

## QUALITÉ DES DONNÉES HOSPITALIÈRES SUR LA MORBIDITÉ: COMMENTAIRES

Craig Seko<sup>1</sup>

### RÉSUMÉ

Les trois documents présentés à cette séance nous éclairent éminemment sur les questions de qualité des données de morbidité hospitalière. Richards, Brown et Homan ont échantillonné les dossiers des hôpitaux pour évaluer les données de sources administratives au Canada; Hargreaves a échantillonné les gens hospitalisés pour une même évaluation en Australie; McLemore et Pokras décrivent les pratiques d'assurance de la qualité dans le cadre d'une enquête permanente par échantillonnage des dossiers hospitaliers aux États-Unis. Il est question de chacun de ces exposés, ainsi que des enjeux et des défis de demain.

MOTS CLÉS : Dossiers médicaux des hôpitaux; Qualité des données de morbidité

### 1. INTRODUCTION

J'aimerais d'abord remercier les auteurs de ces trois communications pleines d'intérêt. Lorsque j'ai accepté d'animer cette séance, j'espérais avoir le plaisir de regarder

- trois communications
- venant d'autant de pays
- et exposant autant de méthodes,

ce qui permettrait d'intéressantes comparaisons entre pays. Je n'ai pas été déçu.

### 2. RICHARDS, BROWN et HOMAN

Dans la communication de Richards, Brown et Homan, il est question d'une évaluation de la qualité d'une base de données administratives sur les congés d'hôpital par le biais d'une enquête par sondage. Cette enquête compare l'information disponible pour un échantillon de fiches d'hospitalisation aux données administratives, établit les différences entre les deux sources et identifie les causes de ces différences.

Il est rassurant de constater au tableau 1 de la communication que les pontages coronariens par greffe, si importants pour les maladies cardiovasculaires, et les cas de mise en place de prothèses totales de hanche, si importants pour les services au troisième âge, sont bien déclarés.

Le tableau 2 donne aussi un bon exemple des différences de qualité entre données administratives et données statistiques. Administrativement importantes, les césariennes sont bien déclarées elles aussi, mais les accouchements par voie vaginale postérieurement à une césarienne n'ont pas cette importance administrative, d'où un biais de déclaration.

---

<sup>1</sup> Craig Seko, Statistique Canada, Ottawa, Canada K1A 0T6.

J'ignore quelle est l'incidence de cette erreur sur les valeurs effectives de cet indicateur de santé. Il serait bon que les données de l'étude servent à une analyse de sensibilité des indicateurs de santé correspondants.

Si je regarde le reste des résultats, je constate que la cause première des erreurs qui est mentionnée est l'« information manquante sur la fiche ». L'information est souvent manquante parce que les fiches sont incomplètes au moment de la déclaration.

L'ICIS a publié en 2000 les résultats d'une enquête sur les délais de production des données sur les congés d'hôpital. On avait constaté que, dans les grands établissements hospitaliers, 30 % des fiches étaient incomplètes au premier codage. La raison prédominante est que les médecins n'avaient pas encore fourni les données nécessaires. Cette enquête sur les délais de production des données indique que la plupart des établissements imposent des procédures de mise à jour des données sur les congés, mais aussi que ces procédures doivent être améliorées ou que les établissements doivent se voir accorder plus de temps pour communiquer les renseignements.

Un autre résultat intéressant au tableau 3 de la communication est que, dans une proportion de plus de 20 %, les écarts constatés pour les variables non médicales et démographiques étaient imputables à des erreurs de téléchargement. Les erreurs informatiques ont en effet grandement influé sur la qualité de l'information.

### 3. HARGREAVES

À l'instar de Richards, Brown et Homan, Hargreaves met en parallèle les données de morbidité hospitalière et une source de données qui est cette fois le patient, et non pas le dossier hospitalier. Elle décrit le projet pilote et son exécution.

Les données démographiques ont été recueillies, mais sans doute pour de fort bonnes raisons, d'autres données de morbidité, sur les diagnostics d'admission en particulier, n'ont pas été étudiées.

La méthodologie de l'étude a fructueusement été appliquée en Australie-Occidentale à un grand échantillon aléatoire d'hôpitaux, ainsi que qu'à deux hôpitaux du Queensland.

Dans les résultats, on met l'accent sur les proportions de gens bien identifiés dans la population autochtone et non autochtone. C'est là une double analyse de sensibilité et de spécificité où :

- sensibilité = vrai+ / (vrai+ et faux-);
- spécificité = vrai- / (vrai- et faux+).

	<b>Population autochtone</b>	<b>Population non autochtone</b>
<b>Autochtones identifiés (+)</b>	vrai +	faux +
<b>Non-Autochtones identifiés (-)</b>	faux -	vrai -

D'autres statistiques peuvent être envisagées :

- valeur prévisionnelle positive = vrai+ / (vrai+ et faux+);
- valeur prévisionnelle négative = vrai- / (vrai- et faux-);
- kappa de Cohen.

(La même constatation vaut pour la communication de Richards, Brown et Homan.)

Voici quelques observations sur les résultats :

1. Les résultats montrent que la sensibilité est supérieure dans les hôpitaux ayant proportionnellement plus d'autochtones sur leur territoire. Les hôpitaux qui en comptent relativement moins variaient amplement

- dans leur capacité à identifier correctement la population autochtone, d'où l'impression qu'une mise en commun des meilleures pratiques peut mener à des gains de qualité.
2. L'étude pilote de Hargreaves indique que 8,6 % des éléments d'information sur le lieu de résidence étaient mal codés (dans un échantillon non représentatif). On trouve également dans cette communication le résultat correspondant pour les hôpitaux d'Australie-Occidentale, à savoir un taux de 9,1 % d'erreur de codage. À noter que, dans la communication de Richards, Brown et Homan, on peut voir un taux d'erreur de 9,0 % pour les codes postaux (information sur le lieu de résidence). Le taux d'erreur des données non vérifiées des systèmes administratifs des hôpitaux serait-il d'environ 9 % ?

#### **4. McLEMORE et POKRAS**

La dernière communication présentée est fort différente des deux premières. La qualité se traite différemment aux États-Unis, car on y recueille les données de morbidité à l'aide d'un échantillon probabiliste. L'enquête nationale sur les congés d'hôpital a lieu tous les ans. En production manuelle, on échantillonne quelque 75 000 dossiers de 300 hôpitaux. Il y a aussi échantillonnage de 225 000 relevés dans les données sur les congés produites par voie électronique par 170 établissements hospitaliers (35 sources de données et 2 millions de relevés). Il existe deux autres différences :

1. l'information est recueillie au double niveau de l'établissement et du dossier;
2. dans le cadre de la NHDS, on appréhende un minimum de variables, bien moins que dans les fichiers de morbidité canadiens et australiens.

Étant une enquête par sondage, l'enquête nationale sur les congés d'hôpital adopte diverses pratiques communes d'enquête par échantillonnage pour en assurer la qualité :

- l'enquête relève d'un bureau central et les opérations de terrain sont confiées aux bureaux régionaux;
- le codage est centralisé et échantillonné pour inspection d'acceptation;
- le bureau central convertit et vérifie les fichiers transmis par voie électronique;
- on applique de vastes procédures de vérification;
- on contrôle les taux d'échantillonnage des établissements;
- on fait des imputations et des corrections de non-réponse;
- les analystes font du « contrôle de données » et relèvent les anomalies dans des comparaisons d'une année à l'autre.

Cette dernière pratique se trouve illustrée par un excellent exemple dans cette communication.

Les auteurs parlent enfin des activités et des défis qui touchent l'ensemble des données de morbidité, et non pas les données NHDS seules :

1. collecte de données pharmaceutiques;
2. passage à l'ICDA-CM-10;
3. alignement sur la HIPAA (protection des renseignements personnels).

#### **5. COMMENTAIRES**

Je me contenterai de parler des activités et des défis évoqués par McLemore et Pokras.

Avec les données pharmaceutiques, on a, en réalité, une diminution de la pertinence des données de morbidité dans le système de santé d'aujourd'hui. Conceptuellement, ces données sont plutôt simples. Elles nous livrent quelques indications de base sur le patient, nous disent ce dont souffre celui-ci (diagnostics) et ce qu'on a fait pour le guérir (actes médicaux). Aujourd'hui cependant, la guérison passe souvent par des médicaments (des thrombolytiques, par exemple), ce dont devraient faire état les données de morbidité.

Aspect plus important encore, ces données ne décrivent plus ce qu'elles avaient l'habitude de décrire. Auparavant, les gens se rendaient à l'hôpital pour presque tout. De nos jours, les chirurgies de jour, les soins ambulatoires, les cliniques spécialisées et les cabinets de médecin font des choses qui étaient auparavant l'apanage des hôpitaux. Les données de morbidité doivent s'insérer dans une stratégie de collecte de données qui embrasse une grande diversité de soins et d'établissements de services. Idéalement, on voudrait pouvoir suivre l'interaction des gens avec les diverses parties du système de santé tout au long de leur vie. Ce sera le plus grand défi à relever en matière de qualité ces quelques prochaines années.

Par ailleurs, la conversion à la 10<sup>e</sup> version de la Classification internationale des maladies, qui est déjà achevée en Australie, se poursuit au Canada et ne devrait avoir lieu qu'en 2005 aux États-Unis. Tous les pays profiteront du partage des connaissances ainsi acquises. Je sais que cela s'est fait et continuera à se faire.

Il y a enfin la question de la protection des renseignements personnels sur la santé, sujet brûlant où qu'on se trouve. La question de la confidentialité pourrait faire l'objet d'un symposium particulier! Je n'ai aucune réponse à donner sauf pour dire que les lois adoptées dans ce domaine devraient expressément traiter des objectifs statistiques.

Si l'exploitation des sources administratives est le mode privilégié de collecte dans la plupart des pays, cela pourrait ne jamais être tout à fait vrai aux États-Unis. Ce pays n'a pas autant besoin de données comparables que les pays où il y a de gros régimes publics d'assurance. Ainsi, on dénombre trois sources de données administratives hospitalières au Canada, à savoir les ministères provinciaux du Québec et du Manitoba et l'ICIS. En Australie, on peut puiser à des sources administratives dans tous les États et les territoires. Quant à la NHDS, elle s'appuie actuellement sur 35 sources d'information, ce qui crée, bien sûr, une plus grande variabilité des structures de présentation, des champs d'observation et de la qualité des données.

Voici les véritables questions méthodologiques à se poser : quelle est la meilleure façon de recueillir des données de morbidité? Doit-on au mieux utiliser le plus de données administratives possible ou faire un échantillonnage quelconque? Si on exploite de plus en plus les données administratives aux États-Unis, y a-t-il lieu de réaliser des enquêtes permanentes par sondage au Canada et en Australie?

On peut espérer que, par le regard jeté sur l'expérience d'autres pays, on favorisera partout l'innovation et l'adoption de pratiques optimales pour une amélioration de la qualité.

## BIBLIOGRAPHIE

Arday, S. L., Arday, D. R., Monroe, S., Zhang, J (2000) "HCFA's Racial and Ethnic Data: Current Accuracy and Recent Improvements," *Health Care Financing Review*, 21:4, pp107-116

Australian Institute of Health and Welfare (2001) "Interactive National Hospital Morbidity Data," <http://www.aihw.gov.au/hospitaldata/datacubes/index.html>, consulté le 26 septembre 2001.

Australian Institute of Health and Welfare (2001) "The National Hospital Morbidity Database," <http://www.aihw.gov.au/hospitaldata/morbidity.html>, consulté le 26 septembre 2001.

Canadian Institute for Health Information (2001) "Discharge Abstract Database (DAD) and Hospital Morbidity Database," <http://www.cihi.ca/wedo/hsdad.shtml>, consulté le 28 septembre 2001.

- Canadian Institute for Health Information (2001) "Health Indicators 2000 – selected Health Indicators – Definitions and Data Sources and Technical Notes," <http://www.cihi.ca/wedo/hsdad.shtml>, consulté le 28 septembre 2001.
- Canadian Institute for Health Information (2001) "Hospital Morbidity Database," [http://www.cihi.ca/Roadmap/Health\\_Ind/deftech.shtml](http://www.cihi.ca/Roadmap/Health_Ind/deftech.shtml), consulté le 28 septembre 2001.
- Canadian Institute for Health Information (2000) "Improving Timeliness of Discharge Abstract Database Data," <http://www.cihi.ca/wedo/impro.shtml>, consulté le 28 septembre 2001.
- Dennison, C., Pokras, R. (2000) "Design and Operation of the National Hospital Discharge survey: 1988 Redesign," *Vital Health Statistics*, 1(39). U.S. Department of Health and Human Services.
- Downey, G. (2001) "Need for privacy in health sector a matter of life and death," *Technology in Government*, juillet 2001, pp 7.
- Holt, D. (2000) "Statistics in a Democratic Society: the Role of Methodology," *Statistics and Democracy: Proceedings of the 4<sup>th</sup> International Conference on Methodological Issues in Official Statistics, Stockholm, 12-13 octobre 2000*, <http://www.scb.se/omsch/proceedings.asp>, consulté le 26 septembre 2001.
- Johansson, L.A., Westerling, R. (2000) "Comparing hospital discharge records with death certificates – towards a pragmatic alternative to peer review of medical records?" article présenté au Meeting of heads of WHO collaborating centres for the classification of diseases, Rio de Janeiro, Brésil
- Öhman, B. (2000) "Statistics as an Investment – Free for Users", *Statistics and Democracy: Proceedings of the 4<sup>th</sup> International Conference on Methodological Issues in Official Statistics, Stockholm, 12-13 octobre 2000*, <http://www.scb.se/omsch/proceedings.asp>, consulté le 26 septembre 2001.
- Radford, M.J., Foody, J.M. (2001) "How do Observations Studies Expand the Evidence Base for Therapy?" *Journal of the American Medical Association*, 286(10), pp 1228-1230.
- Smith, A.F.M. (1996) "Mad Cows and Ecstasy: Chance and Choice in an Evidence-based Society," *Journal of the Royal Statistical Society A*, 159, Part 3, pp 367-383.
- Sumi, M., Satoh, H., Yamashita, Y.T., Ohtsuka, M. (2001) "Improving the Quality of Discharge Summaries," *Canadian Medical Association Journal*, 165.
- Walraven, C. van, Weinberg, A. L. (1995) "Quality assessment of a discharge summary system," *Canadian Medical Association Journal*, 152, pp 1437-1442.