



Qualité des données de 2010-2011 de la Base de données sur la morbidité hospitalière

Sommaire

Types de soins



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.

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Aperçu de la Base de données sur la morbidité hospitalière	2
1.2	Mandat et but	2
2	Couverture.....	3
2.1	Base de sondage de la BDMH.....	3
2.2	Population de référence de la BDMH.....	5
3	Collecte et réponse.....	6
3.1	Collecte des données.....	6
3.2	Contrôle de la qualité des données.....	8
3.3	Changements apportés aux éléments de données.....	12
4	Changements majeurs	12
4.1	Changements antérieurs.....	12
4.2	Changements majeurs en 2010-2011.....	18
4.3	Changements prévus.....	18
5	Comparabilité	18
5.1	Géographie	18
5.2	Établissement	19
5.3	Période de référence.....	20
5.4	Personne.....	20
5.5	Validation des sources externes	20
6	Limites générales des données.....	21
6.1	Exactitude	21
6.2	Comparabilité.....	26
6.3	Actualité	31
6.4	Facilité d'utilisation	31
6.5	Pertinence	31
7	Renseignements.....	31
	Références	33

1 Introduction

Tout organisme produisant de l'information statistique doit constamment s'assurer que la qualité de l'information convient à l'usage qu'on lui réserve et que les utilisateurs des données sont dûment informés de la qualité des données. À cette fin, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi un programme global et systématique de la qualité des données qui comprend la mise en œuvre et la surveillance constante d'un cadre de la qualité des données propre à l'ICIS, ainsi que la réalisation d'études spéciales sur les problèmes de qualité des données.

Le cadre de la qualité des données de l'ICIS a été mis sur pied afin d'aborder de façon uniforme et objective l'évaluation de la qualité des données de toutes les bases de données et de tous les registres de l'ICIS. Il permet également de normaliser l'information sur la qualité des données, de relever les enjeux prioritaires et de favoriser par le fait même une amélioration de la qualité sur une base continue. Le cadre de la qualité des données s'inspire des lignes directrices et des méthodes de Statistique Canada, de la documentation sur la qualité de l'information, du mandat de l'ICIS ainsi que du principe d'amélioration continue de la qualité.

Le cadre de 2009 est structuré en tenant compte de cinq dimensions générales de la qualité : l'exactitude, l'actualité, la comparabilité, la facilité d'utilisation et la pertinence. Ces cinq dimensions reposent sur 19 caractéristiques qui s'appuient, quant à elles, sur 61 critères. Le cadre de la qualité des données s'inscrit dans un cycle de qualité à partir duquel les problèmes sont régulièrement relevés, traités, documentés et revus. Les caractéristiques de la qualité des données contenues dans le cadre¹⁴ sont décrites sur le site Web de l'ICIS.

Le présent rapport est un important produit résultant du cadre de la qualité des données de l'ICIS. Il vise à fournir de l'information sur la qualité des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) afin de permettre aux utilisateurs de déterminer si l'information répond à leurs besoins. Depuis l'exercice 2001-2002, un document sur la qualité des données accompagne chacune des publications annuelles des données de la BDMH. Des mises à jour sont également publiées au besoin. Les utilisateurs qui désirent obtenir de plus amples renseignements peuvent consulter la section Références du présent document ou communiquer avec l'équipe de la BDMH à l'adresse morbidite@icis.ca.

1.1 Aperçu de la Base de données sur la morbidité hospitalière

La BDMH est une banque de données nationale qui contient des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée. Les données sur les sorties proviennent de tous les établissements de soins de courte durée au Canada. L'ICIS assume la gestion et la responsabilité de la BDMH depuis 1995, année où plusieurs bases de données ont été transférées de Statistique Canada.

En 2010-2011, l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, ont soumis des données sur les sorties à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'ICIS. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a soumis un fichier de données à l'ICIS à la fin de l'année. Les données de ce fichier ont subi un processus de mappage et de traitement avant d'être regroupées avec les données sur les soins de courte durée de la BDCP pour créer la BDMH d'envergure nationale.

Les données de la BDCP et de la BDMH sont donc contenues dans une seule et même base de données. Chaque année, le MSSS soumet un fichier de données à l'ICIS. Ces données sont ensuite regroupées avec celles de la BDCP afin de créer le fichier de données BDCP-BDMH national. Bien que la BDCP et la BDMH se recoupent, leurs populations de référence et leurs éléments de données diffèrent. Par exemple, la BDMH contient des données du Québec, alors que la BDCP ne comprend aucune donnée sur les sorties de patients de cette province. Pour obtenir une description détaillée de la BDCP et pour en savoir davantage sur ses similitudes avec la BDMH et ses particularités, reportez-vous à la documentation relative à la qualité des données de la BDCP, accessible sur le site Web de l'ICIS.

1.2 Mandat et but

Le mandat de la BDMH consiste à recueillir, à traiter et à analyser les données nationales sur les sorties des hôpitaux canadiens de soins de courte durée.

La BDMH vise à

- faciliter la production de rapports comparatifs pour les hôpitaux, les régions, les provinces, les territoires et l'ensemble du pays;
- appuyer la prise de décisions de gestion à l'échelle des hôpitaux, des régions, des provinces et des territoires;
- fournir des données à des organismes et ministères fédéraux comme l'Agence de santé publique du Canada et Santé Canada;
- appuyer les analyses et la recherche connexes.

Plusieurs bases de données et registres de l'ICIS, dont la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) et le Registre national des traumatismes (RNT), obtiennent de la BDMH des données qui leur permettent de créer des fichiers annuels. Les données de la BDMH servent également à la production de plusieurs rapports de l'ICIS, comme *Les soins de santé au Canada* et *Indicateurs de santé*. Des statistiques canadiennes relatives aux sorties, mises à jour annuellement, sont soumises à l'Organisation de coopération et de développement économiques, qui s'en sert pour établir des comparaisons internationales sur les sorties des hôpitaux.

La BDMH est souvent utilisée pour la production de rapports spéciaux destinés aux médias, aux organismes gouvernementaux, aux groupes de recherche, aux hôpitaux et au secteur privé.

2 Couverture

2.1 Base de sondage de la BDMH

Le tableau 1 présente le nombre de numéros valides d'établissements déclarants à la BDMH. Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé attribuent un tel numéro à chacun des établissements de leur province ou territoire qui sont tenus de soumettre des données sur les sorties des patients.

L'élément de données « Type d'établissement analytique » a été intégré à la BDCP en 2004-2005 afin de minimiser les conséquences des différences entre provinces et territoires sur le plan de la définition du niveau de soins, et de faciliter l'établissement de rapports comparatifs à l'échelle du Canada. Il s'agit d'un élément de données attribué par l'ICIS dans les cas où le type d'établissement assigné à un numéro d'établissement ne correspond pas au type de soins dispensés. L'ICIS consulte préalablement les établissements et les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux afin de confirmer les niveaux de soins dispensés. Le tableau 2 présente le nombre de numéros d'établissement pour lesquels le type d'établissement analytique diffère du type d'établissement en 2010-2011, par province.

Tableau 1 : Nombre de numéros d'établissement de soins de courte durée dans la BDMH de 2010-2011, tels que définis par le code du type d'établissement analytique, par province et territoire

Province ou territoire	Nombre de numéros d'établissement de soins de courte durée
Terre-Neuve-et-Labrador	34
Île-du-Prince-Édouard	7
Nouvelle-Écosse	33
Nouveau-Brunswick	21
Québec	105
Ontario	168
Manitoba	73
Saskatchewan	69
Alberta	96
Colombie-Britannique	80
Yukon	1
Territoires du Nord-Ouest	4
Nunavut	1
Total	692

Tableau 2 : Nombre de numéros d'établissement pour lesquels le type d'établissement analytique diffère du type d'établissement dans la BDMH, 2010-2011

Province	Nombre d'établissements touchés	Type d'établissement déclaré	Type d'établissement analytique
Nouvelle-Écosse	1	Soins de courte durée	Soins psychiatriques
Québec	14	Soins de courte durée	Soins pour malades chroniques
	10	Soins de courte durée	Réadaptation générale
	11	Soins de courte durée	Soins psychiatriques
Ontario	2	Soins de courte durée	Soins pour malades chroniques
	4	Soins de courte durée	Soins psychiatriques

Tableau 2 : Nombre de numéros d'établissement pour lesquels le type d'établissement analytique diffère du type d'établissement dans la BDMH, 2010-2011 (suite)

Province	Nombre d'établissements touchés	Type d'établissement déclaré	Type d'établissement analytique
Manitoba	2	Soins de courte durée	Soins pour malades chroniques
	22	Soins de courte durée	Poste de soins infirmiers
Alberta	13	Soins de courte durée	Soins subaigus
Colombie-Britannique	1	Soins de courte durée	Soins psychiatriques
	1	Soins pour malades chroniques	Soins psychiatriques

2.2 Population de référence de la BDMH

La population de référence de la BDMH de 2010-2011 comprend toutes les sorties de patients (à l'exclusion des mortinaissances et des donneurs décédés) ayant eu lieu au Canada entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011 dans les établissements de soins de courte durée définis comme tels par le type d'établissement analytique.

Le tableau 3 présente le nombre total d'abrévés inclus dans la BDMH en 2010-2011.

Les abrévés (y compris les nouveau-nés mais à l'exclusion des mortinaissances et des donneurs décédés) sont classés selon le type d'établissement analytique. Approximativement 77 % des abrévés ont été initialement soumis à la BDCP, les restants (approximativement 23 %) étant des enregistrements soumis par le MSSS.

Tableau 3 : Nombre d'abrévés de soins de courte durée dans la BDMH de 2010-2011, tels que définis par le type d'établissement analytique, par province et territoire

Province ou territoire	Nombre d'abrévés de soins de courte durée
Terre-Neuve-et-Labrador	55 405
Île-du-Prince-Édouard	15 497
Nouvelle-Écosse	94 008
Nouveau-Brunswick	90 809
Québec	734 158
Ontario	1 095 037
Manitoba	134 729
Saskatchewan	138 742
Alberta	364 041
Colombie-Britannique	414 529
Yukon	3 263
Territoires du Nord-Ouest	5 658
Nunavut	1 968
Total	3 147 844

3 Collecte et réponse

3.1 Collecte des données

Les processus de collecte et de saisie des données de la BDCP s'appliquent aux établissements participant à la BDCP qui soumettent des données à la BDMH. Des professionnels des archives médicales se chargent de remplir les abrévés de la BDCP et de les soumettre à l'ICIS chaque mois. Si des erreurs sont relevées au cours du traitement des données, un rapport détaillé des erreurs est envoyé à l'établissement, qui est ensuite tenu de soumettre une correction. Dans le cas du Québec, le MSSS ne soumet qu'un seul fichier annuel sur les sorties des patients hospitalisés, après la clôture de sa base de données. Ces données sont vérifiées, validées et corrigées avant d'être soumises à l'ICIS et incluses dans la BDMH.

3.1.1 Saisie et soumission des données

Soumission des données à la BDCP

L'abrévé de la BDCP est un enregistrement qui rend compte de chaque sortie enregistrée dans un hôpital (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin, transferts de patients vers d'autres établissements). Chaque abrévé contient des données sur les diagnostics, les interventions et les caractéristiques démographiques du patient ainsi que des renseignements administratifs.

Les données sur les diagnostics et les interventions sont saisies selon les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. La CIM-10-CA constitue la version canadienne enrichie de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. La CCI, élaborée et tenue à jour par l'ICIS, est la Classification canadienne des interventions en santé. Les sections 4.1 et 4.2 du présent document fournissent des précisions sur la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI au pays.

Destiné aux établissements déclarant des données à la BDCP, le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹ contient les définitions des éléments de données, les directives de collecte des 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 au début de chaque exercice. La section principale du manuel contient les exigences nationales de collecte de données. Une section sur les variantes provinciales précise les directives propres à chaque province et territoire concernant la saisie de certains éléments de données. La conformité aux normes de soumission et de codification énoncées dans le manuel assure que les rapports de l'ICIS reflètent de façon exacte les activités liées aux patients hospitalisés. Cette conformité est renforcée au moyen de vérifications et de séances de formation offertes par 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.

Soumission des données du Québec

La banque de données québécoise MED-ÉCHO contient les renseignements démographiques, cliniques et administratifs relatifs aux patients hospitalisés en soins de courte durée et en chirurgie d'un jour, de même que certaines données provenant d'établissements de réadaptation, d'établissements pour malades chroniques et d'établissements psychiatriques. Le MSSS du Québec soumet un fichier annuel à l'ICIS sur une base volontaire. Le format du fichier diffère de celui de la BDCP, mais de nombreux éléments de données sont les mêmes. Bien que le Québec ait adopté la CIM-10-CA et la CCI pour la codification des renseignements cliniques en 2006-2007, il n'a pas pleinement mis en œuvre les Normes canadiennes de codification des diagnostics et des interventions. Le MSSS a publié des directives de codification similaires aux Normes canadiennes de codification, avec quelques différences entre l'élément Type du diagnostic de la BDCP et l'élément Caractéristique du diagnostic dans MED-ÉCHO. Afin de faciliter la déclaration de données à l'échelle nationale et

les comparaisons provinciales, l'ICIS, avec la collaboration du MSSS, effectue le mappage des éléments de données du Québec à ceux de la BDCP, là où une telle correspondance s'applique.

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 BDMH. Ces mesures sont décrites sommairement ci-dessous. Pour plus de détails, les utilisateurs sont invités à consulter le document *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*², accessible sur le site Web de l'ICIS.

Soumission des données à la BDCP

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. Ils doivent mettre à l'essai un nombre prédéterminé d'abrégiés d'un certain type, lesquels 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 l'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 offre à ses clients des cours de formation sur la codification et la saisie, les erreurs de soumission et les corrections, la méthodologie des groupes de maladies analogues (GMA) et d'autres sujets connexes. Ces cours permettent de normaliser les pratiques de codification et d'assurer le respect des exigences de l'ICIS en matière de collecte et de soumission des données.

L'ICIS possède également un outil d'interrogation en ligne grâce auquel les clients peuvent soumettre des questions à diverses sections. Il s'agit d'une banque de connaissances partagée permettant aux clients de consulter les réponses aux questions posées auparavant qui concernent notamment la saisie et la qualité des données ainsi que l'interprétation des rapports dans le cadre de la BDCP. Les clients peuvent également s'en servir pour poser de nouvelles questions s'ils n'arrivent pas à trouver une 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 abrégé afin de s'assurer que les données de chaque champ sont saisies dans le format exigé, qu'elles respectent les valeurs valides et qu'elles sont logiquement liées aux autres éléments de données. Pour la plupart des éléments de données, lorsque des erreurs sont décelées, la valeur par défaut Z est inscrite dans le champ (dans le cas des erreurs d'incohérence), ou un message d'avertissement y est associé. Dans le cas de certains éléments de données, des valeurs numériques ou un champ vide servent à représenter les données manquantes ou invalides. 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. Les étapes de correction et de vérification sont répétées jusqu'à ce que le client ait fourni des abrégés corrects ou jusqu'à la clôture de la base de données à la fin de l'année. Avant la clôture de l'exercice, les clients peuvent soumettre les abrégés manquants lors de soumissions précédentes ou supprimer les abrégés soumis en double. Toutes les erreurs d'incohérence restantes peuvent être remplacées par la valeur par défaut Z.

Outre chacun des éléments de données, le processus de vérification vise un certain nombre d'interrelations. Les clients peuvent recevoir un message d'erreur pour un champ donné dont la valeur, bien que valide, ne respecte pas certaines relations logiques. Afin d'en garantir la pertinence et la cohérence, les vérifications sont revues et mises 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. Des scénarios et des spécifications d'essai sont créés conformément aux lignes directrices internes afin de s'assurer que les nouvelles vérifications fonctionnent correctement.

Représentants du service à la clientèle

L'ICIS confie à des représentants du service à la clientèle le mandat d'épauler les responsables de la collecte de données de chaque province et territoire qui déclare des données à la BDCP. Ces représentants répondent aux questions sur les produits de la BDCP, participent au développement et à la présentation de programmes de formation, offrent leur expertise en matière de 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 initiale (le dossier du patient) et à comparer ces renseignements

avec les données contenues dans la BDCP. Ce type d'étude met l'accent sur les données utilisées pour calculer des indicateurs de santé précis, sur des données clinico-administratives choisies et sur la codification des diagnostics et des interventions.

À ce jour, l'ICIS a réalisé et publié huit études de seconde saisie, qui sont accessibles sur son site Web. La première s'intitule *Base de données sur les congés des patients : étude de la qualité des données — résultats combinés pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001*³. L'ICIS s'est appuyé sur cette étude de deux ans pour produire *La Base de données sur les congés des patients (DAD) — étude de la qualité des données CMG/Plx*⁴, qui a permis de mesurer l'exactitude des éléments de données utilisés dans la méthodologie d'attribution des GMA et dans le processus lié au degré de complexité. La troisième étude s'intitule *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*⁵. La quatrième, *Étude de seconde saisie de données dans les établissements qui calculent les coûts par cas en Ontario, exercices financiers 2002-2003 et 2003-2004*⁶, porte sur environ 800 sorties qui ont fait l'objet d'une seconde saisie afin de mesurer la fiabilité inter-évaluateurs chez les professionnels de l'information sur la santé ayant participé à l'étude.

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. La première partie (première année) de l'étude, intitulée *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006*⁷, consistait à évaluer la qualité des données cliniques et non cliniques enregistrées dans la BDCP de 2005-2006 pour l'ensemble des provinces et territoires canadiens ainsi qu'à cerner les problèmes liés aux variations de codification. Les résultats de l'étude de 2005-2006 ont été transmis à l'hiver 2008 à l'ensemble des établissements et des provinces participants. Un rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis août 2009.

La deuxième partie (deuxième année) de l'étude, intitulée *Étude de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2006-2007*⁸, s'intéressait aux interventions utilisées par la méthodologie des groupes clients et englobait la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario. Les résultats de l'étude ont été transmis à l'été et à l'automne 2009 aux établissements et provinces participants; un rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis novembre 2009.

La troisième étude, intitulée *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2007-2008*⁹, portait sur les données liées à des problèmes de santé précis dans la BDCP de 2007-2008. Les résultats ont été envoyés aux établissements participants en février 2010 et aux provinces participantes en avril 2010. Le rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis mai 2010.

Une quatrième étude, l'*Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009*¹⁵, s'est intéressée aux données sur les accidents vasculaires cérébraux et les traitements thrombolytiques dans la BDCP de 2008-2009. Les rapports destinés aux établissements et aux provinces ont été transmis à l'été 2010, tandis que la publication du rapport sommaire a eu lieu sur le site Web de l'ICIS en janvier 2011.

Soumission des données du Québec

De nombreuses mesures de contrôle de la qualité des données sont appliquées aux données provenant du Québec.

Mesures de contrôle du MSSS du Québec

Les mesures de contrôle de la qualité de la saisie sont présentes à la source de la collecte des données, comme l'exige le MSSS. Les fichiers de données de MED-ÉCHO font l'objet de contrôles de validité et de vérifications par la province avant la clôture de la base de données. Le MSSS vérifie également la qualité des données avant d'envoyer les fichiers à l'ICIS.

ICIS

Les données du Québec sont vérifiées de nouveau à leur arrivée à l'ICIS. Des tableaux de transition sont produits afin de préparer les données au traitement. Les chiffres figurant dans ces tableaux sont ensuite comparés aux chiffres provenant du fichier source. Le nombre d'enregistrements de même que le nombre de diagnostics et d'interventions font l'objet de vérifications entre chaque transition. Les vérifications en vigueur pour la BDCP sont effectuées et toute donnée invalide est signalée.

3.3 Changements apportés aux éléments de données

Les suggestions d'améliorations à apporter aux éléments de données de la BDCP et de la BDMH sont communiquées à l'ICIS de diverses façons, notamment

- les communications régulières entre les clients et les représentants du service à la clientèle de la BDCP;
- les commentaires des comités consultatifs;
- les demandes officielles d'ajouts ou de suppressions faites par les intervenants.

Le Comité directeur national des bases de données clinico-administratives discute des demandes d'ajout, de suppression et d'amélioration des éléments de données au cours de ses réunions semestrielles. Il a pour mandat d'émettre des recommandations à l'ICIS sur les questions de nature opérationnelle et stratégique rattachées aux bases de données clinico-administratives, y compris la BDCP et la BDMH. Chaque province ou territoire nomme un membre du comité habilité à prendre des décisions sur les questions relatives à ces bases de données dans sa province ou son territoire. Le comité décide si chaque élément proposé doit être inclus dans la base de données, si la collecte doit en être obligatoire (pour assurer la comparabilité à l'échelle nationale) ou facultative, ou s'il s'agit d'une variation provinciale (propre aux provinces ou territoires sélectionnés).

4 Changements majeurs

4.1 Changements antérieurs

Systèmes de classification

Les systèmes de classification dans le milieu des soins de santé représentent un mécanisme normalisé de saisie et de codification des diagnostics et des interventions. La CIM-10-CA constitue la version canadienne enrichie de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Elle remplace les classifications antérieures CIM-9 et ICD-9-CM. La CCI, élaborée et tenue à jour par l'ICIS, est la Classification canadienne des interventions en santé. Elle renferme une liste exhaustive d'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 à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique, au Yukon et dans certaines régions de la Saskatchewan. La mise en œuvre s'est conclue en 2006-2007, quand le Québec a adopté les nouveaux systèmes de classification en remplacement de la CIM-9 et de la CCA. Le tableau 4 indique les dates de mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI dans chaque province ou territoire.

Tableau 4 : Année de mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI, par province et territoire

Province ou territoire	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2006-2007
Terre-Neuve-et-Labrador	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Île-du-Prince-Édouard	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Nouvelle-Écosse	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Colombie-Britannique	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Yukon	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Saskatchewan	CIM-10-CA/CCI (mise en œuvre partielle)	CIM-10-CA/CCI (mise en œuvre complète)	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Ontario	CIM-9/CCA et ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Alberta	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Territoires du Nord-Ouest	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Nunavut	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Nouveau-Brunswick	ICD-9-CM	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Manitoba	ICD-9-CM	ICD-9-CM	ICD-9-CM	CIM-10-CA/CCI	CIM-10-CA/CCI
Québec	CIM-9/CCA	CIM-9/CCA	CIM-9/CCA	CIM-9/CCA	CIM-10-CA/CCI

Les codes de la CIM-10-CA et de la CCI sont régulièrement passés en revue, ce qui permet d'effectuer les ajouts ou les désactivations nécessaires. En avril 2006, une nouvelle version de la CIM-10-CA/CCI, qui contenait un grand nombre de nouveaux codes de diagnostic et d'intervention, a été lancée. De plus amples renseignements sur les changements sont fournis dans le document *La CIM-10-CA et la CCI, tableaux d'évolution, 2006*¹⁰, accessible sur le site Web de l'ICIS.

Les normes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI sont également revues, modifiées et enrichies annuellement par un comité pancanadien représentant les provinces et territoires. Les *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2006*¹¹ peuvent être téléchargées gratuitement à partir du site Web de l'ICIS.

Pour évaluer la qualité des codes de diagnostic et d'intervention dès la première année d'utilisation des systèmes de classification CIM-10-CA et CCI, une étude intitulée *Qualité des données de la Base des données sur les congés des patients suite à la première année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI — rapport final*⁶ a été publiée. Ce document visait à fournir aux utilisateurs de données de l'information exacte et actuelle sur la mise en œuvre du système et sur l'exactitude des données. Le document complet peut être consulté sur le site Web de l'ICIS.

Dans le but de produire des données comparables à l'échelle nationale jusqu'à ce que l'ensemble des provinces et des territoires aient adopté la CIM-10-CA et la CCI, l'ICIS a créé des tables de conversion afin de mapper les codes de la CIM-10-CA à ceux de la CIM-9 et les codes de la CCI à ceux de la CCA. Les données de 2006-2007 et des années antérieures ont été converties. Depuis 2007-2008, seuls les codes de la CIM-10-CA et de la CCI sont inclus dans la BDMH. Dans certains cas, lorsqu'il n'était pas possible de convertir directement un code à l'autre, les tables de conversion s'appuyaient sur la correspondance la plus proche, ce qui a inévitablement fragilisé la comparabilité des données. Des analyses chronologiques ont révélé d'importantes limites dans l'utilisation des données converties. L'ICIS recommande donc fortement que les données soient analysées à partir du système de classification d'origine (c.-à-d. la classification qui a servi à la codification des données) et que les données converties soient utilisées avec prudence. Ce conseil cadre avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé et souligne l'importance de comprendre la façon dont une maladie ou une intervention particulière est codifiée dans la CIM-10-CA et la CCI par rapport à la CIM-9/CCA, afin de donner lieu à des analyses chronologiques significatives, d'établir des comparaisons provinciales et territoriales et de déclarer des résultats nationaux.

En avril 2006, les établissements du Québec ont adopté les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI pour codifier les données relatives aux diagnostics et aux interventions. L'abrégé de la CIM-10-CA qu'utilise la BDCP permet aux provinces et territoires déclarants de saisir jusqu'à 25 diagnostics. L'abrégé de la CIM-10 qu'utilise MED-ÉCHO permet au Québec de saisir les diagnostics dans quatre sections de service et jusqu'à 25 autres diagnostics dans le champ Autres diagnostics. Deux codes d'accident peuvent également être saisis dans les champs Code de cause extérieure d'accident et Code de lieu d'accident sur l'abrégé MED-ÉCHO, pour un maximum de 31 diagnostics par abrégé, soit une augmentation par rapport aux 16 diagnostics que permettait de saisir l'abrégé de la CIM-9 adapté à MED-ÉCHO. Les règles de mappage appliquées aux données de MED-ÉCHO permettent jusqu'à 35 diagnostics par abrégé du Québec saisi dans la BDMH.

Les codes de diagnostic de chacune des quatre sections de service sont utilisés deux fois dans la BDMH : d'abord pour saisir le type de diagnostic C, 2, 3, 9 ou 0 dans le champ du type de diagnostic, puis pour saisir le type de diagnostic M, W, X ou Y pour ce même code du diagnostic. L'ICIS s'est efforcé de vérifier la comparabilité des données du Québec de 2006-2007 aux données antérieures codifiées à l'aide de la CIM-9 et de la CCA.

Numéro d'assurance-maladie

Le processus de collecte et de soumission des numéros d'assurance-maladie (NAM) provinciaux et territoriaux dans la BDMH est en constante évolution. Au Québec, ce numéro est un élément de données obligatoire qui est vérifié par la province avant l'envoi des données à l'ICIS.

Le numéro d'assurance-maladie constitue également un élément de données obligatoire pour toutes les provinces et tous les territoires qui déclarent des données à la BDCP. L'ICIS valide ce champ en le comparant aux dossiers ou aux algorithmes fournis par le ministère de la Santé de chaque province ou territoire. Lors de l'année de données 1999-2000, une disposition a été introduite pour saisir les cas de patients assurés par le régime de santé d'une autre province. Dans de tels cas, l'ICIS ne peut valider que la longueur du champ de données, mais non le numéro lui-même. Par le passé, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest ont revu leur système de numérotation (p. ex. remplacement d'un numéro familial par un numéro individuel) et ont émis de nouveaux numéros d'assurance-maladie. Toutefois, l'ICIS ne possède pas l'information nécessaire pour coupler les anciens et les nouveaux systèmes de numérotation. Les utilisateurs doivent donc faire preuve de prudence lorsqu'ils utilisent le numéro d'assurance-maladie à des fins de couplage.

Veillez prendre note que l'ICIS, conformément à sa politique sur le respect de la vie privée et la confidentialité¹², ne transmet que des numéros d'assurance-maladie encodés aux utilisateurs externes.

Variations de codification

La préoccupation concernant l'incidence potentielle de la variation des pratiques de saisie et de codification des hôpitaux sur la comparabilité des données a mené à la production du document *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD), exercices de 1996-1997 à 2000-2001*¹³, accessible sur le site Web de l'ICIS. Veuillez consulter ce document pour obtenir les détails de l'analyse.

Soumissions du Manitoba à la BDCP

Tous les hôpitaux du Manitoba ont commencé à soumettre des abrégés sur les sorties des patients directement à la BDCP en avril 2004. Jusqu'à la fin de l'exercice 2003-2004 (le 31 mars 2004), seule la région de Winnipeg soumettait des abrégés sur les sorties à la BDCP, tandis que Santé Manitoba soumettait des fichiers de données annuels à la BDMH.

Avant 2004-2005, dans la BDMH, quatre numéros d'établissement étaient utilisés au Manitoba comme pseudo-numéros d'établissement pour le suivi des résidents manitobains traités à l'extérieur de la province. Lorsque le Manitoba a commencé à soumettre ses données directement à la BDCP en avril 2004, ces quatre numéros d'établissement ont été remis en circulation et attribués à des établissements qui déclarent des données à la BDCP.

Cette situation a une incidence sur les analyses de tendances de tous les exercices qui comprennent des données provenant de ces quatre établissements.

Changements apportés au traitement des données du Québec à l'ICIS depuis 2006-2007

Lorsque le Québec a adopté la CIM-10-CA et la CCI pour la codification des données cliniques le 1^{er} avril 2006, l'ICIS a saisi cette occasion unique d'améliorer le processus d'intégration des données MED-ÉCHO à la BDCP. La révision des règles de mappage, effectuée conjointement par l'ICIS et le MSSS, a permis de verser plus d'éléments de données du Québec que jamais auparavant dans la BDMH. Par exemple, il est désormais possible d'ajouter des valeurs tirées de MED-ÉCHO à l'élément de données Type du diagnostic de la BDCP, malgré d'importantes restrictions sur le plan des comorbidités présentes à l'admission et des diagnostics secondaires. Bien que le Québec ait adopté la CIM-10-CA et la CCI pour la codification des renseignements cliniques, il n'a pas pleinement mis en œuvre les Normes canadiennes de codification. Le MSSS a publié des directives de codification qui, à quelques exceptions près (principalement liées aux différences entre l'élément Type du diagnostic de la BDCP et l'élément Caractéristique du diagnostic dans MED-ÉCHO), sont similaires aux Normes de codification canadiennes.

À la suite de l'intégration des données MED-ÉCHO de l'exercice 2006-2007 dans la BDMH, un volume élevé de codes de diagnostic et d'intervention compris dans les données de MED-ÉCHO n'ont pas satisfait aux vérifications en vigueur dans la BDCP, ce qui rendait les données inutilisables pour certaines analyses. Par conséquent, pour assurer l'intégrité des données du Québec et veiller à ce qu'elles soient propres à l'utilisation, les éléments de données de MED-ÉCHO ne satisfaisant pas aux vérifications n'ont pas été remplacés systématiquement par la valeur Z. L'enregistrement et l'élément de données rejetés ont plutôt été signalés et reliés à une table de correspondance indiquant

la nature du rejet. Les analystes doivent examiner de près les données du Québec et décider, pour chaque analyse, s'il est préférable d'inclure ou d'exclure les enregistrements du Québec.

Attribution des types du diagnostic aux données du Québec par l'ICIS

Le type du diagnostic est attribué par les établissements déclarants dans les provinces et territoires qui soumettent des données à la BDCP, mais cet élément de données n'existe pas dans le fichier MED-ÉCHO. Ce dernier comprend toutefois l'élément de données Caractéristique du diagnostic, qui correspond à l'élément Type du diagnostic de la BDCP. Une nouvelle méthodologie a été appliquée à compter de 2006-2007 afin de dériver les types du diagnostic. Tous les types du diagnostic attribués cadrent avec les définitions de la BDCP.

La définition de la comorbidité avant l'admission est appliquée de façon uniforme dans l'ensemble des provinces et territoires qui déclarent des données à la BDCP. Les établissements déclarants attribuent un code de type 1 à ces diagnostics. L'ICIS a donc initialement attribué le type 1 aux données du Québec, pour se rendre compte que le nombre de diagnostics de type 1 dépassait de beaucoup les estimations établies en fonction des chiffres obtenus dans les autres provinces et territoires. Cette irrégularité est probablement due à la présence d'une valeur par défaut erronée dans le système MED-ÉCHO, en raison de laquelle certains diagnostics secondaires ont été classés incorrectement dans la catégorie « comorbidité avant l'admission ». Pour tenir compte du fait qu'au Québec, les diagnostics de type 1 comprenaient également certains diagnostics secondaires mal catégorisés dans MED-ÉCHO, une nouvelle valeur a été attribuée uniquement aux enregistrements du Québec. Le diagnostic de type C a ainsi été créé parce que l'ICIS ne peut distinguer les diagnostics de type 1 des diagnostics de type 3 qui ont reçu par erreur une valeur par défaut dans le système MED-ÉCHO.

Données géographiques du Québec

À l'exception du Québec, l'ensemble des provinces et territoires soumettent les codes postaux complets de six caractères à l'ICIS. Jusqu'en 2006-2007, le Québec ne soumettait que les trois premiers caractères des codes postaux, soit la région de tri d'acheminement (RTA), qui correspond au niveau d'agrégation le plus bas. Depuis 2006-2007, l'information géographique que fournit le Québec sur les patients consiste en un code postal de deux caractères représentant la province ou le territoire de résidence, de même qu'un code de région administrative attribué par le MSSS pour les résidents du Québec. Bien que ces données puissent servir à regrouper les résidents du Québec par région et les résidents du Canada par province ou territoire de résidence, le niveau de granularité n'est plus suffisant pour déterminer la RTA.

Type de diagnostic 0

Dans la BDCP, le type de diagnostic 0 est limité aux codes de nouveau-nés uniquement lorsque la catégorie d'admission est N (Nouveau-né). La notion de type de diagnostic n'existe pas dans MED-ÉCHO. À la suite de consultations internes, il n'a pas été possible de déterminer un besoin pour ce type de diagnostic. Pour cette raison, à partir de l'exercice 2009-2010, les enregistrements du Québec ne comprendront pas de type de diagnostic 0 associé aux codes de diagnostic.

4.2 Changements majeurs en 2010-2011

Aucun changement majeur à signaler.

4.3 Changements prévus

Aucun changement majeur n'est prévu à l'heure actuelle.

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) qui les rendent similaires à d'autres bases de données.

En effectuant des analyses au fil du temps ou à l'échelle provinciale ou territoriale, il faut savoir que pour un exercice donné, la collecte d'un élément de données peut être obligatoire, facultative ou définie de façon variable, en fonction des décisions prises par le ministère de la Santé de la province ou du territoire en question. Il est possible d'observer les changements dans le temps en consultant les documents annuels (p. ex. le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*¹). De plus, le personnel de la BDMH peut répondre aux questions sur les changements apportés aux éléments de données au fil du temps.

5.1 Géographie

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.

À l'exception du Québec, l'ensemble des provinces et territoires soumettent les codes postaux complets de six caractères à l'ICIS. Les trois premiers caractères, ou RTA, correspondent au niveau d'agrégation le plus bas auquel les utilisateurs externes ont accès en vertu de la politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité¹². La diffusion de données sur de petits secteurs géographiques peut également faire l'objet de restrictions aux fins de confidentialité. Les demandes spéciales doivent être approuvées par l'équipe du respect de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité de l'ICIS.

Dans le cas de quelques régions rurales, le code postal ne reflète pas nécessairement le lieu de résidence des patients, en raison de l'utilisation des cases postales, qui peuvent être situées dans une région différente du lieu de résidence. Les codes postaux des régions rurales peuvent également s'appliquer à plus d'un secteur de dénombrement, réduisant ainsi la capacité de déterminer le lieu précis de résidence.

Depuis 2006-2007, l'information géographique que fournit le Québec sur les patients consiste en un code postal de deux caractères représentant la province ou le territoire de résidence, de même qu'un code de région administrative attribué par le MSSS pour les résidents du Québec. Bien que ces données puissent servir à regrouper les résidents du Québec par région et les résidents du Canada par province ou territoire de résidence, le niveau de granularité n'est plus suffisant pour déterminer la RTA.

5.2 Établissement

Deux numéros permettent d'identifier un établissement dans la BDMH. Le premier est le numéro d'établissement, attribué par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Dans la BDMH, on ajoute un préfixe de province ou de territoire au numéro d'établissement pour le rendre unique. Cette façon de faire s'applique à l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec. Les numéros d'établissement du Québec comportent initialement huit caractères, mais sont réduits à cinq caractères pour la soumission des données à la BDMH. Dans la BDMH, le numéro d'établissement doit être combiné à l'élément de données « Code de la province de déclaration » pour garantir l'identification correcte d'un établissement.

Le deuxième numéro, unique à une province ou à un territoire, est le Institutional Care Facility Master Inventory (ICFMI). Par le passé, Statistique Canada attribuait ce numéro aux nouveaux établissements. Aujourd'hui, cette tâche revient à l'ICIS.

Les renseignements permettant d'identifier les établissements ne sont pas diffusés sans l'autorisation de l'équipe du respect de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité de l'ICIS. Pour en savoir davantage sur les restrictions relatives au numéro d'établissement, consultez la section 4.1.

5.3 Période de référence

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

5.4 Personne

Le nom et l'adresse des patients ne sont pas consignés dans la BDMH. Les numéros d'assurance-maladie (NAM) individuels sont attribués par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. L'ICIS reçoit les NAM complets (qui peuvent être chiffrés avant d'être soumis), puis les encode au moyen d'un algorithme standard. Ces numéros n'étant uniques qu'au sein d'une province ou d'un territoire donné, la BDMH saisit une variable représentant la province ou le territoire d'émission. Le NAM et l'élément de données « Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie » peuvent être combinés avec les valeurs d'autres champs comme la date de naissance, le sexe et le code postal pour cerner le profil d'une personne unique dans la BDCP sans pour autant révéler l'identité de cette personne.

Le NAM, la date de naissance et le code postal complet ne sont habituellement pas divulgués aux utilisateurs externes. L'accès à ces données et aux autres éléments de données protégés de même que l'utilisation des données de la BDMH aux fins d'études de couplage des données nécessitent l'autorisation préalable de l'équipe du respect de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité de l'ICIS.

5.5 Validation des sources externes

Soumission des données à la BDCP

Les volumes de cas soumis à la BDCP peuvent être comparés aux rapports de recensement des hôpitaux et aux systèmes internes de ces mêmes établissements. Les établissements reçoivent des rapports concernant le nombre d'enregistrements reçus et traités par l'ICIS pour chaque période et peuvent comparer ces chiffres au nombre d'enregistrements qu'ils ont soumis et au nombre de patients dont l'admission et la sortie ont été consignées.

Soumission des données du Québec

Pour les établissements du Québec, le MSSS se charge de la mise à jour et de la validation de la base de sondage avant la clôture de sa base de données sur les sorties des patients hospitalisés et avant la soumission de ses fichiers de données à la BDMH.

6 Limites générales des données

Les limites des données sont relevées et examinées au moment du traitement et de la vérification des données ainsi que dans le cadre de mesures de contrôle de la qualité des données au sein de la section de la BDMH. Instauré en 2000-2001, le cadre de la qualité des données de l'ICIS est une stratégie d'évaluation de la qualité des données utilisée dans toutes les bases de données et tous les registres de l'ICIS. Ce cadre repose sur cinq dimensions de la qualité :

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

Les limites présentées ci-dessous concernent principalement l'exactitude (couverture, non-réponse, biais dans les réponses, vérifications et imputations), la comparabilité (équivalence, couplage, normalisation et comparabilité rétrospective) et l'actualité des données. Pour de plus amples renseignements sur le cadre de la qualité des données de l'ICIS¹⁴, consultez le site Web de l'ICIS.

6.1 Exactitude

L'exactitude renvoie à la précision avec laquelle l'information contenue dans la base de données, ou qui découle de celle-ci, reflète la réalité qu'elle doit mesurer.

Couverture

La tâche de validation de la base de sondage de la BDMH incombe dans les faits aux provinces et aux territoires, puisque ce sont eux qui déterminent à l'avance quels sont les établissements qui doivent soumettre des données à la BDCP ou à MED-ÉCHO.

Il y a **surdénombrement** lorsque des unités qui n'appartiennent pas à la population de référence sont incluses dans la base de sondage, ce qui risque de fausser les résultats des analyses réalisées auprès de la population de référence. La population de référence de la BDMH est constituée d'abrégés de patients hospitalisés en soins de courte durée. Toutefois, il est arrivé que des établissements utilisent la BDMH pour saisir des données relevant d'autres niveaux de soins, dont les soins pour malades chroniques et la réadaptation. La présence de données sur des soins autres que les soins de courte durée ne constitue pas un surdénombrement, puisque des conclusions peuvent être formulées sur la population de référence en excluant les enregistrements en question à l'aide du code du type d'établissement analytique. On recommande aux utilisateurs de se servir de cet élément pour identifier les abrégés de patients hospitalisés en soins de courte durée.

Il y a **sous-dénombrement** lorsqu'une partie de la population de référence n'est pas incluse dans la base de sondage, au risque de biaiser les résultats des analyses réalisées auprès de la population de référence. Aucune source de sous-dénombrement n'a été relevée dans la BDMH en 2010-2011, puisque les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé obligent les établissements de soins de courte durée à soumettre des données à la BDCP ou à MED-ÉCHO. Le sous-dénombrement diffère de la non-réponse, qui se produit lorsque des établissements inclus dans la base de sondage ne soumettent pas tous les abrégés pour une période particulière (pour de plus amples renseignements, voir les points Non-réponse de l'unité et Non-réponse aux éléments).

Un certain nombre de problèmes de couverture ont été cernés dans les données de 2010-2011 :

- **Changements survenus dans les établissements** : Tout au long d'un exercice, des établissements ouvrent, d'autres ferment, et d'autres encore sont fusionnés. Certains établissements ont fermé leurs portes, d'autres ont soumis des données pour un niveau de soins différent et d'autres ont été retirés de la base de sondage au cours de l'exercice. Parmi les numéros d'établissement déclarés en 2009-2010, quatre établissements de soins de courte durée n'étaient plus valides en 2010-2011. Un d'entre eux se trouvait au Nouveau-Brunswick, un en Ontario, un en Saskatchewan et un en Colombie-Britannique. Aucun établissement déclaré en 2010-2011 n'existait en 2009-2010. En 2010-2011, en date du 1^{er} octobre 2010, trois établissements de soins de courte durée de l'Ontario ont changé de numéro. Ils ont tous utilisé deux numéros d'établissement valides pour soumettre leurs données en 2010-2011.
- **Abrégés excédentaires potentiels** : Pour détecter les abrégés excédentaires potentiels dans la BDMH, l'ICIS cherche les abrégés qui présentent des valeurs identiques pour plusieurs éléments de données sélectionnés, dont 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 et le poids. L'ICIS n'est pas en mesure de déterminer si des abrégés ont réellement été soumis plus d'une fois sans obtenir la confirmation des gouvernements provinciaux et territoriaux. En 2010-2011, la population de référence de la BDMH contenait 220 abrégés qui pourraient avoir été soumis plus d'une fois (dont trois en provenance du Québec). On a dénombré 180 abrégés soumis en double et 20 en triple. Le nombre élevé d'abrégés excédentaires en 2010-2011 est attribuable à un établissement de l'Ontario qui a soumis 148 abrégés en double et 20 en triple.
- **Attribution du type d'établissement analytique** : Aucune source de surdénombrement ou de sous-dénombrement n'a été décelée après la clôture de l'exercice 2010-2011 de la BDCP.

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. Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer si un abrégé a été soumis pour chaque épisode de soins, il est très peu probable, compte tenu des lois et des mandats provinciaux et territoriaux, qu'un nombre significatif d'abrégés manquent au dénombrement. Chaque ministère de la Santé oblige les hôpitaux de sa province ou de son territoire à soumettre tous les abrégés d'un exercice à la BDCP (ou à MED-ÉCHO au Québec). De plus, la législation provinciale et territoriale oblige les hôpitaux à ouvrir un dossier de santé pour toutes les personnes examinées à l'hôpital. Dans plusieurs provinces, le financement des hôpitaux dépend de la soumission complète des données relatives à chaque patient de l'établissement.

Une non-réponse au niveau de l'établissement se produit quand aucune donnée n'est soumise pour toute une période comptable, ou encore quand un établissement complet omet de soumettre des données. Deux établissements valides de l'Ontario n'ont pas soumis de données à l'ICIS en 2010-2011 en raison d'un manque de personnel. Au total, 236 abrégés n'ont pas été déclarés à l'ICIS. Les données manquantes de ces deux établissements constituent une non-réponse au niveau de l'établissement, car aucune donnée n'a été soumise pour la durée totale de l'exercice. Le taux de non-réponse au niveau de l'établissement pour la BDCP de 2010-2011 était de 0,23 %.

Non-réponse aux éléments

Une non-réponse aux éléments désigne la proportion de champs obligatoires laissés vides dans les abrégés.

Dans le cas des provinces et des territoires qui déclarent des données à la BDCP, le taux de réponse pour un élément particulier dépend grandement du statut obligatoire ou facultatif de la soumission de cet élément de données à l'ICIS. Tous les champs obligatoires doivent être remplis, sans exception.

Les valeurs manquantes non corrigées et les données invalides inscrites dans des champs obligatoires sont converties par défaut à la valeur Z. Le code postal, la date de naissance, la date d'admission et la date de sortie comptent parmi les éléments de données obligatoires pour l'ensemble des provinces et des territoires qui déclarent des données à la BDCP (moins de 0,01 % des abrégés comportaient des valeurs manquantes ou des erreurs d'incohérence).

Dans le cas des établissements du Québec, la décision de Statistique Canada ou du gouvernement provincial de rendre un élément de données obligatoire ou facultatif influence grandement le taux de réponse pour un élément particulier. En 2006-2007, l'ICIS a modifié ses pratiques en ce qui concerne les valeurs manquantes ou invalides dans les données du Québec. Dans la BDCP, les champs obligatoires qui portent une valeur manquante ou invalide reçoivent par défaut la valeur Z. Toutefois, le processus de vérification des données du Québec a été modifié de façon à ce qu'un élément de données qui ne satisfait pas aux vérifications de la BDCP ne soit pas systématiquement remplacé par la valeur Z. L'enregistrement rejeté est plutôt signalé et relié à une table de correspondance qui indique la nature du rejet. Les analystes doivent examiner de près les données du Québec et décider, pour chaque analyse, s'il est préférable d'inclure ou d'exclure les enregistrements du Québec.

En 2010-2011, environ 37,2 % des abrégés provenant du fichier MED-ÉCHO comportaient des valeurs manquantes ou des données invalides. Ils ont donc été signalés par un indicateur d'écart et répertoriés dans le registre des écarts du Québec. Le taux de non-réponse aux principaux éléments de données est très faible dans la BDMH; il se chiffre habituellement à moins de 0,1 %. Le taux s'élève toutefois à 2,2 % en ce qui a trait au numéro d'assurance-maladie. Par ailleurs, les données soumises par le Québec contiennent l'âge plutôt que la date de naissance et un code postal de deux caractères plutôt que le code postal complet.

Biais dans les réponses

Le biais dans les réponses découle des erreurs qui surviennent de manière systématique dans la codification d'un élément de données. Le rapport de l'ICIS intitulé *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD), exercices de 1996-1997 à 2000-2001*¹³ révèle que les variations dans la codification résultent des différentes interprétations des directives de codification et de déclaration ainsi que des différentes méthodes de documentation des établissements. Bien que la seconde saisie des données de 2001-2002 et 2002-2003 de la BDCP ait révélé que le problème de typage des diagnostics était toujours présent, l'analyse préliminaire des données de 2003-2004 et 2004-2005 semblait indiquer que les variations de codification s'atténuent.

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. La première partie (première année) de l'étude,

intitulée *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2005-2006*⁷, consistait à évaluer la qualité des données cliniques et non cliniques enregistrées dans la BDCP de 2005-2006 pour l'ensemble des provinces et territoires canadiens ainsi qu'à cerner les problèmes liés aux variations de codification. Les résultats de l'étude de 2005-2006 ont été transmis à l'hiver 2008 à l'ensemble des établissements et des provinces participants. Un rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis août 2009.

La deuxième partie (deuxième année) de l'étude, intitulée *Étude de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2006-2007*⁸, s'intéressait aux interventions utilisées par la méthodologie des groupes clients et englobait la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario. Les résultats de l'étude ont été transmis à l'été et à l'automne 2009 aux établissements et provinces participants; un rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis novembre 2009.

La troisième étude, intitulée *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2007-2008*⁹, portait sur les données liées à des problèmes de santé précis dans la BDCP de 2007-2008. Les résultats ont été envoyés aux établissements participants en février 2010 et aux provinces participantes en avril 2010. Le rapport sommaire est accessible sur le site Web de l'ICIS depuis mai 2010.

Une quatrième étude, l'*Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009*¹⁵, s'est intéressée aux données sur les accidents vasculaires cérébraux et les traitements thrombolytiques dans la BDCP de 2008-2009. Les rapports destinés aux établissements et aux provinces ont été transmis à l'été 2010, tandis que la publication du rapport sommaire a eu lieu sur le site Web de l'ICIS en janvier 2011.

Les données du Québec constituent 23 % des données de la BDMH, le reste provenant de la BDCP. Aucune étude de seconde saisie n'a été menée sur la BDMH, mais il n'y a aucune raison de croire que le biais y est important. Des comparaisons interprovinciales portant sur divers indicateurs (comme les taux de mortalité à l'hôpital) ne révèlent aucune différence entre le Québec et les autres provinces qui déclarent des données à la BDCP.

Vérifications et imputations

Établissements déclarant des données à la BDCP

En plus d'être exhaustive, la structure de vérification de la BDCP est conçue pour repérer les incohérences. Plus de 800 vérifications sont menées dans la base de données. Les erreurs sont signalées soit à l'aide de la valeur par défaut Z, soit par un message d'avertissement. Le client est ensuite appelé à soumettre un abrégé corrigé. Les étapes de correction et de vérification sont

répétées jusqu'à ce que le client ait fourni des abrégés corrects ou jusqu'à la clôture de la base de données à la fin de l'année. Avant la clôture de l'exercice, les clients peuvent également soumettre les abrégés manquants au cours d'une période de soumission précédente ou supprimer les abrégés en double repérés au cours d'analyses ultérieures. L'ICIS relève les erreurs restantes et inscrit la valeur par défaut Z dans le champ correspondant.

En plus des valeurs de données, le processus de vérification vise également un certain nombre d'interrelations. Les clients peuvent ainsi recevoir un message d'erreur pour un champ dont la valeur, bien qu'elle soit valide, ne respecte pas certaines relations logiques. Afin d'en garantir la pertinence et la cohérence, les vérifications sont revues et mises 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. Des scénarios et des spécifications d'essai sont créés conformément aux lignes directrices internes pour toutes les nouvelles vérifications afin de garantir qu'elles fonctionnent correctement.

Établissements du Québec

Les fichiers de données de MED-ÉCHO font l'objet de vérifications par le Québec avant la clôture de la base de données. Le MSSS soumet ensuite un fichier MED-ÉCHO annuel à l'ICIS. Après le mappage et le formatage des données en fonction du fichier BDCP-BDMH, les vérifications en vigueur dans la BDCP sont effectuées.

À la suite de l'intégration des données MED-ÉCHO de l'exercice 2006-2007 dans la BDMH, un volume élevé de codes de diagnostic et d'intervention compris dans les données de MED-ÉCHO n'ont pas satisfait aux vérifications en vigueur dans la BDCP, ce qui rendait les données inutilisables pour certaines analyses. Par conséquent, pour assurer l'intégrité des données du Québec et veiller à ce qu'elles soient propres à l'utilisation, les éléments de données de MED-ÉCHO ne satisfaisant pas aux vérifications n'ont pas été remplacés systématiquement par la valeur Z. L'enregistrement et l'élément de données rejetés ont plutôt été signalés et reliés à une table de correspondance indiquant la nature du rejet. Les analystes doivent examiner de près les données du Québec et décider, pour chaque analyse, s'il est préférable d'inclure ou d'exclure les enregistrements du Québec.

6.2 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) qui les rendent similaires à d'autres bases de données.

Équivalence

L'année de données 2010-2011 est la dixième année où les données du Québec sont traitées dans la base de données intégrée BDCP-BDHM. Il existait des différences fondamentales dans la méthode de traitement des données en vigueur dans les deux bases avant leur fusion (c.-à-d. quand les deux bases de données étaient séparées). Plus particulièrement, les règles de vérification, la manipulation des données et la façon de gérer les erreurs différaient d'une base de données à l'autre. La fusion a permis de rationaliser les règles de traitement et les processus de vérification de la BDMH aux fins d'uniformisation avec la BDCP, éliminant ainsi les différences.

Les établissements du Québec ne soumettent pas de données à la BDCP. Ces établissements ne suivent donc ni les normes de l'ICIS en général, ni les directives de saisie de la BDCP. Avec la participation du MSSS du Québec, l'ICIS effectue le mappage des données du Québec aux valeurs de la BDCP afin de permettre les analyses comparatives, y compris la production de rapports pancanadiens et la réalisation de comparaisons provinciales significatives. L'équipe de la BDMH à l'ICIS, en collaboration avec des représentants du Québec, a élaboré et continue de mettre à jour les règles de mappage des données du Québec et les documents qui s'y rapportent. Les règles de mappage des données de 2010-2011 ont été testées rigoureusement pour en évaluer la cohésion. Une fois le mappage terminé, on en a confirmé l'exactitude en comparant les valeurs obtenues avec les données brutes. Le mappage n'a soulevé aucun problème important touchant les données du Québec.

Pour la première fois, en 2006-2007, toutes les provinces et tous les territoires ont adopté les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. Le changement des systèmes de classification a donné lieu à un certain nombre de problèmes pour les utilisateurs qui souhaitaient établir des tendances chronologiques à partir des données. L'ICIS encourage fortement les utilisateurs de données à les analyser à l'aide du système de classification ayant servi à la collecte. Le tableau 4 de la section 4.1 indique les dates de mise en œuvre des nouvelles classifications dans chaque province et territoire.

Couplage

- **Les systèmes de numéros d'assurance-maladie évoluent** : Les normes, les vérifications et les processus provinciaux relatifs aux NAM ont changé au fil des ans. L'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest ont revu leur système de numérotation (p. ex. remplacement d'un numéro familial par un numéro individuel) et ont émis de nouveaux NAM. 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 NAM à des fins de couplage. Veuillez prendre note que l'ICIS, conformément à sa politique sur le respect de la vie privée et la confidentialité¹², ne transmet que des numéros d'assurance-maladie encodés aux utilisateurs externes.
- **Codes de version des NAM de l'Ontario** : Un code de version peut être ajouté à la fin de certains NAM de l'Ontario (c.-à-d. les numéros de plus de 10 caractères). Ces codes ont été ajoutés pour garantir que le NAM 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. De plus, ces codes ne sont pas toujours consignés dans les abrégés de la BDCP et de la BDMH. Quand une nouvelle carte d'assurance-maladie de l'Ontario est émise ou qu'une carte est remplacée, le numéro 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 NAM ou du NAM chiffré.
- **Numéro d'assurance-maladie chiffré** : Comme l'ICIS utilise un processus de chiffrement uniforme, il est possible de coupler les données d'un exercice à l'autre. Toutefois, puisque la valeur 000000000000 est attribuée aux NAM invalides ou manquants, ceux-ci doivent 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'un secteur de dénombrement, il devient difficile de déterminer précisément le lieu de résidence. La RTA (les trois premiers caractères du code postal) représente généralement le niveau d'agrégation le plus bas auquel les utilisateurs externes ont accès en vertu de la politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité¹². La diffusion de données sur de petits secteurs géographiques peut également faire l'objet de restrictions aux fins de confidentialité.

- **Jumelage impossible entre les dossiers des mères et des bébés :**
L'abrégié de la CIM-10-CA qu'utilise la BDCP permet de saisir l'information servant au jumelage du dossier d'une mère à celui de son bébé. Pour les provinces et les territoires qui déclarent des données à la BDCP, l'élément de données « Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né » permet d'inscrire le numéro de dossier du bébé sur l'abrégié de la mère et, inversement, le numéro de dossier de la mère sur l'abrégié de son enfant. Pour le Québec, toutefois, un seul numéro peut servir au jumelage, soit le numéro de dossier de la mère, inscrit sur l'abrégié de son enfant. Les utilisateurs doivent être au fait de ces différences et savoir que dans les provinces et territoires déclarants, le dossier d'une mère et celui de son bébé ne peuvent pas toujours être jumelés, car certains établissements n'ont pas adopté les directives de l'ICIS en ce qui concerne la codification de ces champs.
- **NAM incomplets des nouveau-nés :** Les provinces et les territoires ont leurs propres directives de codification pour les NAM des nouveau-nés. Certains provinces et territoires inscrivent systématiquement les codes 0 ou 1, ou encore le NAM de la mère sur l'abrégié des nouveau-nés. Ailleurs, on attribue aux nouveau-nés un NAM valide avant qu'ils ne quittent l'établissement. Si le nouveau-né n'a pas reçu de NAM valide avant de quitter l'établissement, la valeur 000000000000 est inscrite par défaut dans la BDCP. Cette mesure empêche l'établissement de liens ultérieurs avec cet enregistrement. Bien que le NAM ne soit pas obligatoire pour les nouveau-nés au Québec, seuls quelques abrégés de nouveau-nés n'ont pas de NAM. Dans les cas de NAM manquant, on attribue aussi la valeur par défaut 000000000000.

Normalisation

- **Variations provinciales et territoriales dans la collecte des données :**
Dans une province ou un territoire, la collecte d'un élément de données peut être obligatoire, facultative ou définie de façon variable, en fonction des décisions prises par le ministère de la Santé de la province ou du territoire en question. Les taux de réponse aux éléments de données facultatifs sont généralement bas. Les utilisateurs doivent tenir compte de ces variations lorsqu'ils analysent les données.
- **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 d'atténuer les différences entre les définitions d'une province et d'un territoire à l'autre et de faciliter les comparaisons à l'échelle nationale, le code du type d'établissement analytique est employé dans la BDMH. Il s'agit d'un élément de données attribué par l'ICIS dans les cas où le type d'établissement assigné à un numéro d'établissement ne correspond pas au type de soins dispensés. Avant de l'attribuer, l'ICIS consulte les établissements et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé afin de confirmer les niveaux de soins dispensés. Les types d'établissements

déterminés par les provinces et les territoires demeurent dans la base de données, dans le champ réservé au 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 rétrospective

- **Les systèmes de numéros d'assurance-maladie évoluent** : Les normes, les vérifications et les processus provinciaux relatifs aux NAM ont changé au fil des ans. L'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest ont revu leur système de numérotation (p. ex. remplacement d'un numéro familial par un numéro individuel) et ont émis de nouveaux NAM. 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 NAM à des fins de couplage. Veuillez prendre note que l'ICIS, conformément à sa politique sur le respect de la vie privée et la confidentialité¹², ne transmet que des numéros d'assurance-maladie encodés aux utilisateurs externes.
- **Codes de version des NAM de l'Ontario** : Un code de version peut être ajouté à la fin de certains NAM de l'Ontario (c.-à-d. les numéros de plus de 10 caractères). Ces codes ont été ajoutés pour garantir que le NAM 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. De plus, ces codes ne sont pas toujours consignés dans les abrégés de la BDCP et de la BDMH. Quand une nouvelle carte d'assurance-maladie de l'Ontario est émise ou qu'une carte est remplacée, le numéro de 10 chiffres demeure le même, mais le code de version change. Le couplage des données au fil des ans ne doit donc se faire qu'à partir des 10 premiers caractères du NAM ou du NAM chiffré.
- **Numéro d'assurance-maladie chiffré** : Comme l'ICIS utilise un processus de chiffrage uniforme, il est possible de coupler les données d'un exercice à l'autre. Toutefois, puisque la valeur 000000000000 est attribuée aux NAM invalides ou manquants, ceux-ci doivent 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 différents numéros en raison de fusions, de fermetures ou de changements dans les types de soins dispensés par l'établissement.

6.3 Actualité

Actualité des données au moment de la diffusion

Idéalement, le délai entre la fin de la période de référence et la date de diffusion de la BDMH devrait être raisonnablement bref (12 mois ou moins). Alors que les données de la BDCP sont envoyées sur une base mensuelle, les données de MED-ÉCHO sont envoyées dans un seul fichier annuel, généralement plusieurs mois après la fin de la période de référence. L'ICIS a reçu le fichier de données de MED-ÉCHO à la fin novembre 2011. Le traitement des données de la BDMH de 2010-2011 a été effectué en deux mois et demi, au cours desquels les changements apportés aux fichiers de données (décrits à la section 4.1) ont été mise en œuvre. La diffusion des données de 2010-2011 de la BDMH a eu lieu 12 mois après la fin de la période de référence.

6.4 Facilité d'utilisation

Aucun problème n'a été relevé.

6.5 Pertinence

Aucun problème n'a été relevé.

7 Renseignements

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'ICIS à l'adresse morbidite@icis.ca.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *DAD Abstracting Manual (for Use With ICD-10-CA/CCI) 2010–2011 [Manuel de saisie de l'information, BDCP (pour utilisation avec la CIM-10-CA/CCI) 2010-2011]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.
2. 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]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007. Consulté en février 2012. Internet : <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services_dad>.
3. 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]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2002. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Discharge Abstract Database (DAD) CMG/Plx Data Quality Re-Abstraction Study [La Base de données sur les congés des patients (DAD) — étude de la qualité des données CMG/Plx]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2003. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Data Quality of the Discharge Abstract Database Following the First-Year Implementation of ICD-10-CA/CCI—Final Report [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]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2004. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.

6. Institut canadien d'information sur la santé, *Reabstraction Study of the Ontario Case Costing Facilities for Fiscal Years 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], Ottawa (Ont.), ICIS, 2005. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.
7. 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], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2006–2007 Discharge Abstract Database* [Étude de la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2006-2007], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.
9. 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], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *ICD-10-CA and CCI Evolution Tables, 2006*, [La CIM-10-CA et la CCI, tableaux d'évolution, 2006], Ottawa (Ont.), ICIS, 2006. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/standards+and+data+submission/standards/classification+and+coding/cihi010689>>.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI, 2006* [Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2006], Ottawa (Ont.), ICIS, 2006. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/standards+and+data+submission/standards/classification+and+coding/cihi010689>>.

12. Institut canadien d'information sur la santé, *Privacy Policy on the Collection, Use, Disclosure and Retention of Personal Health Information and De-Identified Data, 2010* [Politique de respect de la vie privée relative à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements personnels sur la santé et des données dépersonnalisées 2010], Ottawa (Ont.), ICIS, 2010. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/about+cihi/privacy+and+security/privacy/cihi012325>>.
13. Institut canadien d'information sur la santé, *Coding Variations in the Discharge Abstract Database (DAD) Data, FY 1996–1997 to 2000–2001* [Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD), exercices de 1996-1997 à 2000-2001], Ottawa (Ont.), ICIS, 2003. Consulté en février 2012. Internet : <<https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=en&Lang=en-US>>.
14. Institut canadien d'information sur la santé, *The CIHI Data Quality Framework, 2009* [Cadre de la qualité des données 2009 de l'ICIS], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009. Consulté en février 2012. Internet : <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/DATA_QUALITY_FRAMEWORK_2009_EN>.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2008–2009 Discharge Abstract Database* [Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009], Ottawa (Ont.), ICIS, 2010. Consulté en février 2012. Internet : <<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>>.

Tous droits réservés.

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

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

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

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

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

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