



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



Notre vision

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

Notre mandat

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

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Abréviations	iii
1 Introduction	1
1.1 But	1
1.2 Aperçu de la Base de données sur la morbidité hospitalière	1
2 Couverture	3
2.1 Population de référence de la BDMH	3
2.2 Base de sondage de la BDMH	3
3 Collecte de données et normes	3
3.1 Collecte des données	3
3.2 Contrôle de la qualité des données	5
3.3 Normalisation	7
3.4 Couplage	8
4 Changements majeurs apportés à la BDMH	10
4.1 Changements apportés au traitement des données du Québec à l'ICIS depuis 2006-2007	10
4.2 Attribution des types du diagnostic aux données du Québec par l'ICIS	10
4.3 Changements apportés au mappage des données du Québec à l'ICIS	11
4.4 Soumissions du Manitoba à la BDCP et à la BDMH	11
Renseignements	11
Références	13

Abréviations

BDCP	Base de données sur les congés des patients
BDMH	Base de données sur la morbidité hospitalière
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CIM-9	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9 ^e révision
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, Canada
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux
ICD-9-CM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9 ^e révision, modification clinique (en anglais seulement)
ICFMI	Institutional Care Facility Master Inventory
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAM	Numéro d'assurance-maladie
RSC	Représentant du service à la clientèle
RTA	Région de tri d'acheminement
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires

1 Introduction

1.1 But

Le cadre de la qualité des données de l'ICIS a été conçu pour fournir une approche commune et objective d'évaluation de la qualité des données des bases de données et 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 présent rapport, *Document sur la qualité des données, Bases de données sur la morbidité hospitalière — Information pluriannuelle*, 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. Alors que ce rapport est produit de façon ponctuelle, le rapport associé *Document sur la qualité des données, Base de données sur la morbidité hospitalière — Information de l'année courante*¹ accompagne chacune des publications annuelles des données de la BDMH.

1.2 Aperçu de la Base de données sur la morbidité hospitalière

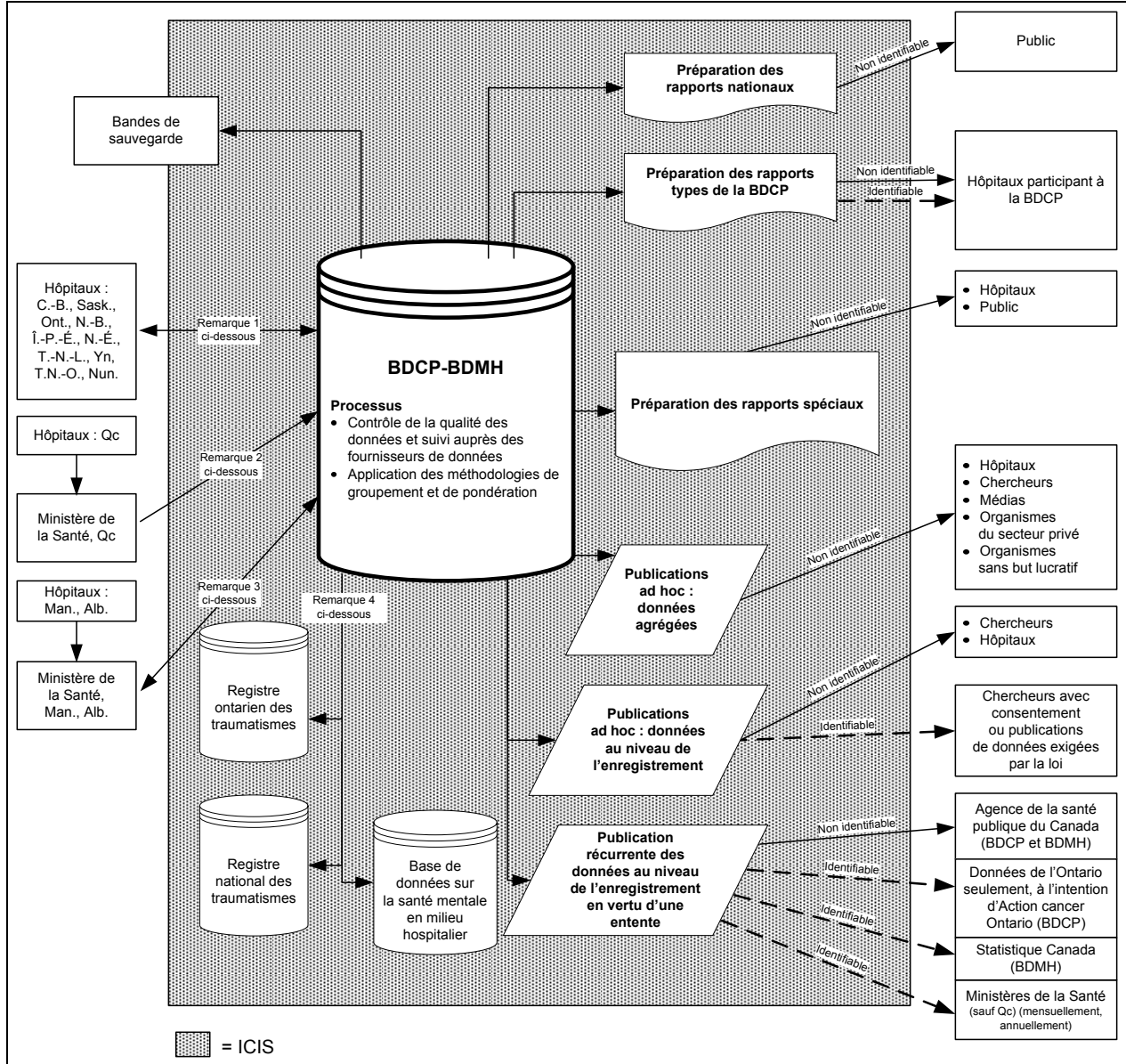
La BDMH est une banque de données nationale qui contient des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties de patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée. Les données sur les sorties proviennent de tous les établissements de soins de courte durée au Canada.

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.

La figure 1 illustre le cheminement des données, depuis les hôpitaux jusqu'à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la BDMH.

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



Remarques

1. Transmission ou correction de données par la BDCP.
2. Transmission de données par la BDMH.
3. Transmission ou correction de données par la BDCP (Manitoba et Alberta).
4. Sous-ensemble de données propre à la base de données ou au registre. Le chargement des données pour le Registre ontarien des traumatismes et le Registre national des traumatismes a été abandonné en 2012-2013.

2 Couverture

2.1 Population de référence de la BDMH

La population de référence comprend toutes les sorties de patients des établissements de soins de courte durée (à l'exception des mortinaissances et des donneurs décédés) ayant eu lieu au Canada du 1^{er} avril au 31 mars au cours d'un exercice. Toutes les données sur les soins de courte durée, sauf celles du Québec, sont soumises à la BDCP; les données sur les soins de courte durée du Québec sont soumises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec une fois par année et sont intégrées à la BDMH. Le *Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients*^{2,3} contient des renseignements détaillés au sujet de la BDCP.

La population de référence de la BDMH est habituellement définie par le type d'établissement analytique. 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. Le type d'établissement analytique a été intégré 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.

2.2 Base de sondage de la BDMH

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

3 Collecte de données et normes

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 abrégés 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'abrégé 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 abrégé contient des données sur les diagnostics, les interventions et les caractéristiques démographiques du patient ainsi que des renseignements administratifs.

Destiné aux établissements déclarant des données à la BDCP, le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*⁴ contient les définitions des éléments de données, les directives de collecte de données, les valeurs de données valides, les règles de validation et les descriptions des messages d'erreur. Les abonnés du Plan de base de l'ICIS peuvent accéder à une version PDF du manuel sur le site Web de l'ICIS. Ce manuel est utilisé par les clients, les chercheurs et les fournisseurs de logiciels de saisie de données.

La conformité aux normes de soumission et de codification énoncées dans le manuel assure que les données de l'ICIS reflètent de façon exacte les activités de l'établissement. Cette conformité est renforcée au moyen de vérifications avec avertissement ou avec rejet, de séances de formation et de soutien continu auprès des clients.

Le format de l'abrégé de la BDCP a changé en 2001-2002 pour permettre l'adoption des systèmes de classification CIM-10-CA et CCI et des *Normes canadiennes de codification*, qui s'est faite progressivement dans les provinces et les territoires. Les normes de codification de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA) sont 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 la norme canadienne de classification des interventions en soins de santé.

Depuis 2004-2005, l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, soumettent des données à la BDCP en utilisant les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. À compter de 2006-2007, le Québec a commencé à soumettre des données en utilisant les systèmes de classification CIM-10-CA et CCI. 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. La section 3.3.1 fournit des précisions sur la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI au pays.

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, en chirurgie d'un jour et dans certains établissements de réadaptation, d'établissements pour malades chroniques et d'établissements psychiatriques. Le MSSS du Québec soumet un fichier annuel à l'ICIS. 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 depuis 2006-2007, il n'a pas pleinement mis en œuvre les *Normes canadiennes de codification*. Le MSSS a publié des directives de codification similaires aux *Normes canadiennes de codification*, avec quelques différences, essentiellement 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.

3.1.2 Échéance de soumission des données

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

Les données de MED-ÉCHO sont soumises une fois par an. Elles sont habituellement reçues par l'ICIS à l'automne.

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.

3.2.1 Comparabilité

Il existait des différences fondamentales dans la méthode de traitement des données en vigueur dans les bases BDCP et BDMH 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.

3.2.2 Soumission des données à la BDCP

L'ICIS procède à plus de 900 vérifications d'éléments de données pendant le traitement de chaque abrégé afin de s'assurer que les données de chaque champ sont saisies dans le format exigé, qu'elles respectent les valeurs valides et qu'elles maintiennent des liens logiques avec les autres éléments de données. Pour la plupart des éléments de données, lorsque des erreurs sont décelées, la valeur par défaut Z est inscrite dans le champ (dans le cas des erreurs récurrentes), ou un message d'avertissement y est associé (dans le cas des erreurs intermittentes). Dans le cas de certains éléments de données, des valeurs numériques ou un champ vide permettent de représenter les données manquantes ou non valides. Le client reçoit alors un rapport électronique qui lui donne les détails de tous les abrégés et les champs dont le contenu a été établi par défaut ou qui contiennent un message d'erreur. Il doit dès lors corriger ces erreurs et soumettre les corrections. Les étapes de 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 fin de l'exercice, les clients peuvent soumettre les abrégés manquants ou supprimer les abrégés en double. Toutes les erreurs récurrentes 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 d'en garantir la pertinence et la cohérence, les vérifications sont revues et mises à jour tous les ans à mesure que de nouveaux éléments de données sont ajoutés, que des changements sont apportés à la base de données ou aux *Normes canadiennes de codification* et que de nouveaux problèmes liés à la qualité des données sont repérés.

Pour de l'information sur la BDCP, notamment le logiciel de saisie des données de la BDCP, le cycle annuel des changements apportés à la base de données, les groupes consultatifs, les représentants du service à la clientèle, le programme de formation et les études spéciales de l'ICIS, veuillez consulter le *Document sur la qualité des données, Base de données sur les congés des patients — Information pluriannuelle*³.

3.2.3 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 : 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. Par exemple, les numéros d'assurance-maladie (NAM) sont validés en vérifiant des données sources comme la date de naissance et le sexe du patient.

ICIS : Les données du Québec sont traitées 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.

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 systématiquement remplacés par la valeur Z. L'enregistrement et l'élément de données rejetés ont plutôt été signalés et reliés à une table de correspondance, le Registre des incohérences dans les données du Québec, indiquant la nature du rejet. Les analystes doivent examiner de près les données du Québec, consulter au besoin le Bureau du Québec de l'ICIS et décider, pour chaque analyse, s'il est préférable d'inclure ou d'exclure les enregistrements du Québec.

3.2.4 Mappage des données du Québec

Les établissements du Québec ne soumettent pas de données à la BDCP. Ces établissements ne suivent donc pas 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 le Bureau du Québec et des représentants du MSSS, a élaboré et continue de mettre à jour les règles de mappage des données du Québec et les documents qui s'y rapportent. Les mises à jour annuelles sont fondées sur les changements apportés aux données du Québec, les changements apportés à la saisie de la BDCP et les problèmes liés à la qualité des données ayant été repérés. Les règles de mappage des données sont testées avec rigueur pour en évaluer la cohésion. Une fois le mappage terminé, on en confirme l'exactitude en comparant les valeurs obtenues aux données brutes.

3.3 Normalisation

3.3.1 Systèmes de classification

Les systèmes de classification dans le milieu des soins de santé constituent un mécanisme normalisé de saisie et de codification des diagnostics et des interventions. La CIM-10-CA remplace les classifications antérieures CIM-9 et ICD-9-CM. L'ICIS a élaboré et tient à jour la CCI. Celle-ci renferme une liste exhaustive des interventions diagnostiques, thérapeutiques et de soutien, et remplace les codes d'intervention de la CCA et de l'ICD-9-CM. La CIM-10-CA et la CCI ont été mises en œuvre graduellement à l'échelle du pays. Veuillez consulter le tableau 1 ci-dessous pour obtenir des précisions.

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

Province/ 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

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.

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. Pour de plus amples renseignements, notamment pour obtenir une description des changements et connaître leur date d'entrée en vigueur, veuillez consulter les *Tableaux d'évolution de la CIM-10-CA et CCI* de l'ICIS⁵.

3.3.2 État — obligatoire ou facultatif

La collecte d'un élément de données peut être obligatoire, facultative ou définie de façon variable d'un établissement à l'autre, 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.

3.4 Couplage

3.4.1 Code postal

Le code postal est une variable commune aux bases de données de l'ICIS. Lorsqu'il est utilisé avec le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada, toutes les classifications géographiques types peuvent être repérées, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les bases de données.

À l'exception du Québec, l'ensemble des provinces et territoires soumettent les codes postaux complets de six caractères à l'ICIS. 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 conformément à la *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* de l'ICIS. La publication de renseignements sur de petits secteurs géographiques pourrait également faire l'objet de restrictions aux fins de confidentialité. Les demandes spéciales doivent être approuvées par l'équipe du respect de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité de l'ICIS. Il est à noter que, dans les régions rurales qui utilisent des numéros de case postale, le code postal ne permet pas nécessairement de déterminer le lieu de résidence des patients. En effet, ces cases postales peuvent être situées dans une autre région que le lieu de résidence. 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.

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 pas suffisant pour déterminer la RTA.

3.4.2 Période de référence

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

3.4.3 Numéro d'établissement

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

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

3.4.4 Numéros d'assurance-maladie

Les numéros d'assurance-maladie (NAM) sont attribués aux personnes par le ministère de la Santé de leur province ou de leur territoire. La BDMH saisit également une variable qui désigne la province ou le territoire émetteur du numéro, car les numéros sont uniques seulement dans la province ou le territoire concerné. La combinaison des deux variables et d'autres champs de renseignements personnels pertinents (tels que la date de naissance, le sexe et le code postal)

est une pratique courante permettant d'identifier chaque personne de manière unique dans la BDMH et les autres bases de données. Les NAM facilitent le couplage avec les autres bases de données qui utilisent les mêmes champs.

L'ICIS applique des algorithmes normalisés pour chiffrer tous les NAM afin de protéger les renseignements personnels des patients et, en même temps, à des fins de couplage. Le couplage des données de diverses périodes ne peut donc se faire qu'à partir du NAM chiffré.

Le NAM, chiffré ou non chiffré, la date de naissance et le code postal au complet ne sont habituellement pas dévoilés aux utilisateurs externes. L'accès à ces éléments de données à diffusion restreinte et l'utilisation des données de la BDMH aux fins des études de couplage des données doivent être approuvés au préalable par le Comité sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité de l'ICIS. Les utilisateurs doivent prendre note que le nom et l'adresse des patients ne figurent **pas** dans la BDMH.

4 Changements majeurs apportés à la BDMH

4.1 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 BDMH.

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.

4.2 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'est pas une notion qui existe au Québec. MED-ÉCHO comprend toutefois l'élément de données Caractéristique du diagnostic, qui correspond à l'élément Type du diagnostic. Une nouvelle méthodologie d'extraction des types du diagnostic a été mise en œuvre en 2006-2007. 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. Pour tenir compte du fait qu'au Québec, les diagnostics de type 1 pouvaient également comprendre certains diagnostics secondaires, 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.

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). Comme on l'a déjà mentionné, la notion de type de diagnostic n'existe pas dans MED-ÉCHO, et les enregistrements de nouveau-nés peuvent être repérés au moyen de la catégorie d'admission N ou des codes de diagnostic de la CIM-10-CA. Pour cette raison, à partir de l'exercice 2009-2010, les enregistrements du Québec ne comprennent pas de type de diagnostic 0 associé aux codes de diagnostic.

4.3 Changements apportés au mappage des données du Québec à l'ICIS

Des changements ont été apportés aux règles de mappage des données du Québec au fil des années. Pour obtenir des précisions sur ces changements, veuillez consulter le *Document sur la qualité des données, Base de données sur la morbidité hospitalière — Information de l'année courante*¹.

4.4 Soumissions du Manitoba à la BDCP et à la BDMH

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 toutes ses données 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.

Renseignements

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

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Data Quality Documentation, Hospital Morbidity Database – Current-Year Information*. Ottawa, ON: ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 18 mars 2013.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Data Quality Documentation, Discharge Abstract Database – Current-Year Information*. Ottawa, ON: ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 18 mars 2013.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Data Quality Documentation, Discharge Abstract Database – Multi-Year Information*. Ottawa, ON: ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 18 mars 2013.
4. Institut canadien d'information sur la santé. *DAD Abstracting Manual*. Ottawa, ON: ICIS; 2013. <http://www.icis.ca>. Consulté le 18 mars 2013.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Classification and Coding Products – ICD-10-CA and CCI Evolution Tables*. Ottawa, ON: ICIS; 2012. <http://www.icis.ca>. Consulté le 18 mars 2013.

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

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

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

Parlez-nous

ICIS Ottawa

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

ICIS Toronto

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

ICIS Victoria

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

ICIS Montréal

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

ICIS St. John's

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

www.icis.ca

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information