



Une meilleure évaluation de la qualité des soins liés aux arthroplasties de la hanche et du genou grâce aux données déclarées par les patients

Notes méthodologiques



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

La production du présent document 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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

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
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-330-5 (PDF)

© 2025 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Une meilleure évaluation de la qualité des soins liés aux arthroplasties de la hanche et du genou grâce aux données déclarées par les patients — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2025.

This publication is also available in English under the title *Using Patient-Reported Data to Better Assess Quality of Care for Hip and Knee Replacements — Methodology Notes*.

ISBN 978-1-77479-329-9 (PDF)

Table des matières

Contexte	4
Sources des données	5
Méthode analytique	5
Aperçu des mesures	6
Analyse de la stratification de l'équité	9
Analyse de corrélation : couplage des données sur la santé	11

Contexte

Le rapport [Une meilleure évaluation de la qualité des soins liés aux arthroplasties de la hanche et du genou grâce aux données déclarées par les patients](#) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) présente les principales constatations tirées de la combinaison des données déclarées par les patients avec des résultats cliniques et des données sur les coûts relatifs aux arthroplasties de la hanche et du genou. Ces données combinées brossent un portrait plus complet de l'expérience patient et des résultats liés aux interventions cliniques associés aux arthroplasties de la hanche ou du genou au Canada. L'analyse porte sur les variations selon le sous-groupe sociodémographique et sur les corrélations entre les sources des données.

Les notes méthodologiques présentées ici donnent un aperçu de la méthodologie de préparation des résultats exposés dans le rapport.

Informations complémentaires

Les [tableaux de données supplémentaires](#) suivants sont disponibles :

- Dénombrement selon le sous-groupe de patients (pour tous les résultats)
- Résultats selon le groupe racialisé et le niveau de scolarité (pour les mesures des expériences déclarées par les patients seulement)

Pour obtenir un rapport méthodologique détaillé et une analyse selon le type d'articulation (hanche ou genou), écrivez-nous à mrdep@icis.ca.

Sources des données

Tableau 1 Sources des données de l'ICIS utilisées dans l'analyse

Source des données	Description
<u>Base de données sur les congés des patients (BDCP)</u>	La BDCP recueille des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux, y compris les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts. Un certain nombre de provinces et territoires utilisent aussi la BDCP pour recueillir des informations sur les chirurgies d'un jour.
<u>Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)</u>	Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec soumet directement à l'ICIS les données du Québec. Celles-ci, combinées aux données de la BDCP, forment la BDMH.
<u>Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens (SDEPC)</u>	Le SDEPC contient des données sur les mesures des expériences déclarées par les patients (MEDP) recueillies dans le cadre du Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC). Suivant leur séjour dans un établissement de soins de courte durée au Canada, des patients répondent au SEHPC. Des données sont disponibles pour la Nouvelle-Écosse (2017-2018), le Nouveau-Brunswick (2015-2016, 2018-2019, 2023-2024), l'Ontario (2016-2017 à 2023-2024), le Manitoba (2015-2016 à 2023-2024) et l'Alberta (2017-2018 à 2023-2024). (Remarque : L'ICIS a cessé d'exploiter le Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens en avril 2025.)
<u>Mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP)</u>	Les données des MRDP sont recueillies auprès des patients dans les hôpitaux qui participent aux programmes des MRDP de l'Ontario et du Manitoba.
<u>Base de données canadienne sur les coûts par patient (BDCCP)</u>	La BDCCP contient des données détaillées sur les coûts d'un sous-ensemble d'organismes de services de santé de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.
<u>Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)</u>	Le SNISA contient des données sur les soins ambulatoires en milieu hospitalier et communautaire (chirurgies d'un jour, cliniques communautaires et de consultation externe et services d'urgence).

Méthode analytique

La population ciblée pour l'analyse comprenait des patients adultes qui ont reçu un diagnostic d'arthrose et qui ont été hospitalisés en vue d'une arthroplastie initiale, unilatérale et non urgente de la hanche ou du genou, selon les enregistrements d'hospitalisations en soins de courte durée tirés de la BDCP-BDMH de 2017-2018 à 2021-2022. La période d'étude a été établie en fonction du chevauchement des années où des données de la BDCP-BDMH, des MEDP et des MRDP étaient disponibles. L'unité d'analyse étant l'hospitalisation, un patient peut être inclus plus d'une fois dans la cohorte s'il a été hospitalisé plus d'une fois pour une arthroplastie pendant la période d'étude (p. ex. pour une arthroplastie de la hanche, puis pour une arthroplastie du genou).

Ces travaux comprenaient 2 volets : une analyse de la stratification de l'équité et une analyse de corrélation.

Aperçu des mesures

Résultats cliniques

Préjudices à l'hôpital

Cet indicateur mesure le taux non ajusté d'hospitalisations en soins de courte durée pour une arthroplastie de la hanche ou du genou où au moins un préjudice involontaire s'est produit et aurait pu être évité. Vous trouverez de plus amples renseignements sur cet indicateur à la page [Préjudices à l'hôpital](#) du répertoire des indicateurs de l'ICIS, ou dans le document [Indicateur Préjudices à l'hôpital : notes méthodologiques générales \(PDF\)](#) ou [Indicateur Préjudices à l'hôpital : foire aux questions \(PDF\)](#). Un faible taux est souhaitable.

Réadmission dans les 30 jours

Ce résultat mesure le taux non ajusté des réadmissions, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant la sortie après des épisodes de soins pour les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou. Vous trouverez plus d'information sur la création d'épisodes de soins dans le document [Répertoire des indicateurs : Notes méthodologiques générales des indicateurs cliniques](#). Un faible taux est souhaitable.

Reprise dans l'année qui suit l'arthroplastie initiale

Ce résultat mesure le taux non ajusté de reprises d'arthroplasties dans les 365 jours ayant suivi l'arthroplastie initiale. Un faible taux est souhaitable.

Dénominateur : arthroplasties initiales de la hanche ou du genou associées à un numéro d'assurance maladie valide et au côté du corps visé.

Numérateur : arthroplasties initiales de la hanche ou du genou associées à au moins une reprise d'arthroplastie dans les 365 jours. La chirurgie de reprise est couplée à la chirurgie initiale d'après le numéro d'assurance maladie chiffré, l'autorité compétente ayant émis la carte d'assurance maladie, le type d'articulation (hanche ou genou) et le côté du corps visé par l'arthroplastie (gauche ou droit).

MEDP

Les résultats du SEHPC servent au calcul des MEDP. Les mesures composites résultent de la combinaison des questions du sondage qui mesurent des concepts similaires, tandis que les mesures simples sont des questions de sondage distinctes qui mesurent un seul concept. Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans le document [Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens : mesures des expériences déclarées par les patients](#). Les 5 mesures suivantes ont été sélectionnées aux fins de l'analyse : Information et compréhension à la sortie de l'hôpital, Communication avec les infirmières, Communication avec les médecins, Participation aux décisions concernant les soins et les traitements, et Expérience d'hospitalisation globale. Pour en savoir plus sur le SEHPC, consultez la page sur l'expérience des patients du [site Web de l'ICIS](#).

Résultats favorables

Les MEDP sont déclarées sous forme de pourcentages de résultats favorables, soit le pourcentage de répondants qui ont choisi la réponse la plus positive à la question. Plus le pourcentage de résultats favorables est élevé, plus le nombre de patients ayant répondu favorablement à la question est élevé. Les résultats favorables sont définis en fonction des échelles de réponses pour chaque question du sondage (c.-à-d. une cote de 9 ou de 10 sur une échelle de 10 points). Le calcul des résultats favorables pour une mesure composite consiste à faire la moyenne des résultats favorables pour chacune des questions correspondantes du sondage. Un pourcentage proche de 100 % est souhaitable.

MRDP

Changement dans l'état fonctionnel, un an après la chirurgie : score d'Oxford pour la hanche (OHS) ou le genou (OKS)

Cette mesure représente un sommaire permettant d'évaluer la douleur et les capacités fonctionnelles. Les notes vont de 0 à 48 et sont calculées conformément aux directives spécifiées par les concédants de licence des outils OHS et OKS. Pour en savoir plus, consultez les pages [OHS](#) et [OKS](#) du site Web d'Oxford University Innovation. L'évolution est fondée sur la différence entre les notes accordées dans le cadre de la mesure avant la chirurgie et un an après. Une valeur positive n'indique pas nécessairement une amélioration significative pour le patient. Un nombre élevé est souhaitable.

Changement dans la qualité de vie liée à l'état de santé, un an après la chirurgie : indice EQ-5D-5L

Cette mesure représente un score sommaire visant à évaluer la qualité de vie liée à l'état de santé d'un patient selon 5 domaines (mobilité, soins personnels, activités habituelles, douleur et inconfort, et anxiété et dépression). Les scores sont calculés conformément aux directives spécifiées par les concédants de licence de l'outil de l'indice EQ-5D-5L. Pour en savoir plus, consultez le site Web d'[EuroQoL](#). L'évolution est fondée sur la différence entre les notes accordées dans le cadre de la mesure avant la chirurgie et un an après. Une valeur positive n'indique pas nécessairement une amélioration significative pour le patient. Un indice de 1 correspond à un excellent état de santé, tandis que 0 correspond à un état équivalant au décès.

Satisfaction un an après la chirurgie

Cette mesure permet de sonder les patients sur leur satisfaction à l'égard des résultats de leur arthroplastie un an après la chirurgie, sur une échelle à 5 niveaux allant de « très satisfait » à « très insatisfait ». Les résultats rendent compte des réponses « très satisfait » ou « satisfait ». Un pourcentage proche de 100 % est souhaitable.

Consultez le [Manuel de collecte de données sur les MRDP : arthroplasties de la hanche et du genou, 2021 de l'ICIS](#) pour obtenir des précisions sur la norme nationale. Ce document présente des directives sur le calendrier de collecte des données, les outils de MRDP recommandés et le contenu du fichier minimal.

Coûts

Les estimations de coûts reposent sur les coûts totaux d'hospitalisation à l'échelle des patients déclarés à la [Base de données canadienne sur les coûts par patient \(BDCCP\)](#). Les coûts totaux englobent les coûts directs et indirects, y compris les coûts liés aux soins infirmiers et à l'effectif, mais excluent la rémunération des médecins à moins que celle-ci soit versée par l'hôpital. La durée du séjour influe significativement sur les coûts totaux. Les données de la BDCCP sont saisies au niveau des visites, ce qui correspond à un séjour (c.-à-d. de l'admission à la sortie); elles ne tiennent pas compte de tout le cheminement clinique du patient. Par exemple, les coûts associés aux soins dispensés après la sortie ne sont pas disponibles dans la BDCCP.

Les variables et les concepts utilisés lors de la saisie de l'information dans la BDCCP s'appuient sur les [Normes SIG](#) et sur son document d'accompagnement, la [Méthodologie SIG d'établissement des coûts par patient \(PDF\)](#).

Analyse de la stratification de l'équité

Cette analyse porte sur les résultats cliniques, les MEDP, les MRDP et les coûts d'hospitalisation à l'échelle des patients une fois les facteurs de stratification de l'équité appliqués. Les résultats sont stratifiés selon le groupe d'âge, le sexe ou le genre inscrit, le revenu du quartier et l'emplacement géographique d'après les directives pancanadiennes de l'ICIS sur l'emploi des [facteurs de stratification de l'équité](#) (tableau 2). Les résultats selon le groupe racialisé et le niveau de scolarité étaient disponibles seulement pour les données du SDEPC.

L'analyse de la stratification de l'équité fait ressortir des variations, et le rapport présente les constatations marquantes au moyen de comparaisons relatives (p. ex. valeur élevée, valeur faible).

Tableau 2 Liste des facteurs de stratification de l'équité

Facteur de stratification de l'équité	Source des données	Catégories
Groupe d'âge	BDCP-BDMH	18-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus
Sexe ou genre inscrit	BDCP-BDMH	Masculin, féminin
Revenu du quartier	BDCP-BDMH	Revenu au niveau du quartier selon le code postal du domicile du patient. Le premier quintile correspond au revenu le plus faible et le cinquième, au revenu le plus élevé.
Emplacement géographique	BDCP-BDMH	Emplacement géographique selon le code postal du domicile du patient : lieu de résidence en région urbaine ou en région rurale/éloignée.
Niveau de scolarité*	SDEPC	3 catégories : Moins qu'un diplôme d'études secondaires, Diplôme d'études secondaires, Études postsecondaires
Groupe racialisé*	SDEPC	Noir, Asiatique de l'Est, Latino-américain, Moyen-oriental, Multiracial, Autre/Autochtone, Asiatique du Sud, Asiatique du Sud-Est, Inconnu/Manquant, Blanc

Remarque

* Les données sur le niveau de scolarité et le groupe racialisé sont disponibles seulement dans le SDEPC; les résultats sont présentés dans les [tableaux de données supplémentaires](#).

Les autorités compétentes représentées dans les données et le nombre d'enregistrements varient selon la disponibilité et la source des données (tableau 3).

Tableau 3 Analyse de la stratification de l'équité : sources des données, provinces et territoires visés, et nombre d'enregistrements

Catégorie	Mesure	Source des données	Provinces et territoires visés	Nombre d'enregistrements
Résultats cliniques	Préjudices à l'hôpital	BDCP	Ensemble des provinces et territoires (sauf le Québec)	380 093
	Réadmission dans les 30 jours	BDCP-BDMH (et SNISA, à l'exclusion du Québec)	Ensemble des provinces et territoires	454 963
	Reprise dans l'année qui suit l'arthroplastie initiale			455 590
MEDP	Information et compréhension à la sortie de l'hôpital	SDEPC (données couplées avec celles de la BDCP)	Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba et Alberta	21 415
	Communication avec les infirmières			21 423
	Communication avec les médecins			21 417
	Participation aux décisions concernant les soins et les traitements			21 418
	Expérience générale d'hospitalisation			21 411
MRDP	Changement dans l'état fonctionnel, un an après la chirurgie	MRDP (données couplées avec celles de la BDCP)	Ontario et Manitoba	6 948
	Changement dans la qualité de vie liée à l'état de santé, un an après la chirurgie			4 271
	Satisfaction un an après la chirurgie			7 935
Coûts	Coûts d'hospitalisation estimés à l'échelle des patients	BDCCP (données couplées avec celles de la BDCP)	Nouvelle-Écosse, Ontario et Alberta	157 775

Sources

Base de données canadienne sur les coûts par patient (BDCCP), Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens (SDEPC), Base de données sur les congés des patients (BDCP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et données sur les mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP), Institut canadien d'information sur la santé.

Limites

L'analyse de la stratification de l'équité s'appuie sur des données provenant de sources pertinentes disponibles à l'ICIS. La taille des cohortes variait toutefois selon le type de données. Alors que la couverture des données cliniques et sur les hospitalisations était quasi complète à l'échelle du Canada, les données sur les MEDP provenaient d'un échantillon de patients de 5 provinces. De plus, au moment de l'analyse, les données sur les MRDP étaient disponibles dans 2 provinces seulement. Pour évaluer les résultats et les changements à l'échelle des patients, il faudra obtenir plus de données pancanadiennes sur les coûts détaillés à l'échelle des patients. Par ailleurs, les données sur les coûts étaient associées précisément aux hospitalisations pour une arthroplastie. Elles excluaient la rémunération des médecins et les coûts des soins ayant précédé la chirurgie ou suivi la sortie de l'hôpital (p. ex. réadaptation). Si les données sur les coûts prenaient en compte l'intégralité du cheminement clinique des patients, davantage de variations seraient probablement observées d'un sous-groupe démographique à l'autre. En raison des limites méthodologiques, aucun test de signification des différences observables dans les résultats n'a été réalisé.

Analyse de corrélation : couplage des données sur la santé

L'analyse de corrélation visait à dégager les corrélations entre les mesures, au moyen du couplage des données sur les résultats cliniques, les données du SDEPC et des MRDP, et les coûts d'hospitalisation à l'échelle des patients tirés de la BDCCP (tableau 4). La taille des échantillons et les provinces incluses variaient selon la disponibilité des données et les sources de données couplées. Les résultats sont spécifiques aux ensembles de données, qui pourraient ne pas être représentatifs de la population en général. Les coefficients de corrélation de Spearman et de corrélation polychorique ont été générés en fonction de la répartition des mesures. Les liens entre une variable nominale et une variable continue distribuée de façon anormale ont été évalués au moyen de la technique de corrélation de Spearman. Les liens entre 2 variables nominales ont été évalués au moyen de la technique de corrélation polychorique. Par ailleurs, un test d'hypothèse a permis de confirmer que les corrélations étaient statistiquement significatives et non le fruit du hasard.

Limites

Les échantillons des cohortes (nombre d'enregistrements) associés aux fichiers de données couplés soumis à l'analyse de corrélation étaient de plus petite taille que les échantillons des cohortes ayant servi à l'analyse de la stratification de l'équité. Les résultats des données couplées doivent donc être interprétés avec prudence, puisque les constatations ne s'appliquent pas nécessairement à l'ensemble de la population.

Tableau 4 Analyses des données sur la santé couplées : sources des données et provinces visées

Corrélation	Sources de données couplées	Provinces visées
MEDP et résultats cliniques	BDCP, SNISA, SDEPC	Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba et Alberta
MEDP et MRDP	BDCP, SDEPC, MRDP	Ontario et Manitoba
Coûts et MRDP	BDCP, BDCCP, MRDP	Ontario



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 511
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

69370-0425

