



Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients, 2009-2010

Sommaire
Octobre 2010

Révisé en février 2011



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

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.

Révisions de février 2011

Tableau des révisions

Numéro de la page	Modifications
3	Suppression de la Base de données sur les avortements thérapeutiques et mise à jour de la section Préparation des rapports spéciaux
17	Modifications mineures apportées au texte dans chaque paragraphe
37	Suppression de la majeure partie de l'information concernant les études de seconde saisie et ajout d'une référence à ces études

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1 Aperçu de la Base de données sur les congés des patients	1
2. Couverture	4
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	19
4.1 Changements antérieurs	19
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.....	43
Annexe B.....	49
Annexe C.....	55
Annexe D.....	57
Annexe E.....	59
Liste des références.....	61
Renseignements	63

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.

En 1963, elle avait été élaborée pour permettre la collecte des données sur les sorties des hôpitaux en Ontario. Au fil du 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 d'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.

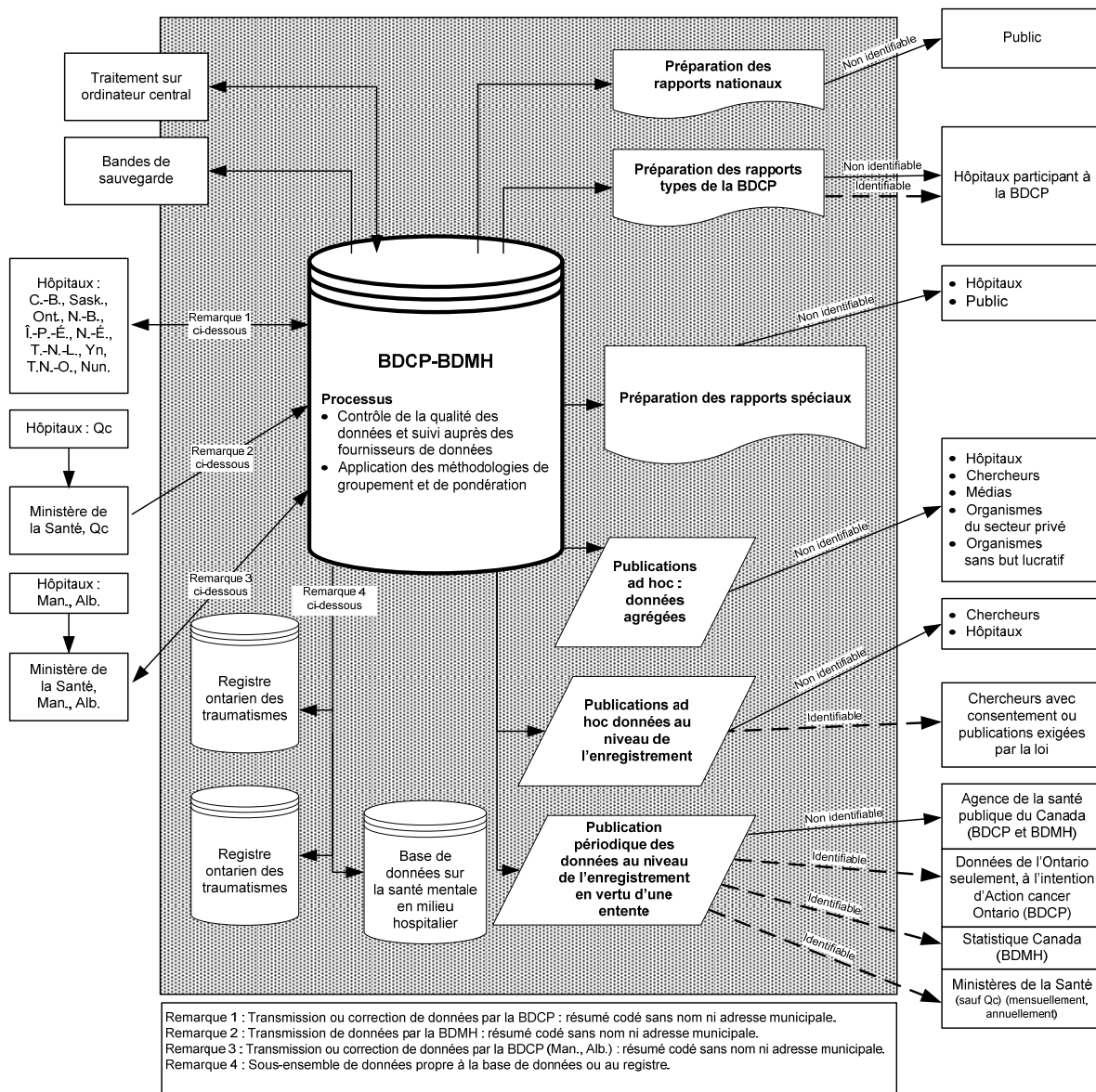
La BDCP constitue une base de données principale et alimente d'autres bases de données à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), notamment la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH), le Registre national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

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.

En 2001, les données de la BDCP et de la BDMH ont été fusionnées et sont, depuis, regroupées dans une seule et même 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. Leurs populations de référence restent cependant distinctes et les éléments de données qu'elles contiennent diffèrent. Par exemple, la BDMH contient des données du Québec, alors que la BDCP ne comprend aucune donnée sur les congés de patients de cette province. 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, 2009-2010



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 1er 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 des provinces et des territoires en 2009-2010.

Tableau 1 : Résumé de la participation à la BDCP en 2009-2010, 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.	s.o.	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 de soins de courte durée du Yukon, le Watson Lake Hospital, qui répond aux critères de soumission de données à la BDCP, n'a jamais soumis de données à cette dernière en raison d'un manque de ressources, et il n'est pas prévu qu'il en soumette au cours des années à venir. En moyenne, cet établissement enregistre environ 400 sorties par année. Son numéro d'établissement est exclu de la base de sondage de la BDCP parce que le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon ne l'oblige pas à soumettre de données. Il n'est donc pas associé dans le présent document à un problème de sous-dénombrement.
- † Trois 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 2009-2010. Deux d'entre eux ont commencé à soumettre leurs données au SNISA en 2003, et le troisième, en 2005.
- ‡ L'Ontario soumet tous ses abrégés sur les chirurgies d'un jour au SNISA. L'Alberta soumet les abrégés sur les chirurgies d'un jour à l'ICIS, mais les données ne sont pas intégrées à la BDCP.
- § En raison d'un changement apporté au processus de saisie des données sur la réadaptation sur l'abrégé de soins de courte durée de la BDCP, les établissements du Manitoba qui soumettaient précédemment des données à la BDCP ont commencé, en avril 2008, à soumettre tous les abrégés sur la réadaptation au SNIR. Seule la portion des soins de courte durée du séjour du patient est consignée dans la BDCP.
- ** Deux établissements de soins de courte durée de l'Ontario n'ont soumis aucune donnée à l'ICIS en 2009-2010 en raison d'un manque de personnel. Au total 335 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, 2009-2010, 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 2009-2010, 857 établissements disposaient d'un numéro valide, dont 635 établissements de soins de courte durée (74,10 %) et 173 établissements de chirurgie d'un jour (20,19 %). 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 2009-2010, 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.	176	97	70	109	81	4	1	1	635
Chirurgie d'un jour	14	2	16	22	s.o.	0	28	25	0	60	4	1	1	173
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	15	s.o.	1	2	1	0	3	4	0	0	27
Soins psychiatriques	0	0	1	2	s.o.	0	3	0	3	0	0	0	0	9
Foyers pour personnes âgées	0	0	0	0	s.o.	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	49	9	55	64	s.o.	178	131	96	113	146	12	2	2	857

Remarque

s.o. : sans objet (les données du Québec sont exclues de la base de sondage de la BDCP).

Source

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

Le tableau 3 donne le nombre de numéros d'établissements valides qui ont servi à la soumission des données sur les sorties des patients en 2009-2010, 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 2009-2010. Neuf 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 qui ont servi à la soumission de données sur les sorties dans la BDCP en 2009-2010, 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	69	108	81	4	1	1	629
Chirurgie d'un jour	13	2	16	20	s.o.	0	28	25	0	59	4	1	1	169
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	3	4	0	0	26
Soins psychiatriques	0	0	1	2	s.o.	0	3	0	3	0	0	0	0	9
Foyers pour personnes âgées	0	0	0	0	s.o.	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	47	9	55	61	s.o.	175	131	95	112	145	12	2	2	846[†]

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 2009-2010, on comptait 846 établissements qui ont soumis des données sur les sorties à la BDCP, alors que la base de données de la BDCP comptait 857 numéros d'établissements. Cet écart est dû au fait que neuf établissements n'ont enregistré aucune sortie en 2009-2010, alors que deux établissements ayant eu des sorties n'ont pas soumis de données pour cet exercice en raison d'un manque de personnel.

s.o. : sans objet (les données du Québec sont exclues de la base de sondage de la BDCP).

Source

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

En 2009-2010, 3 265 637 abrégés ont été soumis à la BDCP, notamment 2 416 413 abrégés (74 %) d'établissements de soins de courte durée et 839 239 abrégés (25,7 %) 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 2009-2010, 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.	56 682	74 076	0	0	56	0	0	130 814
Î.-P.-É.	15 999	12 081	0	0	0	0	0	28 080
N.-É.	93 312	108 242	411	140	0	154	0	202 259
N.-B.	89 815	53 725	593	0	1 567	293	0	145 993
Qc	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Ont.	1 091 694	0	0	222	555	0	0	1 092 471
Man.	139 169	101 972	0	0	186	181	80	241 588
Sask.	138 958	107 891	0	0	34	0	0	246 883
Alb.	367 405	0	1 716	0	0	2 927	0	372 048
C.-B.	412 256	375 499	784	0	28	0	0	788 567
T.N.-O.	5 749	3 177	0	0	58	0	0	8 984
Nun.	2 146	678	0	0	0	0	0	2 824
Yn	3 228	1 898	0	0	0	0	0	5 126
Total	2 416 413	839 239	3 504	362	2 484	3 555	80	3 265 637

Remarque

s.o. : sans objet (les données du Québec sont exclues de la base de sondage de la BDCP).

Source

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

Le tableau 5 présente les changements en pourcentage dans les données soumises à la BDCP de 2008-2009 à 2009-2010, selon la province ou le territoire et le type d'établissement. Dans l'ensemble, le nombre total d'abrévés soumis a augmenté de 1,03 % en 2009-2010. Cette augmentation est principalement attribuable à une hausse de 0,62 % du nombre d'abrévés de soins de courte durée et à une hausse de 2,20 % du nombre d'abrévés de chirurgies d'un jour. Le nombre d'abrévés de soins psychiatriques a augmenté de 12,11 %, ce qui s'explique surtout par le fait qu'en 2009-2010, le Manitoba et l'Alberta ont soumis respectivement 140 et 224 abrévés de plus qu'en 2008-2009.

Tableau 5 : Changement en pourcentage dans le nombre d'abrévés soumis à la BDCP entre 2008-2009 et 2009-2010, 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.	0,22	2,44	—	—	9,80	—	—	1,47
Î.-P.-É.	0,52	2,13	—	—	—	—	—	1,20
N.-É.	0,80	3,65	5,38	26,13	—	-6,67	—	2,32
N.-B.	-3,64	2,79	4,40	—	-0,25	11,83	—	-1,27
Qc	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Ont.	0,45	—	—	8,29	21,44	—	—	0,46
Man.	1,49	2,64	—	—	1,09	341,46	53,85	2,04
Sask.	1,18	-2,18	—	—	36,0	—	—	-0,31
Alb.	1,83	—	17,21	—	—	8,29	—	1,94
C.-B.	0,56	2,89	-45,37	—	-9,68	—	—	1,57
T.N.-O.	2,02	-3,61	—	—	-4,92	—	—	-0,09
Nun.	-0,23	13,19	—	—	—	—	—	2,69
Yn	-3,90	2,37	—	—	—	—	—	-1,67
Total	0,62	2,20	-9,15	14,56	4,37	12,11	53,85	1,03

Remarques

Le tiret (—) signifie qu'aucun abrévé n'a été reçu en 2009-2010.

s.o. : sans objet (les données du Québec sont exclues de la base de sondage de la BDCP).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2008-2009 et 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

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.

2.2 Population de référence de la BDCP

La population de référence pour 2009-2010 comprend toutes les sorties du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010 (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés) des établissements de soins de courte durée pour patients hospitalisés et de chirurgie d'un jour des provinces et des territoires (à l'exception du Québec), tel qu'il est défini par le code du type d'établissement analytique. Ce dernier 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, 56 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, 50 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, 11 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 4 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.**

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 selon le code du type d'établissement analytique déterminé par l'ICIS pour 2009-2010. Un plus faible nombre d'établissements étaient définis 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 ayant soumis des sorties à la BDCP en 2009-2010, selon le code du type d'établissement et le code du 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	69	108	81	4	1	1	629
Soins de courte durée, selon le type d'établissement analytique	33	7	33	21	s.o.	167	73	65	96	80	4	1	1	581
Chirurgies d'un jour, selon le type d'établissement	13	2	16	20	s.o.	0	28	25	0	59	4	1	1	169
Chirurgies d'un jour, selon le type d'établissement analytique	13	2	16	17	s.o.	0	28	25	0	59	4	1	1	166

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 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.

s.o. : sans objet (les données du Québec sont exclues de la base de sondage de la BDCP).

Source

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

Le tableau 7 présente le nombre total d'abrévés soumis à la BDCP en 2009-2010 et compris dans la population de référence. Les abrévés (excluant les mortinaissances et les donneurs décédés) sont classés selon le code du type d'établissement analytique. La BDCP a reçu 2 401 225 abrévés de soins de courte durée (74,27 % de la population de référence) et 832 092 abrévés de chirurgies d'un jour (25,73 % de la population de référence) définis selon le code du type d'établissement analytique.

Tableau 7 : Nombre d'abrévés soumis à la BDCP en 2009-2010, selon la province ou le territoire et le code du 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.	55 597	74 076	129 673
Î.-P.-É.	15 991	12 081	28 072
N.-É.	92 868	108 242	201 110
N.-B.	89 774	46 578	136 352
Qc	s.o.	s.o.	s.o.
Ont.	1 089 783	0	1 089 783
Man.	135 115	101 972	237 087
Sask.	137 225	107 891	245 116
Alb.	362 314	0	362 314
C.-B.	411 444	375 499	786 943
T.N.-O.	5 745	3 177	8 922
Nun.	2 141	678	2 819
Yn	3 228	1 898	5 126
Total	2 401 225	832 092	3 233 317

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 comprend les patients des établissements de soins de courte durée et de chirurgies d'un jour (tels que définis par le code du type d'établissement analytique), exception faite des mortinaissances et des donneurs décédés.

s.o. : sans objet (les données du Québec sont exclues de la base de sondage de la BDCP).

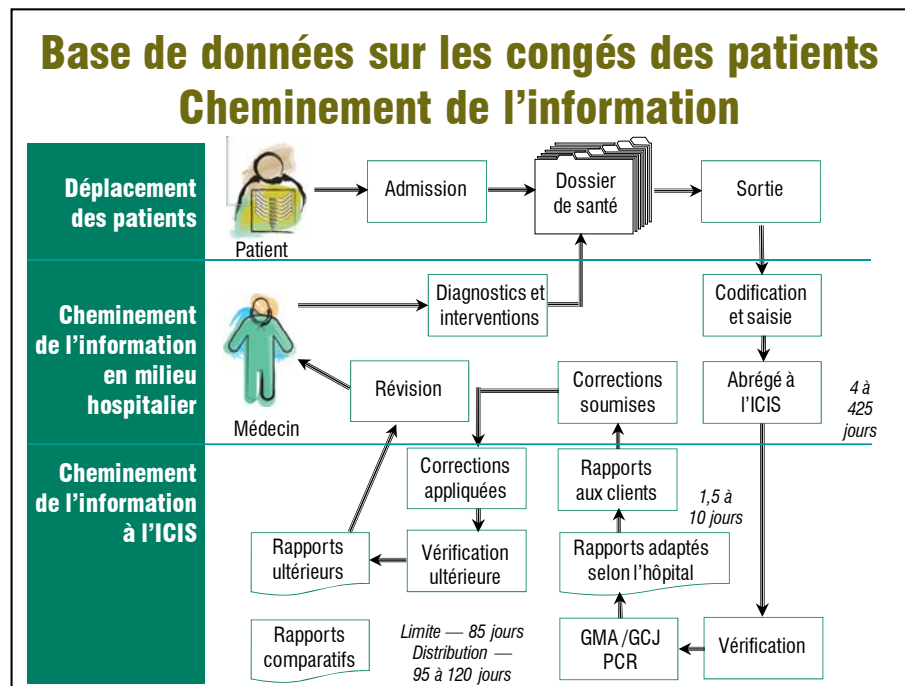
Source

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010, 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).



Saisie et soumission des données

L'abrégé de la BDCP est un enregistrement qui est rempli lors de chaque sortie (congés, 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. Vous trouverez à l'annexe C le format et les systèmes de codification utilisés dans la BDCP pour les exercices 1994-1995 à 2009-2010.

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 de l'ICIS assure régulièrement le suivi des rapports de gestion 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 2009-2010 était le 31 juillet 2010.

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'abrévés d'un certain type. Ces abrévés 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.

L'outil d'interrogation en ligne de l'ICIS permet aux clients de poser des questions destinées à diverses sections de l'ICIS à partir d'un seul endroit. Grâce à cette base de connaissances partagée, les clients peuvent consulter les réponses aux questions posées auparavant concernant entre autres la saisie et la qualité des données ainsi que l'interprétation des rapports dans le cadre de la BDCP. Ils peuvent également s'en servir pour poser de nouvelles questions s'ils ne trouvent pas la réponse dans la banque de connaissances.

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

L'ICIS procède à plus de 800 vérifications d'éléments de données lors du traitement de chaque abrévé 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 lui signalant les champs dont le contenu a été remplacé par « Z » ou qui comportent un message d'avertissement. Il doit dès lors corriger ces erreurs et soumettre de nouveau les abrévés. 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 2000-2001².*
- *Base de données sur les congés des patients (BDCP) — étude de la qualité des données CMG/Plx³*

- *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/CCI⁴*
- *Étude de seconde saisie de données dans les établissements qui calculent les coûts par cas en Ontario, exercices financiers 2002-2003 et 2003-2004⁵*

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, 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.

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 2009-2010.

4 Changements majeurs apportés à la BDCP

4.1 Changements antérieurs

Systemes 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. Veuillez vous reporter à l'annexe C pour savoir à quel moment chaque province et territoire a adopté la CIM-10-CA et la 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. 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 le document de l'ICIS intitulé Tableaux d'évolution de la CIM-10-CA et CCI.

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 CCI9 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/CCI4 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 2009-2010 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 (voir l'annexe C pour connaître le format et les systèmes de codification au fil du temps)
- Manuel de saisie de l'information, BDCP : variations 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'abrégé. Les dates d'admission inscrites dans chaque abrégé 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'abrégés reçus change de façon marquée.

Il y a **surdénombrement** au niveau de l'établissement lorsque des unités qui n'appartiennent pas à la population de référence sont incluses 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 comprend les patients visés par les abrégés de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour, à l'exception des abrégés sur les mortinaissances et les donneurs décédés. Toutefois, 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 abrégés voulus. **On recommande aux utilisateurs d'utiliser le code du type d'établissement analytique pour identifier les abrégés 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 potentiels » puisque les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé n'ont pas confirmé qu'il s'agissait de véritables doublons. **En 2009-2010, on comptait 34 doublons potentiels (20 abrégés de soins de courte durée et 14 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 2009-2010, 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 est également obligatoire dans toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario et de l'Alberta.

Un établissement de soins de courte durée du Yukon répond aux caractéristiques d'un établissement tenu de déclarer ses données à la BDCP. Cependant, il n'a jamais soumis de données à la BDCP en raison d'un manque de ressources, et il n'est pas prévu qu'il en soumette au cours des années à venir. En moyenne, cet établissement enregistre environ 400 sorties par année. Son numéro d'établissement est exclu de la base de sondage de la BDCP parce que le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon ne l'oblige pas à soumettre de données. Il n'est donc pas associé dans le présent document à un problème de sous-dénombrement. Les données manquantes de cet établissement n'ont qu'une incidence minimale à l'échelle nationale.

Un certain nombre de problèmes de couverture ont été cernés dans les données 2009-2010 :

- **La BDCP de 2009-2010 ne contient pas les données du Québec :**
La population de référence de la BDCP pour 2009-2010 comprend toutes les sorties (c.-à-d. les congés, les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts) des patients des établissements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec, pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010.
- **La BDCP de 2009-2010 ne comprend pas toutes les données sur les chirurgies d'un jour :** Les établissements de l'Ontario ne soumettent pas de données sur les chirurgies d'un jour à la BDCP, mais plutôt au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). L'Alberta soumet des abrégés sur les chirurgies d'un jour à l'ICIS, mais les données ne sont pas intégrées à la BDCP. Trois établissements de la Nouvelle-Écosse soumettent des données sur les chirurgies d'un jour au SNISA. Deux d'entre eux ont commencé à soumettre leurs données au SNISA en 2003, et le troisième, en 2005.

- **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 2008-2009, six d'entre eux n'étaient plus valides en 2009-2010, en raison de fermetures d'établissements ou de changement de statut (changement de nom, fusion ou données soumises pour un niveau de soins différent), ou encore parce qu'au cours de l'exercice, les établissements en question ont été retirés de la base de sondage. Parmi ces établissements, un était en Nouvelle-Écosse, un au Nouveau-Brunswick et quatre en Colombie-Britannique. Par ailleurs, quatre nouveaux numéros d'établissements, qui n'existaient pas en 2008-2009, ont été ajoutés en 2009-2010, en raison d'ouvertures ou de changement de statut en cours d'année (changement de nom, fusion ou données soumises pour un niveau de soins différent). Parmi les nouveaux numéros d'établissement introduits en 2009-2010, un était du Nouveau-Brunswick, deux du Manitoba et un de la Saskatchewan.
- **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 2009-2010, **38** abrégés susceptibles d'avoir été soumis en double ont été recensés pour la population ciblée, et **34** 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.

Tableau 8 : Nombre d'abrévés* sur les soins de courte de durée et les chirurgies d'un jour soumis à la BDCP en 2009-2010 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	3	0,0001
Code postal	50	0,0015
Date de naissance	2	0,0001
Date d'admission	0	0
Heure d'admission	0	0
Date de sortie	15	0,0005
Heure de sortie	6	0,0002
État à la sortie	0	0
Catégorie d'admission	2	0,0001
Code d'entrée	1	0,0000
Diagnostic principal	27	0,0008
Intervention principale	4	0,0001

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 comprend les patients hospitalisés en soins de courte durée et en chirurgie d'un jour, mais exclut les mortinaissances et les donneurs décédés.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010, 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 non encodé des ensembles de données SAS et le remplace par un numéro d'assurance-maladie encodé. Comme le processus d'encodage est effectué systématiquement, le numéro d'assurance-maladie 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 numéros d'assurance-maladie non encodés a toujours été interdit aux utilisateurs externes des données et est désormais interdit aux utilisateurs internes des données de l'ICIS.

Ce processus fait en sorte que les numéros d'assurance-maladie 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 « 000000000000 » leur est systématiquement attribuée. Sur le plan

de la qualité des données, les numéros d'assurance-maladie 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 2009-2010, seuls **97** des **31 341** abrégés affichant la valeur « 000000000000 » 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 2009-2010 et affichant les valeurs encodées 000000000000 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
000000000000	31 341 (0,96 %)

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 comprend les patients hospitalisés en soins de courte durée et en chirurgie d'un jour, mais exclut les mortinaissances et les donneurs décédés.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010, 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 neuf établissements n'ayant aucune sortie à déclarer pour l'ensemble des périodes de 2009-2010. 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 2009-2010 en raison d'un manque de personnel. Au total, 335 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 2009-2010 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.

- 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 2009-2010, on a dénombré 217 abrégés dans lesquels on a consigné que le temps d'attente à l'urgence dépassait 168 heures, dont la majorité des cas (123 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.

Certains logiciels de saisie sont dotés d'une fonctionnalité qui permet à l'utilisateur d'identifier les épisodes d'interventions à l'aide de numéros. 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.

Certains établissements de soins de courte durée ont signalé des cas où la date du début de l'épisode d'intervention n'était pas inscrite pour un épisode d'intervention et le logiciel de saisie n'indiquait pas que l'enregistrement était incomplet. Les cas ont été corrigés et afin d'éviter ces cas, le fournisseur a ajouté une vérification dans le système de saisie qui indique les épisodes d'interventions dont la date de début n'est pas inscrite. L'ICIS continuera de travailler avec les fournisseurs et les établissements en vue de régler ce genre de problèmes. Nous conseillons aux utilisateurs de faire preuve de discernement et de juger des répercussions sur leurs analyses.

- **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 80 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.
- **Indicateur hors hôpital non consigné pour chaque intervention d'un même épisode** : L'Indicateur, hors hôpital affiche Y (oui) lorsqu'une intervention est pratiquée ailleurs que dans l'établissement déclarant. Lorsque des interventions multiples surviennent lors d'un même épisode, l'Indicateur, hors hôpital doit être consigné pour chaque intervention de l'épisode. En 2009-2010, il est arrivé que l'Indicateur, hors hôpital ne soit pas consigné pour toutes les interventions de l'épisode. Bien que le volume soit faible, les utilisateurs des données doivent en être avisés afin de ne pas sous-évaluer le nombre d'interventions hors hôpital. En 2010-2011, l'ICIS ajoutera de nouvelles directives dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ sur la façon de consigner les interventions hors hôpital afin de remédier à ce problème.

- **Code Z38 (enfants nés vivants) incompatible avec le code d'entrée N (nouveau-né) :** Le code d'entrée « N » (nouveau-né) sert à signaler les naissances vivantes qui ont lieu dans les établissements déclarants. Les codes Z38.1–, Z38.4– et Z38.7– (enfants nés vivants) sont attribués lorsque la naissance a lieu à l'extérieur de l'hôpital. Si l'abrégié d'un nouveau-né comporte le code d'entrée « N », son code Z38— (enfants nés vivants) ne doit pas être l'un des codes hors hôpital Z38— susmentionnés. En 2008-2009, le code d'entrée « N » était accompagné de l'un des codes hors hôpital Z38— dans une centaine d'abrégiés de nouveau-nés. En 2009-2010, on a ajouté une nouvelle vérification qui inscrit par défaut la valeur « Z » lorsque le code d'entrée « N » est accompagné d'un code de diagnostic Z38 désignant une naissance à l'extérieur de l'hôpital.
- **Codes de réadmission utilisés lorsque la catégorie d'admission est non urgente :** Le code de réadmission désigne toutes les nouvelles admissions et 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 155 abrégiés, le code de réadmission et la catégorie d'admission n'indiquent pas de façon uniforme si l'admission était planifiée ou non. Dans ces abrégiés, la catégorie d'admission désignait une admission non urgente, tandis que les codes de réadmission indiquaient une admission non planifiée. Ces abrégiés 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. L'ICIS se penchera sur cette question pour mieux comprendre les conditions dans lesquelles les termes « non urgente » et « non planifiée » sont combinés et clarifiera les définitions des éléments de données.
- **Incohérence des données sur l'état à la sortie lorsque l'établissement de destination en est un de soins de courte durée :** Si, dans un abrégié, l'état à la sortie indique que le patient a été transféré à un autre établissement de soins de courte durée à sa sortie (= 01), un numéro d'établissement de soins de courte durée devrait apparaître dans le champ réservé à l'établissement de destination, et vice versa. Il existe une vérification qui inscrit la valeur « Z » dans le champ réservé à l'établissement de destination si la valeur inscrite dans le champ réservé à l'état à la sortie affiche « 01 » et que le numéro de l'établissement de destination ne correspond pas à celui d'un établissement de soins de courte durée. La valeur « Z » a été inscrite par défaut dans le champ Établissement de destination de 15 abrégiés pour la population de référence. En 2009-2010, une vérification inverse inscrivait la valeur « Z » par défaut dans le champ Établissement de destination lorsque ce dernier comportait un numéro d'établissement de soins de courte durée et que le code d'état à la sortie différait de 01. En 2008-2009, tous les abrégiés dans lesquels le champ réservé à l'établissement de destination comporte un numéro d'établissement de soins de santé de courte durée ont indiqué un

transfert en soins de courte durée dans le champ de l'état à la sortie. Pour 2009-2010, l'ICIS a mis en œuvre des directives plus claires pour améliorer la cohérence entre ces deux champs. Des tableaux sur l'état à la sortie ont été intégrés aux manuels de saisie de l'information de la BDCP propres aux provinces et territoires (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard) afin de préciser les types d'établissements qui doivent être associés à un code particulier d'état à la sortie dans chaque province et territoire.

- **Changement dans la déclaration des données sur le niveau de soins alternatif (NSA) à l'ICIS :** Le Whitehorse General Hospital, au Yukon, a recommencé à déclarer des données sur le niveau de soins alternatif à l'ICIS en avril 2008. Cet établissement n'avait recueilli aucune donnée sur le niveau de soins alternatif de 2004-2005 à 2007-2008. Les utilisateurs doivent savoir que les données de 2008-2009 relatives à cet établissement pourraient ne pas être comparables à celles des données de 2004-2005 à 2007-2008.
- **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 2009-2010, 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 8 000 cas ont été enregistrés en 2009-2010.

- **Code d'état à la sortie 07 « décès » inscrit deux fois pour le même NAM :**
 La section de la BDCP a décelé 20 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 2009-2010. 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, 33 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. En raison des incohérences de codification relevées, on a déterminé que la version 2009-2010 du *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ devait être modifié afin de préciser clairement quand et comment utiliser la nouvelle valeur. L'ICIS a discuté de cette question avec les provinces et les territoires, et des décisions finales ont été prises et communiquées en 2009-2010. Étant donné que ces décisions ont été prises à la suite de la publication du *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ de 2009-2010, les nouvelles directives ont été ajoutées au *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ de 2010-2011.
- **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. Il permet de relier les codes de la CIM-10-CA qui sont utilisés 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 les codes relatifs aux troubles survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique à l'annexe E.

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 2009-2010 :

- 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'agit d'un nouvel élément de données, l'équipe de la BDCP, prévoyant des problèmes de mise en œuvre de l'indicateur de série, a fait un suivi auprès des établissements. Bien que de nombreuses erreurs aient été corrigées, les utilisateurs devraient utiliser cet élément de données avec prudence. L'ICIS donnera entre autres des directives et des conseils sur la codification et envisagera la création de vérifications.

- **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 1 410 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 133 abrégés.
- **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 200 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.

- **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 est enregistré dans le cas des comorbidités post-admission (diagnostic de type 2) survenant après l'admission et avant 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.^^ and 1.IJ.57.^^).

Le préfixe de diagnostic 6 est enregistré dans le cas des comorbidités post-admission (diagnostic de type 2) survenant après l'admission et durant ou après 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.
- 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 : Comme les définitions des préfixes de diagnostics 5 et 6 ont été introduites cette année, des problèmes de mise en œuvre étaient prévus. Les utilisateurs devraient donc utiliser ces préfixes de diagnostics avec prudence. La section de la BDCP passera en revue les directives énoncées dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ et envisage la création de vérifications.

• **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 l'annexe D, tableau 1).
- thérapie thrombolytique (voir l'annexe D, tableau 2 ainsi que le document Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI⁹).
- déclenchement du travail (voir l'annexe D, tableau 2 ainsi que 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 signalées ne figurait dans la liste de l'annexe D. Étant donné que l'indicateur d'intervention avant l'admission est un nouvel élément de données, des problèmes de mise en œuvre étaient prévus. Les utilisateurs devraient donc utiliser cet élément de données avec prudence. L'ICIS fournira plus de directives dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*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 2009-2010 comprenaient 51 abrégés dans lesquels des interventions pratiquées sur des hommes ont eu lieu dans les lieux 05 et 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 souhaitent 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. Veuillez consulter l'annexe C pour connaître les classifications que les provinces et les territoires utilisaient au cours des différents exercices. **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 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 2009-2010, environ 20,64 % 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 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. 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 2009-2010 comprend des abrégés du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010. Si une mère a obtenu son congé en 2009-2010 alors que son nouveau-né a obtenu le sien en 2010-2011 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 et 1 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 2009-2010. 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 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, tout comme les types d'établissements déclarants. 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 2009-2010 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

Numéro 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

Numéro 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.
03 09	Date de naissance estimée	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
03 11-27	Données provinciales ou territoriales auxiliaires			0					0	0	0			
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		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'abrégié													
08 01	Transfert de service (3 lignes)				0		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	Transfert de sous-service				0				0	0				
08 03	Transfert de service, nombre de jours (si codifié)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
09 01	Type du 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

Numéro 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 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
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 du 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

Numéro 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 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					
11 10	Code du lieu d'intervention (01 et 08)	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
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

Numéro 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 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 (6 occurrences)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
13 02	Numéro de l'USS	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			
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 1995-1996 à 2009-2010

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 de la CIM-9 modifié
	Nouvel abrégé (CIM-10-CA/CCI)

Numéro de groupe et de champ	Élément de données	Abrégé de la CIM-9						Abrégé de la CIM-10									
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
01 01	Province	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
01 02	Numéro d'établissement	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
01 01	Numéro d'établissement	O	O	O	O	O	O	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 03	Année du lot	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
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	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 10	Numéro d'admission	*	*	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*
01 11	Deuxième numéro d'admission ou de dossier	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Numéro de groupe et de champ	Élément de données	Abrégé de la CIM-9						Abrégé de la CIM-10									
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
01 12	Numéro d'admission, de dossier de la mère ou du nouveau-né	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	C	*	*	*	*	
02 01	Durée calculée du séjour	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
03 01	Numéro d'assurance-maladie	*	*	*	*	C	*	F	*	*	*	*	*	F	C/F	C	
03 02	Code postal	*	*	*	*	C	*	C	*	*	*	*	*	C	*	*	
03 03	Code de résidence	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
03 04	Sexe	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
03 04	Sexe	O	O	O	O	N	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	
03 05	Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O	N	*	C	*	*	*	*	*	*	C	C	
03 06	Responsable du paiement	O	O	O	O	N	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	
03 07	Situation de famille	O	O	O	O	N	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	
03 08	Date de naissance	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
03 09	Âge > 99 ans	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
03 09	Date de naissance estimée	*	*	*	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
03 10	Âge inconnu	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
03 11-27	Données provinciales ou territoriales auxiliaires	*	*	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	
04 01	Date d'admission	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
04 02	Heure d'admission	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
04 04	Établissement de provenance	*	*	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	C	*	*	
04 05	Catégorie d'admission	*	*	*	*	*	*	C	*	C	*	*	*	*	C	*	
04 06	Code d'entrée	*	*	*	*	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
04 07	Admission par ambulance	*	*	*	*	C	*	*	*	*	*	F	C/F	*	*	*	
04 08	Code de réadmission	*	*	*	*	*	*	C	*	*	*	C	*	*	C	*	
04 09	Réadmission imprévue	O	O	O	O	N	C	D	O	O	O	O	O	O	O	O	

Numéro de groupe et de champ	Élément de données	Abrégé de la CIM-9						Abrégé de la CIM-10									
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
04 10	Temps d'attente au service d'urgence (minutes)	O	O	O	O	N	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
04 11	Date de la décision d'admission — service d'urgence	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	D	O	O	O
04 12	Heure de la décision d'admission — service d'urgence	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	D	O	O	O
04 13	Date de sortie du patient — service d'urgence	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
04 14	Heure de sortie du patient — service d'urgence	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	F	*	*	*	*	C
05 01	Date de sortie	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	C	*	C	*	*
05 02	Heure de sortie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	C	*	C	*	*
05 04	Établissement de destination	*	*	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	*
05 05	Date à laquelle le client est prêt pour sa sortie	*	*	*	*	F	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
05 05	État à la sortie	O	O	O	O	O	O	N	*	C	*	*	*	*	C/F	*	*
05 06	Réservé	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
06 01	Patient sorti vivant	*	*	*	*	C	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
06 02	Autopsie	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
06 03	Coroner/ médecin légiste	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
06 04-11	Codes de décès	*	*	*	*	C	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
07 01	Service principal	*	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	C	*	*	*	*
07 02	Sous-service	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
07 03	Poids	*	*	*	*	*	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*
07 04	Dépassement de l'abrégé	*	*	*	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
08 01	Transfert de service	*	*	C	*	*	*	*	*	*	*	*	C	*	*	*	*
08 02	Transfert de sous-service	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Numéro de groupe et de champ	Élément de données	Abrégé de la CIM-9						Abrégé de la CIM-10									
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
08 03	Transfert de service, nombre de jours	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
09 01	Type du dispensateur	*	*	*	*	*	*	C	C	*	*	*	*	*	C/F	C	
09 02	Numéro du dispensateur	*	*	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	*	
09 03	Service du dispensateur	*	*	C	*	*	*	F	C	*	*	F	*	C	F	C	
10 01	Préfixe du diagnostic	*	*	*	*	*	*	C	*	*	*	*	*	*	F	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	O	O	O	O	O	O	N	
10 04	Type du diagnostic	*	*	*	*	*	*	C	*	C	C	F	*	C	C	*	
10 05-11	Stadification du cancer	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	
11 01	Date d'intervention	*	*	*	*	F	*	*	*	*	*	*	*	C	C	O	
11 01	Date du début de l'épisode d'intervention	O	O	O	O	O	O	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	
11 07	Durée de l'intervention	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	
11 08	Salle d'opération	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
11 08	Code du lieu de l'intervention	O	O	O	O	N	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	
11 09	Anesthésiste	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	
11 10	Technique anesthésique	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	

Numéro de groupe et de champ	Élément de données	Abrégé de la CIM-9						Abrégé de la CIM-10									
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
11 11	Numéro d'établissement, hors hôpital	O	O	O	O	N	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
11 12	Retour imprévu au lieu d'intervention	O	O	O	O	N	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
11 03-05	Attributs de l'intervention	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 06	Numéro du dispensateur de l'intervention	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 07	Numéro du service du dispensateur	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 08	Code du tissu	O	O	O	O	O	O	N	C	*	*	*	*	*	*	*	*
11 09	Durée de l'intervention	O	O	O	O	O	O	N	*	F	*	*	*	*	*	*	D
11 10	Code du lieu d'intervention	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	C	C
11 11	Anesthésiste	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	C	*	*	*	*
11 12	Technique anesthésique	O	O	O	O	O	O	N	C	C	*	F	*	*	C	C	C
11 13	Indicateur, hors hôpital	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	C	C
11 14	Numéro d'établissement, hors hôpital	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 15	Retour imprévu au lieu d'intervention	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11 16	Décès en salle d'opération	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	C	C
11 17	Heure du début de l'épisode d'intervention	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
11 18	Date de fin de l'épisode d'intervention	O	O	O	O	O	O	O	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	O	O	O	O	O	O	O	N
11 20	Indicateur d'intervention avant l'admission	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
12 01-06	Thérapies	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
12 07	Planification de la sortie	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O
12 08	Services sociaux	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Numéro de groupe et de champ	Élément de données	Abrégé de la CIM-9						Abrégé de la CIM-10									
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
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	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	
13 04	Heure d'admission à l'USS	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	
13 05	Date de sortie de l'USS	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	
13 06	Heure de sortie de l'USS	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	
13 09	Échelle de Glasgow	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	
14 01-19	Options de base	*	*	*	*	*	*	C	*	*	*	*	*	F	*	*	
14 18	Options de base — nombre de jours en ventilation	*	*	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	
15 01	Réservé	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
15 02-14	Indicateurs, santé mentale	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	C	*	
16 01-18	Information sur le projet	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	C	F	*	*	
16 01-06	Information sur le sang, numéro 302	*	*	*	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
17 01-07	Information sur le sang	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
18 01-12	Soins génésiques — cas en obstétrique et d'avortements thérapeutiques	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	C	*	*	*	
18 01-05	Données sur les avortements thérapeutiques	O	O	O	O	N	*	D	O	O	O	O	O	O	O	O	
19 01-05	Valeurs attribuées par les fournisseurs autorisés	O	O	O	O	O	O	N	*	*	*	*	*	F	*	*	

Annexe C

Format et systèmes de codification utilisés dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP¹*, 1994-1995 à 2009-2010

Province ou territoire	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005 à 2009-2010
T.-N.-L.	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA (papier)	I-9-CCA (papier)	I-10-CCI (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
Î.-P.-É.	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-10-CCI (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
N.-É.	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-10-CCI (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
N.-B.	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
Qc	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Ont.	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
Man.	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-10-CCI (en ligne)
Sask.	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CM/ I-10-CCI (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
Alb.	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
C.-B.	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-9-CCA et I-9-CM (papier)	I-10-CCI (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
Yn	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-10-CCI (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
T.N.-O.	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)
Nun.						I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-9-CM (papier)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)	I-10-CCI (en ligne)

Remarque

s.o. = sans objet (les données du Québec sont exclues de la base de sondage de la BDCP).

Annexe D

Manuel de saisie de l'information, BDCP¹, 2009-2010

Tableau 1

Liste d'interventions signalées — sous-groupe	
Trachéostomie	
1.GJ.77.LA	Pontage avec extériorisation, trachée approche ouverte
1.GJ.77.LA-LG	Pontage avec extériorisation, trachée approche ouverte et implant temporaire
1.GJ.77.QB	Pontage avec extériorisation, trachée approche médiastinale
Pleurocentèse	
1.GV.52.HA-HE	Drainage, plèvre utilisation d'un cathéter percutané (intracostal) avec système de drainage à dépression d'eau
1.GV.52.HA-TK	Drainage, plèvre utilisation d'un cathéter percutané avec pompe d'aspiration (dépression d'eau ou pression négative)
Ventilation artificielle	
1.GZ.31.CA-ND	Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation endotrachéale (tous les attributs d'étendue)
1.GZ.31.CR-ND	Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle avec incision en vue de l'intubation via la trachéostomie (tous les attributs d'étendue)
1.GZ.31.GP-ND	Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive transluminale percutanée (p.ex. VTTJ) à l'aiguille (tous les attributs d'étendue)
Dispositif d'accès vasculaire	
1.IS.53.GR-LF	Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), dispositif d'accès vasculaire non tunnelisé, approche veineuse transluminale percutanée (p.ex. cathéter central introduit par voie périphérique [CCIVP])
1.IS.53.HN-LF	Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), dispositif d'accès vasculaire tunnelisé par tunnellisation percutanée (par exemple, Hickman)
1.IS.53.LA-LF	Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), dispositif d'accès veineux totalement implantable (avec site d'injection) [par exemple, Port a cath], approche ouverte
Nutrition parentérale	
1.LZ.35.HH-C6	Approche percutanée par perfusion, nutrition parentérale
1.LZ.35.HR-C6	approche interosseuse percutanée par cathéter, nutrition parentérale
Sonde d'alimentation	
1.NF.53.BT-QB	Implantation d'une sonde (gastrique) munie d'une valve, approche endoscopique par voie naturelle avec incision percutanée
1.NF.53.BT-TS	Implantation d'une sonde (gastrique), approche endoscopique par voie naturelle avec incision percutanée
1.NF.53.DA-QB	Implantation d'une sonde (gastrique) munie d'une valve, approche endoscopique (laparoscopie)
1.NF.53.DA-TS	Implantation d'une sonde (gastrique), approche endoscopique (laparoscopie)
1.NF.53.HA-TS	Implantation d'une sonde (gastrique), approche percutanée

Liste d'interventions signalées — sous-groupe	
1.NF.53.LA-QB	Implantation d'une sonde (gastrique) munie d'une valve, approche ouverte (laparotomie)
1.NF.53.LA-TS	Implantation d'une sonde (gastrique), approche ouverte (laparotomie)
1.NK.53.BT-TS	Implantation d'une sonde d'alimentation [jéjunale], approche endoscopique par voie naturelle avec incision percutanée
1.NK.53.CA-TS	Implantation d'une sonde d'alimentation [jéjunale], approche par voie naturelle [par exemple, naso intestinale]
1.NK.53.DA-TS	Implantation d'une sonde d'alimentation [jéjunale], approche endoscopique [laparoscopie]
1.NK.53.LA-QB	Implantation d'une sonde munie d'une valve, approche ouverte
Sonde d'alimentation (suite)	
1.NK.53.LA-TS	Implantation d'une sonde d'alimentation [jéjunale], approche ouverte
1.NK.53.TG-TS	Implantation d'une sonde d'alimentation [jéjunale], approche ouverte et formation d'une fistule muqueuse
Paracentèse	
1.OT.52.HA-TS	Drainage, cavité abdominale, approche percutanée (à l'aiguille) et conservation d'un drain in situ
1.OT.52.HH-D1	Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par cathéter et utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1.OT.52.HH-D2	Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par cathéter et utilisation d'une solution d'irrigation salée
1.OT.52.HH-D3	Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par cathéter et utilisation d'une autre solution d'irrigation

Tableau 2

Traitement thrombolytique et déclenchement du travail	
Traitement thrombolytique	
1.ZZ.35.HA-1C	Pharmacothérapie, corps entier, utilisation d'un agent thrombolytique, approche percutanée [intraveineuse]
1.^ ^ 35.HA-1C	Pharmacothérapie (locale), utilisation d'un agent thrombolytique
Déclenchement du travail	
5.AC.30 ^ ^	Déclenchement du travail

Annexe E

Codes des troubles survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	
E89.0	Hypothyroïdie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.1	Hypoinsulinémie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.2	Hypoparathyroïdie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.3	Hypopituitarisme après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.4	Insuffisance ovarienne après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.5	Hypofonctionnement testiculaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.6	Hypofonctionnement corticosurrénal (de la médullaire) après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.8	Autres anomalies endocriniennes et métaboliques après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
E89.9	Anomalie endocrinienne et métabolique après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
G97.1	Autre réaction secondaire à une rachicentèse
G97.2	Hypotension intracrânienne suite à un pontage ventriculaire
G97.8	Autres affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
G97.9	Affection du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
H59.0	Kératopathie (bulleuse aphaque) après intervention pour cataracte
H59.80	Fragments de cataracte (de cristallin) dans l'œil survenant à la suite d'une opération
H59.81	Oedème maculaire cystoïde après intervention pour cataracte
H59.88	Autres affections de l'œil et de ses annexes après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
H59.9	Affection de l'œil et de ses annexes après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
H95.0	Cholestéatome récidivant après mastoïdectomie
H95.1	Autres affections survenant après mastoïdectomie
H95.8	Autres affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
H95.9	Affection de l'oreille et de l'apophyse mastoïde après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
I97.0	Syndrome post-cardiotomie
I97.1	Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque
I97.2	Lymphoedème après mastectomie
I97.8	Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
I97.9	Trouble de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
J95.00	Hémorragie de l'orifice de la trachéostomie
J95.01	Infection de l'orifice de la trachéostomie
J95.02	Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie
J95.03	Fistule trachéo-oesophagienne consécutive à une trachéostomie
J95.08	Autres complications de la trachéostomie
J95.1	Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale thoracique
J95.2	Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale non thoracique
J95.3	Insuffisance pulmonaire chronique consécutive à une intervention chirurgicale
J95.4	Syndrome de Mendelson
J95.5	Sténose sous-glottique après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Codes des troubles survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	
J95.80	Pneumothorax survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
J95.81	Syndrome de détresse respiratoire aigu post-transfusionnel (TRALI)
J95.88	Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
J95.9	Trouble respiratoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
K91.0	Vomissements consécutifs à une intervention gastro-intestinale
K91.1	Syndromes consécutifs à une intervention gastrique
K91.2	Malabsorption postchirurgicale, non classée ailleurs
K91.3	Occlusion intestinale post-opératoire
K91.40	Hémorragie de l'abouchement d'une colostomie
K91.41	Infection de l'abouchement d'une colostomie
K91.42	Mauvais résultats fonctionnels de l'abouchement d'une colostomie, non classé ailleurs
K91.43	Hémorragie de l'abouchement d'une entérostomie
K91.44	Infection de l'abouchement d'une entérostomie
K91.45	Dysfonctionnement d'une entérostomie, non classé ailleurs
K91.5	Syndrome postcholécystectomie
K91.60	Hémorragie de l'abouchement d'une gastrostomie
K91.61	Infection de l'abouchement d'une gastrostomie
K91.62	Mauvais résultats fonctionnels d'une gastrostomie, non classés ailleurs
K91.8	Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
K91.9	Atteinte de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
M96.0	Pseudarthrose après arthrodèse
M96.1	Syndrome post-laminectomie, non classé ailleurs
M96.2	Cyphose après irradiation
M96.3	Cyphose après laminectomie
M96.4	Lordose après chirurgie
M96.5	Scoliose après irradiation
M96.6	Fracture osseuse après mise en place d'un implant, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque d'ostéosynthèse
M96.8	Autres affections du système ostéo-articulaire et des muscles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
M96.9	Affection du système ostéo-articulaire et des muscles après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision
N99.0	Insuffisance rénale après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
N99.1	Rétrécissement urétral après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
N99.2	Adhérences vaginales post-opératoires
N99.3	Prolapsus de la paroi supérieure du vagin après hystérectomie
N99.4	Adhérences pelvi-péritonéales après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
N99.50	Hémorragie de stomie de l'appareil urinaire
N99.51	Infection de stomie de l'appareil urinaire
N99.52	Autres dysfonctionnements de stomie de l'appareil urinaire NCA
N99.8	Autres affections de l'appareil génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
N99.9	Affection de l'appareil génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, sans précision

Liste des références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual [Manuel de saisie de l'information]*, dernière modification en septembre 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_57_E&cw_topic=57>.
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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1107_E&cw_topic=1107>.
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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1107_E&cw_topic=1107>.
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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1107_E&cw_topic=1107>.
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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1107_E&cw_topic=1107>.
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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1107_E&cw_topic=1107>.
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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1107_E&cw_topic=1107>.

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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1107_E&cw_topic=1107>.
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]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_382_E&cw_topic=382>.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual [Manuel de saisie de l'information]* (section principale), dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_57_E&cw_topic=57>.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual [Manuel de saisie de l'information]* (écarts provinciaux et territoriaux), dernière modification en septembre 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_57_E&cw_topic=57>.
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]*, dernière modification en janvier 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=quality_e>.
13. Institut canadien d'information sur la santé, *CMG+ Directory [Répertoire des groupes de maladies analogues (GMA+)]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=casemix_e>.
14. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Resource Intensity Weights and Expected Length of Stay [BDPCP : pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour pour la méthodologie GMA+]*, dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_68_E&cw_topic=68>.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Framework [Le cadre de la qualité des données de l'ICIS]*, dernière modification en janvier 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=quality_e>.

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)], dernière modification en août 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1002_E>.
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], dernière modification en avril 2010. Consulté en septembre 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=casemix_ICDimpact_e>.

Renseignements

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer par courriel avec 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.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

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

ISBN 978-1-55465-863-3 PDF

© 2011 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 — Sommaire (révisé février 2011)*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

This publication is also available in English under the title *Data Quality Documentation, Discharge Abstract Database, 2009-2010—Executive Summary (Revised February 2011)*.

ISBN 978-1-55465-862-6 PDF

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

