

**Documentation de base  
et limites générales des données**

**Système national d'information  
sur les soins ambulatoires (SNISA)**

**Exercice 2007-2008**

**Sommaire**

**Octobre 2008**



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

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

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

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

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 978-1-55465-354-6 (PDF)

© 2008 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Documentation de base et limites générales des données, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2007-2008 — Sommaire*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.

This publication is also available in English under the title *Database Background and General Data Limitations Documentation, National Ambulatory Care Reporting System (NACRS), 2007-2008—Executive Summary*. ISBN 978-1-55465-353-9 (PDF)

**Documentation de base et limites générales des données,  
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA),  
2007-2008 — Sommaire**

**Table des matières**

Abréviations .....	iii
1 Aperçu du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) .....	1
2 Objectif et utilisations du SNISA .....	2
3 Renseignements généraux.....	4
3.1 Exactitude .....	4
3.2 Comparabilité .....	11
4 Limites générales des données.....	15
4.1 Exactitude .....	15
4.2 Comparabilité .....	23
5 Lignes directrices relatives aux demandes générales de données .....	25
6 Personnes-ressources .....	25
Bibliographie .....	27
Annexe A — Codes de centres d'activité des Normes SIG pour les visites.....	29
Annexe B — Éléments de données obligatoires du SNISA, 2007-2008 .....	31
Annexe C — Évolution des champs du SNISA, par exercice .....	37
Annexe D — Recherche des doubles dans le SNISA .....	43



## **Abréviations**

BDAT	Base de données sur les avortements thérapeutiques
BDCP	Base de données sur les congés des patients
CC	Clinique de cathétérisme cardiaque
CCA	Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
Chir. J/N	Soins de jour et de nuit en chirurgie
CIM-9	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9 <sup>e</sup> révision
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 <sup>e</sup> révision, Canada
CL	Cliniques
eSNISA	Rapports comparatifs du SNISA en format électronique
ETG	Échelle canadienne de triage et de gravité
ETGP	Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux (Statistique Canada)
GCJ	Groupes de chirurgie d'un jour
ICD-9-CM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9 <sup>e</sup> révision, modification clinique (en anglais seulement)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
PCR	Pondération de la consommation des ressources
PDF	Format de document portable
SGCA	Système global de classification ambulatoire
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SU	Service d'urgence



# 1 Aperçu du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Au Canada, comme dans bien d'autres pays développés, les soins ambulatoires représentent une partie importante des soins de santé dispensés. Ils ont connu une croissance marquée au cours des dernières années et sont devenus l'un des secteurs des soins de santé aux patients les plus importants au pays. Il est donc essentiel que nous disposions de données de qualité, fiables et actuelles dans ce domaine. Voilà pourquoi l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a créé le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Ce système vise à fournir une information utile pour évaluer la gestion des services de soins ambulatoires dans les établissements de santé canadiens.

Après avoir établi le besoin de recueillir des données sur les soins ambulatoires, l'ICIS a pris pour modèle le système de classification de l'Alberta et a lancé le SNISA en 1997. En 2002-2003, le système a été remanié en fonction de la mise en œuvre au Canada de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10-CA), et de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Le tableau ci-dessous donne un aperçu de l'évolution du SNISA.

Évolution du SNISA	
Avril 1997	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lancement du SNISA.</li><li>• Un premier établissement de la Colombie-Britannique adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li></ul>
Juillet 2000	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'Ontario adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li></ul>
Avril 2001	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lancement du Système global de classification ambulatoire (SGCA) et des coefficients de pondération des coûts des soins ambulatoires (ACW).</li></ul>
Avril 2002	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un deuxième établissement de la Colombie-Britannique adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li><li>• Mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI; remaniement du SNISA.</li></ul>
Avril 2003	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'Ontario adopte la déclaration sur les soins de jour et de nuit en chirurgie.</li><li>• Un troisième établissement de la Colombie-Britannique adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li><li>• Un premier établissement de la Nouvelle-Écosse adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li></ul>
Juillet 2003	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un premier établissement de l'Île-du-Prince-Édouard adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li></ul>
Octobre 2003	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'Ontario adopte la déclaration en milieu clinique, plus particulièrement pour la dialyse rénale, les cathétérismes cardiaques et l'oncologie.</li><li>• Deux établissements de la Nouvelle-Écosse adoptent la déclaration sur les soins de jour et de nuit en chirurgie.</li><li>• Trois établissements de la Nouvelle-Écosse adoptent la déclaration sur les services d'urgence.</li></ul>
Avril 2004	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un premier établissement du Yukon adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li></ul>

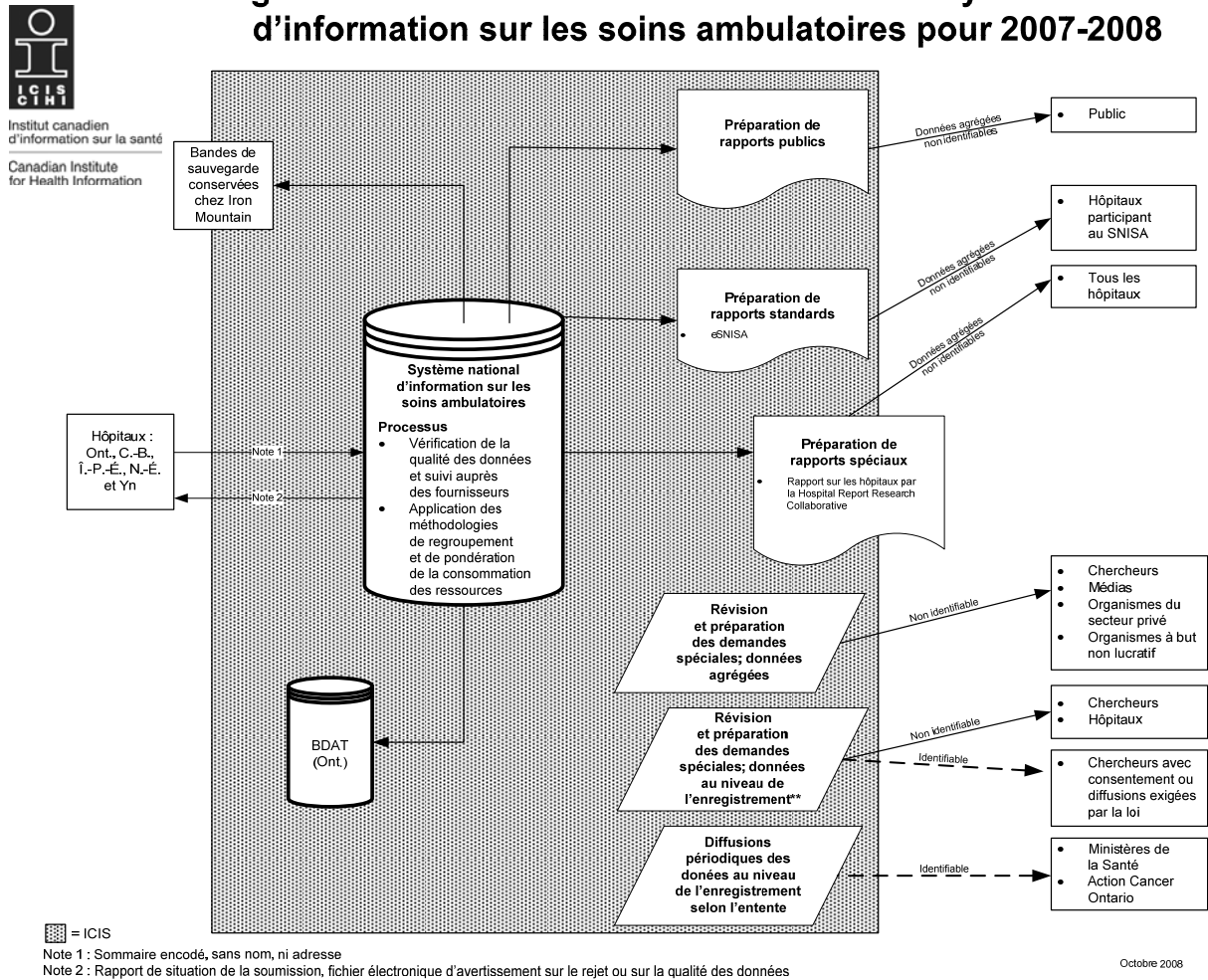
Évolution du SNISA	
Avril 2005	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un établissement de la Nouvelle-Écosse adopte la déclaration sur les services d'urgence et les soins de jour et de nuit en chirurgie.</li></ul>
Avril 2006	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remaniement du SGCA et des Groupes de chirurgie d'un jour (GCJ).</li><li>• Première étude de seconde saisie sur les fichiers du SNISA.</li><li>• Élimination des abrégés annexes recueillis dans la base de données SNISA.</li></ul>
Avril 2007	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un quatrième établissement de la Colombie-Britannique adopte la déclaration sur les services d'urgence.</li></ul>

## 2 Objectif et utilisations du SNISA

Le SNISA est un outil de collecte de données qui permet de recueillir des renseignements sur les visites en soins ambulatoires dans les milieux communautaires et hospitaliers. Les données sur les visites sont recueillies au moment de la prestation des services dans les établissements participants. La base de données contient des éléments de données démographiques, cliniques, administratifs, financiers et propres aux services. Divers établissements et organismes se servent des données du SNISA à des fins de planification et d'évaluation. Les établissements les utilisent pour étayer leurs décisions de gestion en matière d'utilisation et pour appuyer la recherche administrative ainsi que la recherche sur l'établissement des coûts et les résultats cliniques. Les gouvernements s'en servent pour l'élaboration de politiques, la planification de systèmes et l'évaluation. Les universités et autres établissements d'enseignement les utilisent à des fins de recherche. Les données du SNISA sont également utiles à la gestion de la qualité et des risques ainsi qu'à la rédaction de fiches de rendement et de rapports de situation. Le SNISA, l'une des principales bases de données clinico-administratives de l'ICIS, est l'une des sources d'enregistrements qui alimentent la Base de données sur les avortements thérapeutiques (BDAT).

Le diagramme de cheminement des données ci-dessous illustre la façon dont le SNISA utilise les données.





Le présent document comprend des renseignements généraux sur le SNISA et décrit les limites générales des données susceptibles d'influer sur les analyses réalisées à partir du système. Les chapitres sur les renseignements généraux et les limites générales des données sont divisés en sections suivant les critères énoncés dans le cadre de la qualité des données de l'ICIS (juin 2005).

Afin d'établir une définition opérationnelle de la qualité des données, l'ICIS a introduit cinq dimensions de la qualité des données qui permettent de définir les composantes individuelles de l'adaptation des données à leur utilisation. Il s'agit de l'exactitude, de l'actualité, de la comparabilité, de la facilité d'utilisation et de la pertinence. Le présent document traite de l'exactitude et de la comparabilité, les dimensions les plus importantes à des fins d'analyse. L'exactitude renvoie à la précision avec laquelle l'information contenue dans la base de données, ou dérivée de la base de données, reflète la réalité qu'elle est censée décrire. La comparabilité consiste à évaluer le degré de cohérence de la base de données au fil du temps ainsi que le degré d'utilisation des conventions normalisées.

## 3 Renseignements généraux

### 3.1 Exactitude

#### 3.1.1 Couverture

##### *Population*

La population de référence du SNISA (population pour laquelle on peut formuler des observations) pour l'exercice 2007-2008 comprend les activités en soins ambulatoires dont la date de visite ou d'inscription se situe entre le 1<sup>er</sup> avril 2007 et le 31 mars 2008, pour tous les établissements participants au Canada. Cela comprend les visites dans les établissements suivants :

- Ontario : toutes les visites dans les services d'urgence, les soins de jour et de nuit en chirurgie et les cliniques de dialyse rénale, d'oncologie et de cathétérisme cardiaque;
- Colombie-Britannique : les visites au service d'urgence de quatre établissements;
- Île-du-Prince-Édouard : les visites au service d'urgence d'un établissement;
- Nouvelle-Écosse : les visites au service d'urgence de quatre établissements et les visites en soins de jour et de nuit en chirurgie de trois établissements sur quatre;
- Yukon : les visites au service d'urgence d'un établissement.

L'annexe A donne la liste des codes de centres d'activité des Normes SIG pour les visites, par type de soins ambulatoires (service d'urgence, soins de jour et de nuit en chirurgie et clinique de dialyse rénale, d'oncologie et de cathétérisme cardiaque).

À la date d'échéance prévue, soit le 31 juillet 2008, 9 994 920 abrégés avaient été soumis au SNISA pour l'exercice 2007-2008. Le tableau 1 présente la répartition détaillée de toutes les visites selon la province ou le territoire et le type de soins ambulatoires.

**Tableau 1 Sommaire de toutes les visites dans le SNISA en 2007-2008, selon la province ou le territoire et le type de soins ambulatoires**

Prov. ou terr.	Service d'urgence	Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique de cathétérisme cardiaque	Clinique de dialyse rénale	Clinique d'oncologie	Autre type*	Totaux
Î.-P.-É.	29 933	0	0	0	0	28	29 961
N.-É.	77 577	10 913	0	0	0	28 488	116 978
Ont.	5 367 323	1 212 867	42 973	1 131 822	1 911 508	65 855	9 732 348
C.-B.	89 105	0	0	0	0	1 017	90 122
Yn	25 511	0	0	0	0	0	25 511
<b>Total</b>	<b>5 589 449</b>	<b>1 223 780</b>	<b>42 973</b>	<b>1 131 822</b>	<b>1 911 508</b>	<b>95 388</b>	<b>9 994 920</b>

##### **Remarque**

\* La catégorie « Autre type » comprend toutes les visites dont le centre d'activité des Normes SIG n'est pas un de ceux énumérés à l'annexe A.

##### **Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008, au 31 juillet 2008.

À l'exercice précédent, 9 692 460 abrégés avaient été soumis au SNISA avant la date d'échéance prévue. Le tableau 2 présente le changement en pourcentage du volume d'abrégés soumis au SNISA d'un exercice à l'autre.

**Tableau 2** Changement en pourcentage du volume d'abrégés soumis au SNISA de 2006-2007 à 2007-2008, selon la province ou le territoire et le type de soins ambulatoires

Prov. ou terr.	Service d'urgence	Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique de cathétérisme cardiaque	Clinique de dialyse rénale	Clinique d'oncologie	Autre type*	Totaux
Î.-P.-É.	-0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-17,6 %	-0,7 %
N.-É.	-3,0 %	-1,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	-1,9 %
Ont.	1,2 %	2,9 %	2,3 %	4,0 %	7,0 %	-4,4 %	2,8 %
C.-B.	74,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	30,6 %	74,0 %
Yn	1,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
<b>Total</b>	<b>1,9 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>2,3 %</b>	<b>4,0 %</b>	<b>7,0 %</b>	<b>-2,5 %</b>	<b>3,1 %</b>

**Remarque**

\* La catégorie « Autre type » comprend toutes les visites dont le centre d'activité des Normes SIG n'est pas un de ceux énumérés à l'annexe A.

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2006-2007 et 2007-2008.

Environ 3,1 % d'abrégés supplémentaires ont été soumis en 2007-2008 comparativement à 2006-2007. Une analyse comparative des deux exercices a révélé une diminution dans les quatre établissements ontariens ayant soumis des abrégés pour l'ensemble des 12 périodes de données de 2006-2007. Cette diminution est le résultat d'un manque de personnel, du transfert de services à un autre établissement ou de l'abandon des soins ambulatoires. Un établissement ontarien ayant commencé à soumettre des abrégés en octobre 2007 n'a soumis des données que pour six périodes. Des problèmes de financement et de personnel ont empêché un nouvel établissement de la Colombie-Britannique de soumettre des données pendant plus de sept périodes. Cet établissement a tout de même contribué à la variation considérable, en pourcentage, du volume total de cette province.

**La base de sondage du SNISA**

Le SNISA 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 le SNISA et que tous les numéros d'établissement sont déterminés à l'avance, il revient à chaque province et à chaque territoire de valider la base de sondage. L'ICIS ou le ministère de la Santé de la province ou du territoire concerné communique au besoin avec tout établissement qui n'a pas soumis ses données.

Pour l'exercice 2007-2008, la population de référence du SNISA comprend 194 établissements au Canada :

**Tableau 3 Nombre d'établissements ayant soumis des données au SNISA en 2007-2008, selon le type de soins ambulatoires**

Prov. ou terr.	Service d'urgence	Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique de cathétérisme cardiaque	Clinique de dialyse rénale	Clinique d'oncologie	Autre type*	Totaux
Î.-P.-É.	1	0	0	0	0	1	1
N.-É.	4	3	0	0	0	3	4
Ont.	176	155	23	57	90	54	184
C.-B.	4	0	0	0	0	2	4
Yn	1	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>158</b>	<b>23</b>	<b>57</b>	<b>90</b>	<b>60</b>	<b>194</b>

**Remarque**

\* La catégorie « Autre type » comprend toutes les visites dont le centre d'activité des Normes SIG n'est pas un de ceux énumérés à l'annexe A.

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008, au 31 juillet 2008.

La population de référence du SNISA pour l'exercice 2006-2007 comprenait également 194 établissements au Canada :

**Tableau 4 Nombre d'établissements ayant soumis des données au SNISA en 2006-2007, selon le type de soins ambulatoires**

Prov. ou terr.	Service d'urgence	Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique de cathétérisme cardiaque	Clinique de dialyse rénale	Clinique d'oncologie	Autre type*	Totaux
Î.-P.-É.	1	0	0	0	0	1	1
N.-É.	5	3	0	0	0	4	5
Ont.	176	153	21	53	88	59	184
C.-B.	3	0	0	0	0	2	3
Yn	1	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>156</b>	<b>21</b>	<b>53</b>	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>194</b>

**Remarque**

\* La catégorie « Autre type » comprend toutes les visites dont le centre d'activité des Normes SIG n'est pas un de ceux énumérés à l'annexe A.

**Source**

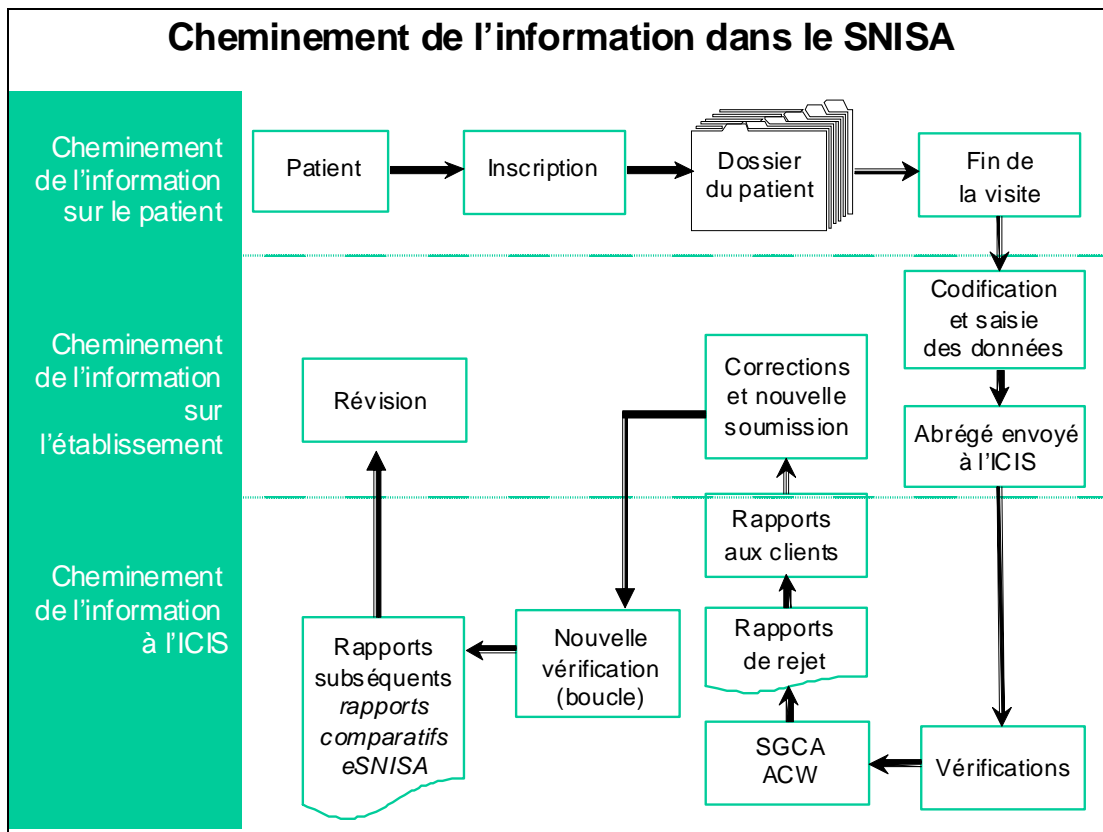
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2006-2007, au 31 juillet 2007.

Les variations d'un exercice à l'autre s'expliquent par l'ajout de nouveaux établissements en Ontario et en Colombie-Britannique et par une série de transferts de services et de fermetures d'établissements en Ontario. Le transfert des services d'un grand établissement qui, ayant mis fin à son service de soins ambulatoires, a retiré son numéro de soins ambulatoires pourrait avoir modifié les numéros de soins ambulatoires des établissements de l'Ontario.

### 3.1.2 Saisie et collecte

#### Collecte des données

La figure ci-dessous résume le processus de saisie des données du SNISA et le cheminement de l'information.



#### Saisie et soumission des données

L'*abrége du SNISA* est un outil conçu pour permettre la saisie des données sur les visites en soins ambulatoires; il contient les éléments de données pertinents qui doivent être soumis au SNISA. L'*abrége du SNISA* est rempli pour chaque visite de client. Il fait appel à diverses sources, notamment les systèmes d'admission, de congé et de transfert (ACT), le dossier du patient, les notes du médecin ainsi que les résultats des analyses en laboratoire et des tests d'imagerie diagnostique, afin d'obtenir un portrait complet de la visite d'un patient, comme l'illustre la section « Dossier du patient » du diagramme ci-dessus. En d'autres termes, chaque abrége est associé à la visite d'un patient et est soumis au SNISA par l'établissement. Lorsqu'un patient effectue plusieurs visites aux soins ambulatoires au cours d'un même exercice, plusieurs abréges sont soumis.

Dans tous les abrégés envoyés au SNISA, un code de centre d'activité des Normes SIG est utilisé pour représenter les rapports statistiques et financiers liés au service fourni au cours de la visite (voir l'annexe A). Avant 2006-2007, un abrégé annexe était créé chaque fois qu'un professionnel paramédical avait dispensé des soins ou un traitement en dehors du centre d'activité des Normes SIG où la visite avait eu lieu. L'utilisation des abrégés annexes a été suspendue au cours de l'année de déclaration 2006-2007. Les clients ont donc reçu comme instruction de codifier l'information sur les soins dispensés par un professionnel paramédical directement dans l'abrégé principal de la visite, à l'aide d'un nouvel élément de données, le code de centre d'activité des Normes SIG. Ainsi, il est possible de codifier plusieurs centres d'activité, de même que l'élément de données Dispensateur de services. Autrement dit, un seul abrégé est soumis par visite, même si, pendant cette visite, le patient est vu par plusieurs médecins, cliniciens et professionnels paramédicaux dans divers centres d'activité.

Le *Manuel du SNISA* est l'outil de référence en matière de saisie de données et est destiné aux clients. Les établissements déclarants abonnés au Plan de base peuvent en faire l'achat en format PDF sur le site Web de l'ICIS. Le manuel est conçu pour guider les clients dans le processus de saisie des données démographiques, administratives et cliniques pour chaque épisode de soins. Plusieurs facteurs déterminent si la soumission d'un élément de données est obligatoire ou facultative :

- la province ou le territoire de soumission;
- les codes précis de la CIM-10-CA et de la CCI;
- le type de soins ambulatoires (groupements de centres d'activité, comme les services d'urgence, les soins de jour et de nuit en chirurgie et les cliniques).

Pour chaque élément de données, le manuel présente une définition, des exemples de données valides et les vérifications correspondantes. Le manuel est utilisé par les clients, les chercheurs et les fournisseurs de logiciels de saisie de données.

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

Le Service de soumission électronique de données (eDSS) de même qu'un ensemble de services appelé Plan de base facilitent la *soumission des données* aux bases de données de l'ICIS, dont le SNISA. Grâce au Plan de base, les établissements ont accès aux banques de données nationales de l'ICIS et, par le fait même, aux services visant la qualité et le traitement des données, le soutien aux clients et l'accès aux données, aux normes nationales d'information sur la santé, à des publications et à des rapports choisis ainsi qu'à la formation de base. Les clients abonnés au Plan de base ont également accès aux rapports comparatifs du SNISA en format électronique (eSNISA). Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé achètent cet ensemble de services pour le compte de leurs établissements et exigent que ceux-ci soumettent leurs données à diverses bases de données de l'ICIS.

### *Intégralité de la soumission des données*

Les rapports d'étape sur les soumissions au SNISA servent à surveiller le nombre d'abrévés soumis selon la période et le type de soins ambulatoires (groupements de centres d'activité, comme les services d'urgence et les soins de jour et de nuit en chirurgie) pour chaque établissement. Ces rapports permettent de déceler les lacunes dans la soumission des données au cours de l'année de soumission.

### *Échéance de soumission des données*

Toutes les données doivent être soumises au SNISA avant l'échéance de fin d'année. Pour l'exercice 2007-2008, cette date d'échéance était le 31 juillet 2008.

### *Contrôle de la qualité des données*

Le contrôle de la qualité des données du SNISA passe par plusieurs canaux différents :

- **Logiciel de saisie de données et rôle des développeurs externes de logiciels (fournisseurs)**

Afin de normaliser la collecte de données et d'assurer l'exactitude des renseignements recueillis, les fournisseurs de données de l'ICIS embauchent des fournisseurs de logiciels externes qui installent tout logiciel nécessaire à la soumission des données. Chaque année, l'ICIS publie les spécifications relatives à la soumission des données et aux vérifications à l'intention des fournisseurs. Pour que leur logiciel soit approuvé, les fournisseurs doivent avoir soumis des fichiers d'essai valides à l'ICIS. Les établissements sont également tenus de soumettre des fichiers d'essai avant que leurs données puissent passer à l'étape de la production. L'ICIS offre un soutien continu aux fournisseurs et aux établissements afin de relever et de régler les problèmes. Les produits des fournisseurs ajoutent de la valeur, car ils offrent des mesures de contrôle de la qualité de la saisie des données, comme des contrôles de validation, des fenêtres contextuelles permettant la vérification visuelle des champs de données et des vérifications logiques transversales conformes aux spécifications de l'ICIS.

La Division des opérations des services et technologies de l'information de l'ICIS offre un soutien aux fournisseurs de logiciels; elle contribue également aux essais qu'ils soumettent et à la publication annuelle des spécifications à leur intention. Les fournisseurs de systèmes de saisie de données reçoivent des spécifications détaillées décrivant les champs valides et le format approprié. La première période de soumission de données compte pour une soumission d'essai et permet de s'assurer que les exigences de l'ICIS sont respectées. La section du site Web de l'ICIS réservée aux fournisseurs vise à favoriser des communications régulières entre les fournisseurs et l'ICIS.

Bien que tous les fournisseurs doivent respecter les spécifications de soumission de l'ICIS, leurs logiciels respectifs présentent des différences qui pourraient donner lieu à des erreurs dans les données. Par exemple, un fournisseur peut personnaliser le logiciel d'un client pour y inclure des variables de données qui ne font pas partie de la série de données du SNISA. L'ICIS travaille avec les fournisseurs afin de s'assurer qu'ils adoptent la terminologie du SNISA tout en respectant leur liberté de conception de logiciels.

- **Programme de formation de l'ICIS**

Les clients des provinces et des territoires qui songent à adopter le SNISA peuvent profiter de séances de formation sur la collecte et la soumission de données, sur les méthodologies SGCA et PCR ainsi que sur la planification et la mise en œuvre. Ces séances permettent de normaliser les pratiques de codification et d'assurer le respect des critères de l'ICIS en matière de collecte et de soumission des données. L'outil d'interrogation en ligne de l'ICIS permet aux utilisateurs d'obtenir des réponses à des questions courantes sur des sujets tels que la CIM-10-CA et la CCI, les groupes clients et les éléments de données. Des bulletins diffusés sur Internet ou par courriel sont aussi utilisés pour informer les clients à propos de questions liées au SNISA.

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

La structure de vérification exhaustive du SNISA est conçue pour repérer ou signaler les incohérences. Plus de 500 vérifications ou avertissements associés aux éléments de données ont été appliqués au SNISA pour 2007-2008. Étant donné que le SNISA n'accepte que des abrégés sans erreur, l'abrégeé entier est rejeté dès que le système détecte une erreur; le client doit alors corriger l'abrégeé et le soumettre de nouveau. Les abrégés accompagnés d'un simple message d'avertissement sont acceptés par le SNISA. Le cycle de correction et de vérification d'un abrégeé rejeté se poursuit jusqu'à ce que toutes les erreurs détectées aient été corrigées ou que la base de données soit fermée, à la fin de l'exercice. Avant la fin de l'exercice, les clients peuvent soumettre tout abrégeé manquant ou supprimer les abrégés en double. 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 pour en garantir la pertinence et la cohérence. Des spécifications et des scénarios d'essai sont créés en conformité avec les lignes directrices internes pour toutes les nouvelles vérifications; ils garantissent le bon fonctionnement des vérifications.

- **Représentants des services à la clientèle**

L'ICIS a nommé des représentants des services à la clientèle pour fournir un soutien direct aux clients en ce qui a trait aux produits du SNISA, pour aider à la création et à la présentation de programmes de formation, pour offrir de l'expertise en matière de qualité des données et pour établir des relations avec les conseillers provinciaux et territoriaux en matière de données, les organismes de santé et les utilisateurs des données.

- **Études spéciales**

L'ICIS a réalisé une étude spéciale de seconde saisie et d'évaluation de la qualité des données. Cette étude avait pour but d'évaluer l'exactitude de la codification dans le SNISA et de déterminer les pratiques exemplaires (à savoir les politiques et processus des établissements) pouvant être associées à la qualité supérieure des données. Dans le cadre de cette étude, l'ICIS est retourné à la source d'information initiale (le dossier du patient) afin d'en comparer les données avec celles du SNISA pour l'exercice 2004-2005. L'étude comportait également une enquête sur la qualité des données des établissements étudiés. Cette enquête a permis d'obtenir de l'information sur les processus et les politiques de codification et de saisie des données et les méthodes de collecte de données qui seraient associés à des indicateurs d'une qualité des données médiocre. Le rapport final a été publié en janvier 2008.



- **Changements apportés aux éléments de données**

Les suggestions d'améliorations à apporter aux éléments de données du SNISA sont communiquées à l'ICIS de diverses façons :

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

Le Comité consultatif national du SNISA a été dissous en octobre 2003 et intégré au Comité directeur national des bases de données clinico-administratives, dont le mandat s'étend maintenant à la prestation de conseils au sujet du SNISA. Le Comité directeur national des bases de données clinico-administratives étudie les suggestions, décide si les éléments de données proposés doivent être inclus dans la base de données et détermine si la collecte de ces éléments de données doit être obligatoire (pour assurer la comparabilité à l'échelle nationale), facultative ou propre à certaines provinces ou à certains territoires. Le Comité jouit d'une représentation nationale; ses membres proviennent des ministères de la Santé, de Statistique Canada, de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Le Comité est à l'origine des changements apportés aux éléments de données du SNISA pour l'exercice 2007-2008.

L'annexe B donne la liste des éléments de données obligatoires et facultatifs du SNISA pour l'exercice 2007-2008. L'annexe C décrit l'évolution des éléments de données au fil du temps, c'est-à-dire de 2001-2002 à 2008-2009.

## **3.2 Comparabilité**

### **3.2.1 Normalisation**

Les systèmes de classification dans le milieu des soins de santé fournissent un mécanisme normalisé de saisie et de codification des diagnostics et des interventions. Les provinces et les territoires n'ont pas tous recours aux mêmes systèmes de classification : en 2001-2002, la codification des interventions et des diagnostics dans le SNISA a été effectuée au moyen des classifications CIM-9/CCA (9<sup>e</sup> révision de la Classification statistique internationale des maladies [CIM-9] et Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux [CCA]) ou de la ICD-9-CM (modification clinique de la CIM-9).

En 2001-2002, la version initiale des normes de codification CIM-10-CA (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, Canada) et de la CCI (Classification canadienne des interventions en santé) ont été publiées. La nouvelle CIM-10-CA remplace la CIM-9 et la ICD-9-CM pour la codification des diagnostics. La CCI contient une liste exhaustive des interventions diagnostiques, thérapeutiques et de soutien qui remplace les sections sur les interventions de la CCA et de la ICD-9-CM. De plus, les directives de la CIM-10-CA et de la CCI sont revues, modifiées et enrichies annuellement par un comité pancanadien représentant les provinces et les territoires. Les normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI sont affichées chaque année sous forme de documents PDF sur le site Web de l'ICIS. Elles peuvent être téléchargées gratuitement.

En 2002-2003, le SNISA a été remanié de façon à ce que la collecte d'information relative aux diagnostics et aux interventions ne se fasse qu'à l'aide des classifications CIM-10-CA et CCI. Depuis, toutes les données cliniques soumises au SNISA ont été codifiées au moyen de la CIM-10-CA et de la CCI (Annexe C). Dans le but de produire des données comparables, l'ICIS a créé des tables de conversion qui donnent aux utilisateurs les équivalences des diagnostics de la CIM-10-CA et des interventions de la CCI par rapport à ceux des classifications CIM-9 et CCA. ***Nous conseillons fortement aux utilisateurs d'analyser les données à l'aide de la classification originale.***

### 3.2.2 Couplage

- Le code postal est une variable commune à presque toutes les bases de données de l'ICIS. Lorsqu'il est utilisé avec le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada, toutes les classifications géographiques types peuvent être repérées, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les bases de données. Conformément à la politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité, la région du tri d'acheminement (RTA), c'est-à-dire les trois premiers caractères du code postal, est généralement le niveau le plus bas d'agrégation accessible aux utilisateurs externes. La publication de renseignements sur de petits secteurs géographiques peut également faire l'objet de restrictions à des fins de confidentialité. Les demandes spéciales doivent être approuvées par le Comité sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité. Il est à noter que, dans les régions rurales qui utilisent des numéros de case postale, le code postal ne permet pas nécessairement de déterminer le lieu de résidence des patients. En effet, ces cases postales peuvent être situées dans une autre région que le lieu de résidence. De plus, lorsque les codes postaux en région rurale englobent plus d'une zone de recensement, il devient plus difficile de déterminer précisément le lieu de résidence.
- Pour le SNISA, la période de référence normale est l'exercice financier (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars). Dans le SNISA, un certain nombre de variables, telles que l'exercice financier ainsi que les dates et heures d'inscription et de fin de la visite, permettent de préciser les enregistrements qui appartiennent à une période donnée (p. ex. l'année civile). Cette latitude est particulièrement utile pour établir des comparaisons avec les registres, qui sont généralement cumulatifs plutôt que séparés par année de référence.
- L'identificateur unique de l'établissement correspond au numéro de soins ambulatoires attribué par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Chaque province et territoire a la liberté de déterminer sa façon d'attribuer le numéro de soins ambulatoires de l'établissement. Comme 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 de soins ambulatoires pour effectuer les couplages. 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.

- Chaque personne reçoit un numéro d'assurance-maladie du ministère de la Santé de sa province ou de son territoire. Le SNISA saisit également une variable qui désigne la province ou le territoire émetteur du numéro, car les numéros sont uniques seulement dans la province ou le territoire concerné. La combinaison des deux variables et d'autres champs de renseignements personnels pertinents, tels que la date de naissance, le sexe et le code postal, permet d'identifier chaque personne dans le SNISA. Le SNISA étant fondé sur les épisodes de soins, il est possible de déterminer une visite unique pour une personne en particulier en utilisant les champs de l'établissement et des dates d'inscription ou d'intervention. Les numéros d'assurance-maladie facilitent le couplage avec les autres bases de données qui utilisent les mêmes champs.
- Certains numéros d'assurance-maladie de l'Ontario comprennent un code de version figurant après les 10 caractères du numéro d'assurance-maladie (dans les numéros d'assurance-maladie de plus de 10 octets). Les codes de version ont été ajoutés pour garantir que le numéro d'assurance-maladie correspond à une seule carte d'assurance-maladie et pour vérifier la validité de la carte. Certaines cartes n'ont pas de code de version et les codes de version ne sont pas toujours consignés dans les abrégés du SNISA. Lorsqu'une nouvelle carte d'assurance-maladie de l'Ontario est délivrée ou qu'une carte est remplacée, le numéro de 10 caractères demeure le même, mais le code de version change. Le couplage des données de diverses périodes ne peut donc se faire qu'à partir des 10 premiers caractères du numéro d'assurance-maladie ou du numéro d'assurance-maladie encodé. Le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance et le code postal complet ne sont habituellement pas dévoilés aux utilisateurs externes. L'accès à ces éléments de données à diffusion restreinte et l'utilisation des données du SNISA aux fins des études de couplage des données doivent être approuvés par le Comité sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité de l'ICIS. Les utilisateurs doivent prendre note que le nom et l'adresse des clients ne figurent *pas* dans le SNISA.

### 3.2.3 Équivalence

Avant le 1<sup>er</sup> avril 2003, les cas de chirurgie d'un jour de l'Ontario étaient déclarés dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP, anciennement la DAD). À cette date, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a modifié sa définition de la chirurgie d'un jour. Depuis, ces cas sont déclarés dans le SNISA. Ces changements ont rendu difficile la comparaison des cas de chirurgie d'un jour de l'Ontario du SNISA avec ceux de la BDCP. Veuillez consulter l'annexe A du présent document et le *Manuel de saisie de l'information, DAD* de l'exercice 2002-2003 pour obtenir de plus amples renseignements sur les définitions de la chirurgie d'un jour.

### **3.2.4 Comparabilité rétrospective**

#### *Remaniement du SNISA*

Le remaniement de la base de données du SNISA en 2002-2003 a entraîné l'adoption de la codification à l'aide de la CIM-10-CA et de la CCI. Le remaniement est aussi à l'origine d'un nouveau format d'enregistrement, de rapports électroniques de rejets et de champs de données supplémentaires.

L'annexe C donne la liste des éléments de données ajoutés et des changements apportés aux éléments de données lors du remaniement.

#### *Groupeur du SNISA*

La version la plus récente de la méthodologie de regroupement SGCA doit être utilisée pour la publication de chaque année de données. Dans le cas de l'année de données 2007-2008 du SNISA, la méthodologie SGCA de 2007 a été utilisée.

#### *Références rétrospectives*

Les produits suivants relatifs au SNISA sont mis à jour annuellement. Les utilisateurs doivent tenir compte de l'exercice et de la classification lorsqu'ils se réfèrent à la documentation du SNISA.

- *Manuel du SNISA, 2007-2008*
- *Manuel du SNISA, 2006-2007*
- *Manuel du SNISA, 2005-2006*
- *Manuel du SNISA, 2004-2005*
- *Manuel du SNISA, 2003-2004*
- *Manuel du SNISA, 2002-2003*
- *Manuel du SNISA, 2001-2002*
- *Répertoire 2007 du SGCA*
- *Répertoire 2006 du SGCA*
- *CACS 2003 Version 3 Directory*
- *Bulletins de l'ICIS sur le SNISA*

Les normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI sont disponibles chaque année sous forme de documents PDF sur le site Web de l'ICIS.

#### *Changements à venir*

Vous trouverez à l'annexe C une description des prochains changements qui seront apportés au SNISA.

## 4 Limites générales des données

La présente section décrit les limites générales des données qui peuvent influencer sur les analyses réalisées à partir des données du SNISA, y compris les écarts dans les pratiques de saisie et de codification, les changements au fil du temps dans les soumissions de divers établissements ainsi que les méthodes de collecte de données propres aux établissements. Les utilisateurs qui se servent des données au niveau de l'enregistrement devraient mener des analyses descriptives de base des données afin de mieux comprendre les tendances sous-jacentes de l'échantillon avec lequel ils travaillent.

### 4.1 Exactitude

L'exactitude renvoie à la précision avec laquelle l'information contenue dans la base de données ou le registre — ou dérivée de la base de données ou du registre — reflète la réalité qu'elle est censée décrire.

#### 4.1.1 Couverture

On parle de sous-dénombrement ou de surdénombrement lorsqu'il y a un écart entre la population de référence et la base de sondage. Il y a sous-dénombrement lorsqu'une partie de la population de référence n'est pas incluse dans la base de sondage utilisée. Il y a surdénombrement lorsque des unités ne faisant pas partie de la population de référence (à savoir hors du champ d'observation) sont incluses dans la base de sondage ou lorsque le même enregistrement figure deux fois dans la base de données.

##### *Sous-dénombrement*

Aucun sous-dénombrement n'a été constaté dans le SNISA pour l'exercice 2007-2008. L'ICIS et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé supervisent la participation en examinant les rapports mensuels sur l'état de la soumission envoyés par chaque établissement. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario exige des établissements de la province qu'ils soumettent tous leurs abrégés. Comme tous les établissements non ontariens de la population de référence font partie de la base de sondage, ils n'entraînent aucun sous-dénombrement.

##### *Surdénombrement*

###### **Doubles**

Dans le SNISA, le surdénombrement s'explique en partie par la présence d'enregistrements en double qui ne peuvent être vérifiés sans d'abord consulter les établissements. Cependant, l'ICIS peut combiner certains éléments de données afin de repérer les abrégés qui semblent être des doubles. Les utilisateurs des données devraient en tenir compte avant de choisir d'inclure ou non ces abrégés dans leurs analyses.

- Pour 2007-2008, les vrais enregistrements en double ont été décelés par la mise en correspondance des enregistrements pour tous les éléments de données sauf trois (voir l'annexe D). La même méthode avait été employée pour 2006-2007. Pour 2007-2008, 5 135 vrais enregistrements en double ont été dénombrés. Le tableau 5 présente la proportion de ces enregistrements qui appartiennent aux catégories Service d'urgence, Chirurgie d'un jour, Clinique d'oncologie et Autres cliniques, ainsi que la proportion qu'ils représentent par rapport à l'ensemble du SNISA.

**Tableau 5 Vrais enregistrements en double dans le SNISA**

Exercice	Vrais doubles (N)	Service d'urgence N (%)	Chirurgie d'un jour N (%)	Clinique d'oncologie N (%)	Autres cliniques N (%)	Proportion du SNISA
2007-2008	5 135	68 (1,32)	7 (0,14)	5 054 (98,42)	6 (0,12)	0,05 %

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008.

- Pour 2007-2008, comme pour 2006-2007, des doubles possibles ont été trouvés grâce à la mise en correspondance des enregistrements pour quatre éléments de données : le numéro de dossier, le numéro d'assurance-maladie encodé, la date d'inscription et l'heure d'inscription. Le tableau 6 montre le nombre de doubles possibles observés dans le SNISA pour 2007-2008, la proportion de ces doubles qui appartiennent aux catégories Service d'urgence, Chirurgie d'un jour, Clinique d'oncologie et Autres cliniques, ainsi que la proportion qu'ils représentent par rapport à l'ensemble du SNISA.

**Tableau 6 Enregistrements en double possibles dans le SNISA**

Exercice	Doubles possibles (N)	Service d'urgence N (%)	Chirurgie d'un jour N (%)	Clinique d'oncologie N (%)	Autres cliniques N (%)	Proportion du SNISA
2007-2008	63 773	105 (0,16)	74 (0,12)	62 396 (97,84)	1 198 (1,88)	0,6 %

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008.

#### 4.1.2 Saisie et collecte

Les mesures de contrôle de la qualité de la saisie des données consistent en l'utilisation de méthodes de saisie et de collecte de données uniformes de la part de tous les fournisseurs. Les normes de soumission et de saisie de données sont présentées dans le *Manuel du SNISA*. Le respect de ces normes est assuré au moyen de vérifications pendant le traitement des données, de séances de formation et d'un soutien continu auprès des clients. De plus, l'ICIS communique à chaque fournisseur les normes de vérification et les spécifications de soumission des données concernant le SNISA.

- Malgré l'existence de mesures de contrôle de la qualité de la saisie des données, il importe de noter que les normes et les directives de saisie de données comprises dans le manuel peuvent être sujettes à interprétation. Par conséquent, les données fournies à l'ICIS par l'ensemble des fournisseurs de données ne sont pas nécessairement uniformes.
- Tous les fournisseurs intègrent les spécifications de soumission au SNISA à leurs systèmes exclusifs. Toutefois, aucun protocole normalisé n'est utilisé pour s'assurer que les vérifications de l'ICIS sont intégrées de la même manière dans tous les systèmes des fournisseurs. Il est impossible de savoir si tous les clients utilisent des mesures acceptables de contrôle de la saisie des données. Veuillez consulter la section *Contrôle de la qualité des données* à la page 9 pour plus de détails.

Dans le cadre de l'évaluation continue de la qualité des données du SNISA, des analyses sont réalisées afin de déceler les écarts dans les pratiques de collecte de données des établissements. Le présent document fait état des écarts jugés assez importants pour avoir des répercussions considérables sur la qualité des données du SNISA.

### **4.1.3 Non-réponse**

#### *Non-réponse de l'unité*

La non-réponse de l'unité fait référence aux données non soumises des établissements qui font partie de la base de sondage. Il ne faut pas confondre la non-réponse et le sous-dénombrement, qui se produit lorsqu'un établissement dans la population de référence ne fait pas partie de la base de sondage. Une autre non-réponse de l'unité peut également se produire dans tous les cas d'enregistrements rejetés et en suspens qui ne sont pas soumis de nouveau au cours de la période de collecte. La non-réponse de l'unité se résume ainsi :

- En raison d'un manque de personnel et de problèmes de financement, les soumissions de certaines périodes sont incomplètes dans le cas d'un établissement en Colombie-Britannique, d'un établissement en Nouvelle-Écosse et de trois établissements en Ontario. Ces facteurs ont contribué au taux de non-réponse de l'unité de 1,6 %.
- Le taux de non-réponse de l'unité attribuable aux enregistrements rejetés et en suspens pour les déclarations obligatoires au SNISA (à savoir les visites dans les services d'urgence, en soins de jour et de nuit en chirurgie et dans les cliniques d'oncologie, de dialyse rénale et de cathétérisme cardiaque) a été de 0,01 %.

#### *Non-réponse*

- La non-réponse, ou non-réponse partielle, fait référence à l'information manquante ou inconnue au niveau de l'enregistrement dans des éléments de données. Les éléments de données du SNISA peuvent être obligatoires ou facultatifs. Les abrégés dans lesquels il manque des données aux éléments de données obligatoires sont rejetés de la base de données.

Le tableau 7 présente la proportion des données inconnues de plusieurs éléments de données obligatoires.

**Tableau 7 Proportion de données inconnues de certains éléments de données obligatoires du SNISA**

Numéro de l'élément	Élément de données	Valeur inconnue	Proportion dans le SNISA, le cas échéant (%)	Définition
02	Numéro d'assurance-maladie encodé	Zéros uniquement	1,21	Numéro d'assurance-maladie non disponible
05	Code postal	Code alphabétique à deux caractères ou code invalide	1,2	Le client réside au Canada et son code postal est inconnu ou invalide
09	Date de naissance estimée	Y	0,02	La date de naissance est inconnue ou partielle
10	Indicateur de médecin de famille	U	2,16	Inconnu
25	Heure de triage	9999	1,37	Inconnue
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	9999	19,85	Inconnue
45	Problèmes secondaires	U98.9	58,96	Codes du lieu de l'événement inconnus
100	Échelle de Glasgow	99	55,75	Non disponible
101	Indicateur du port de la ceinture de sécurité	99	14,84	Inconnu
102	Indicateur du port du casque protecteur	99	43,39	Inconnu
114	Heure de la sortie	9999	6,07	Inconnue
117	Heure de sortie du patient – service d'urgence	9999	10,31	Inconnue

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008.



Il est important de noter que la proportion des données inconnues peut varier considérablement selon l'établissement. Par exemple, la proportion des valeurs inconnues à l'élément de données « Heure de l'évaluation initiale du médecin » s'échelonne de 0 % à plus de 95 % dans le cas des données sur le service d'urgence d'un établissement. Les établissements qui affichent de fortes proportions de données inconnues peuvent être retirés des analyses dans lesquelles les types de données en question sont utilisés. Les analyses qui touchent à l'un des éléments de données susmentionnés devraient tenir compte des écarts, d'un établissement à l'autre, quant à l'intégralité des données soumises à l'ICIS.

La non-réponse, ou non-réponse partielle, ne peut être calculée pour tous les éléments de données du SNISA. Par exemple, plusieurs éléments de données obligatoires ne permettent pas la codification d'une valeur inconnue; par conséquent, il est impossible de calculer la non-réponse avec exactitude. Cela peut également influencer sur la déclaration de ces données (voir la section suivante).

#### **4.1.4 Erreur de mesure**

Le cadre de la qualité des données de l'ICIS précise que les erreurs de mesure, les biais et la cohérence des données sont combinés afin de mesurer la qualité de la déclaration des données. Les erreurs de mesure se produisent lorsque les valeurs déclarées ne correspondent pas aux valeurs réelles. Ces erreurs peuvent être calculées d'après le nombre de fois qu'un élément de données est mal codifié. Un biais correspond à l'occurrence systématique de l'erreur de mesure et la cohérence se dit de la variation dans les réponses après des mesures répétées (à savoir la fiabilité). La cohérence est parfois le résultat d'opinions divergentes entre les responsables de la collecte de données et les codificateurs, particulièrement en ce qui a trait aux éléments de données subjectifs, comme le niveau de triage (mesuré sur une échelle de 1 à 5), pour lesquels il n'existe aucune réponse absolue. La cohérence ne s'applique pas qu'aux variables subjectives; elle peut aussi être un facteur dans les éléments de données comportant un élément d'erreur de mesure (p. ex. le temps de déclaration).

- Le rapport d'étude sur la seconde saisie et l'évaluation de la qualité des données du SNISA produit par l'ICIS présente des preuves quantitatives des erreurs de mesure de certains éléments de données, tels que le problème principal ou secondaire, l'intervention principale ou secondaire, les champs de date et d'heure, le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance, le code postal et le sexe. Dans le cadre de cette étude, une enquête sur la qualité des données établit un lien entre les renseignements propres à un établissement et les données de seconde saisie, afin de déterminer les pratiques exemplaires (à savoir les politiques et processus des établissements) pouvant être associées à la collecte de données de qualité.

Le rapport d'étude final a été publié en janvier 2008.

- Un certain nombre de problèmes découlant des erreurs de mesure associées aux éléments de données sur l'heure ont été cernés :
  - *Heure de triage.* Globalement, 17 % des enregistrements relatifs aux services d'urgence ont une heure de triage identique à l'heure d'inscription, y compris ceux de 14 établissements qui ont indiqué une même heure de triage et d'inscription dans plus de 95 % de leurs données. De ce nombre, il y a six grands établissements (plus de 30 000 visites au service d'urgence), un établissement de taille moyenne (de 15 000 à 30 000 visites au service d'urgence) et sept petits établissements (moins de 15 000 visites au service d'urgence). Le délai entre le triage et l'inscription est de une minute dans plus de 35 % des enregistrements de quatre établissements, et de deux ou trois minutes dans plus de 20 % des données de 15 % des établissements dotés d'un service d'urgence. Comme ces résultats indiquent que l'heure de triage a été codifiée par défaut, ces données doivent être utilisées avec prudence.
  - *Heure d'inscription ou de visite et Heure de la sortie.* Ces éléments de données sur l'heure donnent une bonne idée de la durée des visites aux services d'urgence ou aux unités de chirurgie d'un jour. Sur l'ensemble des abrégés soumis au SNISA pour les services d'urgence et les soins de jour et de nuit en chirurgie, 0,03 % indiquent que l'heure d'inscription est identique à l'heure de la sortie, 35 % de ceux-ci indiquant que le patient a obtenu son congé et 34 %, que le patient a été inscrit puis a quitté le service d'urgence avant d'avoir été évalué. Ces résultats indiquent que, dans certains cas, l'heure d'inscription et l'heure de la sortie ont été codifiées par défaut.
  - *Tous les éléments de données sur l'heure.* L'élément de données du SNISA portant sur l'heure qui est codifié avec le plus de précision est l'heure d'inscription, probablement parce qu'il est recueilli de façon électronique. Les méthodes de collecte de données manuelles peuvent entraîner des erreurs de mesure pour d'autres éléments de données portant sur l'heure. Une erreur de mesure relative à ce type d'éléments de données se traduit par la forte proportion des données codifiées sous certaines minutes de la journée. À titre d'exemple, un nombre disproportionné de visites se seraient produites à une heure arrondie, à savoir à l'heure pile, à la demi-heure, ou au quart d'heure (ce qui pourrait indiquer l'heure de l'évaluation initiale du médecin).
- Selon les directives du *Manuel du SNISA*, lorsqu'un patient est transféré à un autre établissement de soins de courte durée ou à un lieu de résidence en établissement, l'élément de données « Établissement de destination » devrait correspondre à l'élément de données « Issue de la visite ». Toutefois, lorsqu'une contre-vérification de l'issue de la visite est effectuée par rapport à l'établissement de destination (obligatoire en Ontario et en Nouvelle-Écosse), seulement 91 % des enregistrements satisfont à ce critère.
- Certaines erreurs de mesure ont été décelées à l'élément de données « Durée de l'intervention aux soins ambulatoires ». Cet élément de données facultatif est déclaré dans 29,1 % des interventions en soins de jour et de nuit en chirurgie (bien qu'un enregistrement puisse représenter plusieurs interventions). Sur les durées déclarées, 99,6 % sont inférieures à 200 minutes et 0,04 % sont supérieures à 600 minutes (10 heures), une durée plutôt douteuse. Il faut donc utiliser ces éléments de données avec prudence.

- Le SNISA de 2007-2008 contient des codes postaux invalides. Un certain nombre d'enregistrements comprennent des codes postaux à six caractères correctement formatés qui ne correspondent à aucun code postal, actuel ou retiré, fourni par la Société canadienne des postes (voir le tableau 8). Cette situation vise 0,62 % des enregistrements dans le SNISA.

**Tableau 8 Exemples de codes postaux invalides dans le SNISA, 2007-2008**

<b>Code postal</b>	<b>Nombre d'enregistrements</b>
X9X9X9	580
A0A0A0	462
X0X0X0	414
M8V4S7	191
L3B6W3	175
K9A4J6	172
M5K4H8	171
N5Z5V4	169
K1V1O6	165
M4Z3S1	161
M9M3P1	160
...	
<b>Total</b>	<b>62 517</b>

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008.

- Une erreur de mesure peut se produire lorsque sont déclarés des éléments de données obligatoires qui ne permettent pas la codification d'une valeur inconnue. Pour le SNISA, il est nécessaire que les éléments de données obligatoires soient dûment remplis au moment de la soumission et les enregistrements comportant des éléments de données obligatoires non déclarés sont exclus. Par conséquent, si l'information ne se trouve pas dans le dossier de santé initial, on peut demander au codificateur ou au préposé à la saisie de codifier un élément de données inconnu avec une valeur valide de substitution ou une valeur par défaut, afin que l'abrégié puisse être inclus dans la base de données du SNISA. Cette situation peut se produire avec l'heure de triage, l'indicateur de médecin de famille et l'heure de l'évaluation initiale du médecin. Les échantillons ou sous-ensembles de base de données devraient être analysés à l'échelle de l'établissement dans les cas de proportions de données plus importantes que prévu pour certains codes d'éléments de données.

- Les données d'Action Cancer Ontario représentent une grande proportion (52,8 %) des données relatives à l'oncologie dans le SNISA. Les visites soumises par Action Cancer Ontario sont décelées parmi les données d'un établissement hôte au moyen de numéros d'identification de la série 9 000 000 et du code du centre d'activité d'oncologie des Normes SIG (voir l'annexe A pour obtenir la liste des codes des centres d'activité d'oncologie). On remarque des erreurs de mesure dans ces données, notamment pour les éléments suivants :
  - *Issue de la visite.* Action Cancer Ontario ne recueille pas de données sur l'issue de la visite et inscrit donc le code « 01 » (patient retourné à son domicile) sur tous les abrégés qu'il soumet au SNISA.
  - *Intervention principale.* Dans les abrégés qui comprennent plusieurs codes d'intervention de la CCI, les codes ne sont pas toujours inscrits par ordre d'importance, c'est-à-dire que l'intervention la plus importante sur le plan clinique devrait être désignée comme étant l'intervention principale. Cette pratique va à l'encontre de la définition de l'ICIS selon laquelle une intervention principale est une intervention pratiquée par le dispensateur et considérée comme la plus importante sur le plan clinique.
  - *Codes des dispensateurs de services.* Les codes de spécialité des médecins saisis par Action Cancer Ontario ne sont pas nécessairement les mêmes que les codes de l'ICIS réservés aux dispensateurs de services. Environ la moitié des abrégés d'Action Cancer Ontario contiennent le code du principal dispensateur de services; dans 84 % de ces cas, le code désigne un oncologue médical (26 %) ou un radio-oncologue (58 %). Des codes de dispensateurs de services pratiquant des interventions de nature procédurale figurent sur 27 % des abrégés d'Action Cancer Ontario; ce code désigne un radiothérapeute dans 75 % des cas, une infirmière autorisée dans 23 % des cas et un technicien de laboratoire dans 2 % des cas. Sur presque tous les abrégés (99 %) dans lesquels un « autre dispensateur responsable » est précisé, l'infirmière autorisée est désignée comme l'autre dispensateur responsable (23 % de tous les abrégés d'Action Cancer Ontario).
  - *Heure d'inscription.* La déclaration de cet élément de données est facultative dans le cas des visites dans une clinique, mais les abrégés d'Action Cancer Ontario incluent tout de même cette information. Le nombre disproportionné d'abrégés (14,76 %) d'Action Cancer Ontario portant l'heure d'inscription 00:00 semble indiquer une erreur de mesure. L'organisme a signalé à l'ICIS qu'il n'avait pas recueilli l'heure d'inscription des visites en vue d'une chimiothérapie, d'une radiothérapie non planifiée ou d'une intervention mineure et qu'il avait donc inscrit par défaut l'heure d'inscription 00:00 sur ces abrégés.
  - *Heure de la sortie.* La déclaration de cet élément de données est facultative dans le cas des visites dans une clinique. Une erreur de mesure a été observée. En effet, 35 % des abrégés d'Action Cancer Ontario indiquent 18:00 comme heure de la sortie. Ce pourcentage représente 85 % de l'ensemble des visites indiquant 18:00 comme heure de la sortie. Sur l'ensemble des abrégés de l'Action Cancer Ontario, 17 % indiquent 23:30 comme heure de la sortie, ce qui représente 73 % de l'ensemble des visites indiquant 23:30 comme heure de la sortie.

- Des erreurs de mesure sont survenues dans le cas de plusieurs éléments de données ne s'appliquant qu'aux services d'urgence, notamment :
  - Type de visite
  - Indicateur de visite planifiée au service d'urgence
  - Date de triage
  - Heure de triage
  - Niveau de triage (ETG)
  - Échelle de Glasgow
  - Indicateur du port de la ceinture de sécurité
  - Indicateur de l'ETGP
- Dans d'autres bases de données de l'ICIS, on a constaté un biais dans les réponses en raison des variations de codification survenues à la suite de la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI (voir le document *S'adapter à la CIM-10-CA et CCI, Conséquences des nouveaux systèmes de classification sur l'affectation des groupes de maladies analogues et des groupes de chirurgie d'un jour au moyen des données de l'exercice 2002-2003*). Une étude intitulée *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD)* a été réalisée afin d'expliquer ces variations. Comme il a été mentionné précédemment, une étude de seconde saisie des données du SNISA a été publiée en janvier 2008.
- Un biais dans les réponses des provinces a été observé dans le SNISA. En 2007-2008, 97,4 % des données provenaient de l'Ontario.

## 4.2 Comparabilité

La dimension de la comparabilité permet d'évaluer à quel point les bases de données répondent à une norme commune. Elle se compose de définitions de données normalisées, de groupements communs dérivés, d'éléments de données communs pouvant être couplés, de conversions justes des valeurs de données et de données comparables au fil du temps.

### 4.2.1 Normalisation

- Les éléments de données sont obligatoires, facultatifs ou propres à une région en particulier. Le SNISA recueille plus de types de données que ce qu'exigent les provinces et les territoires. Les taux de réponse aux éléments de données facultatifs varient et sont généralement faibles. Vous trouverez un aperçu de l'état des éléments de données (obligatoire ou facultatif) à l'annexe B ainsi que dans le *Manuel du SNISA, 2007-2008*.
- Lorsque les utilisateurs font des analyses temporelles ou interprovinciales et interterritoriales, ils doivent savoir que les spécifications des éléments de données peuvent changer d'un exercice à l'autre. Par exemple, certains éléments de données qui étaient facultatifs en 2001-2002 sont peut-être devenus obligatoires en 2002-2003. Vous trouverez un aperçu de l'évolution des éléments de données au fil du temps à l'annexe C et dans le *Manuel du SNISA, 2007-2008*.

## **4.2.2 Couplage**

- Dans le SNISA, les codes postaux ne correspondent pas nécessairement au lieu de résidence du client.
  - Grâce au FCCP de Statistique Canada, il est possible de trouver les codes postaux des régions rurales qui peuvent s'appliquer à plus d'une zone de recensement.
  - L'utilisation de cases postales dans les régions rurales complique la détermination précise du lieu de résidence d'un patient.
- Il importe de savoir que les numéros d'identification des établissements pour la déclaration des visites en soins de jour et de nuit en chirurgie ne sont pas les mêmes dans le SNISA et dans la BDCP. Lorsqu'ils effectuent des analyses des tendances, les utilisateurs doivent mapper les numéros de chirurgies d'un jour de la BDCP aux numéros de soins ambulatoires du SNISA.

## **4.2.3 Comparabilité rétrospective**

- Quatre éléments de données (33, 34, 36 et 37 : date et heure de la décision d'admission et date et heure de la fin de la visite) ont été supprimés du SNISA parce qu'il n'était pas possible de calculer les indicateurs clés.
- Quatre éléments de données (114 à 117 : date et heure de la sortie et date et heure de sortie du patient – service d'urgence) ont été ajoutés dans le SNISA pour 2007-2008 afin que les indicateurs clés, tels que le temps d'attente pour un lit d'hospitalisation, puissent être calculés.
- Le code valide « 9999 » représentant une valeur inconnue a été ajouté à l'élément de données « Heure de triage ».
- Le code valide « U » représentant une valeur inconnue a été ajouté à l'élément de données « Indicateur de médecin de famille ».
- Le code valide « 7 » représentant un professionnel paramédical a été ajouté à l'élément de données « Type de dispensateur ». Ce dispensateur de services est associé à un centre d'activité des Normes SIG différent du centre d'activité de la visite.
- Le code de dispensateur de services « 00052 » (Urogynécologue) a été changé pour « 00053 » afin de se conformer au code de la BDCP.

## 5 Lignes directrices relatives aux demandes générales de données

En règle générale, une question de recherche et un plan d'analyse bien définis facilitent le travail avec le SNISA. Par conséquent, étant donné la vaste portée du SNISA, il est nécessaire de prendre en considération un certain nombre de lignes directrices générales avant d'utiliser les données dans des analyses. Les lignes directrices ci-dessous peuvent être utiles dans l'analyse des données du SNISA :

- Le SNISA comprend plusieurs types de visites en soins ambulatoires. Chacun d'entre eux, soit les services d'urgence, les soins de jour et de nuit en chirurgie et les cliniques (dialyse rénale, cathétérisme cardiaque et oncologie), peut être désigné par plusieurs centres d'activité (voir l'annexe A).
- Les visites en soins de jour et de nuit en chirurgie ou dans les cliniques peuvent avoir lieu dans un centre d'activité d'urgence. Il est possible d'exclure ces visites des analyses portant sur les visites réelles au service d'urgence au moyen de l'élément de données « Indicateur de visite planifiée au service d'urgence ».
- Dans le SNISA, l'intervention et le diagnostic principaux sont codifiés, ainsi qu'un maximum de neuf autres interventions et diagnostics. Par conséquent, les analyses peuvent tenir compte des interventions et diagnostics principaux uniquement ou des interventions et diagnostics principaux et secondaires.
- Le SNISA contient des erreurs de mesure connues. Nous suggérons donc que les échantillons ou sous-ensembles de base de données soient analysés à l'échelle de l'établissement lorsque les proportions de données sont plus importantes que prévu dans certains codes d'éléments de données.
- La compréhension des variations dans les données du SNISA groupées par taille d'établissement ou par désignation du milieu (rural ou urbain), par exemple, peut favoriser l'analyse des données. Les variations connues de ces groupements dans les services de soins ambulatoires dispensés se reflètent dans certaines données. Il s'agit entre autres de l'indicateur de visite planifiée au service d'urgence, des types de dispensateurs de services et des issues des visites (comme les transferts).

Il peut se révéler nécessaire de tenir compte d'autres exclusions ou inclusions dans certaines analyses. Nous vous recommandons de lire le *Manuel du SNISA* pour comprendre les éléments de données et l'information recueillie. L'information contenue dans le *Manuel du SNISA* est semblable à celle d'un dictionnaire de données.

## 6 Personnes-ressources

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'ICIS par courriel, à [snisa@icis.ca](mailto:snisa@icis.ca).





## Bibliographie

- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Comprehensive Ambulatory Classification System Directory 2003 (CACCS) – Version 3*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005. Disponible sur demande. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Guide SIG, 2006*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005. Disponible sur demande. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Improving Timeliness of Discharge Abstract Database Data*, Ottawa (Ont.), ICIS, 1999. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Le cadre de la qualité des données de l'ICIS – Révision de juin 2005*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Le respect de la vie privée et confidentialité de l'information à l'ICIS, 3<sup>e</sup> édition*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Manuel du Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'exercice 2008-2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007. Disponible sur demande. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *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*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2004. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Quality Assurance Processes in the Discharge Abstract and Hospital Morbidity Databases*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2002. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *S'adapter à la CIM-10-CA et CCI, Conséquences des nouveaux systèmes de classification sur l'affectation des groupes de maladies analogues et des groupes de chirurgie d'un jour au moyen des données de l'exercice 2001-2002*, Ottawa (Ont.), ICIS. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD)*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2003. Internet : <<http://www.icis.ca>> .
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Ministry of Health and Long-Term Care Master Numbering System*, Ottawa (Ont.), 2003. Internet : <[http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/master\\_nums/mns\\_book.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/master_nums/mns_book.pdf)> .



## Annexe A – Codes de centres d'activité des Normes SIG pour les visites

Type de soins ambulatoires	Province	Codes de compte des centres d'activité des Normes SIG
<b>Service d'urgence</b>		
Service d'urgence	Ontario	Série de codes 7*310 (* = 1, 2 ou 3)
Service d'urgence	Colombie-Britannique	Série de codes 71310
Service d'urgence	Île-du-Prince-Édouard	Série de codes 71310
Service d'urgence	Nouvelle-Écosse	Série de codes 7*310 (* = 1, 2 ou 3)
Service d'urgence	Yukon	Série de codes 71310
<b>Soins de jour et de nuit en chirurgie</b>		
Chirurgie d'un jour	Ontario	7*260**, 7*262, 7*265**, 7*34020, 7*34025**, 7*34055 (* = 1, 2 ou 3; ** = série de codes)
Chirurgie d'un jour	Nouvelle-Écosse	712600000, 722600000, 712602000, 712602500, 712603000, 712604000, 712604500, 712606000, 712606500, 712607000, 712609900, 713402000, 713402500, 713402520, 713403500, 713403700, 713405500
<b>Cliniques</b>		
Dialyse rénale	Ontario	7*34086**, 7*53086 (* = 1, 2 ou 3; ** = série de codes)
Oncologie	Ontario	7*34066**, 7*35066**, 7*466**, 7*53066, 7*51066** (* = 1, 2 ou 3; ** = série de codes)
Cathétérisme cardiaque	Ontario	7*41544** (* = 1, 2 ou 3; ** = série de codes)
<b>Autre type</b>		
Tous les codes facultatifs	Toutes les provinces	Tous les codes valides non compris dans les cellules ci-dessus

### Remarques

\*\* = série de codes. La Nouvelle-Écosse inscrit un zéro au neuvième chiffre du compte des Normes SIG pour les visites aux centres d'activité.

### Sources

Institut canadien d'information sur la santé. *Normes SIG, 2006*. Ottawa, ICIS, 2005; Ontario Healthcare Reporting System (OHRS), Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.



## Annexe B – Éléments de données obligatoires du SNISA, 2007-2008

La présente annexe doit être utilisée de pair avec le manuel de saisie de l'information du SNISA. Vous trouverez de plus amples détails dans le *Manuel du SNISA* de l'exercice 2007-2008.

Légende	
O	Obligatoire
O*	Obligatoire, le cas échéant
F	Facultatif

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	Ontario			Nouvelle-Écosse			Colombie-Britannique			Île-du-Prince-Édouard		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
00A	Province ou territoire de l'établissement déclarant	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
00B	Numéro des soins ambulatoires de l'établissement déclarant	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
00C	Exercice de la soumission	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
00D	Période de soumission	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
00E	Numéro d'identification de l'abrégé	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
00F	Numéro du codificateur	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
01	Numéro de dossier	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
02	Numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
03	Province/territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
04	Responsable du paiement	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
05	Code postal	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
06	Code de résidence	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F
07	Sexe	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
08	Date de naissance	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
09	Date de naissance estimée	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
10	Indicateur de médecin de famille	O	F	F	O	F	F	F	O	F	F	O	F
11	Numéro d'inscription aux soins ambulatoires	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
12	Numéro séquentiel de la consultation ou de l'inscription aux soins ambulatoires	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	Ontario			Nouvelle-Écosse			Colombie-Britannique			Île-du-Prince-Édouard		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
13	Code de centre d'activité des visites (Normes SIG)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
14	Admission par ambulance	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
15	Numéro de sortie de l'ambulance	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
16	Milieu de vie	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
17	Type de résidence	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
18	Type de visite	O	F	F	F	F	F	F	F	F	O	F	F
19	Statut de la visite aux soins ambulatoires	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
20	Mode de visite ou de communication	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
21	Niveau de scolarité le plus élevé	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
22	Date d'arrivée	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
23	Heure d'arrivée	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
24	Date de triage	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F
25	Heure de triage	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F
26	Niveau de triage	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F
27	Date d'inscription ou de visite	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
28	Heure d'inscription ou de visite	O	O	F	O	O	F	O	O	F	O	O	F
29	Date de l'évaluation initiale du médecin	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F
31	Source de l'orientation du patient avant la visite aux soins ambulatoires	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
32	Établissement de provenance	O*	O*	O*	O*	O*	O*	F	F	F	F	F	F
35	Issue de la visite	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
38	Référé à – À la fin de la visite aux soins ambulatoires	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
39	Établissement de destination	O*	O*	O*	O*	O*	O*	F	F	F	F	F	F
40	Type de dispensateur	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
41	Dispensateur de services	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	Ontario			Nouvelle-Écosse			Colombie-Britannique			Île-du-Prince-Édouard		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
42	Numéro d'identification du dispensateur de services	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
43, 43 (a-i)	Préfixe du problème (principal et secondaire)	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
44	Problème principal	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
45 (a-i)	Problèmes secondaires	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
46	Intervention principale	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
47 (a-i)	Interventions secondaires	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
48, 48 (a-i)	Attribut de situation (principal et secondaire)	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
49, 49 (a-i)	Attribut de lieu (principal et secondaire)	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
50, 50 (a-i)	Attribut d'étendue (principal et secondaire)	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
51 (a-i)	Durée de l'intervention aux soins ambulatoires pour les interventions principale et secondaires	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
52, 52 (a-i)	Code du lieu d'intervention pour les interventions principale et secondaires	F	O	F	F	O	F	F	F	F	F	F	F
53	Technique anesthésique	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
54	Indicateur de décès au cours de l'intervention	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
55	Indicateur, hors hôpital	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
56	Numéro d'établissement hors hôpital	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
57	Indicateur de transfusion sanguine	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O
58	Composants et produits sanguins, globules rouges	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O
59	Composants et produits sanguins, plaquettes	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O
60	Composants et produits sanguins, plasma	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O
61	Composants et produits sanguins, albumine	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O
62	Composants et produits sanguins, autre composant	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O
63	Composants et produits sanguins, autotransfusion	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	Ontario			Nouvelle-Écosse			Colombie-Britannique			Île-du-Prince-Édouard		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
64	Unités de sang transfusées, globules rouges	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
65	Unités de sang transfusées, plaquettes	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
66	Unités de sang transfusées, plasma	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
67	Unités de sang transfusées, albumine	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
68	Unités de sang transfusées, autre composant	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
69	Nombre de grossesses à terme antérieures	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F
70	Nombre d'accouchements prématurés antérieurs	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F
71	Nombre de fausses couches antérieures	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F
72	Nombre d'avortements thérapeutiques antérieurs	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F
73	Âge du fœtus – Avortement thérapeutique	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F
74	Date des dernières menstruations	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F
75 (a-j)	Code de centre d'activité (Normes SIG)	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
79	Numéro de projet	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
80-96	Propre à l'établissement, à la province ou au territoire	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
97	Indicateur de l'ETGP	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F
98	Secteur de programmes	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
99	Indicateur de visite planifiée au service d'urgence	O	F	F	F	F	F	F	F	F	O	F	F
100	Échelle de Glasgow	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F
101	Indicateur du port de la ceinture de sécurité	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F
102	Indicateur du port du casque protecteur	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F
103	Niveau de soins/bénéficiaire de services	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
104	Date de l'orientation	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F



Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	Ontario			Nouvelle-Écosse			Colombie-Britannique			Île-du-Prince-Édouard		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
105	Groupe ambulatoire principal du fournisseur	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
106	SGCA du fournisseur	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
107	PCR du fournisseur	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
108	Dossier complet	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
109	Date de l'intervention principale	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
110	Heure du début de l'intervention principale	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
111 (a-i)	Date de l'intervention secondaire	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
112 (a-i)	Heure du début de l'intervention secondaire	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
113	Raison de la visite/ motif de consultation	O	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
114	Date de la sortie	O	O	F	O	O	F	O	O	F	O	O	F
115	Heure de la sortie	O	O	F	O	O	F	O	O	F	O	O	F
116	Date de sortie du patient – service d'urgence	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F
117	Heure de sortie du patient – service d'urgence	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F



## Annexe C – Évolution des champs du SNISA, par exercice

La présente annexe doit être utilisée de pair avec le manuel de saisie de l'information du SNISA de l'exercice 2007-2008. Veuillez le consulter pour de plus amples détails.

Légende	
* = Aucun changement à l'élément de données actuel	S = Élément de données supprimé
M = Modification dans la définition de l'élément de données (y compris la légende, le changement de code et la collecte de nouvelles données)	N = Nouvel élément de données
F = Changement dans le format de l'élément de données	O = L'élément de données n'existait pas encore
	R = Élément de données retiré

Actuel		CIM-10-CA							CIM-9	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>^</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
00A	Province/territoire de l'établissement déclarant	*	*	*	*	*	*	N	O	-
00B	Numéro des soins ambulatoires de l'établissement déclarant	*	*	*	*	*	*	*	*	S.O.
00C	Exercice de la soumission	*	*	*	*	*	*	*	*	S.O.
00D	Période de soumission	*	*	*	*	*	*	*	*	S.O.
00E	Numéro d'identification de l'abrégié	*	*	*	*	*	*	N	O	-
00F	Numéro du codificateur	*	*	*	*	*	*	N	O	-
00G	Numéro d'identification de l'abrégié principal	R	R	R	N	O	O	O	O	-
01	Numéro de dossier	*	*	*	*	*	*	*	*	01
02	Numéro d'assurance-maladie	*	*	*	*	*	*	*	*	02
03	Province/territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	*	*	*	*	*	M	F	*	03
04	Responsable du paiement	*	*	*	*	*	*	M	*	35
05	Code postal	*	*	*	*	*	M	F	*	04

Actuel		CIM-10-CA							CIM-9	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>^</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
06	Code de résidence	*	*	*	*	*	*	F	*	34
07	Sexe	*	*	*	*	*	*	F	*	05
08	Date de naissance	*	*	*	*	*	*	*	*	06
09	Date de naissance estimée	*	*	*	*	*	*	F	*	07
10	Indicateur de médecin de famille	*	M	*	*	*	*	N	O	-
11	Numéro d'inscription aux soins ambulatoires	*	*	*	*	*	*	*	*	08
12	Numéro séquentiel de la consultation ou de l'inscription aux soins ambulatoires	*	*	*	*	*	*	*	*	08b
13	Code de centre d'activité des visites (Normes SIG)	*	*	*	*	*	*	*	*	09
14	Admission par ambulance	*	*	M	*	*	M	*	*	48
15	Numéro de sortie de l'ambulance	*	*	*	*	*	*	*	*	49
-	Situation de famille (2001)	S	S	S	S	S	S	S	*	46
16	Milieu de vie	*	*	*	*	*	*	M	*	28
17	Type de résidence	*	*	*	*	*	*	M	*	29
18	Type de visite	M	*	*	*	*	*	N	O	-
19	Statut de la visite aux soins ambulatoires	*	*	*	*	*	*	*	*	24
20	Mode de visite ou de communication	*	*	*	*	*	*	*	*	25
21	Niveau de scolarité le plus élevé	*	*	*	*	*	*	M	*	30
22	Date d'arrivée	*	*	*	*	*	*	N	O	-
23	Heure d'arrivée	*	*	*	*	*	*	N	O	-
24	Date de triage	*	*	*	*	*	*	N	O	-
25	Heure de triage	*	M	*	*	*	*	N	O	-
26	Niveau de triage	*	*	M	*	*	*	*	*	20
27	Date d'inscription ou de visite	*	*	*	*	*	*	*	*	10
28	Heure d'inscription ou de visite	*	*	*	*	*	*	*	*	22

Actuel		CIM-10-CA							CIM-9	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>^</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
29	Date de l'évaluation initiale du médecin	*	*	*	*	*	*	N	O	-
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	*	*	*	*	*	M	N	O	-
31	Source de l'orientation du patient avant la visite aux soins ambulatoires	M	*	*	*	M	*	M	*	26
32	Établissement de provenance	M	*	*	*	*	*	N	O	-
33	Date de la décision d'admission	R	R	*	*	*	*	N	O	-
34	Heure de la décision d'admission	R	R	*	*	*	M	*	*	47
35	Issue de la visite	*	*	*	M	*	M	M	*	14
36	Date de la fin de la visite	R	R	*	*	*	*	*	*	21
37	Heure de la fin de la visite	R	R	M	*	*	*	*	*	23
38	Référé à — À la fin de la visite aux soins ambulatoires	*	*	*	*	M	*	M	*	27
39	Établissement de destination	M	*	*	*	*	*	N	O	-
40	Type de dispensateur	*	M	*	*	*	*	M	*	12
41	Dispensateur de services	M	M	M	M	*	M	M	*	11
42	Numéro d'identification du dispensateur de services	*	*	*	*	*	*	F	*	13
43, 43 (a-i)	Préfixe du problème (principal et secondaire)	M	*	M	*	*	M	N	O	-
44	Problème principal	*	*	*	*	*	*	F	*	15
45 (a-i)	Problèmes secondaires	*	*	*	*	*	*	F	*	16
45 (a-i)	Cause extérieure de traumatisme/ Empoisonnement (2001, éléments de données distincts)	*	*	*	*	*	*	M	*	17
45 (a-i)	Lieu de l'événement/ Activité au moment de la blessure (2001, éléments de données distincts)	*	*	*	*	*	*	M	*	33
46	Intervention principale	*	*	*	*	*	*	F	*	18

Actuel		CIM-10-CA							CIM-9	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>^</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
47 (a-i)	Interventions secondaires	*	*	*	*	*	*	F	*	19
48, 48 (a-i)	Attribut de situation (principal et secondaire)	*	*	*	*	*	*	N	O	-
49, 49 (a-i)	Attribut de lieu (principal et secondaire)	*	*	*	*	*	*	N	O	-
50, 50 (a-i)	Attribut d'étendue (principal et secondaire)	*	*	*	*	*	*	N	O	-
51 (a-i)	Durée de l'intervention aux soins ambulatoires pour les interventions principale et secondaires	*	*	*	*	*	*	N	O	-
52, 52 (a-i)	Code du lieu d'intervention pour les interventions principale et secondaires	*	*	*	*	*	M	N	O	-
53	Technique anesthésique	*	*	*	M	*	*	M	*	36
54	Indicateur de décès au cours de l'intervention	*	*	*	*	*	*	N	O	-
55	Indicateur, hors hôpital	*	*	*	*	*	*	N	O	-
56	Numéro d'établissement hors hôpital	*	*	*	*	*	*	N	O	-
57	Indicateur de transfusion sanguine	*	*	*	*	*	*	*	*	31
58	Composants et produits sanguins, globules rouges	*	*	*	*	*	*	M	*	32
59	Composants et produits sanguins, plaquettes	*	*	*	*	*	*	M	*	32
60	Composants et produits sanguins, plasma	*	*	*	*	*	*	M	*	32
61	Composants et produits sanguins, albumine	*	*	*	*	*	*	M	*	32
62	Composants et produits sanguins, autre composant	*	*	*	*	*	*	M	*	32
63	Composants et produits sanguins, autotransfusion	*	*	*	*	M	*	N	O	-
64	Unités de sang transfusées, globules rouges	*	*	*	*	*	*	*	*	50

Actuel		CIM-10-CA							CIM-9	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>^</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
65	Unités de sang transfusées, plaquettes	*	*	*	*	*	*	*	*	50
66	Unités de sang transfusées, plasma	*	*	*	*	*	*	*	*	50
67	Unités de sang transfusées, albumine	*	*	*	*	*	*	*	*	50
68	Unités de sang transfusées, autre composant	*	*	*	*	*	*	*	*	50
69	Nombre de grossesses à terme antérieures	*	*	*	*	*	*	M/F	*	41
70	Nombre d'accouchements prématurés antérieurs	*	*	*	*	*	*	N	O	-
71	Nombre de fausses couches antérieures	*	*	*	*	*	*	M/F	*	42
72	Nombre d'avortements thérapeutiques antérieurs	*	*	*	*	*	*	M/F	*	43
73	Âge du fœtus – Avortement thérapeutique	*	*	*	*	*	*	M	*	44
74	Date des dernières menstruations	*	*	*	*	*	*	*	*	45
75 (a-j)	Code de centre d'activité (Normes SIG)	*	*	*	*	F	*	*	*	37
76	Coûts totaux directs liés au bénéficiaire de services	R	R	R	R	R	*	*	*	38
77	Coûts totaux indirects liés au bénéficiaire de services	R	R	R	R	R	*	*	*	39
78	Fournitures imputables	R	R	R	R	R	*	*	*	40
79	Numéro de projet	*	*	*	*	*	*	N	O	-
80-96	Propre à l'établissement, à la province ou au territoire	*	*	*	*	*	*	N	O	-
97	Indicateur de l'ETGP	*	*	*	*	*	N	O	O	-
98	Secteur de programmes	*	*	*	*	*	N	O	O	-
99	Indicateur de visite planifiée au service d'urgence	M	*	*	*	*	N	O	O	-
100	Échelle de Glasgow	M	*	*	*	*	N	O	O	-

Actuel		CIM-10-CA							CIM-9	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>^</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
101	Indicateur du port de la ceinture de sécurité	*	*	*	*	*	N	O	O	-
102	Indicateur du port du casque protecteur	M	*	*	*	N	O	O	O	-
103	Niveau de soins/ bénéficiaire de services	*	*	*	*	N	O	O	O	-
104	Date de l'orientation	*	*	*	*	N	O	O	O	-
105	Groupe ambulatoire principal du fournisseur	*	*	*	*	N	O	O	O	-
106	SGCA du fournisseur	*	*	*	*	N	O	O	O	-
107	PCR du fournisseur ou ACW du fournisseur (de 2004 à 2005)	*	*	M	*	N	O	O	O	-
108	Dossier complet	*	*	*	*	N	O	O	O	-
109	Date de l'intervention principale	*	*	*	*	N	O	O	O	-
110	Heure du début de l'intervention principale	*	*	*	*	N	O	O	O	-
111 (a-i)	Date de l'intervention secondaire	*	*	*	*	N	O	O	O	-
112 (a-i)	Heure du début de l'intervention secondaire	*	*	*	*	N	O	O	O	-
113 (code « R » n° 43 de 2003 à 2005)	Raison de la visite/ motif de consultation	*	*	N	O	O	O	O	O	-
114	Date de la sortie	*	N	O	O	O	O	O	O	-
115	Heure de la sortie	*	N	O	O	O	O	O	O	-
116	Date de sortie du patient – service d'urgence	*	N	O	O	O	O	O	O	-
117	Heure de sortie du patient – service d'urgence	*	N	O	O	O	O	O	O	-

**Remarque**

<sup>^</sup> Remaniement du SNISA en 2002-2003 et mise en œuvre de la CIM-10-CA, changements considérables dans la convention de numérotation des éléments de données.



## **Annexe D – Recherche des doubles dans le SNISA**

- Pour 2006-2007 et 2007-2008, les vrais enregistrements en double ont été décelés au moyen de tous les éléments de données, sauf les trois éléments suivants :
  - Principaux soins ambulatoires
  - Numéro d'identification de l'abrégé
  - Date de l'enregistrement
  
- Pour 2006-2007 et 2007-2008, les abrégés ont été appariés d'après quatre éléments de données :
  - Numéro de dossier
  - Numéro d'assurance-maladie encodé (2007-2008), numéro d'assurance-maladie (2006-2007)
  - Date d'inscription
  - Heure d'inscription
  
- Pour 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006, les abrégés ont été appariés d'après les 26 éléments de données suivants :
  - Numéro des soins ambulatoires de l'établissement déclarant
  - Exercice de la soumission
  - Période de soumission
  - Numéro du codificateur
  - Numéro de dossier
  - Numéro d'assurance-maladie
  - Code postal
  - Sexe
  - Date de naissance
  - Code de centre d'activité des visites (Normes SIG)
  - Date de triage
  - Heure de triage
  - Niveau de triage
  - Date d'inscription ou de visite
  - Heure d'inscription ou de visite
  - Date de l'évaluation initiale du médecin
  - Heure de l'évaluation initiale du médecin
  - Date de la décision d'admission
  - Heure de la décision d'admission
  - Issue de la visite
  - Date de la fin de la visite
  - Heure de la fin de la visite
  - Problème principal
  - Intervention principale
  - Dispensateur de services
  - Numéro d'identification du dispensateur de services
  
- Le processus de mappage a été effectué grâce à la méthode PROC SORT de SAS, à l'aide de l'option « nodupkey ».

