurer que les données recueillies et fournies respectent les normes les plus élevées. Il a mis sur pied un programme complet de qualité des données composé de processus et de politiques visant à améliorer continuellement la qualité des données, au sein de l'ICIS comme dans le secteur de la santé en général. Notre stratégie met de l'avant un certain nombre d'initiatives ayant pour objectif la prévention, la détection précoce et la résolution de problèmes liés à la qualité des données. Le cadre de la qualité des données est l'un des outils créés par l'ICIS pour évaluer la qualité de ses banques de données. Lancé en 2001, il est révisé et peaufiné tous les deux ans. Le présent document explore les dimensions, les caractéristiques et les critères de la version 2005 du cadre de la qualité des données, soit la plus récente.

Le cadre a pour but de faciliter l'évaluation, l'amélioration et la documentation systématiques de la qualité des données pour l'ensemble des bases de données et des registres de l'ICIS. Il englobe trois composantes.

- La première, le **cycle de travail de la qualité des données**, décrit un processus de travail cyclique et itératif de par sa nature, où une activité liée à la qualité des données est planifiée, mise en œuvre puis évaluée. Ce cycle de travail présente également les rôles et responsabilités associés à chacune de ces activités au sein de la section d'une banque de données, de la division de la qualité des données et de l'ICIS.
- La deuxième, l'**outil d'évaluation**, décrit 5 dimensions, 19 caractéristiques et 58 critères qui définissent les principes de l'ICIS en matière de qualité des données. Le tableau 1 ci-dessous expose en détail ces éléments.
- La troisième décrit la diverse **documentation** qui devrait être produite annuellement pour faire ressortir les limites relatives à la qualité des données de chaque banque de données, les forces de chacune d'elles et le plan d'action visant à régler tout problème lié à la qualité des données.

Dimensions de la qualité des données

L'ICIS a adopté cinq dimensions qui composent sa stratégie visant une approche continue en matière de maintien de la qualité des données.



Exactitude : précision avec laquelle l'information contenue dans la banque de données — ou en découlant — reflète la réalité qu'elle est censée mesurer.

Actualité : caractère courant ou à jour des données au moment de leur diffusion.

Comparabilité : degré de cohérence des banques de données au fil du temps et relativement à leur respect des normes.

Pertinence : mesure dans laquelle une banque de données répond aux besoins actuels et futurs des utilisateurs.

Facilité d'utilisation : facilité de compréhension et d'accessibilité d'une banque de données.

Tableau 1 Sommaire des dimensions, des caractéristiques et des critères

Exactitude	
Couverture	<p>1 La population de référence est explicitement mentionnée dans toutes les publications.</p> <p>2 Les sources connues de sous-dénombrement ou de surdénombrement ont été documentées.</p> <p>3 La base de sondage a été validée en la comparant à des sources externes et indépendantes.</p> <p>4 Le taux de sous-dénombrement ou de surdénombrement correspond à l'une des catégories prédéfinies.</p>
Saisie et collecte	<p>5 Il existe des pratiques qui minimisent le fardeau de réponse.</p> <p>6 Il existe des pratiques qui favorisent la collaboration.</p> <p>7 Il existe des pratiques qui appuient les fournisseurs de données.</p> <p>8 Il existe des procédures et des formulaires standard pour soumettre les données.</p> <p>9 Il existe des mesures de contrôle de qualité de la saisie des données.</p>
Non-réponse totale	<p>10 L'ampleur de la non-réponse totale est mentionnée dans la documentation sur la qualité des données.</p> <p>11 Le nombre d'enregistrements reçus est examiné pour déceler les valeurs inhabituelles.</p> <p>12 L'ampleur de la non-réponse totale correspond à l'une des catégories prédéterminées.</p>
Non-réponse partielle (par question)	<p>13 La non-réponse partielle est connue.</p> <p>14 L'ampleur de la non-réponse partielle correspond à l'une des catégories prédéterminées.</p>
Erreur de mesure	<p>15 Le niveau de l'erreur de mesure correspond à l'une des catégories prédéterminées.</p> <p>16 Le niveau du biais n'est pas significatif.</p> <p>17 Le degré de problèmes de cohérence correspond à l'une des catégories prédéterminées.</p>
Vérification et imputation	<p>18 Des contrôles de validité ont lieu pour chacun des éléments de données.</p> <p>19 Les règles de vérification et l'imputation sont logiques et cohérentes.</p> <p>20 Les rapports de vérification destinés aux utilisateurs sont faciles à utiliser et à comprendre.</p> <p>21 L'imputation découle automatiquement des vérifications.</p>

Exactitude (suite)	
Traitement et estimation	<p>22 La documentation pour tous les processus liés aux données est tenue à jour.</p> <p>23 La documentation pour tous les systèmes, les programmes ou les applications est tenue à jour.</p> <p>24 Le système de traitement a été testé après la dernière révision.</p> <p>25 Les données brutes sont conservées dans un endroit sécuritaire.</p> <p>26 Le biais d'échantillonnage et la variance des estimations se situent à des niveaux acceptables.</p>
Actualité	
Actualité des données au moment de leur diffusion	<p>27 L'écart entre la date réelle de diffusion et la fin de la période de référence est raisonnablement bref.</p> <p>28 La date officielle de diffusion a été annoncée avant la diffusion.</p> <p>29 La diffusion a eu lieu à la date officielle prévue.</p> <p>30 Les méthodes des bases de données ou des registres sont revues régulièrement pour en assurer l'efficacité.</p>
Actualité de la documentation	<p>31 La documentation recommandée sur la qualité des données était disponible au moment de la diffusion des données ou des rapports.</p> <p>32 Les principaux rapports des bases de données ou des registres ont été diffusés selon le calendrier prévu.</p>
Comparabilité	
Normes du Dictionnaire de données	<p>33 Les éléments de données sont évalués en fonction du Dictionnaire de données de l'ICIS.</p> <p>34 Les éléments de données sont conformes au Dictionnaire de données de l'ICIS.</p>
Normalisation	<p>35 Les données sont saisies selon le niveau de détail le plus élevé possible.</p> <p>36 Pour tout élément de données dérivé, l'élément de données original est également conservé dans la base de données principale.</p>
Couplage	<p>37 On peut utiliser les classifications géographiques types (CGT).</p> <p>38 Les données sont recueillies selon un calendrier cohérent.</p> <p>39 On utilise des codes pour l'identification unique des établissements.</p> <p>40 On utilise des codes pour l'identification unique des personnes.</p>
Équivalence	<p>41 Les répercussions des problèmes liés aux concordances ou aux conversions correspondent à l'une des catégories prédéterminées.</p> <p>42 La méthodologie et les limites des concordances ou des conversions sont documentées.</p>

Comparabilité (suite)	
Comparabilité rétrospective	<p>43 On utilise l'analyse de la tendance pour examiner les changements dans les éléments de données de base au fil du temps.</p> <p>44 L'étendue des problèmes découlant de la comparaison des données au fil du temps correspond à l'une des catégories prédéterminées.</p> <p>45 Une documentation des modifications antérieures apportées à la base de données est disponible.</p>
Facilité d'utilisation	
Accessibilité	<p>46 À chaque diffusion, un sous-ensemble officiel de microdonnées est conçu, créé, diffusé et conservé, lorsque cela est approprié.</p> <p>47 Des analyses et des tableaux standard sont produits à chaque diffusion.</p> <p>48 Les produits sont définis, catalogués ou annoncés.</p>
Documentation	<p>49 Il existe une documentation sur la qualité des données pour chaque diffusion annuelle de sous-ensembles de données.</p> <p>50 Il existe, aux fins d'utilisation interne, une documentation sur les méthodes des bases de données ou des registres pour chaque diffusion annuelle de sous-ensembles de données.</p> <p>51 Un avis accompagne toute diffusion préliminaire officielle.</p>
Facilité d'interprétation	<p>52 Un mécanisme permet aux principaux utilisateurs de communiquer leurs commentaires au secteur de produits et de recevoir les avis.</p> <p>53 Des lignes directrices de révision sont disponibles et appliquées à chaque diffusion annuelle de sous-ensembles de données.</p>
Pertinence	
Adaptabilité	<p>54 Des mécanismes tiennent les clients et les intervenants informés des développements dans le domaine.</p> <p>55 La base de données ou le registre peut s'adapter au changement.</p>
Valeur	<p>56 Le mandat de la banque de données comble une lacune en matière d'information sur la santé.</p> <p>57 On vérifie le degré d'utilisation de la banque de données.</p> <p>58 On cherche périodiquement à connaître le niveau de satisfaction des utilisateurs.</p>

1 Exactitude

Exactitude — précision avec laquelle l'information contenue dans la banque de données — ou en découlant — reflète la réalité qu'elle est censée mesurer.

L'ICIS améliore l'exactitude des données de la BDCP et de la BDMH de diverses façons, dont celles-ci :

- systèmes de classification normalisés
- manuels et logiciels de saisie de l'information
- soutien et formation de la clientèle
- activités de traitement et de correction
- évaluations de la qualité des données en cours d'exercice
- application annuelle du cadre de la qualité des données
- études spéciales et de seconde saisie

1.1 Systèmes de classification normalisés

Les systèmes de classification dans le milieu des soins de santé fournissent un mécanisme normalisé de saisie et de codification des diagnostics et des interventions. Voici les structures de classification, adoptées par l'ICIS, servant à codifier les diagnostics et les interventions dans la BDCP et la BDMH.

- CIM-10-CA — Version canadienne enrichie de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Elle remplace la classification antérieure CIM-9/ICD-9-CM.
- CCI — Classification canadienne des interventions en santé, conçue pour accompagner la CIM-10-CA. La CCI remplace la classification antérieure CCA et la composante des procédures de l'ICD-9-CM.

1.1.1 Qu'est-ce que la CIM-10-CA?

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes — 10^e révision (CIM-10) a été adoptée en 1990 par l'Assemblée mondiale de la Santé, l'organe de décision de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il s'agit de la version la plus récente de cette classification internationale des statistiques sur la mortalité et la morbidité.

Il a récemment été admis qu'une seule classification ne peut : 1) répondre aux besoins des groupes de professionnels de la santé de plus en plus nombreux et variés; 2) remplir les exigences d'évaluation uniforme des problèmes de santé dans le cadre du processus décisionnel en matière de prévention des maladies, de prestation de soins de santé et d'activités de recherche concernant des problèmes de santé particuliers. Il a donc été proposé d'élaborer une série de classifications, dont la Classification internationale des maladies est le pivot.

La CIM-10-CA, la version canadienne améliorée de la CIM-10, a recours à des codes plus précis, comptant quatre, cinq et six caractères. Plus de 4 000 compléments ont été ajoutés aux codes de la CIM-10. Ces compléments ont été élaborés en collaboration avec des cliniciens et des utilisateurs de données sur la morbidité afin de s'assurer que la classification répond aux besoins cliniques, épidémiologiques et administratifs.

Maintenance et mise à jour continues de la CIM-10 et de la CIM-10-CA

L'adaptabilité, la maintenance et la mise à jour sont essentielles pour qu'un système de classification soit assez dynamique pour être utilisé dans notre monde en constante évolution. Contrairement aux révisions précédentes, la CIM-10 peut être enrichie afin d'accueillir de nouvelles maladies telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). L'OMS a établi un processus continu de mise à jour et de maintenance qui permet aux États membres, dont le Canada, ainsi qu'aux organismes professionnels intéressés de contribuer à son enrichissement. Depuis 2005, l'ICIS remplit les fonctions de présidence et de secrétariat du Comité de mise à jour et de révision de l'OMS. Des mises à jour cumulatives de la CIM, disponibles depuis 1996, se poursuivront jusqu'à la sortie de la CIM-11. En vue de la CIM-11, les pays qui apportent des modifications à la classification fournissent une version électronique de leurs bases de données à l'OMS. Ces modifications serviront de point de départ aux améliorations à la classification de base.

La CIM-10-CA est régulièrement actualisée. Elle incorpore toutes les mises à jour du Comité de mise à jour et de révision de l'OMS ainsi que les recommandations présentées à l'ICIS et approuvées par l'OMS et le Comité consultatif de classification de l'ICIS.

1.1.2 Qu'est-ce que la CCI?

La Classification canadienne des interventions en santé (CCI), dont l'élaboration et la maintenance sont assurées par l'ICIS, consiste en une classification multiaxiale des interventions liées à la santé. Elle est composée d'une liste exhaustive d'interventions diagnostiques, thérapeutiques et de soutien (plus de 18 000 codes), d'une liste tabulaire (liste des codes en ordre alphanumérique), d'un index alphabétique et de normes de codification et de directives d'enregistrement pertinentes.

Principales caractéristiques de la CCI

Un certain nombre de principes directeurs ont servi au développement de la nouvelle classification. Ces principes sont à la base de certaines des principales caractéristiques de la CCI.

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

L'une des principales caractéristiques de la classification est la neutralité du dispensateur de service et du milieu de prestation du service. La classification a été conçue de sorte que les modes d'exercice ne sont pas reflétés dans la structure de codes. Par conséquent, les mêmes codes devraient être applicables, quelque soit la personne qui pratique l'intervention (un médecin, une infirmière ou un inhalothérapeute) et le lieu de l'intervention (une salle d'opération, le service d'urgence, une clinique ou un cabinet médical).

Structure multiaxiale et hiérarchique

La conception de la structure des codes a recours à une approche multiaxiale pour désigner, par exemple, la partie de l'anatomie ou le système organique visé et l'intervention pratiquée, y compris l'approche et la technique ou l'instrument utilisé. Hiérarchique, elle facilite l'analyse des données en présentant des capacités ascendantes et descendantes à différents niveaux (p. ex. anatomie, intervention et qualificateurs).

Exhaustivité

La classification a une très grande portée qui dépasse celle des classifications habituelles afin de répondre aux besoins des organismes dans le continuum des services de santé. L'éventail complet des interventions reflète le grand nombre de dispensateurs et la variété des applications.

La classification présente les mentions SAI (sans autre indication) et NCA (non classifié ailleurs) : toutes les interventions peuvent ainsi être classées. Elle désigne clairement, grâce aux termes d'inclusion et d'exclusion, quelles interventions, et leurs synonymes communs, se rapportent à chaque terme conceptuel.

Pertinence

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

Simplicité

Dans la mesure du possible, la logique de la conception des codes de classification a été mise en évidence pour les utilisateurs afin d'en accroître la compréhension et d'améliorer les pratiques de codification ainsi que la qualité des données. Cette façon de faire devrait faciliter la saisie des données au moyen d'interfaces contrôlées ou en langage naturel dans le cadre du dossier de santé électronique. Chaque description de code a été faite de façon à être la plus brève et la plus simple possible tout en fournissant le maximum de précisions pouvant être appuyées par la documentation clinique, et ce, afin de répondre aux besoins des utilisateurs.

Dynamisme et évolution

Le fait de réserver des blocs de codes qui permettent d'enrichir ou de modifier la classification facilite sa maintenance et sa mise à jour continues.

Information rattachée à la procédure uniquement

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

Maintenance et mise à jour continues de la CCI

La CCI est révisée et mise à jour sur une base régulière pour tenir compte des changements dans la pratique et des percées technologiques relatives aux diverses interventions.

1.1.3 Normes canadiennes de codification

La version originale des Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI a été publiée en 2001. Ces normes sont modifiées, améliorées et révisées et testées annuellement par les représentants de chaque province et territoire siégeant au Comité national consultatif de codification. Elles peuvent être téléchargées gratuitement et imprimées en format PDF à partir du site Web de l'ICIS. Les normes ont pour objet :

- de favoriser une approche cohérente à l'échelle nationale en matière de saisie de données et de qualité des données;
- de diminuer la subjectivité dans la codification clinique;
- de renforcer les règles de codification intégrées à la CIM-1-CA;
- d'éclaircir les améliorations apportées à la CIM-10 de l'OMS dans la version canadienne;
- de renforcer les règles de codification intégrées à la CCI;
- de refléter avec exactitude la complexité des cas;
- de contribuer au développement futur du groupeur;
- de raffermir la confiance des utilisateurs des données de l'ICIS.

1.2 Manuel et logiciel de saisie de l'information

1.2.1 Manuel de saisie de l'information, BDCP

Le Manuel de saisie de l'information, BDCP, est un outil, en format PDF, mis à la disposition des clients afin de les orienter dans le processus de collecte de données démographiques, administratives et cliniques. Il sert également aux chercheurs et aux fournisseurs de logiciels externes qui mettent au point des systèmes de saisie (collecte de données) utilisés dans les hôpitaux. Le manuel comporte deux sections : la section principale, qui porte sur les exigences à l'échelle nationale, et la section traitant des exigences propres à chaque province ou territoire. Les éléments de données sont obligatoires ou facultatifs. Chaque élément de donnée est décrit et accompagné des valeurs valides correspondantes, d'un exemple de la façon d'utiliser le champ visé et des corrections applicables à celui-ci.

Le Manuel de saisie de l'information, BDCP, repose sur les concepts de groupes (19) et de champs (161). À chaque élément de donnée est assigné un numéro de groupe et de champ pour en faciliter la consultation. Bon nombre des éléments de données ne doivent être recueillis qu'une seule fois pour chaque abrégé. Toutefois, l'abrégé présente une certaine souplesse dans les cas où un élément de données doit être répété. Par exemple, l'abrégé de 2007-2008 peut accueillir des données sur 8 dispensateurs, 25 diagnostics, 20 interventions et 6 unités de soins spéciaux.

1.2.2 Logiciel de saisie et rôle des concepteurs de logiciels externes (fournisseurs)

Dans le but de normaliser la collecte de données et de s'assurer de l'exactitude des données, les fournisseurs de données de l'ICIS achètent l'infrastructure logicielle nécessaire auprès de fournisseurs de logiciels externes. Les logiciels de collecte de données ou de saisie sont généralement développés par des entreprises externes ou par le personnel des systèmes d'information de chaque hôpital. À l'ICIS, les entreprises externes sont communément appelées « fournisseurs ».

Le logiciel de saisie est développé conformément aux spécifications et aux normes de soumission électronique des données de l'ICIS, ainsi qu'à la documentation destinée aux utilisateurs des banques de données, soit le Manuel de saisie de l'information, BDCP (manuel de l'utilisateur). Les fournisseurs de données (p. ex. les hôpitaux) choisissent et acquièrent par contrat les systèmes qui répondent le mieux à leurs besoins en information et en présentation de rapports internes. Le logiciel de saisie est soit « autonome », soit relié par interface avec les systèmes des hôpitaux tels que le système d'admission des patients ou le système admission/congés/transfert (ACT). Dans les cas où le système de saisie est relié par interface, de nombreux éléments de données démographiques sont téléchargés dans le logiciel.

Depuis l'exercice 2002-2003, l'ICIS transmet aux fournisseurs des spécifications détaillées de révision (validation) qui correspondent à son système de production. Auparavant, les fournisseurs préparaient leurs révisions à l'aide des règles du Manuel de saisie de l'information, BDCP, et des descriptions des messages d'erreurs. Depuis la version 2002-2003 de la BDCP (accompagnant la CIM-10-CA et la CCI), l'ICIS demande aux fournisseurs d'incorporer toutes ses révisions à leurs systèmes de saisie dans le but d'améliorer la qualité des données. Si le logiciel du fournisseur est bien conçu, il devrait réviser chaque élément de données au moment où les données sont entrées par le codificateur, et une révision des relations entre les champs devrait avoir lieu avant que l'abrégié ne soit acheminé à l'ICIS. Un exemple de révision d'un seul élément de données serait la date de sortie, qui doit être présentée de la façon suivante : AAAAMMJJ. Un exemple de révision entre les champs serait la vérification de la date de sortie, qui permet de s'assurer que celle-ci tombe pendant la période de soumission, après la date d'admission, etc. Grâce au logiciel, les données sont révisées « à la source » et corrigées avant d'être soumises à l'ICIS, qui les révisé de nouveau en « mode de traitement par lots ».

Les fournisseurs doivent présenter des fichiers tests à l'ICIS pour chaque province ou territoire où ils ont des clients; un établissement ne peut pas soumettre de données « en temps réel » avant que le fournisseur et l'établissement lui-même n'aient présenté un test valide. Le fichier doit comporter un nombre suffisant de dossiers-tests (au moins 250) pour que le fournisseur dispose d'une information représentative. Ce processus permet de mettre à l'essai le dossier de contrôle, la disposition et la taille du fichier ainsi que d'assurer un essai de révision intégrale du fichier. De la rétroaction faisant état des problèmes à corriger est présentée aux fournisseurs (il s'agit par exemple du rapport sommaire de soumission et du relevé détaillé des erreurs de soumission). Le personnel de l'ICIS analyse

les rapports et apporte son soutien aux fournisseurs par l'intermédiaire de son processus de développement du système. Ceux-ci doivent remédier à toutes les erreurs avant de soumettre un autre test. Ils doivent également mettre à l'essai les divers types d'enregistrements (p. ex. les abrégés originaux, les corrections, les ajouts et les suppressions) dans le cadre de la soumission du test. Depuis l'exercice 2007-2008, certains champs ne doivent comporter aucune erreur pour que le test soit considéré comme valide par l'ICIS en fonction de critères prédéterminés.

En 2007-2008, l'ICIS a intégré une étape de vérification supplémentaire pour les méthodologies de regroupement GMA+ et GCJ. Les fournisseurs de groupeur autorisés ont été tenus de regrouper les données dans un fichier fourni par l'ICIS qu'ils devront ensuite retourner afin que soient contrôlées les variables du groupeur assignées aux fournisseurs.

L'ICIS publie sur son site Web la liste des fournisseurs qui répondent à ses exigences de vérification. Les établissements peuvent soumettre leur test uniquement si le nom de leur fournisseur figure sur cette liste.

L'ICIS ne présente pas d'attestation aux fournisseurs, mais il affiche les résultats des tests réussis.

Relation de l'ICIS avec les fournisseurs

Les fournisseurs de données passent un contrat pour des produits et services avec le fournisseur de leur choix. L'ICIS fixe les normes et reçoit les données des fournisseurs de données. Il offre en outre un appui aux fournisseurs quant à l'interprétation des normes, à la soumission électronique des données et aux spécifications de vérification. L'ICIS communique en permanence avec les fournisseurs afin de les informer des mises à jour financières relatives aux spécifications, de leur donner de la rétroaction et de résoudre les problèmes rencontrés au cours de la transmission des données depuis le site des clients.

1.3 Soutien et formation du client

1.3.1 Représentants du service à la clientèle de la BDCP

Dans le but de favoriser l'exactitude au moyen de pratiques d'assurance de la qualité visant une codification et une saisie cohérentes, les représentants du service à la clientèle de l'ICIS servent de lien avec les fournisseurs de données pour les questions relatives à la BDCP. Les représentants du service à la clientèle sont chargés d'offrir un service de soutien direct aux clients en ce qui concerne les produits de la BDCP, d'aider à la conception et à la prestation de programmes de formation, d'effectuer les mises à jour annuelles du Manuel de saisie de l'information, de mettre à l'essai le système de production de la BDCP, de visiter les clients, de mettre leur expertise en matière de qualité des données à la disposition des clients et de travailler à l'établissement de relations solides avec les consultants provinciaux ou territoriaux, les organisations de soins de santé et les utilisateurs de données. Afin de veiller à l'efficacité du service offert, les représentants ont été assignés à des provinces ou territoires déterminés. Ces représentants sont accrédités par le Collège canadien des professionnels en gestion de l'information sur la santé et comptent au moins cinq ans d'expérience dans le domaine de la gestion de l'information

sur la santé. Le délai de réponse aux questions des clients au sujet de la BCDP est habituellement de 48 à 72 heures. Bon nombre d'entre elles sont résolues à l'aide de l'outil d'interrogation en ligne de l'ICIS.

1.3.2 Outil d'interrogation en ligne de l'ICIS

En décembre 2006, l'ICIS a lancé un outil d'interrogation en ligne bilingue. Cet outil remplace le service d'interrogation sur la codification qui avait été lancé en 2001 dans le but d'appuyer la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI, et il présente davantage de caractéristiques que celui-ci. Il permet aux clients d'interroger l'ICIS sur les programmes et produits suivants :

- Classifications
- Groupes clients
- Base de données sur les congés des patients (BCDP)
- Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
- Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)
- Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)
- Système d'information sur les services à domicile (SISD)
- Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)
- Services du Portail

L'outil d'interrogation en ligne permet aux utilisateurs de parcourir une base de connaissances qui contient des interrogations et des réponses antérieures. Les utilisateurs peuvent également soumettre leurs propres interrogations au moyen d'un point d'entrée commun; les réponses sont envoyées par courriel dans la langue de l'interrogation.

L'outil d'interrogation en ligne présente des caractéristiques de collaboration qui permettent au personnel de l'ICIS d'obtenir et d'intégrer des commentaires de spécialistes d'autres programmes de l'ICIS afin de fournir aux clients des réponses exhaustives et judicieuses à leurs demandes d'information. La base de connaissances de l'outil d'interrogation en ligne sert à l'élaboration et à l'amélioration de manuels, de normes de codification et de séances de formation.

1.3.3 Programme de formation de l'ICIS

Le programme de formation représente une fonction de base de l'ICIS. Il facilite la compréhension de l'information sur la santé et des produits et services de l'ICIS. Ce programme offre à ses clients une série d'ateliers et de cours de formation à distance (p. ex. documents informatifs, formation en ligne et téléconférence) visant à appuyer la mise en œuvre et le maintien des normes et des systèmes d'information à l'échelle nationale.

Des séances mettant l'accent sur l'interprétation, l'utilisation et l'application des données, les indicateurs et d'autres outils d'information sont également offerts. Grâce à ces initiatives, le programme de formation améliore la qualité des soumissions de données aux bases de données et aux registres nationaux et veille à l'interprétation et à l'application appropriées des données.

Dans le cas de la BDCP, le programme de formation est conçu en collaboration avec nos partenaires à l'interne spécialisés en classification et en groupes clients. Il contribue grandement à promouvoir et à maintenir l'intégrité de cette base de données de l'ICIS. Le programme de formation se concentre sur la collecte de données (p. ex. codification et saisie), le traitement des données (p. ex. soumissions, erreurs et corrections) et les résultats (p. ex. interprétation des rapports), toujours en insistant sur la qualité des données. Le tableau ci-dessous présente les types de formation reliés à la BDCP ou à la BDMH offerts par l'ICIS.

Tableau 2 Aperçu des programmes de formation destinés aux fournisseurs de données de la BDCP ou de la BDMH

Sujet	Séance	Points saillants
Mise à jour annuelle	Quoi de neuf dans la DAD en 2008-2009 Quoi de neuf dans les classifications de 2008-2009 What's New for Case Mix in 2008-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Présente et passe en revue les révisions annuelles de la BDCP, des classifications et des groupes clients. • À l'intention des clients internes et externes.
Entrée et qualité des données	Typage des diagnostics, attribution du problème principal ou secondaire (2008-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne présentant une révision générale des types de diagnostics et de l'attribution du problème principal ou secondaire en mettant l'accent sur l'importance de cette donnée, sur les utilisations et sur les conséquences d'une attribution incorrecte. Des études de cas permettent d'évaluer le niveau de compréhension.
Entrée et qualité des données	CIM-10-CA et la CCI appliquées : études de cas, série n°2	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de formation en ligne présentant une série avancée d'études de cas de patients hospitalisés permettant de vérifier les compétences des codificateurs en matière de classifications ainsi que de conventions et de normes de codification. • Permet de renforcer et d'évaluer les connaissances en codification.
Entrée et qualité des données	Techniques de recherche dans la CIM-10-CA et la CCI à l'aide de Folio Views (2008-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne décrivant les fonctions de navigation de base de Folio (cyberlivre) pour les classifications CIM-10-CA et CCI.

Sujet	Séance	Points saillants
Entrée et qualité des données	Ateliers sur la codification spécialisée <ul style="list-style-type: none"> • Codification du diabète : partie 2 • Comprendre le syndrome coronarien aigu • Obstetrical Coding – Moving Beyond the Basics • Classifying Complications of Care—Part 1 (2008–2009) • Arthroplastie du genou (2008-2009) • Syndrome coronarien aigu – programme auto-didacte à suivre (2008-2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation approfondie sur des domaines spécialisés de codification (comme le diabète, l'obstétrique et le syndrome coronarien aigu). • Favorise la codification exacte et cohérente des diagnostics et des interventions à l'échelle nationale.
Collecte et qualité des données	Introduction à la saisie des données de la BDCP, 2008-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Présente en détail les directives de saisie de l'information dans la BDCP pour chaque élément de données. • Souligne les changements qui s'appliquent au présent exercice.
Collecte et qualité des données	Gestion des soumissions et corrections de données de la BDCP, (2008-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Présente et passe en revue le système de correction des données de l'ICIS. • Assure l'intégrité de la base de données.
Collecte et qualité des données	Amélioration de la qualité des données sur l'admission et sur l'inscription	<ul style="list-style-type: none"> • Outil interactif d'auto-apprentissage qui vise l'exactitude des éléments de données de la BDCP recueillies lors de l'inscription.
Résultats et application	Comprendre les changements apportés aux rapports de la BDCP pour 2007-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Outil d'auto-apprentissage présentant une vue d'ensemble des changements apportés aux rapports de la BDCP en 2007-2008.
Résultats et application	Comprendre les rapports eCHAP 2007-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Vise une interprétation et une application normalisées de l'information tirée des rapports comparatifs trimestriels et annuels. • Améliore la compréhension globale des rapports sur la DPS et CHAP 1, 2 et 3.

Sujet	Séance	Points saillants
Résultats et application	L'évaluation des tendances, la CIM-10-CA et la CCI, 2008-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne décrivant les facteurs déterminant les tendances relatives à la CIM-10-CA et à la CCI. • Présente également des outils et ressources utilisés pour établir les tendances.
Résultats et application	GMA + et les indicateurs de ressources 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne qui explique en détail l'évolution de la méthodologie GMA + pour 2008 et des indicateurs associés (PCR et DPS).
Résultats et application	Introduction à la GMA +	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne composé de cinq modules qui aident les utilisateurs à comprendre les changements apportés à la méthodologie des groupes de maladies analogues et à utiliser la nouvelle méthodologie dans leurs analyses. Les modules, offerts en français et en anglais, sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> – Module 1 : Introduction aux méthodologies de regroupement et aux règles administratives générales de la méthodologie GMA + – Module 2 : Introduction aux catégories cliniques principales de la méthodologie GMA + – Module 3 : Introduction aux cinq facteurs de la méthodologie GMA + – Module 4 : Aperçu du rendement statistique et clinique de la méthodologie GMA + – Module 5 : Introduction aux nouvelles PCR et DPS
Résultats et application	Étude approfondie de la méthodologie GMA +	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier destiné à ceux qui souhaitent approfondir leurs connaissances de la méthodologie GMA + et des indicateurs de ressources de santé connexes (DPS et PCR).
Résultats et application	Introduction aux groupes clients pour les établissements de soins de courte durée (2008-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne qui présente des renseignements généraux au sujet des méthodologies de regroupement utilisées dans les milieux de soins de courte durée.

Sujet	Séance	Points saillants
Résultats et application	Comprendre les méthodologies de regroupement SGCA et GCJ (2008-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne qui fournit des connaissances de base concernant les méthodologies de regroupement des soins ambulatoires et les indicateurs de ressources associés. Il établit également les similitudes et les différences entre les méthodologies SGCA et GCJ.
Résultats et application	Résumé de la nouvelle méthodologie de regroupement GMA +	<ul style="list-style-type: none"> • Outil résumant de façon concise la nouvelle méthodologie GMA + . Ce résumé est destiné aux cadres et autres décideurs qui ne participent habituellement pas à l'analyse des données.
Résultats et application	Introduction au RNMH (2008-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne qui permet aux participants d'utiliser et d'interpréter le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH). Ce cours s'adresse au personnel de direction.
Résultats et application	Le RNMH pour l'analyste (2008-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Cours en ligne décrivant le RNMH en détail et fournissant de plus amples renseignements sur les aspects techniques de l'outil, l'interprétation des données et certaines suggestions à des fins d'analyse.

La formation fait le pont entre les produits de l'ICIS et l'application réussie du contenu de ces produits. Grâce aux initiatives en matière de formation, l'ICIS est en mesure de collaborer avec les utilisateurs (p. ex. le personnel chargé des dossiers de santé) afin de saisir les données de façon exacte et acceptable et de favoriser l'interprétation et l'application correctes des données (c.-à-d. d'éviter que les utilisateurs formulent des hypothèses ou tirent des conclusions erronées). Les deux initiatives (saisie et utilisation des données) contribuent à la qualité des données et à l'emploi approprié des différentes banques de données de l'ICIS, et en particulier de la BDCP.

1.3.4 Bulletins

Les bulletins dressent un bilan périodique qui s'adresse aux responsables de la collecte des données, aux ministères de la Santé et aux fournisseurs. Ils portent en général sur un sujet et une banque de données en particulier. Ce moyen de communication sert à soulever des questions, à fournir des mises à jour et à diffuser des renseignements d'ordre général sur la qualité de l'information. Les bulletins sont transmis par courriel et sont publiés sur le site Web de l'ICIS. La liste de distribution des groupes de clients figure à la fin de chaque bulletin. Les auteurs et le numéro du bulletin sont mentionnés sous l'adresse de l'ICIS dans le coin supérieur gauche du bulletin.

1.4 Activités de traitement et de correction

1.4.1 Vérifications du système de production de la BDCP de l'ICIS

Les vérifications du système de production de l'ICIS (validations) sont conçues pour veiller à la validité et à l'intégrité des données soumises aux banques de données. Les vérifications de la BDCP relèvent les erreurs récurrentes (la réponse est impossible) et émettent des messages d'avertissement relatifs à la qualité des données (la réponse est improbable). Quelque 780 vérifications du système de production sont appliquées à la BDCP. Cette dernière accepte les données erronées fournies par les hôpitaux; toutefois, lors du traitement des données, la valeur « Z » est attribuée par défaut à toutes les données récurrentes.

Les types de vérifications du système de production sont les suivants :

- a) vérification de chaque champ (élément de données)
 - obligatoire ou facultatif (erreur récurrente ou avertissement relatif à la qualité des données)
 - valeurs valides utilisées de façon appropriée (valeurs précises, étendue des valeurs)
 - format (justification, numérique, alphabétique ou alphanumérique)
- b) vérifications interchamps (entre au moins deux éléments de données)
- c) variations provinciales ou territoriales utilisées correctement
- d) abrégé par rapport au fichier de l'établissement
- e) contrôle et mise à l'essai de l'intégrité du lot
- f) vérifications de la méthodologie après regroupement

L'ICIS a mis au point une disposition normalisée pour les types de vérification énumérés en a), b) et c) mentionnés ci-dessus. Ces vérifications sont décrites dans un manuel en format Excel qui présente, dans des feuilles de calcul séparées, les vérifications principales (celles qui s'appliquent à l'ensemble des provinces et territoires) et les vérifications propres à chaque province et territoire. Le manuel est utilisé lors de chaque exercice, et des améliorations ou des mises à jour peuvent être apportées en cours d'exercice.

Les activités continues de l'ICIS visant l'amélioration de la qualité donnent lieu à des validations supplémentaires qui sont ajoutées au début d'un exercice. Depuis la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI, l'ICIS a élaboré des vérifications qui correspondent aux normes de codification de ces classifications. En règle générale, il faut considérer ces vérifications comme des avertissements pour au moins un exercice et, après analyse, en faire des erreurs récurrentes dans les années suivantes. Le personnel de l'ICIS analyse les données de l'exercice en cours pour relever les incohérences dont les programmes de vérification ne tiennent pas compte et informe les clients des problèmes qui peuvent être corrigés avant la clôture de l'exercice.

1.4.2 Corrections soumises à la BDCP

Avant que l'information contenue dans l'abrégé ne soit diffusée et stockée, on en vérifie la validité et la cohérence conformément aux règles définies par l'ICIS. Le programme de vérification a pour objet de déceler les données erronées, de les signaler aux responsables de la collecte des données afin d'en faciliter la correction et de prévenir l'inclusion de données erronées dans les rapports ainsi que le stockage de données erronées dans la base de données.

Afin de faciliter le processus de correction, chaque erreur est accompagnée d'un message dans le relevé détaillé des erreurs de soumission. Il existe deux types de messages d'erreur : ceux qui visent les erreurs récurrentes et ceux qui visent les erreurs intermittentes, ou avertissements. Lorsqu'un élément de données est absent ou non valide mais qu'il faut l'enregistrer, il est remplacé par la valeur « Z » indiquant qu'il doit être corrigé. Les erreurs intermittentes doivent être vérifiées par l'analyste ou le codificateur pour s'assurer de l'exactitude de l'information. Chaque message d'erreur comporte trois sections : détection de l'erreur, description de l'erreur et données telles qu'elles ont été présentées. Tous les messages d'erreur sont précédés par les identificateurs suivants : numéro du groupe, numéro du champ, numéro d'occurrence (le cas échéant) et le numéro du code de vérification (numéro désignant le message d'erreur en question). Le groupe et le champ indiquent l'élément de données à corriger, tandis que le code de vérification explique la cause de l'erreur et la mesure à prendre pour la rectifier.

La méthode d'abrégé de correction est conçue pour permettre à l'hôpital de corriger les erreurs dans l'abrégé et de créer un abrégé de correction dans le système de saisie de l'hôpital avant qu'il ne soit soumis à l'ICIS. Les spécifications détaillées décrivant les critères sont fournies aux fournisseurs chargés de la saisie.

Les erreurs décelées par le système de vérification et consignées dans le relevé détaillé des erreurs de soumission, ou encore les autres changements demandés par le client, peuvent survenir en tout temps après la réception des rapports mensuels initiaux, mais avant la clôture de l'exercice pour la BDCP. Au cours d'un exercice, les clients peuvent également présenter les abrégés qui étaient manquants au moment de la présentation originale pour une période donnée ou supprimer les abrégés en double détectés lors d'analyses ultérieures.

1.4.3 Corrections apportées à la BDCP

Le programme de vérification traite les données à mesure que l'ICIS reçoit les abrégés. Toutes les erreurs décelées dans les abrégés au cours de la même période sont signalées en même temps. Après chaque processus de vérification, le système s'assure que les valeurs ajoutées, comme le groupe de maladies analogues (GMA+), le groupe de chirurgies d'un jour (GCJ), la durée prévue du séjour (DPS) et la pondération de la consommation des ressources (PCR), sont recalculées lorsque des corrections ont été apportées. Les étapes de correction et de vérification sont répétées jusqu'à ce que le client (l'hôpital) ait corrigé de façon satisfaisante les abrégés ou jusqu'à la clôture de la base de données à l'échéance de fin d'année (soit le 31 juillet dans le cas de l'exercice précédent).

1.5 Évaluations de la qualité des données en cours d'exercice

Dans le cadre du processus d'évaluation de la qualité des données, des analyses de tendances touchant certains éléments de données ainsi que des tests de qualité des données sont effectués en cours d'exercice et à la clôture de la base de données. Rapidement, les écarts significatifs sont examinés et un suivi est fait auprès des clients afin qu'ils soient corrigés avant la clôture de la base de données.

1.6 Assurance de la qualité dans la BDMH

Depuis le 1^{er} avril 2004, le Québec est la seule province dont le ministère de la Santé soumet directement les données à la BDMH plutôt que de les soumettre par l'intermédiaire de la BDCP.

L'ICIS envoie une demande officielle au ministère de la Santé du Québec afin d'obtenir les données de la province. Il les reçoit habituellement en novembre de l'exercice en cours ou au début de l'exercice suivant. Les éléments de données du fichier du Québec, qui sont intégrés à la BDMH, sont alors extraits aux fins de vérification. Les données source sont examinées pour vérifier le nombre de dossiers et déceler toute anomalie patente. Après la validation des données source auprès du ministère de la Santé et la correction des anomalies trouvées, les données sont mises en correspondance avec des noms d'éléments de données et des valeurs de code de la BDCP (les données sont donc traitées). Le nombre d'enregistrements dans le fichier de données mis en correspondance et le fichier de données source sont comparés, au niveau des éléments de données, afin d'assurer la concordance des deux fichiers. Les corrections appliquées aux données de la BDCP sont ensuite appliquées aux données du Québec mises en correspondance, s'il y a lieu. Par exemple, si un élément de données de la BDCP n'a pas été fourni par le Québec, les corrections concernant cet élément de données n'ont pas à être appliquées aux données du Québec mises en correspondance. À cette étape, les codes de diagnostics et d'interventions sont validés, et les numéros séquentiels leur sont attribués conformément aux règles de vérification. Ces données sont alors examinées afin de s'assurer que les corrections sont appliquées de façon appropriée. Les résultats de cette vérification sont notés et approuvés par la section. Ensuite, les données corrigées sont ajoutées aux données de la BDCP du même exercice pour créer le fichier de données intégrées BDCP-BDMH. Plusieurs éléments de données dérivés sont ajoutés afin de séparer les données de la BDCP et de la BDMH dans le fichier de données intégré. Un plan de test intégral de la qualité des données est alors appliqué au fichier. Ce plan consiste en une série de vérifications logiques à effectuer sur les éléments de données (individuellement ou en combinaison avec d'autres éléments de données) et en une analyse des tendances relatives à certains éléments de données afin de déterminer si ceux-ci affichent des courbes anormales au fil du temps. Les résultats de ce plan de test sont utilisés dans les divers documents sur la qualité publiés au moment de la diffusion du fichier (par exemple, les rapports d'évaluation de la qualité des données et les limites des données propres à un champ).

À partir de ce fichier de données intégré, une image-mémoire de la table Oracle est préparée et envoyée à Statistique Canada, avec les documents sur la qualité des données mentionnés ci-dessus. Statistique Canada entreprend alors ses propres activités de vérification de la qualité des données, ce qui marque l'amorce d'un processus itératif entre l'ICIS et Statistique Canada pour discuter des anomalies ou des tendances improbables qui pourraient nécessiter d'autres mises à jour aux documents sur la qualité des données. Statistique Canada examine le fichier et pose toute question pertinente à l'ICIS. L'ICIS prend les mesures nécessaires, ce qui peut signifier un deuxième traitement de fichier, selon l'importance ou les retombées des découvertes. Toutes les erreurs sont également corrigées dans les fichiers internes de l'ICIS. Une fois l'examen du fichier par Statistique Canada terminé, les données de la BDMH sont rendues accessibles pour la production de rapports internes et externes. Les analystes à l'ICIS peuvent accéder aux ensembles de données SAS aux fins d'interrogation, et les documents sur la qualité des données sont publiés sur la page Intranet présentant les documents essentiels aux bases de données clinico-administratives (BDCA).

1.6.1 Manuel de spécifications relatives à la morbidité hospitalière

Les spécifications relatives à la Base de données sur la morbidité hospitalière ont été rassemblées dans le but de produire une source d'information concernant les étapes à suivre pour le traitement et la vérification des données utilisées dans la préparation de la BDMH. Le manuel présente aussi des définitions, des descriptions et des interprétations (y compris des valeurs de code) des éléments de données figurant dans la base de données. Le corps principal du manuel reflète la situation de 1996-1997 et un addenda pour tenir compte de tout changement dans le traitement et la vérification qui a été apporté au cours de l'exercice 1997-1998. Un troisième document a été préparé pour saisir les renseignements sur le traitement et les changements apportés de 1998-1999 à 2000-2001. Depuis 2001-2002, l'exercice où s'est déroulée la fusion technique de la BDCP et de la BDMH, un document distinct de spécifications relatives au traitement des données de la BDMH est préparé pour chaque exercice. Alors que l'information dans les manuels de spécifications antérieurs à 2001-2002 soit encore saisie pour cet exercice et les exercices suivants, une partie de cette information a été éliminée, tel qu'il est indiqué dans le tableau suivant.

Table 3 Guide sur les documents de soutien relatifs à la BDMH

Information	Support		
	1994-1995 à 1997-1998	1998-1999 à 2000-2001	2001-2002 et après
Disposition du fichier de Statistique Canada	Spécifications sur le traitement (section 1)	Spécifications sur le traitement (section 4)	Spécifications sur le traitement (spécifications sur l'extraction des données de Statistique Canada)
Définition des éléments de données, descriptions et valeurs de codes	Spécifications sur le traitement (section 2)	Spécifications sur le traitement (section 1)	Manuels de saisie de l'information de la BDCP (par exercice)
Étapes de création d'un fichier	Spécifications sur le traitement (sections 3 et 4)	Spécifications sur le traitement (sections 2, 3 et 4)	Spécifications sur le traitement (description de processus)
Diagramme de l'acheminement des données	Spécifications sur le traitement (section 5)	Spécifications sur le traitement (section 2)	Page Web contenant les documents essentiels sur les données clinico-administratives (diagramme de l'acheminement des données de la BDCP-BDMH)
Dispositions des dossiers provinciaux et territoriaux	Spécifications sur le traitement (section 6)	Spécifications sur le traitement (section 5)	Spécifications sur le traitement (Man. et Qc; Qc seulement depuis 2004-2005)
Information sur les établissements	Spécifications sur le traitement (annexe A)	Spécifications sur le traitement (annexe A)	Page Web contenant les documents essentiels sur les données clinico-administratives (avec les numéros des établissements participants)
Concordance entre les valeurs de codes des provinces et territoires et les valeurs de codes de l'ICIS	Spécifications sur le traitement (annexe B)	Spécifications sur le traitement (annexe D)	Spécifications sur le traitement (Man. et Qc; Qc seulement depuis 2004-2005)

Information	Support		
	1994-1995 à 1997-1998	1998-1999 à 2000-2001	2001-2002 et après
Tableaux de la Liste canadienne des diagnostics et de la Liste canadienne des actes	Spécifications sur le traitement (annexe C)	Spécifications sur le traitement (annexe C)	Dossiers de section
Diagramme de base de données	Spécifications sur le traitement (annexe D)	Spécifications sur le traitement (section 4)	Page Web contenant les documents essentiels sur les données clinico-administratives (schéma de base de données)

1.7 Application annuelle du cadre de la qualité des données

Le cadre de la qualité des données a été appliqué annuellement à la BDCP et à la BDMH. Ce processus permet de définir et de surveiller les forces et les faiblesses en matière de qualité des données. Les résultats de l'application du cadre de la qualité des données sont utilisés dans les activités courantes d'amélioration de la qualité des données.

1.8 Seconde saisie : Études spéciales concernant la qualité des données

Le programme sur la qualité des données de l'ICIS comprend un programme d'études spéciales de seconde saisie visant à détecter et à résoudre les problèmes liés à la qualité des données. Ce programme a été d'abord marqué par une série d'études de seconde saisie d'une durée de trois ans portant sur la qualité des données de la BDCP et couvrant une période de quatre exercices, soit de 1999-2000 à 2002-2003. L'objectif de cette première série d'études était d'établir une base d'information pancanadienne sur les problèmes liés à la qualité des données cliniques et non cliniques de la BDCP.

La première année d'étude consistait en la codification de certains problèmes de santé utilisés dans le cadre des indicateurs de la santé de l'ICIS. Voici les problèmes en question :

- Conditions propices aux soins ambulatoires
- Césariennes
- Pontages aortocoronariens
- Hospitalisation résultant d'une pneumonie ou d'une grippe
- Hospitalisations résultant de blessures
- Arthroplasties totales de la hanche
- Accouchements vaginaux après césarienne

D'autres problèmes médicaux ont été étudiés dans le cadre d'une collaboration avec le Système canadien de surveillance périnatale de Santé Canada, dont l'objectif à long terme était de créer une base de données nationale permettant de surveiller un ensemble complet d'indicateurs périnataux. Les problèmes médicaux suivants ont aussi été étudiés au cours de la première année :

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

Au cours de la deuxième année d'étude, les troubles suivants ont été examinés :

- Infarctus aigus du myocarde
- Fractures de la hanche
- Hystérectomies
- Arthroplasties totales du genou

En recueillant l'information tirée de ces premières études de seconde saisie, l'ICIS a déterminé qu'il avait besoin de recueillir plus d'information sur des cas hospitaliers plus complexes pour aider à la préparation du projet de remaniement du groupeur. Au cours de ce projet, les méthodologies de regroupement des patients en soins de courte durée ont été remaniées pour correspondre aux nouveaux systèmes de classification mis en place progressivement dans tout le pays. L'ICIS a réalisé qu'avec l'avènement de la CIM-10-CA et de la CCI, il ne s'agissait que de l'un des changements qui devraient être apportés. Pour faciliter la réalisation du projet, l'ICIS a effectué une étude de seconde saisie en ce qui concerne les cas complexes nécessitant une plus grande quantité de ressources.

La dernière étude de ce plan de trois ans a été effectuée en 2003. Son objectif était de recueillir, à l'échelle du Canada, de l'information sur la qualité des données sur les soins de courte durée aux patients hospitalisés soumises pour la première fois conformément au nouveau système de classification CIM-10-CA/CCI.

Depuis, l'ICIS a effectué plusieurs autres études de seconde saisie sur les données de la BDCP pour certains ministères provinciaux. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta ont, à de nombreuses reprises, demandé à l'ICIS de les aider dans leurs propres initiatives relatives à la qualité des données. Le gouvernement albertain a effectué une étude de seconde saisie pour les données de l'exercice 2002-2003, qui ont été codifiées selon la CIM-10-CA/CCI. Le gouvernement ontarien a, quant à lui, effectué deux études au cours des dernières années : une vérification des données de 2001-2002 classées selon l'ancien système et une étude plus récente sur les données de 2002-2003 et 2003-2004 de ses hôpitaux qui établissent des coûts par cas. Ces rapports sont accessibles sur le site Web de l'ICIS.

L'ICIS a récemment établi un nouveau plan quinquennal (2005 à 2010) pour la seconde saisie des données de la BDCP. L'étude de la première année, qui examinera les données de 2005-2006, produira des taux comparables pour les neuf provinces ayant soumis des données à la BDCP pendant l'année. Cette étude portera sur les problèmes de santé suivants :

- Angine de poitrine et autres cardiopathies ischémiques aiguës
- Hypertension et cardiopathie hypertensive
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Angioplastie coronarienne percutanée
- Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire
- Diabète sucré
- Grippe et pneumonie
- Épilepsie et état de mal épileptique
- Arthroplastie totale de la hanche
- Asthme

Au cours des quatre prochaines années, l'ICIS effectuera des études ciblées visant à examiner l'exactitude de la codification clinique au moyen de la CIM-10-CA/CCI, l'adoption de normes de codification et la mise en œuvre de la nouvelle méthodologie de regroupement de l'Institut, la GMA +. Une fois les études terminées, les rapports seront publiés sur le site Web de l'ICIS.

Une étude de seconde saisie fait appel à la collecte, par des experts en seconde saisie, d'éléments de données cliniques et non cliniques dans des hôpitaux, puis leur comparaison avec les données initialement soumises à l'ICIS par les mêmes établissements. Ces comparaisons permettent à l'ICIS de faire des observations sur l'exactitude de la codification ainsi que sur les répercussions des écarts constatés dans les données de seconde saisie sur les mesures des extrants hospitaliers et l'utilisation des ressources calculés à partir de la méthodologie de regroupement. Elle permet également à l'ICIS d'évaluer l'adoption de certaines normes de codification. Des études de seconde saisie plus récentes incluent des composantes de fiabilité inter-évaluateur et intra-évaluateur qui facilitent la compréhension des résultats de l'étude. L'échantillonnage relatif à ces études se fait habituellement en deux étapes : d'abord les établissements sont sélectionnés, ensuite un échantillon de dossiers est choisi dans chaque établissement. Le cadre de chacune de ces études a été établi en fonction des provinces et des établissements qui ont soumis des données à la BDCP au moment de l'étude et des paramètres (éléments de données) examinés.

L'ICIS est très heureux de la réponse des établissements qui ont accepté de participer à ces études et de ceux qui ont détaché un ou deux (nouveaux) codificateurs en tant que chargés de seconde saisie. Les établissements qui participent à ces études reçoivent un rapport personnalisé contenant des fichiers de données. Ces rapports fournissent à chaque établissement de l'information sur l'état de la qualité de ses données, une explication des problèmes liés à la qualité des données et des recommandations pour la résolution de ces derniers.

2 Actualité

L'actualité est le caractère de ce qui est actuel au moment de la diffusion. Elle peut être évaluée par la mesure de l'écart entre la fin de la période de référence à laquelle se rapportent les données et la date à laquelle les données sont rendues accessibles aux utilisateurs.

2.1 Délai de soumission et de correction pour l'ICIS

L'actualité de la BDCP et de la BDMH fait l'objet d'une surveillance régulière selon un calendrier de production qui coordonne toutes les soumissions et les corrections des données fournies. Au tout début de chaque exercice, l'ICIS établit les échéanciers de soumission et de correction des données en fin d'exercice et en informe tous les établissements ainsi que les ministères provinciaux et territoriaux. L'ICIS établit des échéanciers trimestriels pour l'intégration des données dans les rapports électroniques comparatifs ainsi que des échéanciers de fin d'exercice. Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, les autorités sanitaires ou les hôpitaux peuvent définir des dates de soumission précédant les dates fixées par l'ICIS pour répondre aux besoins de production de leurs propres rapports.

2.2 Dates de diffusion

2.2.1 Fichier annuel

Habituellement, les données annuelles de la BDCP sont rendues accessibles aux utilisateurs internes et aux clients externes au mois d'octobre suivant la fin de l'exercice financier.

2.2.2 Rapports périodiques

L'ICIS est responsable de promouvoir la conception et la production de centaines de rapports et de fichiers à partir des données ouvertes et fermées de la BDCP. Ces rapports sont envoyés aux ministères de la Santé, aux établissements, aux chercheurs et aux responsables de l'élaboration des politiques internes et externes.

Voici les documents produits :

- eHSR (rapports électroniques propres aux hôpitaux) : Grâce à ces rapports, les hôpitaux peuvent accéder à leurs propres données deux ou trois jours après les avoir soumises à l'ICIS. Ces rapports sont produits mensuellement, trimestriellement (données cumulatives et non cumulatives) et annuellement.
- eCHAP : Les hôpitaux peuvent accéder en toute sécurité à des données en ligne qui sont courantes, comparatives, cumulatives et trimestrielles cumulatives, et ce, sous forme de rapports normalisés prégénérés ou personnalisés. Ceux-ci sont produits tous les trimestres. L'extraction a lieu 60 jours après la fin du trimestre.
- Fichiers mensuels destinés aux ministères de la Santé : Les ministères reçoivent mensuellement des fichiers cumulatifs contenant des données courantes concernant leur région ainsi qu'un fichier de clôture d'exercice définitif.

- Fichiers SAS : Ces fichiers sont utilisés par les utilisateurs internes de l'ICIS pour la recherche et permettent d'accéder aux données courantes et de clôture d'exercice au niveau de l'enregistrement.
- Portail de l'ICIS : Les données de la BDCP recueillies à partir de l'exercice 2001 jusqu'à la date courante sont chargées dans l'entrepôt de données et accessibles aux utilisateurs autorisés sur le portail.

3 Comparabilité

La comparabilité est la mesure dans laquelle une banque de données est constante au fil du temps et respecte des normes qui la rendent semblable aux autres banques.

La BDCP et la BDMH remplissent les critères de comparabilité, selon le cadre de la qualité des données de l'ICIS. La BDCP est la base de données centrale de l'ICIS, car elle contient des renseignements détaillés sur tous les congés d'hôpitaux des provinces et territoires du Canada (à l'exception du Québec). Par conséquent, elle est la première ressource pour examiner les questions concernant les soins de courte durée et les activités hospitalières. La BDCP alimente aussi les bases de données de l'ICIS suivantes : la BDMH, la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH), le Registre national des traumatismes (RNT), le Registre ontarien des traumatismes (ROT) et la Base de données sur les avortements thérapeutiques (BDAT).

3.1 Normalisation

Grâce à la BDCP, l'ICIS s'efforce de recueillir de l'information complète et détaillée sur tous les congés d'hôpitaux. Par exemple, l'abrégé de la BDCP saisit des données sur l'heure des admissions et des congés, et ce, à la minute près (HHMM), ce qui permet d'analyser les données de n'importe quelle période et facilite la comparaison entre les bases de données et les registres.

Le tableau suivant décrit le niveau de détail de certains éléments de données.

Tableau 4 Niveau de détail d'éléments de données sélectionnés, BDCP 2005-2006

Type d'information	Niveau de détail
Caractéristiques démographiques des patients	<ul style="list-style-type: none">• Numéro d'assurance-maladie (unique)• Province émettrice du numéro d'assurance-maladie• Responsabilité du paiement• Sexe• Date de naissance complète (AAAAMMJJ)• Âge (obtenu à partir de la date de naissance; en années, mois et jours)• Poids (pour les nouveau-nés âgés de moins de 29 jours à l'admission)
Caractéristiques géographiques des patients et des établissements	<ul style="list-style-type: none">• Province ou territoire de résidence du patient (où le patient habite)• Province ou territoire de collecte (où l'établissement est situé)• Code postal du patient : six caractères pour toutes les provinces et tous les territoires• Code postal de l'établissement où la collecte a été effectuée : six caractères

Type d'information	Niveau de détail
Information sur les admissions et les congés	<ul style="list-style-type: none"> • Date de l'admission complète (AAAAMMJJ) • Heure de l'admission, à la minute près (HHMM) • Date du congé complète (AAAAMMJJ) • Heure du congé, à la minute près (HHMM)
Information sur les établissements	<ul style="list-style-type: none"> • Numéro d'établissement déclarant : numéro unique (dans une province ou un territoire) attribué à chaque établissement qui fournit des données • Type d'établissement : attribué à chaque établissement par le ministère de la Santé provincial ou territorial • Type d'établissement analytique : attribué à chaque établissement par l'ICIS, en fonction du type « réel » de soins prodigués dans l'établissement • Numéros et types des établissements de transfert (arrivée et départ)
Information clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 25 codes de diagnostics (CIM-10-CA ou CIM-9) • Système de codification utilisé (CIM-9 ou CIM-10-CA) • Diagnostic principal • Jusqu'à 20 codes d'interventions (CCI, ICD-9-CM ou CCA) • Intervention principale • Information sur l'unité de soins spéciaux
Information sur les dispensateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à huit services et numéros du dispensateur • Numéros des services du dispensateur et numéros du dispensateur

Source : Base de données sur les congés des patients, 2005-2006, Institut canadien d'information sur la santé.

3.2 Recoupement

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

Le champ de code postal obligatoire et l'utilisation du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) permettent d'obtenir la Classification géographique type (CGT) utilisée dans d'autres bases de données de l'ICIS pour la BDCP. Il est possible que les codes de province ne soient pas homogènes, mais nous disposons d'assez de précisions pour créer des codes normalisés à l'échelle des diverses bases de données, au besoin.

Le numéro d'établissement est la variable type utilisée à large échelle et est unique à la BDCP. Celle-ci ajoute un préfixe propre à la province aux numéros d'établissements provinciaux pour créer le numéro.

Il suffit de quelques modifications pour que le numéro devienne équivalent aux numéros d'établissement utilisés dans d'autres bases de données, comme le Registre ontarien des traumatismes.

Même si les données sont recueillies par exercice financier, les diverses variables relatives à la date dans la BDCP (date d'admission, date de congé, etc.) permettent à l'utilisateur d'examiner la période de référence voulue.

Cette latitude est particulièrement utile pour comparer les données de la BDCP avec celles des registres. Ces derniers contiennent des données cumulatives sur les visites et ne séparent pas les données selon les exercices.

Il est possible d'identifier une personne au moyen du numéro d'assurance-maladie chiffré. Il s'agit d'un élément de données commun à la plupart des bases de données de l'ICIS. Les autres éléments de données importants fournissant de l'information sur la personne sont le sexe, la date de naissance et le code postal. Bien que des variables comme la date de naissance et le code postal soient recueillies, l'accès à ces éléments de données est restreint.

3.3 Comparabilité dans le temps

La Section de la BDCP conserve des documents détaillant l'évolution des éléments de données de la base (y compris les principales différences provinciales dans la saisie) ainsi que le cadre de rapports de la BDCP de 1995-1996 à aujourd'hui. La BDCP contient un mélange de données soumises à l'ICIS selon la CIM-10-CA/CCI, la CCA et la ICD-9-CM. Pour faciliter la comparaison des données recueillies au fil du temps, l'ICIS a créé des tables de conversion permettant d'établir des correspondances entre les diagnostics de la CIM-10-CA et ceux de la CIM-9, ainsi qu'entre les interventions de la CCI et celles de la CCA. Lorsqu'il n'est pas possible de convertir directement un code à l'autre, les tables de conversion utilisent la correspondance la plus proche des codes de diagnostic, ce qui compromet la comparabilité. Toutes les diffusions de données sont accompagnées d'un rappel aux utilisateurs pour analyser les données dans leur système de classification initial (CIM-10-CA/CCI) avant d'utiliser les tables de conversion. Le tableau suivant illustre l'évolution de l'adoption de la CIM-10-CA/CCI depuis 2001-2002.

Tableau 5 Adoption de la CIM-10-CA et de la CCI pour la soumission des données sur les soins de courte durée ou les chirurgies d'un jour, par province et exercice

Province ou territoire	Classification utilisée avant l'adoption de la CIM-10-CA/CCI	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
C.-B.	CIM-9, CCA et ICD-9-CM	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
T.-N.-L.	CIM-9, CCA et ICD-9-CM	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
N.-É.	ICD-9-CM	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Î.-P.-É.	CIM-9, CCA et ICD-9-CM	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Yn	ICD-9-CM	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Sask.	CIM-9, CCA et ICD-9-CM	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Ont.	CIM-9, CCA et ICD-9-CM		✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Alb.	ICD-9-CM		✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
T.N.-O.	ICD-9-CM		✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Nun.	ICD-9-CM		✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
N.-B.	ICD-9-CM			✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Man.	ICD-9-CM				✓✓	✓✓	✓✓
Qc	ICD-9-CM						✓✓

Remarque :

✓ CIM-10-CA et CCI partiellement adoptées.

✓✓ CIM-10-CA et CCI entièrement adoptées.

Vide : CIM-10-CA et CCI non adoptées.

L'adoption décalée a occasionné certaines difficultés dans la comparaison des données au fil du temps et entre les provinces et territoires.

4 Pertinence

La pertinence reflète la mesure dans laquelle une banque de données répond aux besoins actuels et futurs des utilisateurs.

4.1 Présentation d'un élément de données dans la BDCP

Il existe plusieurs sources permettant de déterminer les améliorations et de définir de nouveaux éléments de données, notamment : (1) la communication habituelle entre les clients et les représentants du service à la clientèle de l'ICIS; (2) la rétroaction des membres des comités consultatifs; (3) les demandes de changement internes à l'ICIS; (4) l'analyse des données effectuée par la section; (5) les résultats des études de seconde saisie. Chacune de ces sources sera brièvement décrite ci-dessous.

(1) Les suggestions reçues directement des utilisateurs de la base de données et des fournisseurs de données sont parmi les meilleures sources d'information sur les améliorations à apporter à la base de données. Les personnes responsables de la collecte et de la vérification de l'information fournie par les hôpitaux sont en grande partie des professionnels de la gestion de l'information sur la santé. Les représentants du service à la clientèle de l'ICIS (décrits dans la section 1.3.1) servent de lien permettant à ces personnes d'expliquer et de communiquer les problèmes relatifs à la BDCP. En outre, les suggestions fournies par les clients portent sur l'ajout ou la modification d'éléments de données afin d'accroître l'utilité de la BDCP pour les hôpitaux. Les représentants du service à la clientèle de l'ICIS conservent des enregistrements non officiels de ces suggestions, qui sont ensuite examinées périodiquement par les chefs et les gestionnaires de la section, qui en évaluent l'aspect pratique et l'applicabilité. Les suggestions sont ensuite ajoutées à une liste qui sera étudiée par le Comité directeur national des bases de données clinico-administratives (BDCA) (décrit à la section 4.2 ci-dessous).

(2) L'ICIS appuie de nombreux comités consultatifs multidisciplinaires et représentatifs géographiquement et bénéficie de leurs conseils. Ces comités sont souvent créés dans le but de donner des conseils précis sur des questions liées aux activités de l'ICIS. En retour, les membres du personnel de l'ICIS sont souvent invités à participer à des comités consultatifs externes et ont l'occasion de discuter de questions relatives à l'information sur la santé et à la surveillance épidémiologique. Ces groupes constituent une excellente tribune pour élaborer de nouveaux éléments de données et de nouvelles légendes de codification qui parviendront en bout de ligne à la BDCP. À cet égard, le Comité directeur national des BDCA est d'une grande importance (voir la section 4.2).

(3) Diverses divisions de l'ICIS fournissent des suggestions et des commentaires précieux pour améliorer la base de données. Parmi ceux-ci figurent les divisions Recherche sur les services de santé, Indicateurs de santé, Groupes clients et Classification.

(4) Les sections de la BDCP et de la BDMH utilisent une variété de tests pour déceler les problèmes liés à la qualité des données. L'évaluation annuelle de la base de données à l'aide du cadre de la qualité des données de l'ICIS permet de cibler les points à améliorer.

(5) Les résultats des études de seconde saisie (déjà décrits)

4.2 Le Comité directeur national des bases de données clinico-administratives (BDCA)

Une fois toutes les suggestions d'amélioration de la base de données recueillies à partir de chacune des sources décrites ci-dessus, des rencontres semestrielles sur les BDCA sont organisées par l'ICIS. Le mandat du Comité directeur national des BDCA est de conseiller l'ICIS sur les retombées des décisions stratégiques concernant la BDCP et la BDMH. Ce comité indique à l'ICIS comment mettre en application les décisions dans les provinces et les territoires et comment parvenir à une amélioration continue de la qualité des données. Chaque province ou territoire participe à la nomination des membres du comité, qui doivent tous posséder un pouvoir décisionnel en ce qui concerne les questions liées à la BDCP ou à la BDMH dans leur province ou leur territoire respectif. Au nom de leur province ou territoire, les représentants fournissent des suggestions susceptibles d'améliorer les bases de données. Ils appuient aussi les initiatives du comité et facilitent la communication entre les clients de leur province ou territoire et l'ICIS. Parmi les membres du Comité directeur national des BDCA figurent des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada et de Statistique Canada, dont le rôle est de déterminer les sujets à examiner qui amélioreraient leur capacité à remplir leurs mandats nationaux. Grâce à ces processus, des éléments de données sont ajoutés à la BDCP ou de nouvelles corrections sont apportées. En 1999-2000, l'abrégé de la BDCP a fait l'objet d'un important remaniement. De nouveaux éléments ont été ajoutés et d'autres ont été supprimés. Un autre remaniement majeur de l'abrégé de la BDCP a également eu lieu en 2001-2002 afin que celui-ci concorde avec la CIM-10-CA et la CCI.

4.3 Processus du système de production pour le contrôle du changement

Les améliorations et les modifications sont nécessaires pour maintenir l'utilité et la pertinence de toute base de données. Dans le contexte de la gestion des bases de données, il est important de se doter d'un processus documenté et normalisé pour assurer le contrôle des changements. Par conséquent, les améliorations ou les modifications à la BDCP et à la BDMH ne sont apportées aux systèmes de production des bases de données qu'au début de l'exercice financier, bien que des données soient versées pendant toute cette période.

Deux raisons principales justifient l'apport d'améliorations ou de modifications seulement au début de l'exercice. Premièrement, il faut aviser les concepteurs de logiciel (fournisseurs) suffisamment à l'avance pour leur permettre de mettre à jour leur logiciel et de l'installer dans les établissements de leurs clients. En règle générale, il faut compter au moins six mois dans le cas des systèmes existants et au moins neuf mois pour les systèmes nouveaux ou remaniés. Deuxièmement, l'établissement d'une date pour l'application des changements dans le cycle de production permet d'obtenir des données uniformes pour un exercice donné (aux fins d'analyse interne et externe). Il existe deux exceptions au calendrier des changements, soit :

- 1) Régler des problèmes liés au système (p. ex. les bogues) afin de ne pas recevoir des données erronées.
- 2) Ajouter des corrections ou faire des modifications qui n'étaient pas prévues initialement, mais qui sont indispensables pour améliorer la qualité des données.

Compte tenu de ces deux exceptions, les six étapes suivantes permettent de définir la politique de gestion des changements pour la BDCP et la BDMH :

- i) Toutes les mises à jour pour l'exercice financier à apporter aux systèmes existants doivent être déterminées par la section en collaboration avec les membres de la Division des technologies de l'information et achevées avant le 30 septembre;
- ii) Le coordonnateur ou le chef de section de la Division des technologies de l'information remplit la partie « demande de changement » des formulaires de demande de système pour tous les changements approuvés;
- iii) Le personnel de la Division des technologies de l'information met à jour et achemine le document correspondant sur les exigences de soumission électronique (c.-à-d. les « spécifications du fournisseur ») au plus tard le 30 octobre;
- iv) La section (utilisateur) établit des scénarios et crée des données d'essai pour tous les changements acceptés;
- v) Le personnel de programmation de la Division des technologies de l'information apporte les modifications, teste le système (les résultats des tests doivent être approuvés par l'utilisateur) et met en œuvre le « nouveau » système pour l'exercice financier avant le 1^{er} mars;
- vi) Les fournisseurs sont avisés que le « système de test du fournisseur » est fonctionnel et qu'ils peuvent l'utiliser pour soumettre des fichiers d'essai du fournisseur.

Les sept étapes suivantes définissent les procédures de gestion des changements :

- i) La section remplit un formulaire de « demande de système » décrivant l'exigence exacte;
- ii) La section soumet la demande de système au chef d'équipe de la Division des technologies de l'information (idéalement, la section doit fournir des données d'essai avec le formulaire de demande de système);
- iii) Le chef d'équipe de la Division des technologies de l'information examine la demande de système afin d'en déterminer l'importance et confie la tâche au programmeur approprié;
- iv) Le programmeur apporte la modification et effectue des essais de système préliminaires;
- v) Le programmeur remplit le formulaire de demande de système et l'achemine au chef d'équipe de la Division des technologies de l'information;
- vi) Le chef d'équipe de la Division des technologies de l'information examine le code et les résultats des essais préliminaires et met en œuvre les changements dans l'environnement des systèmes de production. La mise à l'essai nécessite l'exécution d'essais par l'« utilisateur ». Ce dernier doit aussi approuver les résultats des essais;
- vii) Le chef d'équipe de la Division des technologies de l'information informe le « demandeur » que le changement a été apporté.

5 Facilité d'utilisation

La facilité d'utilisation désigne la facilité avec laquelle on peut comprendre une banque de données et y accéder.

5.1 Accessibilité

5.1.1 Microdonnées

Le sous-ensemble officiel de microdonnées pour la BDCP est bien défini sur le serveur de production Oracle et sur le serveur QnA. Les utilisateurs ont accès aux fichiers SAS créés dans les deux serveurs. La date de clôture de la BDCP est annoncée à tous les établissements bien à l'avance. Cette date de clôture marque le jour à partir duquel la base de données restera figée et ne subira aucun changement ou ajout, sauf en cas de circonstances particulières. Une fois le sommaire et le document sur les limites de la base de données prêts, la BDCP est rendue accessible aux utilisateurs internes et externes.

5.1.2 Produits destinés aux établissements déclarants

Les établissements qui soumettent des données à la BDCP reçoivent plusieurs rapports générés à partir de la BDCP, notamment les rapports eHSR et eCHAP décrits dans la section 2.2.2.

En plus des produits mentionnés ci-dessus, plusieurs autres produits déjà décrits dans ce rapport (le Manuel de la BDCP, le répertoire des GMA et autres) peuvent aider à l'interprétation des données de la BDCP et de la BDMH.

5.1.3 Rapports externes

Des rapports externes utilisant les données de la BDCP sont également bien connus et faciles à obtenir. Par exemple, les données de la BDCP et de la BDMH contribuent grandement à la production des rapports annuels *Indicateurs de santé*, qui font l'objet d'une importante couverture médiatique.

5.2 Documentation

Il existe une grande variété de documents sur la BDCP, notamment le Manuel de saisie de l'information, la présentation de l'abrégié de la BDCP ainsi que des documents sur la qualité des données de la BDCP, les statistiques de soumission, les modifications antérieures et la production des rapports. Des documents sur le traitement et la gestion des données sont accessibles à partir d'un emplacement central.

Toutes les publications externes sur la BDCP sont accompagnées du sommaire sur la qualité des données de la BDCP.

5.3 Facilité d'interprétation

Les analystes internes sont informés des problèmes liés à la BDCP par les analystes de la base grâce à des mises à jour constantes du document sur les limites des données propres au champ de la BDCP et à la liste d'envoi électronique sur la qualité des données. Les coordonnées (numéro de téléphone et adresse électronique) de la section sont fournies sur le site Web de l'ICIS, dans les documents sur la qualité des données et dans tous les bulletins destinés aux clients externes.

La section évalue tous les problèmes définis durant l'exercice financier. Les clients et les utilisateurs sont informés rapidement si les problèmes ont des répercussions importantes sur les données, et que des corrections nécessaires sont effectuées pour les prochains exercices. Les changements apportés à la base de données après le début de l'exercice sont restreints au minimum afin de prévenir les problèmes d'interprétation et de comparaison des données.

6 Assurance de la qualité de certains produits d'analyse

Le processus d'analyse commence en soulevant la question à traiter et en définissant les méthodes à employer pour l'analyse. Habituellement, cette étape est orientée, le cas échéant, par des groupes consultatifs externes, des experts cliniques, des conseillers en méthodologie, des biostatisticiens ainsi que des spécialistes en classification et en qualité des données, et elle vise à s'assurer de la pertinence, de l'utilité et de la faisabilité de l'analyse pour le public cible. En outre, elle puise dans les documents pertinents concernant l'utilisation clinique et l'analyse des résultats ainsi que de la vaste expérience du Canada et d'autres pays dans ce domaine.

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

Par exemple, lorsque des méthodologies sont adaptées de la documentation ou d'une recherche canadienne existante, on évalue leur pertinence au fichier en question et on les révisé au besoin. On examine également les nouvelles méthodes avec des conseillers internes ou externes, et ce, en tenant compte du fichier utilisé.

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

Lorsque l'analyse numérique est amorcée, deux ensembles distincts de codes informatiques préparés de façon indépendante sont habituellement conçus et exécutés pour extraire des données et effectuer une analyse statistique. Les résultats sont ensuite analysés pour déceler toute anomalie présente et y remédier.

Un processus de vérification interne est alors entrepris. Cette étape englobe, selon les besoins et dans la mesure du possible, une comparaison des résultats avec les tendances antérieures ou d'autres sources de données, un examen minutieux des anomalies ou aberrations potentielles, une vérification des résultats par rapport aux totaux de contrôle établis pour la base de données, etc. Dans certains cas, des programmes automatisés d'assurance de la qualité ont été établis afin de contribuer au processus. Des analystes principaux passent également en revue les résultats préliminaires, étape durant laquelle des tests de confidentialité et des tests de stabilité des taux sont habituellement effectués. Les politiques sur le respect de la vie privée et la confidentialité de l'ICIS limitent la divulgation des données qui pourraient identifier une personne.

En règle générale, on procède ensuite à la vérification externe. Il s'agit d'acheminer les résultats préliminaires (à un niveau de détail qui est souvent supérieur à celui des données qui seront publiées plus tard, et ce, afin de faciliter la vérification) aux fournisseurs de données originaux. Par exemple, les données préliminaires régionales sur les indicateurs de santé sont communiquées aux régions sanitaires et aux ministères de la Santé. Les données sont accompagnées de définitions, des notes techniques et d'une demande d'examen des résultats et de mention des problèmes potentiels à l'ICIS. Ce processus permet à plusieurs régions et ministères de vérifier les résultats de l'analyse à partir de sources de données indépendantes. Les analystes de l'ICIS sont disponibles pour fournir de plus amples renseignements et apporter leur aide tout au long du processus de vérification.

D'après les résultats des processus de vérification interne et externe, les analystes à l'ICIS, de concert avec des conseils-experts (au besoin), déterminent si les renseignements à présenter respectent les protocoles sur la qualité des données de l'Institut. Ils passent également en revue les définitions, les notes techniques détaillées ainsi que le matériel connexe qui accompagneront la diffusion des données ou des résultats d'analyse afin de clarifier les questions ou les enjeux qui ont été soulevés au cours des processus de vérification.

Les résultats finaux et la documentation sont alors produits. Les faits ayant mené à ces résultats, ainsi qu'à ceux distribués pendant le processus de vérification interne, font l'objet d'une vérification approfondie. Ce processus itératif nécessite la mobilisation d'analystes qui contre-vérifient les rapports provisoires et définitifs en se rapportant aux sources initiales et à des listes de vérification normalisées pour veiller à ce que les résultats et les documents connexes reflètent exactement les résultats de l'analyse. Des membres du personnel sont affectés à ce processus.

Sommaire

Comme il a été mentionné dans l'introduction, ce document sert principalement de source de référence unique sur les processus d'assurance de la qualité relatifs à la BDCP et à la BDMH.

L'ICIS s'engage à garantir la qualité des données. Bien qu'il n'existe aucune définition normalisée de la qualité des données, un certain nombre d'aspects de la qualité peuvent être mis en œuvre de façon uniforme. Il s'agit notamment de l'exactitude, de l'actualité, de la comparabilité, de la facilité d'utilisation et de la pertinence. Les responsables de l'élaboration des politiques, les chefs de file en matière de soins de santé et la population en général comptent sur la qualité des données pour prendre des décisions qui influent sur le système de santé canadien. Grâce à des évaluations constantes de la qualité des banques de données de l'Institut et à l'exécution d'études spéciales sur la qualité des données, l'ICIS favorise la production continue d'information de qualité. L'ICIS est déjà reconnu pour présenter des données de grande qualité. Le défi qu'elle doit constamment relever consiste à maintenir cette réputation en continuant d'améliorer la qualité des données de source.

