



Document sur la qualité des données, à l'intention des utilisateurs externes, Base de données sur les congés des patients, 2010-2011

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Aperçu de la Base de données sur les congés des patients.....	1
2	Couverture.....	3
2.1	Population cible de la BDCP.....	4
2.2	Population de référence de la BDCP.....	10
3	Collecte et réponse.....	13
3.1	Collecte de données.....	13
3.2	Contrôle de la qualité des données.....	15
3.3	Changements apportés aux éléments de données.....	19
4	Changements majeurs apportés à la BDCP.....	20
4.1	Changements antérieurs.....	20
4.2	Références rétrospectives.....	21
5	Comparabilité.....	22
5.1	Caractéristiques géographiques.....	22
5.2	Établissement.....	22
5.3	Période.....	22
5.4	Personne.....	23
6	Limites générales des données.....	23
6.1	Exactitude.....	24
6.2	Comparabilité.....	37
	Annexe A — Éléments de données obligatoires de la BDCP de 2010-2011.....	43
	Annexe B — Évolution des éléments de données de la BDCP 2001-2002 à 2010-2011.....	49
	Références.....	49
	Renseignements.....	55

Abréviations

AA	après un acte
Alb.	Alberta
BDAT	Base de données sur les avortements thérapeutiques
BDCA	Comité directeur national des Bases de données clinico-administratives
BDCP	Base de données sur les congés des patients
BDMH	Base de données sur la morbidité hospitalière
C.-B.	Colombie-Britannique
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CIM-9	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9 ^e révision
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, Canada
DPS	durée prévue du séjour
eCHAP	Programme électronique de comparaison de l'activité des hôpitaux
eHSR	rapports électroniques adaptés selon l'hôpital
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux
GCJ	groupe de chirurgie d'un jour
GMA	groupe de maladies analogues
HH	hors hôpital
ICD-9-CM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9 ^e révision, modification clinique (en anglais seulement)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
Î.-P.-É.	Île-du-Prince-Édouard
Man.	Manitoba
NAM	numéro d'assurance-maladie
N.-B.	Nouveau-Brunswick
N.-É.	Nouvelle-Écosse
NSA	niveau de soins alternatif

Nun.	Nunavut
Ont.	Ontario
Qc	Québec
RNT	Registre national des traumatismes
ROT	Registre ontarien des traumatismes
Sask.	Saskatchewan
SIOSM	Système d'information ontarien sur la santé mentale
SISLD	Système d'information sur les soins de longue durée
SISMC	Système d'information sur les soins pour malades chroniques
SNIR	Système national d'information sur la réadaptation
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SO	salle d'opération
T.-N.-L.	Terre-Neuve-et-Labrador
T.N-O.	Territoires du Nord-Ouest
URC	comité de mise à jour et de révision
Yn	Yukon

1 Introduction

1.1 Aperçu de la Base de données sur les congés des patients

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) est une base de données nationale qui contient de l'information sur toutes les sorties des hôpitaux de soins de courte durée, y compris les congés, les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts au cours d'un exercice (du 1^{er} avril au 31 mars). 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. En 2009-2010, plus de 3,2 millions d'abrévés ont été soumis à la BDCP, ce qui représente environ 75 % de l'ensemble des sorties de patients hospitalisés en soins de courte durée au Canada. Le Québec ne soumet pas de données à la BDCP; les sorties de patients hospitalisés en soins de courte durée du Québec sont déclarées à la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) comptant habituellement pour environ 25 % des sorties totales au Canada. Environ 2,4 millions d'abrévés de chirurgie d'un jour ont été soumis à l'ICIS en 2010-2011; 36,37 % d'entre eux ont été envoyés à la BDCP, et 63,63 % au SNISA.

En 1963, la BDCP avait été élaborée pour permettre la collecte des données sur les sorties des hôpitaux en Ontario. Depuis ce temps, sa portée s'est étendue à l'échelle nationale (à l'exception du Québec). La BDCP contient des données sur tous les exercices, de 1979-1980 à aujourd'hui; toutefois, la représentativité et le format des soumissions ont beaucoup changé depuis. Les données consignées depuis 1990 sont les plus faciles d'accès.

Outre la collecte et le traitement des données sur les sorties des hôpitaux, l'ICIS produit des rapports électroniques adaptés selon l'hôpital (eHSR), de l'information à valeur ajoutée (groupes de maladies analogues [GMA], durée prévue du séjour et pondération de la consommation des ressources [PCR]) ainsi que des rapports comparatifs nationaux axés sur les groupes pairs (eCHAP) pour les fournisseurs de données. Ces renseignements facilitent le processus décisionnel au sein des établissements, des régions, des provinces ou des territoires.

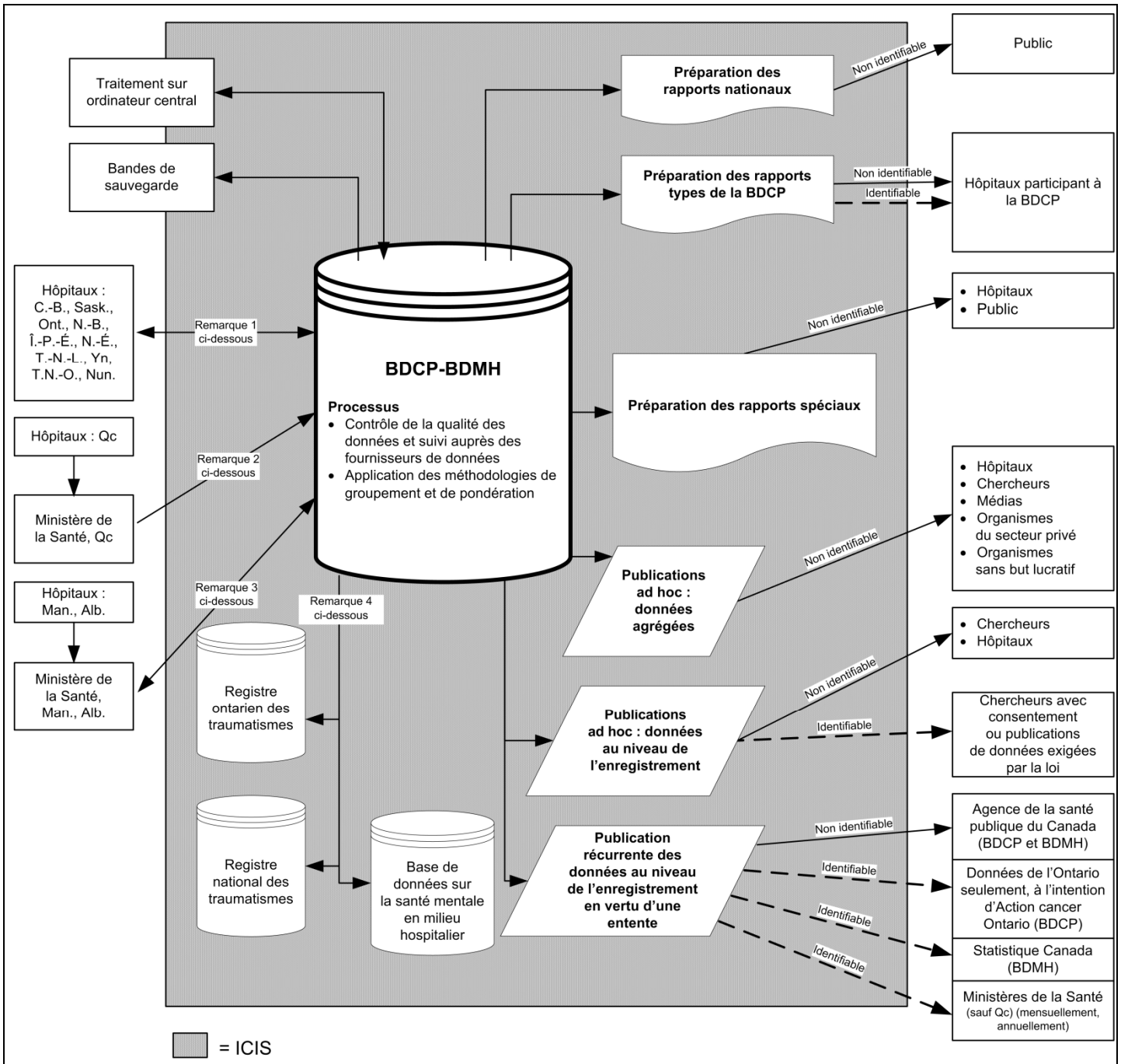
La BDCP constitue une base de données principale et elle sert à alimenter d'autres bases de données à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), notamment la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH), le Registre national des traumatismes (RNT) et le Registre ontarien des traumatismes (ROT).

Les établissements, les gouvernements et les universités utilisent l'information contenue dans la BDCP. Les hôpitaux se servent des renseignements tirés de la BDCP pour appuyer les décisions sur la gestion de l'utilisation propre à l'établissement et la recherche administrative. Les gouvernements se servent des données aux fins de financement, de planification et d'évaluation du système. Les universités et les autres établissements d'enseignement utilisent les données aux fins de diverses recherches.

Au cours des années précédentes, la BDCP et la BDMH étaient hébergées dans des bases de données distinctes. Cependant, en 2001, elles ont été fusionnées, pour en faire une seule base de données. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec soumet chaque année un fichier de données à l'ICIS. Les données sont ensuite regroupées avec celles de la BDCP afin de créer le fichier de données BDCP-BDMH national. Les populations de référence de la BDCP et de la BDMH restent cependant distinctes et les éléments de données qu'elles contiennent diffèrent. Pour obtenir une description détaillée de la BDMH, notamment de ses similitudes avec la BDCP et de ses particularités, reportez-vous à la documentation relative à la qualité des données de la BDMH, disponible sur le site Web de l'ICIS.

Le diagramme suivant illustre le cheminement des données, depuis les hôpitaux jusqu'à la BDCP et la BDMH.

Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDCP-BDMH) — diagramme sur le cheminement des données, 2010-2011



Remarques

1. Transmission ou correction de données par la BDCP : résumé codé sans nom ni adresse municipale.
2. Transmission de données par la BDMH : résumé codé sans nom ni adresse municipale.
3. Transmission ou correction de données par la BDCP (Man., Alb.) : résumé codé sans nom ni adresse municipale.
4. Sous-ensemble de données propre à la base de données ou au registre.

2 Couverture

2.1 Population cible de la BDCP

Bien que la BDCP ait d'abord été conçue pour recueillir des données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée, son utilisation a été élargie au fil des ans pour recueillir aussi des données sur les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée et la réadaptation. Au fil du temps, les provinces et les territoires ont commencé à soumettre des données sur les soins pour maladies chroniques, la réadaptation et d'autres niveaux de soins à des bases de données spécialisées de l'ICIS, notamment le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) et le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM). Ce dernier recueille des données sur les lits en santé mentale pour adultes hospitalisés en Ontario (nouvelles admissions) depuis le 1^{er} octobre 2005. Les données de la BDCP relatives à ces niveaux de soins sont par conséquent incomplètes.

Le tableau 1 fait état de la participation à la BDCP, selon la province ou le territoire et le type d'établissement en 2010-2011.

Tableau 1 : Résumé de la participation à la BDCP en 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement

Type d'établissement	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Nun.	Yn
Soins de courte durée	√	√	√	√	s.o.	√**	√	√	√	√	√	√	X*
Chirurgie d'un jour	√	√	X†	√	s.o.	s.o.‡	√	√	s.o.‡	√	√	√	√
Réadaptation	s.o.	s.o.	X	X	s.o.	s.o.	s.o.§	s.o.	X	X	s.o.	s.o.	s.o.
Réadaptation spéciale	s.o.	s.o.	X	s.o.	s.o.	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Soins pour maladies chroniques	X	s.o.	s.o.	X	s.o.	X	X	X	s.o.	X	X	s.o.	s.o.
Soins psychiatriques	s.o.	X	X	X	s.o.	s.o.	X	s.o.	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Foyers pour personnes âgées	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	X	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Remarques

- * Un établissement du Yukon était un établissement du gouvernement fédéral avant 1997-1998. Cette année-là, il est devenu un établissement du gouvernement territorial. Certaines années, il était désigné comme un établissement de soins de courte durée par le gouvernement territorial, et d'autres, comme un établissement de soins ambulatoires (avec des numéros d'établissements qui ne soumettent pas de données utilisés pour les abrégés de la BDCP). Par exemple, il était désigné comme un établissement de soins de courte durée en 2005-2006, de soins ambulatoires en 2006-2007 et 2007-2008, de soins de courte durée en 2008-2009 et de soins ambulatoires en 2009-2010. Cet établissement n'a jamais soumis de données à la BDCP en raison de problèmes liés aux ressources et parce que le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon ne l'a jamais contraint à le faire. Il ne figure donc pas dans le cadre de la BDCP et n'est pas associé à un problème de sous-dénombrement. En moyenne, cet établissement enregistre environ 400 sorties par année.
- † Quatre établissements de la Nouvelle-Écosse ont soumis des données sur les chirurgies d'un jour au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) en 2010-2011.
- ‡ Les établissements de l'Ontario soumettent tous leurs abrégés sur les chirurgies d'un jour au SNISA. Avant 2010-2011, les établissements de l'Alberta soumettaient leurs abrégés sur les chirurgies d'un jour à l'ICIS, mais les données n'étaient pas intégrées à la BDCP; cependant, depuis 2010-2011, les établissements de l'Alberta ont commencé à soumettre des données sur les chirurgies d'un jour au SNISA.
- § Depuis avril 2008-2009, les établissements de l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) ont cessé de soumettre des données sur la réadaptation à la BDCP. Les renseignements sur la réadaptation sont plutôt déclarés au Système national d'information sur la réadaptation (SNIR).
- ** Deux établissements de soins de courte durée de l'Ontario n'ont soumis aucune donnée à l'ICIS en 2010-2011 en raison d'un manque de personnel. Au total 236 abrégés n'ont pas été soumis à l'ICIS.
- √ : établissements admissibles ayant soumis des données.
- X : établissements ayant soumis des données partielles.
- s.o. : établissements n'ayant pas soumis de données.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Les ministères de la Santé remettent à chaque établissement déclarant de leur province ou territoire un numéro d'établissement valide, nécessaire pour soumettre des données sur les sorties des patients à la BDCP. En 2010-2011, 856 établissements disposaient d'un numéro valide, dont 636 établissements de soins de courte durée (74,30 %) et 171 établissements de chirurgie d'un jour (19,98 %). Le tableau 2 indique le nombre de numéros d'établissements déclarants selon la province ou le territoire et le type d'établissement.

Tableau 2 : Nombre de numéros d'établissements déclarants valides dans la BDCP en 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement

Type d'établissement	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Nun.	Yn	Total
Soins de courte durée	34	7	34	21	s.o.	178*	97	69	109	81	4	1	1	636
Chirurgie d'un jour	14	2	15	22	s.o.	0	28	25	0	59	4	1	1	171
Réadaptation	0	0	3	4	s.o.	0	0	0	1	2	0	0	0	10
Réadaptation spéciale	0	0	1	0	s.o.	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Soins pour maladies chroniques	1	0	0	14	s.o.	1	2	1	0	2	4	0	0	25
Soins psychiatriques	0	1	1	2	s.o.	0	3	0	4	0	0	0	0	11
Foyers pour personnes âgées	0	0	0	0	s.o.	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	49	10	54	63	s.o.	177	131	95	114	144	12	2	2	856

Remarques

* À compter du 1^{er} octobre 2010, trois établissements de soins de courte durée de l'Ontario ont modifié leur numéro d'établissement. Chacun de ces établissements a utilisé deux numéros d'établissement valides afin de soumettre ses données. Six périodes de données ont été déclarées pour chacun de ces numéros d'établissement.

s.o. : sans objet (les numéros d'établissement du Québec sont exclus de la base de sondage de la BDCP).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 3 donne le nombre de numéros d'établissements valides utilisés pour soumettre des données sur les sorties des patients en 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement. Les chiffres du tableau ci-dessous sont inférieurs à ceux du tableau 2, car ils reposent sur les sorties réelles déclarées en 2010-2011. Treize établissements ont envoyé à l'ICIS des fichiers de données dans lesquels ils ont indiqué n'avoir eu aucune sortie. Ces neuf établissements ne posent donc pas de problème de dénombrement pour la BDCP.

Tableau 3 : Nombre de numéros d'établissement valides utilisés pour soumettre des données sur les sorties dans la BDCP en 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement*

Type d'établissement	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Nun.	Yn	Total
Soins de courte durée	33	7	34	21	s.o.	173 [†]	97	66	108	81	4	1	1	626
Chirurgie d'un jour	13	2	15	20	s.o.	0	27	23	0	58	4	1	1	164
Réadaptation	0	0	3	4	s.o.	0	0	0	1	2	0	0	0	10
Réadaptation spéciale	0	0	1	0	s.o.	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Soins pour maladies chroniques	1	0	0	14	s.o.	1	2	1	0	2	4	0	0	25
Soins psychiatriques	0	1	1	2	s.o.	0	3	0	4	0	0	0	0	11
Foyers pour personnes âgées	0	0	0	0	s.o.	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	47	10	54	61	s.o.	175	130	90	113	143	12	2	2	839[†]

Remarques

- * Le type d'établissement désigne le niveau de soins associé à un numéro d'établissement, tel qu'il est défini par les ministères de la Santé des provinces et territoires.
 - † En 2010-2011, 839 numéros d'établissement ont été utilisés pour soumettre des données sur les sorties à la BDCP, alors que la base de données de la BDCP comptait 856 numéros d'établissements. Cet écart est dû au fait que 13 numéros d'établissement n'ont enregistré aucune sortie en 2010-2011, alors que 4 numéros d'établissement n'ont pas soumis de données pour cet exercice en raison d'un manque de personnel.
 - ‡ Un établissement de soins de courte durée de l'Ontario a soumis des données en utilisant deux numéros d'établissement, car cet établissement a modifié son numéro à partir du 1^{er} octobre 2010.
- s.o. : sans objet (les numéros d'établissement du Québec sont exclus de la base de sondage de la BDCP).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2010-2011, 3 298 758 abrégés ont été soumis à la BDCP, notamment 2 427 235 abrégés (74 %) d'établissements de soins de courte durée et 860 727 abrégés (26 %) d'établissements de chirurgie d'un jour. Le tableau 4 présente la répartition détaillée de tous les abrégés soumis, selon la province ou le territoire et le type d'établissement.

Tableau 4 : Nombre d'abrégés soumis à la BDCP en 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement

Province ou territoire de soumission	Soins de courte durée	Chirurgie d'un jour	Réadaptation	Réadaptation spéciale	Soins pour maladies chroniques	Soins psychiatriques	Foyers pour personnes âgées	Total
T.-N.-L.	56 474	75 463	0	0	85	0	0	132 022
Î.-P.-É.	15 506	12 322	0	0	0	169	0	27 997
N.-É.	94 350	106 479	445	163	0	156	0	201 593
N.-B.	90 852	51 904	591	0	1 694	272	0	145 313
Qc	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Ont.	1 097 004	0	0	233	555	0	0	1 097 792
Man.	138 699	104 781	0	0	161	189	89	243 919
Sask.	138 840	110 633	0	0	35	0	0	249 508
Alb.	369 380	0	1 897	0	0	3 179	0	374 456
C.-B.	415 230	393 129	782	0	25	0	0	809 166
T.N.-O.	5 661	3 337	0	0	76	0	0	9 074
Nun.	1 971	723	0	0	0	0	0	2 694
Yn	3 268	1 956	0	0	0	0	0	5 224
Total	2 427 235	860 727	3 715	396	2 631	3 965	89	3 298 758

Remarques

* Deux établissements de soins de courte durée de l'Ontario n'ont pas soumis de données à la BDCP en raison d'un manque de personnel. Au total, 236 abrégés n'ont pas été déclarés à l'ICIS.

s.o. : sans objet (les numéros d'établissement du Québec sont exclus de la base de sondage de la BDCP).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 5 présente les changements en pourcentage dans les données soumises à la BDCP de 2009-2010 à 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement. Dans l'ensemble, le nombre d'abrévés soumis a augmenté de 1,01 % en 2010-2011. Tous les niveaux de soins ont connu une augmentation. Le nombre d'abrévés de soins de courte durée a augmenté de 0,45 % et le nombre d'abrévés de chirurgies d'un jour a augmenté de 2,56 %. De plus, le nombre d'abrévés de soins psychiatriques et de foyers pour personnes âgées ont tous deux augmenté de 11 %.

Tableau 5 : Changement en pourcentage dans le nombre d'abrévés soumis à la BDCP entre 2009-2010 et 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement

Province ou territoire de soumission	Soins de courte durée	Chirurgie d'un jour	Réadaptation	Réadaptation spéciale	Soins pour malades chroniques	Soins psychiatriques	Foyers pour personnes âgées	Total
T.-N.-L.	-0,37	1,87	-	-	51,79	-	-	0,92
Î.-P.-É.	-3,08	1,99	-	-	-	-	-	-0,30
N.-É.	1,11	-1,63	8,27	16,43	-	1,30	-	-0,33
N.-B.	1,15	-3,39	-0,34	-	8,10	-7,17	-	-0,47
Qc	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Ont.	0,49	-	-	4,95	0,00	-	-	0,49
Man.	-0,34	2,75	-	-	-13,44	4,42	11,25	0,96
Sask.	-0,08	2,54	-	-	2,94	-	-	1,06
Alb.	0,54	-	10,55	-	-	8,61	-	0,65
C.-B.	0,72	4,70	-0,26	-	-10,71	-	-	2,61
T.N.-O.	-1,53	5,04	-	-	31,03	-	-	1,00
Nun.	-8,15	6,64	-	-	-	-	-	-4,60
Yn	1,24	3,06	-	-	-	-	-	1,91
Total	0,45	2,56	6,02	9,39	5,92	11,53	11,25	1,01

Remarques

Le tiret (-) signifie qu'aucun abrégé n'a été reçu en 2010-2011.

s.o. : sans objet (les numéros d'établissement du Québec sont exclus de la base de sondage de la BDCP).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

2.2 Population de référence de la BDCP

La population de référence de la BDCP pour 2010-2011 comprend toutes les sorties des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour au Canada (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés) au 1^{er} avril 2010 et au 31 mars 2011. Toutes les données sur les soins de courte durée, sauf celles du Québec, sont soumises à la BDCP; les données sur les soins de courte durée du Québec sont soumises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec une fois par année et sont intégrées à la BDMH. Les données sur les chirurgies d'un jour de l'Ontario, de l'Alberta et de quatre établissements de la Nouvelle-Écosse sont soumises au SNISA. La population de référence de la BDCP peut être désignée soit par le code du type d'établissement analytique, soit par le code du type d'établissement; toutefois, la plupart du temps le premier est utilisé. Le *Document sur la qualité des données, Base de données sur la morbidité hospitalière* et le *Document sur la qualité des données, Système national d'information sur les soins ambulatoires* contiennent des renseignements au sujet de la BDMH et du SNISA. Le présent document ne concerne que l'ensemble de dossiers envoyés à la BDCP.

Le code du type d'établissement analytique a été intégré à la BDCP en tant qu'élément de données en 2004-2005, afin de faciliter l'établissement de rapports comparatifs à l'échelle du Canada et de réduire au minimum les conséquences des différences entre les provinces et les territoires sur le plan de la définition du niveau de soins. Cet élément de données est attribué par l'ICIS lorsque le type d'établissement attribué à un numéro d'établissement est différent du type de soins fournis. L'ICIS consulte les représentants des établissements et des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et confirme avec eux les niveaux de soins dispensés avant d'attribuer la valeur du type d'établissement analytique. Les types d'établissements déterminés par les provinces et les territoires demeurent dans la base de données, dans le champ réservé aux codes des types d'établissements.

Parmi les établissements ayant soumis des données, 53 se sont vu attribuer un type d'établissement analytique qui était différent de celui qui a été attribué par le ministère de la Santé. De ce nombre, 46 établissements de soins de courte durée sont devenus des établissements de soins autres que de courte durée (c.-à-d. que 13 sont devenus des établissements de soins pour affections subaiguës, 7 sont devenus des établissements de psychiatrie, 4 sont devenus des établissements de soins pour maladies chroniques et 22 sont devenus des établissements non répertoriés), deux établissements de soins pour maladies chroniques sont devenus des établissements de psychiatrie et 5 établissements de chirurgie d'un jour sont devenus des établissements de consultation externe organisés, selon le code du type d'établissement analytique.

La mise en œuvre du code du type d'établissement analytique n'a aucune répercussion sur les rapports eHSR et eCHAP de l'ICIS, car ces rapports et tous ceux qui sont produits par le système de production de la BDCP sont toujours générés en fonction des types d'établissements attribués par la province ou le territoire. **On recommande aux utilisateurs d'utiliser le code du type d'établissement analytique pour déterminer les sorties des patients hospitalisés en soins de courte durée et des patients qui subissent une chirurgie d'un jour.**

Le tableau 6 montre le nombre de numéros d'établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour dans la BDCP définis selon le code du type d'établissement déterminé par les provinces et les territoires, et le nombre défini au moyen du code du type d'établissement analytique déterminé par l'ICIS pour 2010-2011. Un plus faible nombre d'établissements étaient désignés comme étant de soins de courte durée ou de chirurgie d'un jour par le code du type d'établissement analytique que par le code du type d'établissement.

Tableau 6 : Comparaison des numéros d'établissements de soins de courte durée et de chirurgies d'un jour utilisés pour soumettre des sorties à la BDCP en 2010-2011, selon le type d'établissement et le type d'établissement analytique, par province et territoire*

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Nun.	Yn	Total
Soins de courte durée														
selon le type d'établissement	33	7	34	21	s.o.	173 [†]	97	66	108	81	4	1	1	626
selon le type d'établissement analytique	32	7	33	21	s.o.	167 [†]	73	66	96	80	4	1	1	582
Chirurgies d'un jour														
selon le type d'établissement	13	2	15	20	s.o.	0	27	23	0	58	4	1	1	164
selon le type d'établissement analytique	13	2	15	16	s.o.	0	27	23	0	58	4	1	1	160

Remarques

* Le niveau de soins dispensés par un établissement, désigné par le code du type d'établissement analytique, peut changer au fil du temps en raison de fusions et de fermetures d'hôpitaux ou si les processus de validation ou d'analyse de l'ICIS déterminent une erreur d'attribution. Les totaux présentés dans le tableau indiquent le niveau de soins enregistré dans la BDCP à la clôture de la période de déclaration.

† Depuis octobre 2010, trois établissements de l'Ontario ont modifié leur numéro d'établissement au cours de l'année; chacun d'entre eux a utilisé deux numéros d'établissement valides pour soumettre ses données.

s.o. : sans objet (les numéros d'établissement du Québec sont exclus de la base de sondage de la BDCP).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 7 présente le nombre total d'abrévés soumis à la BDCP en 2010-2011 et compris dans la population de référence. La BDCP a reçu 2 413 686 abrévés de soins de courte durée (73,92 % de la population de référence) et 851 793 abrévés de chirurgies d'un jour (26,08 % de la population de référence) désignés par le code du type d'établissement analytique.

Tableau 7 : Nombre d'abrévés soumis à la BDCP en 2010-2011, selon la province ou le territoire et le type d'établissement analytique* pour la population de référence[†]

Province ou territoire de soumission	Soins de courte durée	Chirurgie d'un jour	Total
T.-N.-L.	55 405	75 463	130 868
Î.-P.-É.	15 497	12 322	27 819
N.-É.	94 008	106 479	200 487
N.-B.	90 809	42 970	133 779
Qc	s.o.	s.o.	s.o.
Ont.	1 095 037	0	1 095 037
Man.	134 729	104 781	239 510
Sask.	138 742	110 633	249 375
Alb.	364 041	0	364 041
C.-B.	414 529	393 129	807 658
T.N.-O.	5 658	3 337	8 995
Nun.	1 968	723	2 691
Yn	3 263	1 956	5 219
Total	2 413 686	851 793	3 265 479

Remarques

- * Le niveau de soins dispensés par un établissement, selon le code du type d'établissement analytique, peut changer au fil du temps en raison de fusions et de fermetures d'hôpitaux ou si les processus de validation ou les analyses de l'ICIS déterminent une erreur d'attribution. Les totaux présentés dans le tableau indiquent le niveau de soins enregistré dans la BDCP à la clôture de la période de déclaration.
- † La population de référence de la BDCP pour 2010-2011 comprend toutes les sorties des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour au Canada (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés). Toutes les données sur les soins de courte durée, sauf celles du Québec, sont soumises à la BDCP; les données sur les soins de courte durée du Québec sont soumises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec une fois par année et sont intégrées à la BDMH. Les données sur les chirurgies d'un jour de l'Ontario, de l'Alberta et de quatre établissements de la Nouvelle-Écosse sont soumises au SNISA. La population de référence de la BDCP peut être désignée soit par le code du type d'établissement analytique soit par le code du type d'établissement; toutefois, la plupart du temps le premier est utilisé. Le *Document sur la qualité des données, Base de données sur la morbidité hospitalière* et le *Document sur la qualité des données, Système national d'information sur les soins ambulatoires* contiennent des renseignements au sujet de la BDMH et du SNISA. Le présent document ne concerne que l'ensemble de dossiers envoyés à la BDCP.
- s.o. : sans objet (les numéros d'établissement du Québec sont exclus de la base de sondage de la BDCP).

Source

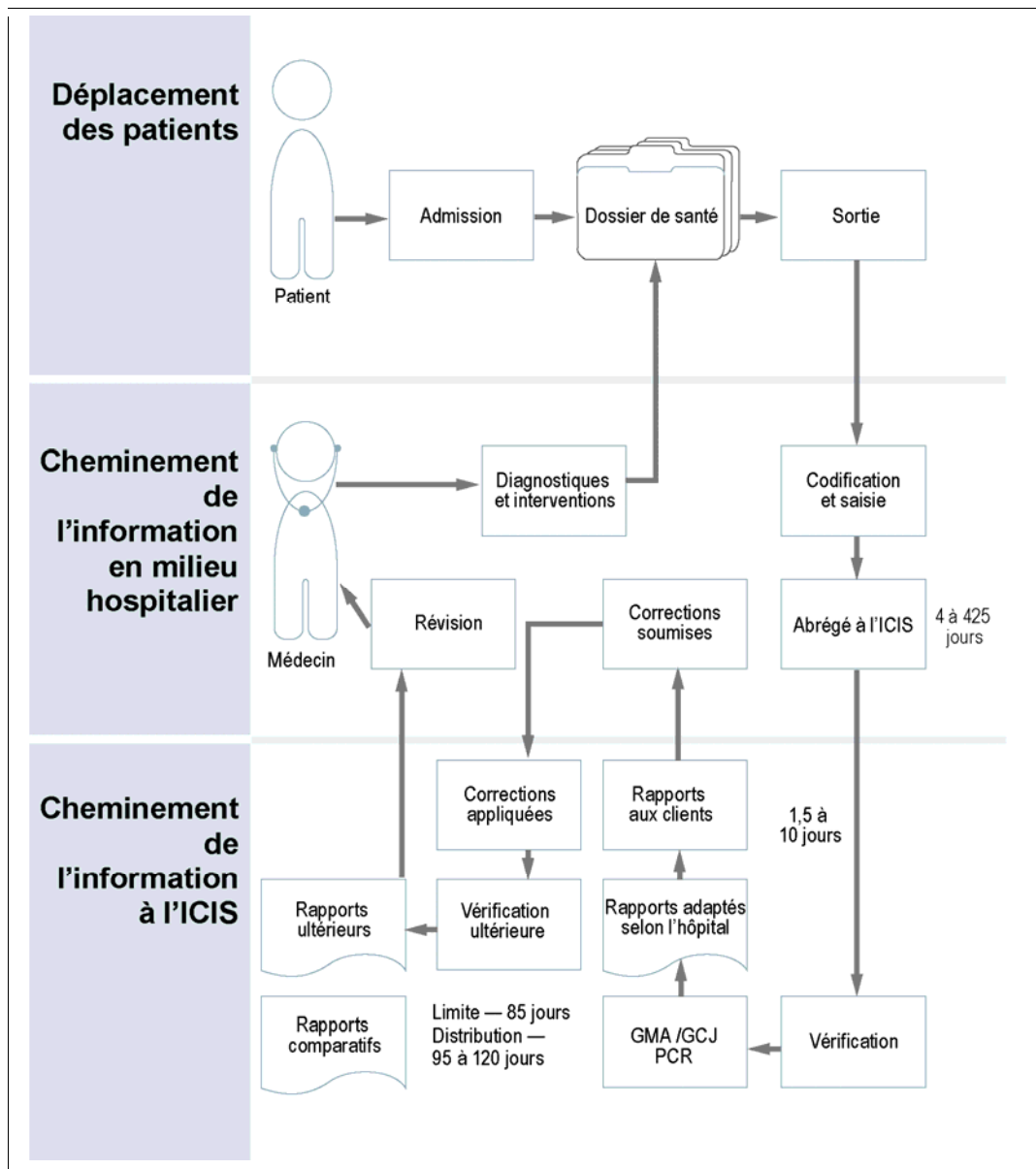
Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

3 Collecte et réponse

3.1 Collecte de données

Le schéma suivant résume les trois étapes du cheminement des données de la BDCP. Le roulement des patients (étape 1) dans un établissement de soins de santé est le point de départ du cheminement de l'information au sein de l'hôpital (étape 2). L'information qui circule au sein de l'établissement alimente à son tour le cheminement de l'information à l'ICIS (étape 3).

Base de données sur les congés des patients — cheminement de l'information



Saisie et soumission des données

L'abrégé de la BDCP est un enregistrement qui est rempli lors de chaque sortie (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin, transferts du patient vers un autre établissement de santé). Chaque abrégé contient des données sur les diagnostics, les interventions et les caractéristiques démographiques du patient ainsi que des renseignements administratifs. Le format de l'abrégé de la BDCP a changé en 2001-2002 lorsque certaines provinces et certains territoires ont adopté les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. La CIM-10-CA est une version enrichie de la CIM-10 mise au point par l'ICIS dans le but de classer les données sur la morbidité au Canada. La Classification canadienne des interventions en santé (CCI) constitue, quant à elle, la norme canadienne de classification des interventions en soins de santé. Depuis 2004-2005, l'ensemble des provinces et territoires soumettent des données à la BDCP en utilisant la CIM-10. En 2007, l'abrégé de la BDCP et la série standard de rapports ont été modifiés en raison de l'introduction de la méthodologie de regroupement GMA+. Cette dernière vise à regrouper les patients hospitalisés en soins de courte durée qui présentent des caractéristiques similaires sur le plan clinique et sur le plan de l'utilisation des ressources. Elle a été conçue pour tirer profit de la précision clinique accrue de la CIM-10-CA/CCI. Vous trouverez une description détaillée de ces systèmes de classification dans la section 4.1.

Le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ (en version PDF sur le site Web de l'ICIS) fournit les définitions d'éléments de données, les directives de collecte de données, les règles de validation des données, les descriptions des messages d'erreur et les valeurs de code valides. Le manuel est mis à la disposition des clients avant le début de chaque exercice. La section principale du manuel contient les exigences nationales de collecte de données s'appliquant aux abrégés sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour. Une section sur les variations provinciales précise les directives propres à chaque province et territoire concernant la saisie de certains éléments de données. Les établissements de l'ensemble des provinces et territoires doivent, par décret des ministères respectifs de la Santé, soumettre leurs données à diverses bases de données de l'ICIS, à l'exception de l'Ontario où les établissements achètent des services directement auprès de l'ICIS. Un ensemble de services, appelé Plan de base, facilite la collecte des données de la BDCP (contrat de produits et services de l'ICIS). Ce plan permet aux établissements d'accéder aux banques de données nationales de l'ICIS, aux normes nationales d'information sur la santé, à des publications et rapports choisis, à des séances de formation ainsi qu'aux services de l'ICIS liés à la qualité et au traitement des données, au soutien à la clientèle et à l'accès aux données. Les clients qui soumettent des fichiers de données à la BDCP peuvent recevoir des rapports de soumission et des rapports eHSR dès que les enregistrements ont été traités. Les clients ont également accès aux rapports du programme électronique de comparaison de l'activité des hôpitaux (eCHAP) et de gestion électronique ainsi qu'à l'outil d'interrogation en ligne de l'ICIS.

Tous les hôpitaux qui soumettent des données à la BDCP doivent utiliser un logiciel de saisie répondant aux exigences de l'ICIS. L'ICIS confie le développement du logiciel de saisie des données à des fournisseurs du secteur privé. Ceux-ci intègrent les exigences de soumission de l'ICIS à leurs logiciels de saisie. Ces logiciels mettent également à la disposition des clients des mesures de contrôle de la qualité des données, comme des vérifications de la saisie des données, des vérifications logiques transversales et des messages d'avertissement interactifs qui s'affichent au moment de la saisie. Les fichiers de données sont transmis à l'ICIS par voie électronique au moyen d'une application Web sécurisée.

Intégralité de la soumission de données

Le Rapport de gestion de l'ICIS, produit à la fin de chaque séance de traitement des données et envoyé chaque mois aux ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, indique le nombre d'abrévés soumis par les établissements de chaque province et territoire pour chacune des 12 périodes de déclaration (13 en Colombie-Britannique) ainsi que le nombre total d'abrévés dans la base de données. Le rapport sert à superviser la soumission de données durant l'année. L'équipe de la BDCP utilise les rapports de gestion de l'ICIS afin d'assurer régulièrement le suivi des soumissions et communique avec les représentants des établissements, des provinces ou des territoires lorsqu'un nombre inhabituellement élevé ou faible d'abrévés est soumis pour une période.

Calendrier de soumission des données

Toutes les données doivent être soumises à la BDCP avant l'échéance de fin d'année. La date butoir publiée pour la soumission des données à la BDCP en 2010-2011 était le 31 juillet 2011.

3.2 Contrôle de la qualité des données

Des mesures rigoureuses de contrôle de la qualité permettent de recueillir des données de qualité supérieure dans la BDCP. Parmi ces mesures, on trouve des processus qui obligent les fournisseurs de logiciels à tester leurs logiciels de saisie avant la soumission des données de chaque exercice, le programme de formation de l'ICIS, des processus de vérification et de correction du système de production de l'ICIS, des services de soutien à la clientèle et des études spéciales sur la qualité des données. Ces mesures sont décrites ci-dessous.

Développement et mise à l'essai des logiciels de saisie

Le respect des mesures de contrôle de la qualité des données est assuré par les services des relations avec les fournisseurs et des systèmes de production de la Division de la technologie de l'information de l'ICIS. Ces services offrent un soutien aux fournisseurs, coordonnent la diffusion annuelle des spécifications et participent aux essais des fournisseurs. De plus, l'ICIS exige des fournisseurs qu'ils testent leurs logiciels annuellement et qu'ils soumettent à l'essai un nombre précis d'abrégiés d'un certain type. Ces abrégiés sont ensuite traités en milieu d'essai pour veiller à ce que le format et le contenu des fichiers répondent aux exigences de soumission élaborées pour cet exercice. Les établissements sont également tenus de transmettre des soumissions tests une fois que leur fournisseur a réussi sa mise à l'essai annuelle.

Programme de formation de l'ICIS

Dans le cadre de son programme de formation, l'ICIS donne à ses clients des cours sur la codification et la saisie, les erreurs de soumission et les corrections, la méthodologie des groupes de maladies analogues et d'autres sujets connexes. Ces séances permettent de normaliser les pratiques de codification et d'observation des critères de l'ICIS en matière de collecte et de soumission des données. Les cours sont offerts au moyen de l'apprentissage en ligne, de trousseaux d'autoapprentissage et de conférences Web, et ils sont accessibles dans la section Événements et formation du site Web de l'ICIS.

L'outil d'interrogation en ligne de l'ICIS est une base de connaissances partagée qui aide les utilisateurs inscrits à trouver des réponses et à poser des questions concernant la BDCP sur des sujets tels que la soumission de fichiers de données, les mises à jour du dossier de l'établissement, l'accès à l'application, les rapports ainsi que la saisie et la qualité des données. Il peut être utilisé pour soumettre de nouvelles questions si les clients ne parviennent pas à trouver des réponses à leurs questions dans la base de connaissances. Lorsque l'équipe de la BDCP est mise au courant d'un nouveau problème lié à la BDCP, les représentants du service à la clientèle affichent une question et une réponse dans la base de connaissances de l'outil d'interrogation en ligne en prévision des questions que les clients pourraient poser.

Processus de vérification et de correction du système de production de l'ICIS

L'ICIS procède à plus de 900 vérifications d'éléments de données lors du traitement de chaque abrégé afin de s'assurer que les données de chaque champ sont saisies dans le format exigé, qu'elles respectent les valeurs valides et sont logiquement liées aux autres éléments de données. Dans la plupart des éléments de données, lorsque des erreurs sont décelées, l'élément erroné du champ est remplacé par la valeur implicite « Z » (dans le cas des « erreurs d'incohérence »), ou par un message d'avertissement. Dans le cas de certains éléments de données, des valeurs numériques ou un champ vide permettent de représenter les données manquantes ou non valides. Le client reçoit alors un rapport électronique qui lui donne les détails de tous les abrégés et les champs dont le contenu a été établi par défaut ou qui contiennent un message d'erreur. Il doit dès lors corriger ces erreurs et soumettre les corrections. Les étapes de vérification et de correction sont répétées jusqu'à ce que le client ait corrigé de façon satisfaisante les abrégés ou jusqu'à la clôture de fin d'année de la base de données. Avant la fin de l'exercice, les clients peuvent soumettre les abrégés manquants ou supprimer les abrégés en double. Toutes les erreurs restantes sont remplacées par la valeur implicite « Z ».

Le processus de vérification vise non seulement chaque élément de données, mais aussi un certain nombre d'interrelations. Les clients peuvent recevoir un message d'erreur lorsqu'un champ contient une valeur valide qui ne concorde pas avec les données contenues dans d'autres champs.

Afin de garantir la pertinence et la cohérence des vérifications, l'ICIS les revoit et les met à jour chaque année à mesure que de nouveaux éléments de données sont ajoutés et que des changements sont apportés à la base de données. De plus, des scénarios et des spécifications d'essai sont créés en conformité avec les lignes directrices internes afin de s'assurer que les nouvelles vérifications fonctionnent correctement.

Représentants des services à la clientèle

L'ICIS confie à des représentants des services à la clientèle le mandat d'épauler les responsables de collecte de données de chaque province et territoire. Ces représentants répondent aux questions sur les produits de la BDCP, participent au développement et à la prestation des programmes de formation, offrent de l'expertise en qualité des données et établissent des relations avec les conseillers provinciaux et territoriaux en données, les organismes de santé et les utilisateurs des données.

Études spéciales

La Division de la qualité des données de l'ICIS évalue l'exactitude de la codification et de la saisie dans la BDCP en réalisant des études de seconde saisie. La seconde saisie des données consiste à retourner à la source d'information (le dossier du patient) et à comparer les renseignements qu'elle contient avec les données contenues dans la BDCP. Ce type d'études met l'accent sur les données utilisées pour calculer certains indicateurs de santé, sur certaines données clinico-administratives et sur la codification des diagnostics et des interventions. L'ICIS a mené des études à l'aide de données de la BDCP qui remontent à 1999-2000. Ces études, accessibles sur le site web de l'ICIS, comprennent ce qui suit :

- *Base de données sur les congés des patients — étude de la qualité des données : résultats combinés pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001*².
- *Base de données sur les congés des patients (BDCP) — étude de la qualité des données CMG/Plx*³
- *Qualité des données de la Base de données sur les congés des patients suite à la première année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CC*⁴
- *Étude de seconde saisie de données dans les établissements qui calculent les coûts par cas en Ontario, exercices financiers 2002-2003 et 2003-2004*⁵

Plus récemment, la Division de la qualité des données de l'ICIS a adopté un plan quinquennal pour la production d'études de seconde saisie, en commençant par une étude des données de la BDCP de 2005-2006 pour terminer avec une étude des données de la BDCP de 2009-2010. Ces études ont pour but d'évaluer la qualité générale des données cliniques et non cliniques et de cerner les problèmes liés aux variations de codification et de saisie. Chaque année, l'étude peut aborder des sujets particuliers qui intéressent les intervenants. Au terme d'une année d'étude, les résultats sont publiés à l'ensemble des établissements et des provinces et territoires ayant participé à celle-ci, et un rapport sommaire est affiché sur le site Web de l'ICIS.

L'étude de 2005-2006, qui comprend les résultats de l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, se penche sur des interventions et des problèmes de santé ciblés, entre autres les conditions propices aux soins ambulatoires, les arthroplasties de la hanche et les interventions coronariennes percutanées. Les résultats ont été publiés à l'hiver 2008, et un rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis août 2009⁶.

L'étude de 2006-2007 porte sur les données incluses dans la méthodologie de regroupement GMA+, comme les interventions signalées et les interventions hors hôpital. L'étude a ciblé les établissements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario. Les résultats ont été publiés à l'été 2009, et un rapport sommaire était accessible sur le site Web de l'ICIS en novembre 2009⁷.

L'étude de 2007-2008, qui comprend les résultats de l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, à l'exception du Québec et du Nouveau-Brunswick, examine certains problèmes de santé. Les résultats ont été publiés à l'hiver 2010, et un rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis mai 2010⁸.

L'étude de 2008-2009 comprend des établissements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Ontario. La collecte de données a pris fin à l'automne 2009. L'étude porte sur la qualité de la codification des données sur les patients ayant fait un AVC et des données sur l'administration d'un traitement thrombolytique à ces patients. Les rapports sur les établissements ont été diffusés aux établissements, et la publication provinciale et les rapports sommaires sont accessibles depuis septembre 2010.

L'étude de 2009-2010, qui comprend les résultats de l'ensemble des provinces et territoires du Canada, à l'exception du Québec, examine la qualité de la codification de certains problèmes de santé, dont les organismes résistants aux médicaments, les soins palliatifs, les cas de pneumonie, les cas de comorbidité après l'admission, les affections post-intervention (y compris les préfixes 5 et 6) et les interventions signalées, de même que la qualité globale de la codification des cas de patients hospitalisés à l'échelle nationale. Les rapports des établissements, des provinces et du pays seront diffusés d'ici mars 2012.

Vous trouverez les liens vers ces études dans les références à la fin du présent document.

3.3 Changements apportés aux éléments de données

Les suggestions d'améliorations à apporter aux éléments de données de la BDCP sont communiquées à l'ICIS de diverses façons, y compris :

- des commentaires formulés par les comités consultatifs;
- la communication entre les clients et les représentants des services à la clientèle de la BDCP;
- les demandes en bonne et due forme d'ajouts ou de suppressions formulées par les intervenants.

Le Comité consultatif national sur les bases de données cliniques administratives discute avec l'ICIS des suggestions reçues et formule des avis sur la pertinence d'intégrer un élément de données proposé dans la base de données à titre obligatoire ou facultatif (pour assurer la comparabilité à l'échelle nationale). Veuillez vous reporter à l'annexe A pour connaître les règles de collecte des différents éléments de données de la BDCP pour l'exercice 2010-2011.

4 Changements majeurs apportés à la BDCP

4.1 Changements antérieurs

Systèmes de classification

Les systèmes de classification dans les soins de santé permettent de normaliser la saisie et la codification des diagnostics et des interventions. La CIM-10-CA, la version canadienne enrichie de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, remplace les classifications CIM-9 et ICD-9-CM. L'ICIS a élaboré et tient à jour la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Celle-ci renferme une liste exhaustive des interventions diagnostiques, thérapeutiques et de soutien, et remplace les codes d'intervention de la CCA et de l'ICD-9-CM.

La CIM-10-CA et la CCI ont été mises en œuvre en 2001-2002 en Colombie-Britannique, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et dans certaines régions de la Saskatchewan. En 2004-2005, les systèmes sont adoptés dans toutes les provinces et tous les territoires à l'exception du Québec, puisque le Manitoba est à son tour passé de l'ICD-9-CM à la CIM-10-CA.

Les codes de la CIM-10-CA et de la CCI sont régulièrement passés en revue. Certains sont ajoutés alors que d'autres sont supprimés selon les exigences propres à chaque champ. En mars 2009, on a lancé une nouvelle version de la CIM-10-CA/CCI qui contenait un grand nombre de nouveaux codes de diagnostics et d'interventions. Pour de plus amples renseignements, notamment pour obtenir une description des changements et connaître leur date d'entrée en vigueur, veuillez consulter les Tableaux d'évolution de la CIM-10-CA et CCI de l'ICIS.

De plus, les normes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI sont revues, modifiées et enrichies annuellement par un comité pancanadien représentant les provinces et les territoires. Les Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI de 2006 à 2009 peuvent être téléchargées gratuitement à partir du site Web de l'ICIS.

L'ICIS a publié l'étude Qualité des données de la Base de données sur les congés des patients suite à la première année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI afin de fournir aux utilisateurs des données de l'information exacte en temps opportun sur la mise en œuvre du système et sur l'exactitude des données. L'étude a permis de réaliser une première évaluation de la qualité de la codification des diagnostics et des interventions au cours de la première année de mise en œuvre des systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. Le document complet est accessible sur le site Web de l'ICIS.

La Division de la qualité des données de l'ICIS continue d'évaluer l'exactitude de la codification et de la saisie dans la BDCP en réalisant des études de seconde saisie. Pour en savoir plus, veuillez consulter la section 3.2 — Études spéciales.

Groupes de maladies analogues

La Division des groupes clients de l'ICIS utilise les données pour dériver les groupes de maladies analogues (GMA), les groupes de chirurgie d'un jour (GCJ), la durée prévue du séjour (DPS) et les valeurs de pondération de la consommation des ressources (PCR). Les GMA classent les patients dans des groupes homogènes sur les plans statistique et clinique selon les caractéristiques cliniques et l'utilisation des ressources. Les ajustements en fonction des différents degrés de gravité de l'affection des patients sont à la base des comparaisons des organismes de services de santé et de l'utilisation des ressources en fonction des groupes clients. Au fil des ans, les établissements de soins de santé ont utilisé ces méthodologies de regroupement et leurs indicateurs pour planifier, superviser et gérer leurs services.

Toutes les données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée recueillies dans la BDCP en 2010-2011 ont été regroupées conformément à la méthodologie GMA+. La méthodologie GMA+, qui remplace l'ancienne méthodologie GMA/Plx, vise à regrouper les patients hospitalisés en soins de courte durée qui présentent des caractéristiques similaires sur le plan clinique et de l'utilisation des ressources et à tirer profit de la précision clinique accrue de la CIM-10-CA/CCI. Le remaniement des méthodologies GMA/Plx et des méthodologies de pondération relatives des coûts a nécessité un examen approfondi de la logique de groupement GMA/Plx, de la méthodologie relative à la complexité et des groupements en fonction de l'âge. De plus amples renseignements sur la méthodologie GMA+ sont affichés sur le site Web de l'ICIS.

4.2 Références rétrospectives

Les produits suivants sont des documents de référence utiles pour les utilisateurs des données de la BDCP. Ces derniers doivent donc tenir compte de l'exercice et de la structure de classification lorsqu'ils se réfèrent à la documentation de la BDCP.

- Manuel de saisie de l'information, BDCP (section principale)¹⁰
- Manuel de saisie de l'information, BDCP : variantes provinciales et territoriales¹¹
- 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 hospitalière¹²
- Répertoire des GMA+¹³ (CIM-10-CA et ICD-9-CM)
- BDCP : pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour¹⁴

5 Comparabilité

La comparabilité renvoie à la mesure dans laquelle les bases de données demeurent cohérentes au fil du temps et utilisent des conventions normalisées (p. ex. les éléments de données, les périodes de référence), de sorte qu'elles sont similaires à d'autres bases de données.

5.1 Caractéristiques géographiques

Le code postal est une variable commune à presque toutes les bases de données de l'ICIS. Lorsqu'il est utilisé avec le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada, toutes les classifications géographiques types peuvent être repérées, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les bases de données. Conformément à la politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité, la région du tri d'acheminement (RTA), c'est-à-dire les trois premiers caractères du code postal, est généralement le niveau le plus bas d'agrégation accessible aux utilisateurs externes. La publication de renseignements sur de petits secteurs géographiques pourrait également faire l'objet de restrictions à des fins de confidentialité. Les demandes spéciales doivent être approuvées par le Secrétariat à la vie privée et aux services juridiques de l'ICIS. Il est à noter que, dans les régions rurales qui utilisent des numéros de case postale, le code postal ne permet pas nécessairement de déterminer le lieu de résidence des patients. En effet, ces cases postales peuvent être situées dans une région différente du lieu de résidence. De plus, lorsque les codes postaux en région rurale englobent plus d'une zone de recensement, il devient difficile de déterminer précisément le lieu de résidence.

5.2 Établissement

Chaque code d'établissement standard attribué par les provinces et les territoires désigne un seul établissement dans la BDCP ainsi que dans d'autres bases de données, avec quelques modifications. Dans la BDCP, on ajoute un préfixe de province ou de territoire au code d'établissement pour le rendre unique. Les renseignements permettant d'identifier les établissements ne peuvent pas être divulgués à l'externe sans l'approbation du Secrétariat à la vie privée et aux services juridiques de l'ICIS.

5.3 Période

Les données de la BDCP sont groupées par exercice (du 1^{er} avril au 31 mars) selon la date de sortie du patient inscrite sur l'abrégié. Les dates d'admission inscrites dans chaque abrégié permettent aux utilisateurs de regrouper les données qui appartiennent à un ou plusieurs exercices, selon les besoins de l'étude.

5.4 Personne

Le nom et l'adresse des patients ne sont pas consignés dans la BDCP. Chaque personne reçoit un numéro d'assurance-maladie du ministère de la Santé de sa province ou de son territoire. L'ICIS reçoit ces numéros sur les abrégés de la BDCP, mais les encode au moyen d'un algorithme. Comme les numéros d'assurance-maladie sont uniques seulement dans la province ou le territoire qui les ont émis, la BDCP saisit une variable représentant la province ou le territoire d'émission. En combinant le numéro d'assurance-maladie émis par la province ou le territoire avec d'autres éléments de données pertinents, comme la date de naissance, le sexe et le code postal, il est possible d'identifier une personne dans la BDCP; l'identité de cette personne reste cependant anonyme.

Le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance et le code postal complet ne sont habituellement pas divulgués aux utilisateurs externes. L'accès aux éléments de données restreints et l'utilisation des données de la BDCP pour les études de couplage des données doivent être approuvés par le Secrétariat à la vie privée et aux services juridiques de l'ICIS.

6 Limites générales des données

Les limites des données sont relevées et examinées au moment du traitement et de la vérification des données et dans le cadre des mesures de contrôle de la qualité des données de la section de la BDCP. Instauré en 2000-2001 et révisé en 2009, le cadre de la qualité des données¹⁵ de l'ICIS fournit une stratégie commune d'évaluation de la qualité des données dans toutes les bases de données et tous les registres de l'Institut. Ce cadre s'appuie sur cinq critères de qualité :

- l'exactitude;
- la comparabilité;
- l'actualité;
- la facilité d'utilisation;
- la pertinence.

Les limites des données présentées ci-dessous concernent principalement l'exactitude (couverture, non-réponse, erreur de mesure et biais dans les résultats) et la comparabilité (équivalence, couplage, normalisation et comparabilité rétrospective). À moins d'avis contraire, les analyses ont été réalisées selon le code du type d'établissement analytique. Pour de plus amples renseignements sur le cadre de la qualité des données de l'ICIS, veuillez consulter le site Web de l'ICIS¹⁵.

6.1 Exactitude

On entend par exactitude la mesure avec laquelle l'information contenue dans la base de données ou le registre (ou en découlant) reflète la réalité qu'elle doit mesurer.

Couverture

Puisque ce sont les provinces et les territoires qui décident à l'avance quels sont les établissements qui doivent soumettre des données à la BDCP, ce sont eux qui valident la base de sondage de la BDCP. La soumission des données est supervisée en tout temps et l'équipe de l'ICIS effectue un suivi auprès des établissements ou du ministère provincial ou territorial de la Santé responsable lorsque des lacunes sont décelées ou lorsque le nombre d'abrévés reçus change de façon marquée.

Il y a **surdénombrement** au niveau de l'établissement lorsque les établissements qui n'appartiennent pas à la population de référence sont inclus dans la base de sondage, au risque de biaiser les résultats des analyses réalisées auprès de la population de référence. La population de référence de la BDCP pour 2010-2011 comprend toutes les sorties des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour au Canada (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés). Toutes les données sur les soins de courte durée, sauf celles du Québec, sont soumises à la BDCP; les données sur les soins de courte durée du Québec sont soumises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec une fois par année et sont intégrées à la BDMH. Les données sur les chirurgies d'un jour de l'Ontario, de l'Alberta et de quatre établissements de la Nouvelle-Écosse sont soumises au SNISA. La population de référence de la BDCP peut être désignée soit par le code du type d'établissement analytique soit par le code du type d'établissement; toutefois, la plupart du temps le premier est utilisé. Le *Document sur la qualité des données, Base de données sur la morbidité hospitalière* et le *Document sur la qualité des données, Système national d'information sur les soins ambulatoires* contiennent des renseignements au sujet de la BDMH et du SNISA. Le présent document ne concerne que l'ensemble de dossiers envoyés à la BDCP.

Les établissements utilisent parfois la BDCP pour consigner des données relevant d'autres niveaux de soins (p. ex. les soins pour malades chroniques, la réadaptation, les soins psychiatriques). La présence de données sur des soins autres que de courte durée dans la BDCP ne constitue pas un surdénombrement, puisqu'il est tout de même possible de réaliser des études sur la population de référence en isolant les abrévés voulus. **On recommande aux utilisateurs d'utiliser le code du type d'établissement analytique pour identifier les abrévés liés aux soins de courte durée et aux chirurgies d'un jour.**

Il peut y avoir surdénombrement au niveau de l'enregistrement lorsqu'un établissement crée plusieurs abrégés pour la même sortie. Ces abrégés sont appelés « doublons suspects » puisque les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé n'ont pas confirmé qu'il s'agissait de véritables doublons. **En 2010-2011, on comptait 203 doublons potentiels (197 abrégés de soins de courte durée et 6 abrégés de chirurgie d'un jour) selon la population de référence.**

Il y a **sous-dénombrement** lorsqu'une partie de la population de référence n'est pas incluse dans la base de sondage. Il faut savoir que ce sous-dénombrement risque de fausser les résultats des analyses sur la population de référence. Aucun sous-dénombrement n'a été décelé dans la BDCP en 2010-2011, car les établissements de soins de courte durée doivent, par décret de leur ministère respectif de la Santé, soumettre des données à la BDCP. La soumission des données sur les chirurgies d'un jour à la BDCP est également obligatoire dans l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception de l'Ontario, de l'Alberta et de quatre établissements de la Nouvelle-Écosse. Les abrégés des chirurgies d'un jour issus de ces provinces et établissements sont soumis au SNISA.

Un établissement du Yukon était un établissement du gouvernement fédéral avant 1997-1998. Cette année-là, il est devenu un établissement du gouvernement territorial. Certaines années, il était désigné comme un établissement de soins de courte durée par le gouvernement territorial, et d'autres, comme un établissement de soins ambulatoires (avec des numéros d'établissements qui ne soumettent pas des données utilisés pour les abrégés de la BDCP). Par exemple, il était désigné comme un établissement de soins de courte durée en 2005-2006, de soins ambulatoires en 2006-2007 et 2007-2008, de soins de courte durée en 2008-2009 et de soins ambulatoires en 2009-2010. Cet établissement n'a jamais soumis de données à la BDCP en raison de problèmes liés aux ressources et parce que le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon ne l'a jamais contraint à le faire. Il ne figure donc pas dans le cadre de la BDCP et n'est pas associé à un problème de sous-dénombrement. En moyenne, cet établissement enregistre environ 400 sorties par année.

Des problèmes de couverture ont été cernés dans les données 2010-2011 :

- **Changements survenus dans les établissements participant à la BDCP :**
Tout au long d'un exercice, des établissements ouvrent, ferment ou fusionnent. Parmi les numéros d'établissements déclarés en 2009-2010, six d'entre eux n'étaient plus valides en 2010-2011. Deux établissements ont fermé, deux ont soumis leurs résultats pour un niveau de soins différent, un a cessé de soumettre ses données sur les établissements de soins pour affections subaiguës et un autre n'était plus désigné comme un établissement de soumission. Parmi ces établissements, il y en avait un en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan et en Ontario, et deux en Colombie-Britannique. Par ailleurs, cinq nouveaux numéros d'établissements,

qui n'existaient pas en 2009-2010, ont été ajoutés en 2010-2011. À compter du 1^{er} octobre 2010, trois établissements de soins de courte durée de l'Ontario ont modifié leur numéro d'établissement. Chacun de ces établissements a utilisé deux numéros d'établissement valides afin de soumettre ses données. Six périodes de données ont été déclarées pour chacun de ces numéros d'établissement. Les trois nouveaux numéros d'établissement de l'Ontario sont des nouveaux numéros pour des établissements existants; il ne s'agit donc pas de nouveaux établissements. Les deux nouveaux établissements se trouvaient à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta.

- **Doublons potentiels** : Pour repérer les abrégés susceptibles d'être en double dans la BDCP, l'ICIS cherche les abrégés présentant des valeurs identiques à partir d'une combinaison d'éléments de données sélectionnés (tels que le code de la province, le code de l'établissement, le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance, le sexe, le code postal, la date et l'heure d'admission, la date et l'heure de sortie, le diagnostic principal, le code d'intervention principale, le poids). L'ICIS n'est pas en mesure de déterminer si des abrégés ont été soumis en double sans la confirmation des agences des gouvernements provinciaux et territoriaux. En 2010-2011, **205** abrégés susceptibles d'avoir été soumis en double ont été recensés pour la population ciblée, et **203** d'entre eux visaient la population de référence.

Non-réponse

Non-réponse

Il y a non-réponse (ou non-réponse partielle) lorsqu'un enregistrement reçu est incomplet, c'est-à-dire que des données sont manquantes. Le taux de réponse de la BDCP dépend en grande partie de la nature facultative ou obligatoire de l'élément de données. Tous les champs obligatoires doivent être remplis, sans exception. Si les champs des éléments de données obligatoires sont vides ou contiennent une valeur non valide, la valeur « Z » y est inscrite la plupart du temps. Par contre, aucune valeur n'est entrée dans les champs facultatifs vides, quoiqu'il peut arriver qu'un message d'erreur apparaisse dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.

Le tableau 8 indique le nombre d'abrévés sur les soins de courte de durée ou les chirurgies d'un jour qui sont incomplets ou qui contiennent des valeurs non valides dans certains champs de données, ainsi que le pourcentage de ces abrévés par rapport à l'ensemble des enregistrements sur les soins de courte durée ou les chirurgies d'un jour.

Tableau 8 : Nombre d'abrévés* sur les soins de courte de durée et les chirurgies d'un jour soumis à la BDCP en 2010-2011 et qui sont incomplets ou qui présentent des valeurs non valides dans certains éléments de données obligatoires pour la population de référence†

Élément de données	Nombre d'abrévés de soins de courte durée ou de chirurgies d'un jour qui sont incomplets ou qui présentent des valeurs non valides	Pourcentage d'abrévés de soins de courte durée ou de chirurgies d'un jour qui sont incomplets ou qui présentent des valeurs non valides
Sexe	1	0,0000
Code postal	30	0,0009
Date de naissance	3	0,0001
Date d'admission	5	0,0002
Heure d'admission	2	0,0001
Date de sortie	19	0,0001
Heure de sortie	10	0,0003
État à la sortie	1	0,0000
Catégorie d'admission	1	0,0000
Code d'entrée	2	0,0001
Diagnostic principal	17	0,0005
Intervention principale	5	0,0002

Remarques

- * Abrévés de soins de courte durée ou de chirurgies d'un jour repérés à l'aide de la variable du code du type d'établissement analytique.
- † La population de référence de la BDCP pour 2010-2011 comprend toutes les sorties des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour au Canada (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés). Toutes les données sur les soins de courte durée, sauf celles du Québec, sont soumises à la BDCP; les données sur les soins de courte durée du Québec sont soumises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec une fois par année et sont intégrées à la BDMH. Les données sur les chirurgies d'un jour de l'Ontario, de l'Alberta et de quatre établissements de la Nouvelle-Écosse sont soumises au SNISA. La population de référence de la BDCP peut être désignée soit par le code du type d'établissement analytique soit par le code du type d'établissement; toutefois, la plupart du temps le premier est utilisé. Le *Document sur la qualité des données, Base de données sur la morbidité hospitalière* et le *Document sur la qualité des données, Système national d'information sur les soins ambulatoires* contiennent des renseignements au sujet de la BDMH et du SNISA. Le présent document ne concerne que l'ensemble de dossiers envoyés à la BDCP.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Pour protéger l'anonymat des patients dans l'environnement analytique, l'ICIS élimine le numéro d'assurance-maladie (NAM) non encodé des ensembles de données SAS et le remplace par un NAM encodé. Comme le processus d'encodage est effectué systématiquement, le NAM encodé peut être utilisé pour coupler les dossiers d'un exercice à l'autre dans la BDCP et dans l'ensemble des bases de données de l'ICIS. L'accès aux NAM non encodés a toujours été interdit aux utilisateurs externes des données et est désormais interdit aux utilisateurs internes des données de l'ICIS.

Au cours du traitement des données, les NAM qui comportent les valeurs « 0 », « 1 », « 8 » ou « 9 » dans le champ du NAM sont encodés pour afficher la valeur « 00000000000 », qui est la même attribuée aux NAM non valides. Ce processus fait en sorte que les NAM comportant des valeurs valides (telles que « 0 » et « 1 », qui servent à indiquer que le patient a un NAM, mais qu'il n'était pas disponible lors de la collecte des données) ne peuvent plus être distingués de ceux comportant des valeurs non valides (telles que « Z »), car la valeur « 00000000000 » leur est systématiquement attribuée. Sur le plan de la qualité des données, les NAM dont le formatage est incorrect sont différents de ceux qui comportent les valeurs « 0 » et « 1 », bien qu'aucune de ces valeurs ne puisse être utilisée pour coupler les dossiers à des fins d'analyse. En 2010-2011, seuls **148** des **30 664** abrégés affichant la valeur « 00000000000 » étaient associés à des NAM comprenant la valeur non valide « Z ».

Tableau 9 : Nombre d'abrégés* sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour soumis à la BDCP en 2010-2011 et affichant les valeurs encodées 00000000000 pour la population de référence†

Numéro d'assurance-maladie encodé	Nombre et pourcentage d'abrégés de soins de courte durée et de chirurgies d'un jour
00000000000	30 664 (0,94 %)

Remarques

- * Abrégés de soins de courte durée et de chirurgies d'un jour repérés à l'aide du code du type d'établissement analytique.
- † La population de référence de la BDCP pour 2010-2011 comprend toutes les sorties des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour au Canada (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés). Toutes les données sur les soins de courte durée, sauf celles du Québec, sont soumises à la BDCP; les données sur les soins de courte durée du Québec sont soumises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec une fois par année et sont intégrées à la BDMH. Les données sur les chirurgies d'un jour de l'Ontario, de l'Alberta et de quatre établissements de la Nouvelle-Écosse sont soumises au SNISA. La population de référence de la BDCP peut être désignée soit par le code du type d'établissement analytique soit par le code du type d'établissement; toutefois, la plupart du temps le premier est utilisé. Le *Document sur la qualité des données*, *Base de données sur la morbidité hospitalière* et le *Document sur la qualité des données*, *Système national d'information sur les soins ambulatoires* contiennent des renseignements au sujet de la BDMH et du SNISA. Le présent document ne concerne que l'ensemble de dossiers envoyés à la BDCP.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Non-réponse de l'unité

Une non-réponse de l'unité peut se produire au niveau de l'établissement (unité de base de sondage) ou de l'enregistrement (unité d'analyse).

Il y a non-réponse de l'unité au niveau de l'enregistrement lorsqu'un enregistrement complet est manquant. L'ICIS calcule habituellement le taux de réponse (qui est le complément du taux de non-réponse) plutôt que le taux de non-réponse de l'unité.

Bien que tous les établissements sont tenus de fournir des données pour les 12 périodes complètes (13 en Colombie-Britannique), il se peut que certains d'entre eux n'aient pas de sorties à signaler pendant une période donnée ou plus. Ces établissements sont alors tenus de soumettre des fichiers de données indiquant qu'ils n'ont enregistré aucune sortie au cours de la période couverte; ainsi, ils évitent d'être considérés comme des établissements qui ont omis de déclarer des données. L'ICIS a reçu des fichiers de données indiquant zéro sortie de 13 établissements n'ayant aucune sortie à déclarer pour l'ensemble des périodes de 2010-2011. Ces fichiers de données indiquant zéro sortie ne constituent pas une non-réponse de l'unité au niveau de l'enregistrement, car ils confirment que le nombre de sorties pour chaque période était de zéro.

Une non-réponse de l'unité au niveau de l'établissement se produit quand un établissement de la base de sondage ne soumet aucun fichier de données pendant tout l'exercice. Ce type de non-réponse est peu susceptible de se produire dans la BDCP étant donné que tous les établissements de la base de sondage sont tenus de soumettre des données à la BDCP. Cependant, deux établissements admissibles de l'Ontario n'ont soumis aucune donnée à l'ICIS en 2010-2011 en raison d'un manque de personnel. Au total, 236 abrégés n'ont pas été soumis à l'ICIS. Les données manquantes de ces établissements constituent une non-réponse de l'unité au niveau de l'établissement étant donné qu'aucun fichier de données n'a été soumis pendant tout l'exercice. Le taux de non-réponse de l'unité au niveau de l'établissement dans la BDCP pour 2010-2011 était de 0,23 %.

Erreur de mesure

L'erreur de mesure évalue le degré de concordance entre les valeurs déclarées et celles qui auraient dû l'être.

- **Code d'intervention d'électroconvulsivothérapie (ECT) : Le code d'intervention approprié doit absolument être attribué pour l'électroconvulsivothérapie** — ECT 1.AN.09.JA-DV *Stimulation, cerveau, stimulation électrique externe (pour choc ou convulsion)*, car l'attribution des GMA pourrait être touchée. Il est obligatoire d'inscrire ECT dans l'Indicateur relatif à la santé mentale groupe 15, champ 09 — traitement par ECT pour les provinces suivantes : Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick et Ontario. Le code est facultatif dans les autres provinces et territoires.

L'inscription de l'intervention par ECT seulement dans le groupe 15, champ 09 et non dans le groupe 11, champ 02 — Code d'intervention, pourrait faire en sorte que ces cas soient regroupés de façon inappropriée (c'est-à-dire, comme des GMA sans ECT). Dans la BDCP de 2010-2011, il se trouvait 398 cas avec ECT inscrits dans un groupe Indicateur relatif à la santé mentale, et, parmi ces cas, 10 étaient regroupés dans un GMA avec problèmes psychiatriques sans ECT (GMA 677, 691, 678, 689 ou 693).

- **Sous-estimation ou surestimation du temps d'attente au service d'urgence** : Depuis 2007-2008, l'élément de données Date et heure de la décision d'admission n'est plus saisi. L'élément maintenant saisi est Date et heure de sortie du patient, Service d'urgence, qui n'est pas obligatoire pour l'ensemble des provinces et territoires. Le Temps d'attente au service d'urgence est un champ dérivé correspondant au temps entre la date et l'heure d'admission, et la date et l'heure de sortie du patient de l'urgence. Un temps d'attente à l'urgence supérieur à 168 heures est considéré comme excessif. Il ne s'agit toutefois pas nécessairement d'une erreur de qualité des données, car certains patients peuvent passer toute la journée à l'urgence même s'ils ont été admis en tant que patients hospitalisés. Dans la BDCP de 2010-2011, on a dénombré 359 abrégés dans lesquels on a consigné que le temps d'attente à l'urgence dépassait 168 heures, dont la majorité des cas (253 abrégés) provenaient de la Colombie-Britannique.
- **Date d'intervention répétée pour de multiples interventions pratiquées lors d'un même épisode d'intervention et le dénombrement du nombre d'épisodes du fournisseur diffère de celui de l'ICIS** : Selon les directives du *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹, lorsque plus d'un code de la CCI est nécessaire pour saisir des interventions pratiquées au cours d'un seul épisode d'intervention, la date du début de l'intervention ne doit être enregistrée qu'une seule fois avec le premier code de la CCI; les champs des dates concernant les autres codes de la CCI pour le même épisode d'intervention devraient être vides. Cette étape est importante pour le traitement de l'abrége dans l'ordinateur central de la BDCP, car le numéro de séquence de l'épisode est augmenté pour chaque date entrée. La saisie à

répétition de la date pour plusieurs interventions pratiquées lors d'un même épisode a pour conséquence d'attribuer à chaque code un numéro de séquence d'épisode, augmentant ainsi de façon erronée le nombre. Cela signifie que le nombre d'épisodes d'intervention déclaré est alors plus élevé qu'il ne l'est en réalité.

Si l'utilisateur oublie également d'identifier l'épisode d'intervention à l'aide de la date du début de l'épisode d'intervention, le numéro de séquence de l'épisode ne sera pas augmenté pour l'épisode. Le nombre d'épisodes d'interventions sera par conséquent sous-dénombré par l'ICIS et le nombre d'épisodes d'interventions attribué par le fournisseur sera différent de celui calculé par l'ICIS.

- **Interventions hors hôpital multiples avec la même date dans un abrégé :** L'élément Indicateur, hors hôpital permet de signaler qu'un épisode d'intervention a eu lieu au service des soins ambulatoires d'un autre établissement de soins de santé au cours de l'hospitalisation courante du patient dans l'établissement déclarant. En général, il n'y a qu'un seul épisode d'intervention hors hôpital par jour pour des raisons médicales, administratives ou d'achalandage. On a dénombré 67 abrégés avec plus de deux épisodes d'interventions hors hôpital en une journée. Ce nombre indique que les codificateurs ont peut-être surattribué la date du début de l'épisode d'intervention dans le cas des interventions hors hôpital, étant donné que le nombre d'épisodes est augmenté chaque fois que la date du début de l'épisode d'intervention est saisie.
- **Codes de réadmission utilisés lorsque la catégorie d'admission est non urgente :** Le code de réadmission classifie tous les patients hospitalisés comme des nouvelles admissions ou des visites subséquentes d'un patient à un même établissement de soins de santé. La catégorie d'admission désigne le classement du patient au moment de l'admission à un établissement de soins de santé. Ces deux éléments de données permettent de déterminer si une admission était planifiée, non urgente ou non planifiée. Cependant, dans 148 abrégés, le code de réadmission et la catégorie d'admission n'indiquent pas de façon uniforme si l'admission était planifiée ou non. Dans ces abrégés, la catégorie d'admission désignait une admission non urgente, tandis que les codes de réadmission indiquaient une admission non planifiée. Ces abrégés ont généré un message d'avertissement; cependant, le système de saisie accepte tout de même ces combinaisons. Ces observations traduisent une variation dans l'utilisation et l'interprétation du code de réadmission au sein des établissements de soins de santé du Canada. Ces cas ne sont pas nécessairement erronés. Par exemple, une patiente en obstétrique a été admise dans un établissement il y a deux semaines en raison d'un faux travail. Elle devait être admise au même établissement pour un accouchement à terme. Avant son arrivée à terme, elle était en travail actif et elle a immédiatement été admise au même établissement avant la date prévue. Dans ce cas, la Catégorie d'admission a été désignée comme non urgente, car la patiente devait accoucher du bébé dans cet établissement.

Cependant, le code de réadmission pourrait être saisi comme une réadmission imprévue, car l'admission pour accouchement précoce n'était pas planifiée.

- **Utilisation du code J09 pour la grippe H1N1** : Après l'épidémie de grippe H1N1 au début de 2009, l'ICIS, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Comité international de mise à jour et de révision de la CIM-10 ont décidé d'utiliser le code J09 (Grippe due au virus de la grippe aviaire identifié) pour déclarer les cas de grippe H1N1 en attendant qu'un code unique soit défini, aucun cas de grippe aviaire n'ayant été décelé au Canada. Le code J09 a été intégré à la CIM-10-CA en 2006-2007. L'ICIS a procédé à un contrôle de la qualité des données en mai 2009 afin de vérifier si le code avait été utilisé dans la BDCP en 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009. Il a été déterminé que certains établissements avaient effectivement utilisé le code J09. La section de la BDCP a communiqué avec ces établissements et confirmé que tous les cas soumis avant l'entrée en vigueur de la nouvelle directive de codification étaient en fait des erreurs de codification. Comme les données des exercices clos (2006-2007 et 2007-2008) ne peuvent être modifiées, la section de la BDCP devra consigner ce problème de qualité des données dans la documentation sur la qualité des données de la BDCP de ces deux exercices. Toutes les erreurs ont été corrigées dans la BDCP 2008-2009.

En 2010-2011, le code J09 était toujours utilisé pour déclarer les cas de grippe H1N1, étant donné qu'un code unique n'avait pas encore été mis en œuvre. Environ 700 cas ont été enregistrés en 2010-2011.

- **Code d'état à la sortie 07 « décès » inscrit deux fois pour le même NAM** : La section de la BDCP a décelé 16 cas où le code d'état à la sortie 07 « décès » a été saisi plus d'une fois pour un même numéro d'assurance-maladie en 2010-2011. Ce problème de déclaration de décès en double pour un même NAM a également été relevé lors du regroupement des enregistrements ayant le même NAM dans la BDCP et le SNISA. Au total, 36 abrégés contenaient le code d'état à la sortie (Issue de la visite dans le SNISA) « décès » pour le même NAM dans la BDCP et le SNISA. L'ICIS modifiera les sections appropriées du *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ pour clarifier les directives de saisie et éviter que ce problème se reproduise.
- **Variations d'utilisation de l'état à la sortie pour les patients qui ne retournent pas après un congé temporaire** : La nouvelle valeur « 12 » (patient qui n'est pas rentré après un congé temporaire) a été ajoutée en 2008-2009 à l'élément de données État à la sortie. La section de la BDCP a relevé des cas où les établissements ont utilisé la valeur 05 (patient renvoyé à domicile), 06 (patient sorti contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou 12 (patient qui n'est pas rentré après un congé) si le patient n'est pas retourné à l'établissement après un congé temporaire. Par exemple, certains établissements utilisent la valeur 12 si le patient est décédé lors d'un congé

temporaire, alors que d'autres inscrivent la valeur 07. De nouvelles directives ont été fournies dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ de 2010-2011 sur la façon d'utiliser l'état à la sortie pour les patients qui quittent l'établissement après avoir obtenu un congé temporaire et n'y retournent pas.

- **Problèmes relatifs à l'indicateur de série, aux affections post-intervention et aux microorganismes résistant aux médicaments :**
L'indicateur de série est un nouvel élément de données de la BDCP depuis 2009-2010. Il est obligatoire pour les affections post-intervention et les microorganismes résistant aux médicaments (U82 à U85). Il permet de relier les codes de la CIM-10-CA qui sont utilisés avec la même valeur d'indicateur de série pour décrire une affection, une maladie ou un diagnostic.

Les codes des microorganismes résistant aux médicaments (U82 à U85) doivent être reliés à au moins un autre code de l'abrégié à l'aide de la même valeur d'indicateur de série.

Toutes les affections post-intervention doivent avoir au moins deux codes : **le code primaire** (les codes T de T80 à T88, les codes relatifs à des troubles survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, ceux-ci figurant à la fin du chapitre sur le système corporel, et les codes réguliers autres que ceux qui viennent d'être cités), et le code de cause externe (Y60 à Y84). Les codes doivent être liés au moyen de la même valeur de l'indicateur de série.

Voir l'annexe A du document *Spécifications techniques relatives à l'analyse de la qualité des données de l'année en cours pour la Base de données sur les congés des patients* sur le site Web des services à la clientèle de la BDCP.

Étant donné que le statut obligatoire de cet élément de données ne faisait pas l'objet de vérifications, les problèmes de qualité suivants ont été découverts dans les données de 2010-2011 :

- Dans certains abrégés, l'indicateur de série ne contient qu'un seul code de diagnostic.
- Dans certains abrégés, le code d'affection post-intervention (T80 à T88, les codes relatifs à des troubles survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique), le code de cause externe (Y60 à Y84) et le code relatif à des microorganismes résistant aux médicaments (U82 à U85) sont attribués sans indicateur de série.
- Dans certains abrégés, les codes d'affection post-intervention (T80 à T88, les codes relatifs à des troubles survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique) sont attribués sans le code de cause externe correspondant (Y60 à Y84).

Remarque : Comme il s'agissait d'un nouvel élément de données en 2009-2010, l'ICIS a fourni d'autres directives en 2010-2011 sous forme de conseils sur la codification, d'interrogation sur la codification et de formation. Les utilisateurs devraient utiliser ce champ avec prudence jusqu'à ce que des vérifications soient mises en place en 2012-2013.

- **Code Z51.5 (soins palliatifs) attribué au type de diagnostic 2 ou 3 :** Il ne faut pas attribuer un type de diagnostic 2 (comorbidité post-admission) ou 3 (diagnostic secondaire) au code Z51.5. Étant donné que les soins palliatifs ne constituent pas une affection en soi, mais plutôt un service fourni au patient, les définitions relatives au type de diagnostic ne correspondent pas vraiment au code Z51.5. La norme de codification des soins palliatifs comprend une directive précise en ce qui concerne l'attribution du type de diagnostic dans certains cas. Le code Z51.5 a été attribué avec un code de diagnostic de type 2 ou 3 dans 352 abrégés.
- **Préfixe de diagnostic 8 non attribué au code de diagnostic Z51.5 (soins palliatifs) :** À compter de 2009-2010, le préfixe de diagnostic 8 sera redéfini dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*¹. Il est consigné avec le code de diagnostic Z51.5 lorsque les soins palliatifs sont documentés comme une composante connue des soins aux patients avant l'arrivée à l'établissement. Le préfixe de diagnostic 8 a été consigné avec d'autres codes de diagnostics dans 61 abrégés.
- **Préfixes de diagnostics 5 et 6 :** Les nouvelles définitions des préfixes 5 et 6, mises en œuvre en 2009-2010, rendent obligatoire l'enregistrement de ces préfixes.

Le préfixe de diagnostic 5 ou 6 est saisi dans le cas des comorbidités post-admission (diagnostic de type 2) survenant après l'admission et avant ou pendant le premier épisode d'intervention ayant lieu dans :

- la salle d'opération principale (01) pour toute intervention;
- la salle de cathétérisme cardiaque (08) pour toute intervention; ou
- un autre établissement (hors hôpital [HH]) pour des interventions cardiaques précises (3.IP.10.^, 1.IJ.50.^ et 1.IJ.57.^).

Voici les problèmes de qualité des données découverts par rapport à cet élément de données :

- Le préfixe de diagnostic 5 ou 6 n'a pas été consigné pour les comorbidités post-admission lorsqu'une intervention a été pratiquée dans la salle d'opération principale ou dans la salle de cathétérisme cardiaque ou lorsqu'il s'agissait d'une des 3 interventions HH précises.
- Le préfixe de diagnostic 5 ou 6 a été consigné pour les comorbidités post-admission, mais l'intervention n'a pas été pratiquée dans la salle d'opération principale ni dans la salle de cathétérisme cardiaque, ou ne faisait pas partie des trois interventions HH précises (3.IP.10.^, 1.IJ.50.^ et 1.IJ.57.^).

- Le préfixe de diagnostic 5 ou 6 a été consigné pour les comorbidités post-admission mais aucune intervention n'a été pratiquée.
- Le préfixe de diagnostic 5 ou 6 a été consigné avec un diagnostic autre que de type 2.
- Le préfixe de diagnostic 5 ou 6 a été consigné sur les dossiers de chirurgie d'un jour.
- Le préfixe de diagnostic 5 ou 6 a été consigné sur les abrégés comprenant des codes d'obstétrique de O00 à O99.

Remarque : Depuis la mise en œuvre des préfixes de diagnostic 5 et 6 en 2009-2010, bon nombre d'erreurs ont été commises dans la BDCP pour cet élément de données. En conséquence, les utilisateurs devraient utiliser les préfixes de diagnostic 5 et 6 avec prudence. La section de la BDCP a fourni des directives détaillées sur l'attribution des préfixes de diagnostic 5 et 6 dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP de 2010-2011*.¹ En 2012-2013, de nouvelles vérifications seront mises en œuvre.

- **Codification de naissances multiples en tant que naissance unique :** Conformément à la norme de codification, chaque abrégé de nouveau-né doit inclure le code de naissance vivante Z38– pour indiquer la pluralité des naissances. Un nouveau-né seul doit porter le code Z38.0– à Z38.2–, tandis que les naissances multiples (jumeaux, triplets et autres) doivent porter le code Z38.3– à Z38.8–.

Plus de 100 dossiers de naissances multiples contenaient des codes de naissance unique plutôt que de naissances multiples.

Pour identifier les naissances multiples dans les données, on entend par naissances multiples l'accouchement par une mère de plus d'un nouveau-né au cours du même épisode d'accouchements et au sein du même établissement (c.-à-d. que les dossiers de nouveau-nés portent le même numéro d'établissement, le même numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né et la même date d'admission).

Remarque : Il est possible que de multiples naissances aient lieu à différentes dates. La mère peut accoucher d'un bébé avant minuit et d'un autre après minuit, ou alors la grossesse comprend des complications nécessitant l'accouchement d'un bébé plusieurs jours, voire semaines, après la naissance du premier bébé. Les naissances multiples peuvent également avoir lieu dans des établissements différents dans le cas des transferts, où la patiente accouche d'un bébé dans un établissement avant d'être transférée dans un autre établissement pour accoucher du deuxième bébé (ou des autres bébés). Dans d'autres cas, un bébé peut naître sur le chemin de l'hôpital (dans une ambulance par exemple). Il se peut également qu'une mortinaissance ou une réduction sélective du nombre de fœtus peut résulter en des naissances multiples. Toutefois, ces situations sont rares et donc exclues de l'analyse. Les utilisateurs de données peuvent effectuer une analyse plus poussée, le cas échéant.

- **L'indicateur d'intervention avant l'admission est consigné avec une intervention qui ne figure pas dans la liste des interventions signalées :**

L'indicateur d'intervention avant l'admission est un élément de données obligatoire introduit en 2009-2010. Il doit avoir la valeur Y (oui) lorsque les interventions suivantes sont entreprises avant l'admission :

- certaines interventions signalées qui durent pendant le séjour du patient (voir le Manuel de saisie de l'information, BDCP de 2010-2011).
- thérapie thrombolytique (voir le document Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI9).
- déclenchement du travail (voir le document Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI9).

Les interventions signalées permettent d'identifier les cas plus complexes qui nécessitent plus de ressources que les cas similaires qui ne nécessitent pas ces interventions. Même si les interventions ne sont pas forcément coûteuses, elles permettent de distinguer les patients qui nécessiteraient plus de ressources et d'ajuster les indicateurs de ressources de la méthodologie GMA+. Nous avons remarqué que sur de nombreux abrégés, l'indicateur d'intervention avant l'admission portait la valeur Y; or aucune des interventions inscrites ne correspondait aux interventions signalées. Les utilisateurs devraient donc utiliser cet élément de données avec prudence. Des directives détaillées sur la façon de déclarer cet élément de données ont été ajoutées dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP de 2010-2011*¹.

- **Des interventions pratiquées sur des hommes accompagnées du Code du lieu d'intervention 05 (Service d'avortements thérapeutiques) et 10 (Salle pour service d'obstétrique, salle d'accouchement, salle d'opération) :** Le code du lieu d'intervention permet de consigner le lieu dans l'établissement où une intervention a été pratiquée. Le code 05 du lieu de l'intervention est le service d'avortements thérapeutiques et le code 10, la salle pour service d'obstétrique, salle d'accouchement, salle d'opération. La BDCP 2010-2011 comprenaient 39 abrégés dans lesquels des interventions pratiquées sur des hommes ont eu lieu dans les lieux 05 ou 10. Il ne s'agissait pas de nouveau-nés de sexe masculin qui ont subi une circoncision ou une photothérapie. Dans ce cas-ci, il ne s'agit pas nécessairement d'un problème de qualité des données, car il se peut que cette pratique soit liée à l'utilisation des ressources de l'hôpital. Toutefois, les utilisateurs doivent être conscients de l'existence de ces dossiers.

Biais dans les réponses

Si les erreurs de mesure sont attribuables à la mauvaise codification d'un élément de données, le biais dans les réponses découle des erreurs qui surviennent de manière systématique.

La Division de la qualité des données de l'ICIS a adopté un plan quinquennal pour la production d'études de seconde saisie en commençant par les données de la BDCP de 2005-2006 et en terminant par celles de 2009-2010. Des études remontant aux données de 1999-2000 ont également été menées. Ces études, qui ont pour but d'évaluer la qualité globale des données cliniques et non cliniques et de soulever les questions relatives aux variations de codification et de saisie, ont permis de trouver des réponses biaisées.

Vous trouverez les liens vers ces études dans les références à la fin du présent document.

6.2 Comparabilité

La comparabilité renvoie à la mesure dans laquelle les bases de données demeurent cohérentes au fil du temps et reposent sur des conventions normalisées (p. ex. les éléments de données, les périodes de référence), de sorte qu'elles sont similaires à d'autres bases de données.

Équivalence

En 2004-2005, l'ensemble des provinces et des territoires participant à la BDCP avaient adopté les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. Le changement des systèmes de classification commencé en 2001-2002 a créé un certain nombre de problèmes pour les utilisateurs qui souhaitaient établir des tendances chronologiques à partir des données. Pour obtenir plus de précisions, veuillez consulter le document *S'adapter à la CIM-10-CA et CCI, conséquences des nouveaux systèmes de classification sur l'affectation des groupes de maladies analogues et des groupes de chirurgie d'un jour*¹⁷ au moyen des données de 2001-2002 et 2002-2003, accessible à partir du site Web de l'ICIS. **L'ICIS encourage fortement les utilisateurs à analyser les données à l'aide de la classification originale.**

Couplage

- **Les systèmes des NAM évoluent** : Les normes, les vérifications et les processus provinciaux relatifs au numéro d'assurance-maladie ont changé au fil des ans. La Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest ont révisé leur système de numérotation (p. ex. le remplacement d'un numéro familial par un numéro individuel) et ont émis de nouveaux numéros d'assurance-maladie. Comme l'information de l'ICIS n'établit pas de lien entre les nouveaux systèmes de numérotation et les anciens, les utilisateurs doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils utilisent le numéro d'assurance-maladie à des fins de couplage. Veuillez prendre note que, conformément à sa politique sur le respect de la vie privée et la confidentialité, l'ICIS ne divulgue que des numéros d'assurance-maladie encodés aux utilisateurs internes et externes.
- **Codes de version des numéros d'assurance-maladie de l'Ontario** : Dans certains numéros d'assurance-maladie de l'Ontario (c.-à-d. les numéros de plus de 10 octets), un code de version peut être ajouté après les 10 caractères du numéro d'assurance-maladie. Les codes de version ont été ajoutés pour garantir que le numéro d'assurance-maladie correspond à une seule carte d'assurance-maladie et pour vérifier la validité de la carte. Certaines cartes n'ont pas de code de version et les codes de version ne sont pas toujours consignés dans les abrégés de la BDCP. Quand une nouvelle carte d'assurance-maladie de l'Ontario est émise ou remplacée, le numéro composé de 10 chiffres demeure le même, mais le code de version change. Le couplage des données au fil des ans ne peut donc se faire qu'à partir des 10 premiers caractères du numéro d'assurance-maladie ou du numéro encodé.
- **Numéro d'assurance-maladie encodé** : Comme l'ICIS utilise un processus d'encodage uniforme, il est possible de coupler les données d'un exercice à l'autre. Il est toutefois important de noter que la valeur 000000000000 est attribuée aux numéros d'assurance-maladie non valides ou manquants et que ceux-ci devraient donc être exclus avant le couplage des données.
- **Le code postal ne permet pas nécessairement de déterminer avec précision le lieu de résidence des patients** : Les résidents des régions rurales peuvent utiliser des cases postales situées dans une région différente de leur lieu de résidence. Par ailleurs, comme les codes postaux des régions rurales peuvent s'appliquer à plus d'une zone de recensement, il devient difficile de déterminer précisément le lieu de résidence. Conformément à la politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité, la région du tri d'acheminement, c'est-à-dire les trois premiers caractères du code postal, est généralement le niveau le plus bas d'agrégation accessible aux utilisateurs externes. La publication d'information sur de petits secteurs géographiques pourrait également faire l'objet de restrictions aux fins de respect de la vie privée des patients et de protection de la confidentialité des renseignements sur les patients.

- **Différences entre les résidences des patients relevées à l'aide du code postal et du numéro d'assurance-maladie :** Parmi les abrégés de soins de courte durée soumis à la BDCP de 2010-2011, environ 19,56 % des abrégés concernant les résidents « hors province » (abrégés où le code de la province émettrice du numéro d'assurance-maladie ne correspond pas au code de la province de déclaration) comprenaient un code postal différent de la province ou du territoire de déclaration. Cette situation peut s'expliquer de différentes façons. Par exemple, il est possible que les patients ayant déménagé dans une autre province aient demandé à obtenir des soins en utilisant leur carte d'assurance-maladie émise par leur province ou territoire d'origine et en donnant le code postal de leur nouvelle résidence. Les utilisateurs doivent faire preuve de discernement pour déterminer quel élément de données est plus représentatif du lieu de résidence du patient. Pour les éléments de données comme le code postal, le numéro d'assurance-maladie et le numéro du dispensateur, le système de vérification de l'ICIS peut vérifier le format seulement, mais pas les valeurs elles-mêmes. Ainsi, des numéros d'assurance-maladie erronés ou des codes postaux supprimés pourraient être inclus dans la base de données tant que leur format est valide. Les analystes de la BDCP effectuent des tests au cours de l'exercice ouvert pour évaluer et corriger ces cas.
- **Jumelage incomplet entre les dossiers des mères et des bébés :** Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né et le numéro de dossier sont des éléments de données qui permettent de jumeler le dossier d'une mère à celui de son nouveau-né. Le champ Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né permet d'inscrire le numéro de dossier du nouveau-né sur l'abrégé de la mère et le numéro de dossier de la mère sur l'abrégé du nouveau-né. Les utilisateurs doivent noter que le dossier d'une mère et celui de son bébé ne peuvent pas toujours être jumelés, car certains établissements n'ont pas respecté les directives de l'ICIS en ce qui concerne la codification de ces champs. Par exemple, certains établissements ont ajouté des caractères spéciaux (B, N, H) ou des zéros au début des numéros de dossiers et ils les ont ensuite déclarés au champ Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né. Voici d'autres raisons du jumelage incomplet :
 - La saisie manuelle du numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né dans le système d'inscription de la plupart des établissements peut entraîner des erreurs de typographie.
 - Il se peut que la mère et le nouveau-né aient obtenu leur congé à des exercices différents. Par exemple, la BDCP de 2010-2011 comprend des abrégés du 1er avril 2010 au 31 mars 2011. Si une mère a obtenu son congé en 2010-2011 alors que son nouveau-né a obtenu le sien en 2011-2012 pour des raisons médicales ou autres, il est impossible de jumeler les dossiers de l'un et l'autre au sein d'un même exercice.

- **Multiplés liens entre le numéro de dossier du nouveau-né et celui de la mère** : L'abrégé d'un nouveau-né semble parfois lié à l'abrégé de plusieurs mères. En effet, l'ICIS a repéré des cas où l'abrégé de deux mères différentes portait le numéro de dossier du même nouveau-né. L'ICIS a surveillé de près ces cas au cours de l'exercice ouvert et a communiqué avec les établissements pour leur demander de corriger les abrégés et de les soumettre de nouveau dans la BDCP.
- **Numéros d'assurance-maladie incomplets des nouveau-nés** : Les provinces et les territoires ont leurs propres directives de codification des numéros d'assurance-maladie des nouveau-nés. Certaines provinces et certains territoires inscrivent systématiquement les codes 0 (Patient assuré par la province ou le territoire déclarant, mais son numéro d'assurance-maladie n'est pas disponible), 1 (non applicable) ou le numéro d'assurance-maladie de la mère sur l'abrégé du nouveau-né. Ailleurs, on octroie aux nouveau-nés un numéro d'assurance-maladie valide avant qu'ils ne quittent l'établissement. Par exemple, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest demandent aux établissements de consigner le NAM de la mère sur le dossier du nouveau-né. Si le nouveau-né n'a pas reçu de numéro d'assurance-maladie valide avant de quitter l'établissement, ou si le NAM est 0 ou 1, la valeur 000000000000 est entrée par défaut dans la BDCP. Cette mesure ne permet pas d'établir des liens ultérieurs avec le dossier du nouveau-né.

Normalisation

- **Variation provinciale et territoriale dans la collecte des données de la BDCP** : Dans une province ou un territoire, la collecte d'un élément de données de la BDCP peut être obligatoire ou facultative, ou encore varier en fonction de la définition, selon la décision prise par le ministère provincial ou territorial de la Santé. Les taux de remplissage des éléments de données facultatifs sont généralement bas. Les utilisateurs doivent donc tenir compte de ces variations lorsqu'ils analysent les données. L'annexe A comprend une liste des principales différences de saisie des données pour la BDCP de 2010-2011. Pour plus de renseignements, consultez le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹.
- **Données incomplètes sur les soins autres que de courte durée dans la BDCP** : L'intégralité des données autres que celles portant sur les soins de courte durée (comme les données sur les chirurgies d'un jour, la réadaptation et les soins pour malades chroniques) recueillies dans la BDCP varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Les utilisateurs des données doivent noter que, pour les établissements qui ne dispensent pas de soins de courte durée, l'intégralité des données et les exigences de collecte de la BDCP varient au fil des ans, et que les types d'établissements déclarants peuvent eux aussi changer. Veuillez communiquer avec l'ICIS pour obtenir plus de détails sur ces changements.

- **Manque de définitions normalisées pour les niveaux de soins au Canada :** À l'heure actuelle, il n'existe pas de définitions normalisées pour les différents niveaux de soins. Afin de réduire les différences entre les définitions des niveaux de soins d'une province et d'un territoire à l'autre et de permettre des comparaisons à l'échelle nationale, on a créé en 2004-2005 le code du type d'établissement analytique. Il s'agit d'un élément de données octroyé par l'ICIS lorsque le type d'établissement correspondant au numéro d'établissement diffère du type de soins dispensés. L'ICIS consulte les représentants des établissements et agences provinciaux et territoriaux de la santé afin de confirmer les niveaux de soins dispensés et d'attribuer la valeur du type d'établissement analytique. Les types d'établissements déterminés par les provinces et les territoires demeurent dans la base de données, dans le champ réservé au code du type d'établissement. On recommande aux utilisateurs d'utiliser le code du type d'établissement analytique pour analyser les données sur les soins de courte durée.

Comparabilité historique

- **Les systèmes des NAM évoluent :** Les normes, les vérifications et les processus provinciaux relatifs au numéro d'assurance-maladie ont changé au fil des ans. La Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest ont révisé leur système de numérotation (p. ex. le remplacement d'un numéro familial par un numéro individuel) et ont émis de nouveaux numéros d'assurance-maladie. Comme l'information de l'ICIS n'établit pas de lien entre les nouveaux systèmes de numérotation et les anciens, les utilisateurs doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils utilisent le numéro d'assurance-maladie à des fins de couplage. Veuillez prendre note que, conformément à sa politique sur le respect de la vie privée et la confidentialité, l'ICIS ne divulgue que des numéros d'assurance-maladie encodés aux utilisateurs externes.
- **Codes de version des numéros d'assurance-maladie de l'Ontario :** Dans certains numéros d'assurance-maladie de l'Ontario (c.-à-d. les numéros de plus de 10 octets), un code de version peut être ajouté après les 10 caractères du numéro d'assurance-maladie. Les codes de version ont été lancés pour faire en sorte que le numéro d'assurance-maladie corresponde à une seule carte d'assurance-maladie et pour vérifier la validité de cette dernière. Certaines cartes d'assurance-maladie n'ont pas de code de version et les codes de version ne sont pas toujours consignés dans les abrégés de la BDCP. Quand une nouvelle carte d'assurance-maladie de l'Ontario est émise ou remplacée, le numéro composé de dix chiffres demeure le même, mais le code de version change. Le couplage des données au fil des ans ne peut donc se faire qu'à partir des 10 premiers caractères du numéro d'assurance-maladie ou du numéro encodé.

- **Numéro d'assurance-maladie encodé** : Comme l'ICIS utilise un processus d'encodage uniforme, il est possible de coupler les données d'un exercice à l'autre. Il est toutefois important de noter que la valeur 000000000000 est attribuée aux numéros d'assurance-maladie invalides ou manquants et que ceux-ci devraient donc être exclus avant le couplage des données.
- **Les numéros d'établissement ne sont pas normalisés au fil du temps** : Les numéros d'établissement sont attribués par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Un même établissement peut recevoir plusieurs numéros différents, en raison des fusions et des fermetures qui peuvent survenir, ou des changements apportés aux types de soins fournis par l'établissement. La plupart des provinces et des territoires produisent des documents longitudinaux sur les changements dans le numéro d'établissement. Toutefois, particulièrement en Ontario, le couplage par numéro d'établissement peut s'avérer difficile au fil du temps.

Annexe A — Éléments de données obligatoires de la BDCP de 2010-2011

Provinces et territoires soumettant des données à l'aide de la CIM-10-CA Patients hospitalisés

Le présent document doit être utilisé de pair avec le Manuel de saisie de l'information, BDCP¹, disponible sur le site Web de l'ICIS. Veuillez consulter ce manuel¹ pour obtenir des détails sur les variations provinciales.

Légende	
O	Élément de données obligatoire
Vide	Élément de données facultatif
Ombre grise	Données non conformes à la CIM-10-CA

N° de groupe et de champ	Élément de données	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
01 01	Numéro d'établissement	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
01 03	Année du lot	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
01 04	Période du lot	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
01 05	Numéro du lot	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
01 06	Numéro d'abrégié	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
01 08	Numéro du codificateur	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
01 09	Numéro de dossier	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
01 10	Numéro d'admission	O		O	O		O						O	
01 11	Deuxième numéro d'admission ou de dossier													
01 12	Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 01	Numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 02	Code postal	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 03	Code de résidence	O		O	O		O			O		O		O
03 04	Sexe	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 05	Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 06	Responsable du paiement	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 08	Date de naissance	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 09	Date de naissance estimée	O	O	O	O		O	O	O	O	O	O	O	O
03 11-27	Données provinciales ou territoriales auxiliaires			O					O	O	O			

N° de groupe et de champ	Élément de données	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
04 01	Date d'admission	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
04 02	Heure d'admission	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
04 04	Établissement de provenance	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
04 05	Catégorie d'admission	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
04 06	Code d'entrée	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
04 07	Admission par ambulance	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
04 08	Code de réadmission	0	0	0	0		0				0	0		0
04 13	Date de sortie du patient — service d'urgence	0		0			0	0	0	0	0			
04 14	Heure de sortie du patient — service d'urgence	0		0			0	0	0	0	0			
05 01	Date de sortie	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
05 02	Heure de sortie	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
05 04	Établissement de destination	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
05 05	État à la sortie	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
07 01	Service principal	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
07 02	Sous-service			0	0									
07 03	Poids (de 0 à 29 jours à l'admission)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
07 04	Dépassement de l'abrégé													
08 01	Service de transfert (3 lignes)				0		0	0		0	0			
08 01	Niveau de soins alternatif (NSA)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
08 02	Sous-service de transfert				0				0	0				
08 03	Service de transfert, nombre de jours (si codifié)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
09 01	Type de dispensateur (8 lignes)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
09 02	Numéro du dispensateur	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
09 03	Service du dispensateur	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
10 01	Préfixe du diagnostic (25 lignes) préfixes 5, 6 et 8 obligatoires le cas échéant	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
10 02	Code du diagnostic (CIM-10-CA) (25 lignes)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

N° de groupe et de champ	Élément de données	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
10 03	Indicateur de série (25 occurrences) obligatoire pour les affections post-intervention et les microorganismes résistant aux médicaments	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
10 04	Type de diagnostic	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
10 05	Stadification du cancer — étude clinique : tumeur													
10 06	Stadification du cancer — étude clinique : ganglions													
10 07	Stadification du cancer — étude clinique : métastases													
10 08	Stadification du cancer — étude pathologique : tumeur													
10 09	Stadification du cancer — étude pathologique : ganglions													
10 10	Stadification du cancer — étude pathologique : métastases													
10 11	Stadification du cancer — sommaire													
11 01	Date de l'épisode d'intervention (anciennement appelé Date d'intervention) (20 lignes)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 02	Code d'intervention (CCI)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 03	Attribut — situation (si obligatoire)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 04	Attribut — lieu (si obligatoire)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 05	Attribut — étendue (si obligatoire)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 06	Numéro du dispensateur de l'intervention	0		0	0			0	0		0	0	0	0
11 07	Numéro du service du dispensateur	0		0	0			0	0		0	0	0	0
11 08	Code du tissu													
11 10	Code du lieu d'intervention (tous)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 11	Anesthésiste	0			0		0	0			0	0		
11 12	Technique anesthésique	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

N° de groupe et de champ	Élément de données	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
11 13	Indicateur, hors hôpital	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
11 14	Numéro d'établissement, hors hôpital	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
11 15	Retour imprévu au lieu d'intervention	0							0	0	0			
11 16	Décès en salle d'opération	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 17	Heure du début de l'épisode d'intervention (obligatoire pour les interventions pratiquées dans la salle d'opération principale ou dans la salle de cathétérisme cardiaque)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 18	Date de la fin de l'épisode d'intervention (obligatoire pour les interventions pratiquées dans la salle d'opération principale ou dans la salle de cathétérisme cardiaque)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 19	Heure de la fin de l'épisode d'intervention (obligatoire pour les interventions pratiquées dans la salle d'opération principale ou dans la salle de cathétérisme cardiaque)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
11 20	Indicateur d'intervention avant l'admission (obligatoire pour des interventions précises)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 01	Indicateur de décès à l'USS (une occurrence)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 02	Numéro de l'USS (6 occurrences)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 03	Date d'admission à l'USS	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 04	Heure d'admission à l'USS	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 05	Date de sortie de l'USS	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 06	Heure de sortie de l'USS	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 09	Échelle de Glasgow	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
14 01-19	Options de base	0												
15 02-14	Indicateurs, santé mentale	0			0		0	0						
16 01-18	Information sur le projet (5 lignes)		0	0	0		0			0	0			

N° de groupe et de champ	Élément de données	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
17 01-07	Information sur le sang	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0
18 01-09	Soins génésiques	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
19 01-14	Valeurs attribuées par les fournisseurs autorisés			0	0			0						
19 15	Identificateur du fournisseur autorisé	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

Remarque

À l'heure actuelle, le Québec ne soumet pas de données de la BDCP à l'ICIS.

Annexe B — Évolution des éléments de données de la BDCP 2001-2002 à 2010-2011

Il faut tenir compte du présent document lors des analyses des tendances des données de la BDCP. De plus, ce dernier doit être utilisé de pair avec le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les changements, veuillez consulter ce manuel¹ ou communiquer avec l'ICIS.

Légende	
*	Aucun changement pour ce champ
C	Changement de la définition de l'élément de données
F	Changement du format de l'élément de données
D	Élément de données supprimé
N	Nouvel élément de données
O	Champ inexistant pour cette année
	Abrégé (CIM-10-CA/CCI)

N° de groupe et de champ	Élément de données	Abrégé de la CIM-10									
		2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
01 01	Province	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
01 01	Numéro d'établissement	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
01 01	Numéro d'établissement	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 03	Année du lot	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 04	Période du lot	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 05	Numéro du lot	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 06	Numéro d'abrégé	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 08	Numéro du codificateur	*	*	*	*	*	*	*	*	F	*
01 09	Numéro de dossier	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 10	Numéro d'admission	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 11	Deuxième numéro d'admission ou de dossier	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 12	Numéro d'admission, de dossier de la mère ou du nouveau-né	N	*	*	*	C	*	*	*	*	*
02 01	Durée calculée du séjour	O	O	O	O	O	O	O	O	O	*
03 01	Numéro d'assurance-maladie	F	*	*	*	*	*	F	C, F	C	*
03 02	Code postal	C	*	*	*	*	*	C	*	*	*
03 03	Code de résidence	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
03 04	Sexe	O	O	O	O	O	O	O	O	O	*
03 04	Sexe	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*
03 05	Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	C	*	*	*	*	*	*	C	C	C

		Abrégé de la CIM-10									
N° de groupe et de champ	Élément de données	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
03 06	Responsable du paiement	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*
03 07	Situation de famille	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
03 08	Date de naissance	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
03 09	Âge > 99 ans	O	O	O	O	O	O	O	O	O	*
03 09	Date de naissance estimée	*	*	*	*	*	*	*	*	*	C
03 10	Âge inconnu	O	O	O	O	O	O	O	O	O	*
03 11-27	Données provinciales ou territoriales auxiliaires	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*
04 01	Date d'admission	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
04 02	Heure d'admission	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
04 04	Établissement de provenance	F	*	*	*	*	*	C	*	*	C
04 05	Catégorie d'admission	C	*	C	*	*	*	*	C	*	*
04 06	Code d'entrée	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
04 07	Admission par ambulance	*	*	*	*	F	C, F	*	*	*	*
04 08	Code de réadmission	C	*	*	*	C	*	*	C	*	*
04 09	Réadmission imprévue	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
04 10	Temps d'attente au service d'urgence (minutes)	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
04 11	Date de la décision d'admission au service d'urgence	N	*	*	*	*	*	D	O	O	*
04 12	Heure de la décision d'admission au service d'urgence	N	*	*	*	*	*	D	O	O	*
04 13	Date de sortie du patient – service d'urgence	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
04 14	Heure de sortie du patient – service d'urgence	N	*	*	*	F	*	*	*	C	*
05 01	Date de sortie	*	*	*	*	*	C	*	C	*	*
05 02	Heure de sortie	*	*	*	*	*	C	*	C	*	*
05 04	Établissement de destination	F	*	*	*	*	*	*	*	*	C
05 05	Date à laquelle le client est prêt pour sa sortie	D	O	O	O	O	O	O	O	O	C
05 05	État à la sortie	N	*	C	*	*	*	*	C, F	*	*
05 06	Réservé	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
06 01	Patient sorti vivant	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
06 02	Autopsie	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
06 03	Coroner/médecin légiste	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
06 04-11	Codes de décès	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
07 01	Service principal	*	*	*	*	*	C	*	*	*	*
07 02	Sous-service	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
07 03	Poids	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*

		Abrégé de la CIM-10									
N° de groupe et de champ	Élément de données	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
07 04	Dépassement de l'abrége	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
08 01	Service de transfert	*	*	*	*	*	C	*	*	*	C
08 02	Sous-service de transfert	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
08 03	Service de transfert, nombre de jours	*	*	*	*	*	*	*	*	*	C
09 01	Type de dispensateur	C	C	*	*	*	*	*	C, F	C	C
09 02	Numéro du dispensateur	F	*	*	*	*	*	*	*	*	C
09 03	Service du dispensateur	F	C	*	*	F	*	C	F	C	*
10 01	Préfixe du diagnostic	C	*	*	*	*	*	*	F	C	C
10 02	Code du diagnostic	C	*	*	*	C	*	*	*	*	*
10 03	Suffixe du diagnostic	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
10 03	Indicateur de série	O	O	O	O	O	O	O	O	N	*
10 04	Type de diagnostic	C	*	C	C	F	*	C	C	*	*
10 05-11	Stadification du cancer	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 01	Date d'intervention	*	*	*	*	*	*	C	C	O	*
11 01	Date de début de l'épisode d'intervention	O	O	O	O	O	O	O	O	N	*
11 02	Code d'intervention	C	*	*	*	*	*	*	C	*	*
11 03	Suffixe de l'intervention	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
11 04	Numéro du dispensateur de l'intervention	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
11 05	Numéro du service du dispensateur	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
11 06	Code du tissu	D	O	O	O	O	O	O	O	O	C
11 07	Durée de l'intervention	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
11 08	Salle d'opération	O	O	O	O	O	O	O	O	O	C
11 08	Code du lieu d'intervention	D	O	O	O	O	O	O	O	O	C
11 09	Anesthésie	D	O	O	O	O	O	O	O	O	C
11 10	Technique anesthésique	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
11 11	Numéro d'établissement hors hôpital	D	O	O	O	O	O	O	O	O	C
11 12	Retour imprévu au lieu d'intervention	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
11 03/05	Attributs de l'intervention	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 06	Numéro du dispensateur de l'intervention	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 07	Numéro du service du dispensateur	N	*	*	*	*	*	*	*	*	C
11 08	Code du tissu	N	C	*	*	*	*	*	*	*	*
11 09	Durée de l'intervention	N	*	F	*	*	*	*	*	D	*
11 10	Code du lieu d'intervention	N	*	*	*	*	*	*	C	C	*
11 11	Anesthésiste	N	*	*	*	*	C	*	*	*	*
11 12	Technique anesthésique	N	C	C	*	F	*	*	C	C	*

		Abrégé de la CIM-10									
N° de groupe et de champ	Élément de données	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
11 13	Indicateur hors hôpital	N	*	*	*	*	*	*	C	C	*
11 14	Numéro d'établissement hors hôpital	N	*	*	*	*	*	*	*	*	C
11 15	Retour imprévu au lieu d'intervention	N	*	*	*	*	*	*	*	*	C
11 16	Décès en salle d'opération	N	*	*	*	*	*	*	C	C	C
11 17	Heure du début de l'épisode d'intervention	O	O	O	O	O	O	O	O	N	C
11 18	Date de fin de l'épisode d'intervention	O	O	O	O	O	O	O	O	N	*
11 19	Heure de fin de l'épisode d'intervention	O	O	O	O	O	O	O	O	N	*
11 20	Indicateur d'intervention avant l'admission	O	O	O	O	O	O	O	O	N	*
12 01-06	Thérapies	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
12 07	Planification de la sortie	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
12 08	Services sociaux	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
12 09	Suivi complet avant l'admission	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
13 01	Indicateur de décès à l'USS	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13 02	Numéro de l'USS	C	*	*	*	*	*	*	F	C	*
13 03	Nombre de jours à l'USS	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
13 03	Date d'admission à l'USS	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13 04	Heure d'admission à l'USS	N	*	*	*	*	*	*	*	*	C
13 05	Date de sortie de l'USS	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13 06	Heure de sortie de l'USS	N	*	*	*	*	*	*	*	*	C
13 09	Échelle de Glasgow	N	*	*	*	*	*	*	*	*	C
14 01-19	Options de base	C	*	*	*	*	*	F	*	*	C
14 18	Options de base — nombre de jours en ventilation	D	O	O	O	O	O	O	O	O	C
15 01	Réservé	O	O	O	O	O	O	O	O	O	C
15 02-14	Indicateurs, santé mentale	*	*	*	*	*	*	*	C	*	*
16 01-18	Informations sur le projet	*	*	*	*	*	C	F	*	*	*
16 01-06	Information sur le sang, numéro 302	O	O	O	O	O	O	O	O	O	*
17 01-07	Information sur le sang	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
18 01-12	Soins génésiques — cas en obstétrique et d'avortements thérapeutiques	N	*	*	*	*	C	*	*	*	*
18 01-05	Données sur les avortements thérapeutiques	D	O	O	O	O	O	O	O	O	*
19 01-15	Valeurs attribuées par les fournisseurs autorisés	N	*	*	*	*	*	F	*	*	*

Remarque

s.o. : sans objet (les données du Québec ne font pas partie du cadre de la BDCP).

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual [Manuel de saisie de l'information]*, peut être commandé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC78> >.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Discharge Abstract Database Data Quality Re-Abstraction Study: Combined Findings for Fiscal Years 1999/2000 and 2000/2001 [Base de données sur les congés des patients : étude de la qualité des données — résultats combinés pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Discharge Abstract Database (DAD) CMG/Plx Data Quality Re-Abstraction Study [Base de données sur les congés des patients (DAD) : étude de la qualité des données CMG/Plx]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Data Quality of the Discharge Abstract Database Following the First-Year Implementation of ICD-10-CA/CCI [Qualité des données de la Base de données sur les congés des patients suite à la première année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI — rapport final]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Re-Abstraction Study of the Ontario Case-Costing Facilities for 2002–2003 and 2003–2004 [Étude de seconde saisie de données dans les établissements qui calculent les coûts par cas en Ontario, exercices financiers 2002-2003 et 2003-2004]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2005–2006 Discharge Abstract Database [Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2006–2007 Discharge Abstract Database [Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2006-2007]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.

8. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2007–2008 Discharge Abstract Database [Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2007-2008]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI [Normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual [Manuel de saisie de l'information]* (section principale), peut être commandé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual [Manuel de saisie de l'information]* (variantes provinciales et territoriales), peut être commandé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
12. Institut canadien d'information sur la santé, *Quality Assurance Processes Applied to the Discharge Abstract and Hospital Morbidity Databases [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]*, peut être commandé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.
13. Institut canadien d'information sur la santé, *CMG+ Directory [Répertoire des groupes de maladies analogues (GMA+)]*, peut être commandé à < <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/tabbedcontent/standards+and+data+submission/data+quality/cihi021513> >.
14. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Resource Intensity Weights and Expected Length of Stay [BDCP : pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour pour la méthodologie GMA+]*, peut être commandé à < <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/tabbedcontent/standards+and+data+submission/standards/case+mix/cihi010690> >.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Framework [Le cadre de la qualité des données de l'ICIS]*, peut être téléchargé à < http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/search/search/search_main_en?q=data%20quality%20framework&client=all_results&start=0&num=10&filter=0 >.
16. Institut canadien d'information sur la santé, *Coding Variations in the Discharge Abstract Database Data [Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD)]*, peut être téléchargé à < <https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US> >.

17. Institut canadien d'information sur la santé, *Coping With the Introduction of ICD-10-CA and CCI: Impact of New Classification Systems on the Assignment of Case Mix Groups/Day Procedure Groups [S'adapter à la CIM-10-CA et CCI : conséquences des nouveaux systèmes de classification sur l'affectation des groupes de maladies analogues et des groupes de chirurgie d'un jour]*, peut être téléchargé à < http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/casemix_ICDimpact_e.pdf > (Disponible en anglais seulement).

Renseignements

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez envoyer un courriel à l'équipe de la BDCP à bdcp@icis.ca.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

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
droitdauteur@icis.ca

© 2011 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *Data Quality Documentation for External Users: Discharge Abstract Database, 2010–2011*.

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

