



Document sur la qualité des données,
Base de données sur les congés des patients —
information pluriannuelle



Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Abréviations	iii
1 Introduction	1
1.1 Aperçu de la Base de données sur les congés des patients	1
2 Couverture	3
2.1 Population de référence de la BDCP	3
2.2 Base de sondage de la BDCP	3
3 Collecte des données et normes.....	4
3.1 Collecte des données	4
3.2 Contrôle de la qualité des données	6
3.3 Normalisation.....	9
3.4 Couplage	11
3.5 Équivalence	12
4 Changements importants apportés à la BDCP	13
4.1 Comparabilité rétrospective	13
Références.....	15
Renseignements	16

Abréviations

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BDCA	Bases de données clinico-administratives
BDCP	Base de données sur les congés des patients
BDMH	Base de données sur la morbidité hospitalière
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, dixième version, Canada
DPS	durée prévue du séjour
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux
GMA	groupe de maladies analogues
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
NAM	numéro d'assurance-maladie
RSC	représentant du service à la clientèle
SGCA	Système global de classification ambulatoire
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SU	service d'urgence

1 Introduction

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

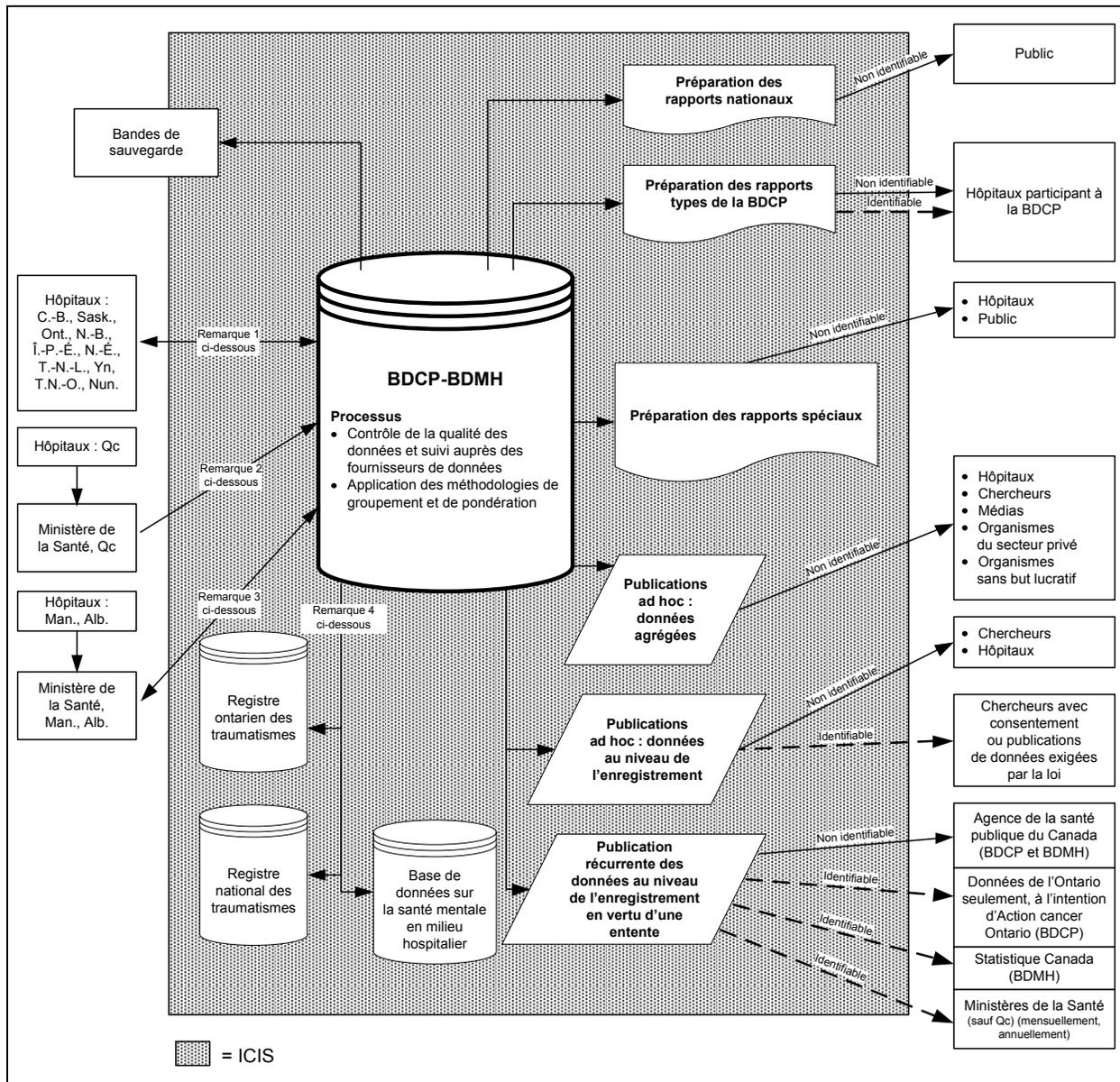
La Base de données sur les congés des patients (BDCP) est une base de données nationale qui contient de l'information sur toutes les sorties des hôpitaux de soins de courte durée, y compris les congés, les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts au cours d'un exercice (du 1^{er} avril au 31 mars). Au fil du temps, la BDCP a également servi à recueillir des données sur les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, la réadaptation et d'autres types de soins.

Plus de 3,2 millions d'abrévés sont soumis à la BDCP annuellement, 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). Elles représentent habituellement 25 % de l'ensemble des sorties de patients hospitalisés au Canada.

Chaque année, environ 2,4 millions d'abrévés de chirurgie d'un jour sont soumis à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); environ 35 % d'entre eux sont envoyés à la BDCP, et 65 % au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

La figure 1 illustre le cheminement des données, depuis les hôpitaux jusqu'à la BDCP et la BDMH.

Figure 1 : Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière — diagramme sur le cheminement des données, 2011-2012



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 (Manitoba et Alberta) : 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 de référence de la BDCP

La population de référence 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) du 1^{er} avril au 31 mars. 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) une fois par an et sont intégrées à la BDMH. Les données sur les chirurgies d'un jour de l'Ontario, de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse sont soumises au SNISA.

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.

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; la plupart du temps, le premier est utilisé. Le code du type d'établissement analytique a été intégré à la BDCP pour réduire au maximum les conséquences des différences entre les définitions de niveau de soins dans les provinces et territoires et pour faciliter l'établissement de rapports comparatifs à l'échelle du Canada. 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. **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.**

2.2 Base de sondage de la BDCP

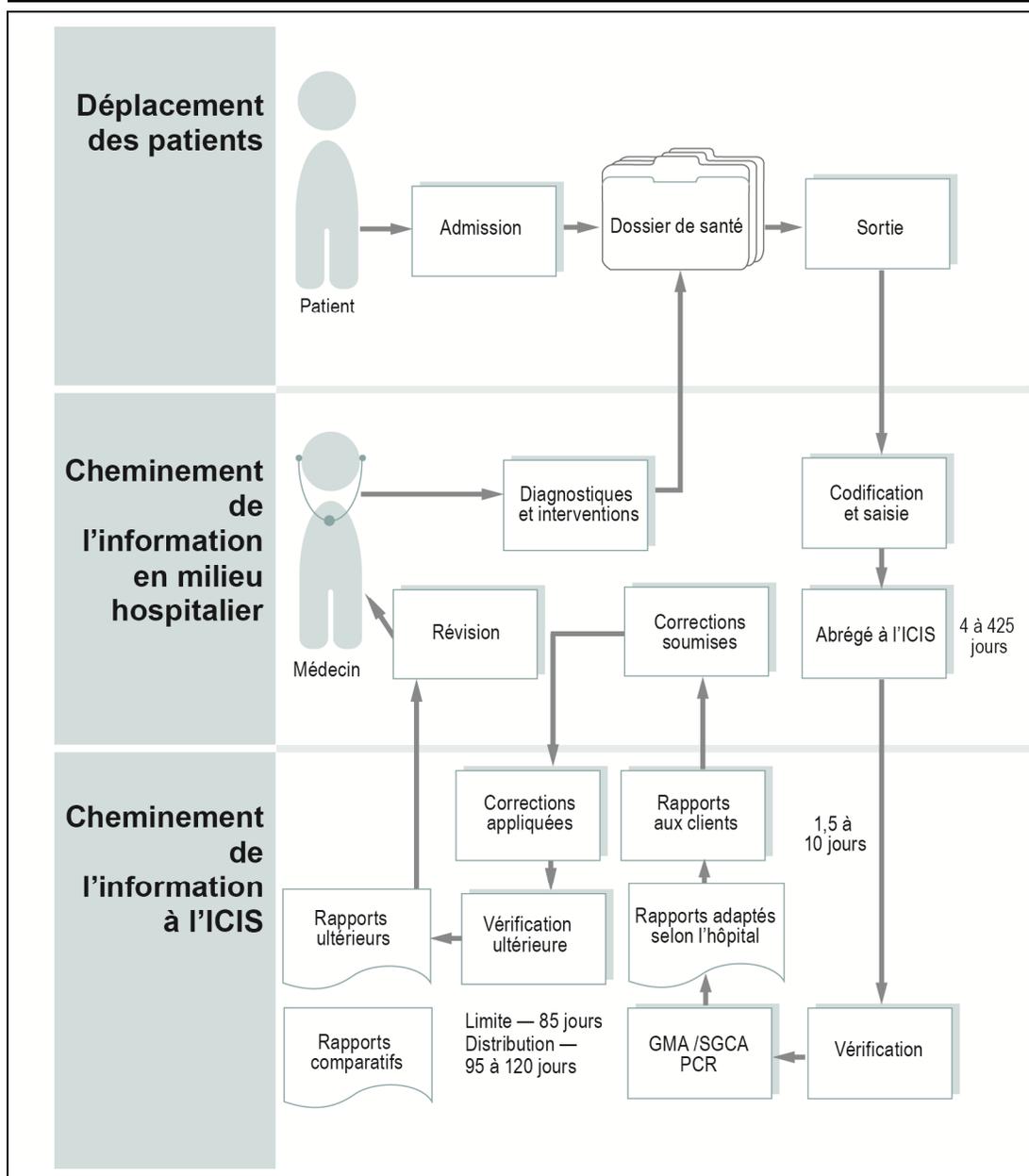
La BDCP utilise pour base de sondage une liste d'établissements qui permet de vérifier que toutes les unités dans la population de référence sont recueillies. Puisque les provinces et les territoires déterminent quels établissements seront inclus dans la BDCP et que tous les numéros d'établissement sont fixés à l'avance, il revient à chaque province et à chaque territoire de valider la base de sondage. L'ICIS communique au besoin avec tout établissement qui n'a pas soumis de données.

3 Collecte des données et normes

3.1 Collecte des données

La figure 2 résume les trois étapes du cheminement des données vers 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).

Figure 2 : Base de données sur les congés des patients — cheminement de l'information



3.1.1 Saisie et soumission des données

L'abrégé de la BDCP est un enregistrement qui rend compte de chaque sortie enregistrée dans un hôpital (congés, décès, signatures de départ, transferts). 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. Les normes de codification de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA) sont une version enrichie de la dixième version de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et ont été mises 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 des 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 3.3.1.

Les abonnés du Plan de base de l'ICIS peuvent accéder à une version PDF du *Manuel de saisie des données de la BDCP*¹ sur le site Web de l'ICIS. Le manuel comprend les définitions des éléments de données, les directives de collecte, les valeurs valides, les règles de validation et les descriptions des vérifications. Il est utilisé par les clients, les chercheurs et les fournisseurs de logiciels de saisie de données.

Le respect des normes de soumission et de saisie de données décrites dans le manuel est essentiel à la déclaration fidèle des activités des établissements dans les rapports de l'ICIS. Le respect des normes passe par les vérifications avec avertissements ou avec rejet, la prestation de séances de formation et le soutien continu auprès des clients.

3.1.2 Échéance de soumission des données

Toutes les données doivent être soumises à la BDCP avant l'échéance de fin d'année. La date de tombée pour la présentation des données est le 31 juillet, soit quatre mois après la fin de la période de référence (31 mars).

3.1.3 Intégralité de la soumission des données

Durant le traitement des données, un certain nombre de rapports indiquant le nombre d'abrévés soumis à la base de données par province et territoire sont produits. Ces rapports sont utilisés pour superviser la soumission des données durant l'année et assurer un suivi avec les représentants des établissements, des provinces ou des territoires lorsqu'un nombre inhabituellement élevé ou faible d'abrévés est soumis pour une période.

3.2 Contrôle de la qualité des données

En plus de ce qui précède, le contrôle de la qualité des données de la BDCP passe par les canaux indiqués ci-dessous.

3.2.1 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 pendant le 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 qu'elles maintiennent des liens logiques avec les autres éléments de données. Pour la plupart des éléments de données, lorsque des erreurs sont décelées, la valeur par défaut Z est inscrite dans le champ (dans le cas des erreurs récurrentes), ou un message d'avertissement y est associé. Dans le cas de certains éléments de données, des valeurs numériques ou un champ vide servent à 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 récurrentes restantes peuvent être remplacées par la valeur par défaut Z.

Outre chacun des éléments de données, le processus de vérification vise un certain nombre d'interrelations. Les clients peuvent recevoir un message d'erreur lorsqu'un champ contient une valeur valide qui ne respecte pas certains liens logiques 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 se déroulent correctement.

3.2.2 Logiciel de saisie de données

L'ICIS veille au respect des mesures de contrôle de la qualité des données en offrant un soutien aux fournisseurs, en coordonnant la diffusion annuelle des spécifications et en facilitant les 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'abrégés d'un certain type. Ces abrégés 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.

3.2.3 Cycle annuel des changements apportés à la base de données

Chaque année, des améliorations sont apportées à la base de données afin de traiter les questions émergentes concernant les soins de santé, de répondre aux besoins des clients et de produire des données de meilleure qualité. Les suggestions d'améliorations à apporter aux éléments de données et aux vérifications de la BDCP sont communiquées à l'ICIS de diverses façons :

- la communication entre les clients (internes et externes) et les représentants des services à la clientèle de la BDCP;
- les commentaires issus des comités consultatifs;
- les demandes officielles des intervenants pour l'ajout ou la suppression d'éléments de données.

L'annexe B du *Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients — information sur l'exercice courant*² présente les éléments de données obligatoires et facultatifs. L'annexe C du même document décrit l'évolution des éléments de données au fil du temps.

3.2.4 Groupes consultatifs

Le Comité directeur des bases de données clinico-administratives (BDCA) bénéficie de la représentation nationale des ministères de la Santé, de Statistique Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ce comité contribue au cycle annuel des changements apportés à la base de données en émettant ses commentaires sur les changements demandés, comme les propositions de nouveaux éléments de données et de nouvelles vérifications, de même que sur les révisions des éléments de données et des vérifications actuels. Ces commentaires aident à assurer la comparabilité à l'échelle nationale.

3.2.5 Représentants des services à la clientèle

L'ICIS confie à des représentants des services à la clientèle (RSC) le mandat d'épauler les responsables de collecte de données de chaque province et territoire. Les RSC 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.

3.2.6 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 GMA+ et d'autres sujets connexes. Ces cours permettent de normaliser les pratiques de codification et d'assurer le respect des exigences de l'ICIS en matière de collecte et de soumission des données. Les cours sont offerts sous différents formats : apprentissage en ligne, trousse d'autoapprentissage et conférences Web. 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 des BDCA est mise au courant d'un nouveau problème lié à la BDCP, les RSC 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.

3.2.7 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 initiale (le dossier du patient) et à comparer ces renseignements avec les données contenues dans la BDCP. Ce type d'étude met l'accent sur les données utilisées pour calculer des indicateurs de santé précis, sur des données clinico-administratives choisies 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 2000-2001⁴
- Base de données sur les congés des patients (BDCP) — étude de la qualité des données CMG/Plx⁵
- Qualité des données de la Base de données sur les congés des patients à la suite de la première année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI⁶
- Étude de seconde saisie de données dans les établissements qui calculent les coûts par cas en Ontario, exercices financiers 2002-2003 et 2003-2004⁷

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 avaient 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 pouvait aborder des sujets particuliers qui intéressent les intervenants. Au terme d'une année d'étude, les résultats étaient publiés à l'ensemble des établissements et des provinces et territoires ayant participé à celle-ci, et un rapport sommaire était 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 2009⁸.

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 est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis novembre 2009⁹.

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 2010¹⁰.

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. 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. Un rapport sommaire est accessible sur le site de l'ICIS depuis septembre 2010¹¹.

L'étude de 2009-2010 comprend les résultats de l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, à l'exception du Québec. Elle 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. Un rapport sommaire est accessible sur le site de l'ICIS depuis mars 2012¹².

3.3 Normalisation

3.3.1 Systèmes de classification

Les systèmes de classification dans le milieu des soins de santé constituent un mécanisme normalisé de saisie et de codification des diagnostics et des interventions. La CIM-10-CA remplace les classifications CIM-9 et ICD-9-CM antérieures. L'ICIS a élaboré et tient à jour la 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 graduellement à l'échelle du pays. Veuillez consulter le tableau 1 ci-dessous pour obtenir des précisions.

Tableau 1 : Année de mise en œuvre de la CIM-10-CA et la CCI, par province et territoire

Province ou territoire	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2006-2007
T.-N.-L.	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Î.-P.-É.	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
N.-É.	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
C.-B.	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Yn	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Sask.	CIM-10-CA/CCI (en partie)	CIM-10-CA/CCI (en entier)	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Ont.	CIM-9/CCA et ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Alb.	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
T.N.-O.	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Nun.	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
N.-B.	ICD-9-CM	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Man.	ICD-9-CM	ICD-9-CM	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Qc	CIM-9/CCA	CIM-9/CCA	CIM-9/CCA	CIM-9/CCA	CIM-10-CA/CCI

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. 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 la CCI* de l'ICIS¹³.

3.3.2 État — obligatoire ou facultatif

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 réponse aux éléments de données facultatifs sont généralement bas. Les utilisateurs doivent donc tenir compte de ces variations lorsqu'ils analysent les données. Pour savoir si la soumission d'un élément de données est obligatoire ou facultative, consultez l'annexe B du *Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients — information sur l'exercice courant*², ainsi que le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*¹.

Lorsque les utilisateurs font des analyses temporelles ou interprovinciales et interterritoriales, ils doivent savoir que les spécifications des éléments de données peuvent changer d'un exercice à l'autre. Par exemple, certains éléments de données qui étaient facultatifs en 2001-2002 sont peut-être devenus obligatoires en 2002-2003. Vous trouverez un aperçu de l'évolution des éléments de données au fil du temps dans l'annexe C du *Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients — information sur l'exercice courant*², ainsi que dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*¹.

3.4 Couplage

3.4.1 Code postal

Le code postal est une variable commune aux 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 (définie par 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 aux fins de confidentialité. Les demandes spéciales doivent être approuvées par le Comité sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité 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 autre région que le lieu de résidence. De plus, lorsque les codes postaux en région rurale englobent plus d'une zone de recensement, il devient plus difficile de déterminer précisément le lieu de résidence.

3.4.2 Période de référence

Pour la BDCP, la période de référence normale est l'exercice financier (la période du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante). Dans la BDCP, un certain nombre de variables, telles que l'exercice financier ainsi que les dates et heures d'admission et de sortie, permettent de préciser les abrégés qui appartiennent à une période donnée (p. ex. l'année civile). Cette caractéristique est particulièrement utile pour les comparaisons entre registres, qui sont généralement cumulatifs plutôt que séparés par année de référence.

3.4.3 Numéro d'établissement

Puisque certains établissements ferment et que d'autres fusionnent, un même établissement peut avoir différents numéros. Au fil du temps, il sera nécessaire de se reporter à une liste des changements apportés aux numéros d'établissement pour effectuer les couplages.

Il importe de savoir que les numéros d'identification des établissements pour la déclaration des visites en chirurgie d'un jour ne sont pas les mêmes dans la BDCP et dans le SNISA. Lorsqu'ils effectuent des analyses des tendances, les utilisateurs doivent apparier les numéros d'établissement de chirurgies d'un jour de la BDCP aux numéros d'établissement de soins ambulatoires du SNISA.

Les demandes de renseignements permettant d'identifier l'établissement doivent être approuvées par le Comité sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité de l'ICIS afin d'éviter tout risque potentiel d'identification.

3.4.4 Numéros d'assurance-maladie

Les numéros d'assurance-maladie (NAM) sont attribués aux personnes par le ministère de la Santé de leur province ou de leur territoire. La BDCP saisit également une variable qui désigne la province ou le territoire émetteur du numéro, car les numéros sont uniques seulement dans la province ou le territoire concerné. La combinaison des deux variables et d'autres champs de renseignements personnels pertinents (tels que la date de naissance, le sexe et le code postal) permet d'identifier chaque personne de manière unique dans la BDCP. Les NAM facilitent le couplage avec les autres bases de données qui utilisent les mêmes champs.

L'ICIS applique des algorithmes normalisés pour chiffrer tous les NAM afin de protéger les renseignements personnels des patients et, en même temps, à des fins de couplage. Le couplage des données de diverses périodes ne peut donc se faire qu'à partir du NAM chiffré. Le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance et le code postal complet ne sont habituellement pas dévoilés aux utilisateurs externes. L'accès à ces éléments de données à diffusion restreinte et l'utilisation des données de la BDCP aux fins des études de couplage des données doivent être approuvés par le Comité sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité de l'ICIS. Les utilisateurs doivent prendre note que le nom et l'adresse des patients ne figurent pas dans la BDCP.

3.5 Équivalence

3.5.1 Chirurgie d'un jour

Les données relatives aux visites en chirurgie d'un jour sont soumises à la BDCP ou au SNISA. Au fil des années, plusieurs établissements provinciaux et territoriaux sont passés de la déclaration des visites en chirurgie d'un jour à la BDCP à la déclaration au SNISA. Il existe des différences de déclaration des chirurgies d'un jour entre la BDCP et le SNISA en ce qui concerne la définition de la chirurgie d'un jour, les éléments de données et les valeurs valides, ce qui peut compliquer la comparaison de l'information entre les deux bases de données et d'un exercice à l'autre. Des travaux sont en cours en vue d'harmoniser ces bases de données pour les déclarations des chirurgies d'un jour. **Nous recommandons fortement aux utilisateurs de tenir compte de ces différences dans leurs analyses historiques et leurs comparaisons provinciales.**

4 Changements importants apportés à la BDCP

4.1 Comparabilité rétrospective

4.1.1 Groupes de maladies analogues

La méthodologie GMA+ de l'ICIS utilise les données pour dériver les groupes de maladies analogues, les groupes du Système global de classification ambulatoire (SGCA), 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 récentes sur les patients hospitalisés en soins de courte durée recueillies dans la BDCP sont 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 l'examen des facteurs logiques de groupement GMA/Plx, de la méthodologie relative à la complexité et des facteurs de groupement en fonction de l'âge. De plus amples renseignements sur la méthodologie GMA+ sont affichés sur le site Web de l'ICIS.

4.1.2 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 de la BDCP¹
- 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 hospitalière¹⁴
- *Répertoire des GMA+*¹⁵ (CIM-10-CA et ICD-9-CM)
- BDCP : pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour¹⁶

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *DAD Abstracting Manual*. Ottawa, ON : ICIS; 2011. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Data Quality Documentation, Discharge Abstract Database — Current Year Information*. Ottawa, ON : ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Data Quality Documentation, Discharge Abstract Database — Glossary of Terms*. Ottawa, ON : ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
4. 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*. Ottawa, ON : ICIS; 2002. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Discharge Abstract Database (DAD) CMG/Plx Data Quality Re-Abstraction Study*. Ottawa, ON : ICIS; 2003. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
6. Institut canadien d'information sur la santé. *Data Quality of the Discharge Abstract Database Following the First-Year Implementation of ICD-10-CA/CCI*. Ottawa, ON : ICIS; 2005. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
7. Institut canadien d'information sur la santé. *Re-Abstraction Study of the Ontario Case-Costing Facilities for 2002–2003 and 2003–2004*. Ottawa, ON : ICIS; 2005. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
8. Institut canadien d'information sur la santé. *CIHI Data Quality Study of the 2005–2006 Discharge Abstract Database*. Ottawa, ON : ICIS; 2009. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
9. Institut canadien d'information sur la santé. *CIHI Data Quality Study of the 2006–2007 Discharge Abstract Database*. Ottawa, ON : ICIS; 2009. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
10. Institut canadien d'information sur la santé. *CIHI Data Quality Study of the 2007–2008 Discharge Abstract Database*. Ottawa, ON : ICIS; 2010. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
11. Institut canadien d'information sur la santé. *CIHI Data Quality Study of the 2008–2009 Discharge Abstract Database*. Ottawa, ON : ICIS; 2010. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
12. Institut canadien d'information sur la santé. *CIHI Data Quality Study of the 2009–2010 Discharge Abstract Database*. Ottawa, ON : ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
13. Institut canadien d'information sur la santé. *ICD-10-CA and CCI Evolution Tables*. Ottawa, ON : ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.

14. Institut canadien d'information sur la santé. *Quality Assurance Processes Applied to the Discharge Abstract and Hospital Morbidity Databases*. Ottawa, ON : ICIS; 2008. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
15. Institut canadien d'information sur la santé. *CMG+ Directory*. Ottawa, ON : ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.
16. Institut canadien d'information sur la santé. *DAD Resource Intensity Weights and Expected Length of Stay*. Ottawa, ON : ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 9 octobre 2012.

Renseignements

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'ICIS par courriel, à bdca@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

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *Data Quality Documentation, Discharge Abstract Database—Multi-Year Information*.

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

www.icis.ca

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information