

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

## **Système national d'information sur les soins ambulatoires**

**2008-2009**

**Sommaire**

**Octobre 2009**



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.

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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 978-1-55465-627-1 (PDF)

© 2009 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 2008-2009 – Sommaire*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

This publication is also available in English under the title *Database Background and General Data Limitations Documentation, National Ambulatory Care Reporting System, 2008–2009—Executive Summary*.  
ISBN 978-1-55465-626-4 (PDF)

**Documentation de base et limites générales des données,  
Système national d'information sur les soins ambulatoires  
2008-2009 — Sommaire**

**Table des matières**

Abréviations .....	iii
1 Introduction .....	1
1.1 Objectif et portée .....	1
2 Aperçu du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) .....	2
3 Objectif et utilisations du SNISA .....	3
4 Renseignements généraux.....	5
4.1 Exactitude .....	5
4.2 Comparabilité.....	15
5 Limites générales des données.....	19
5.1 Exactitude .....	19
5.2 Comparabilité.....	28
6 Lignes directrices relatives aux demandes générales de données .....	30
7 Renseignements .....	30
Bibliographie .....	31
Annexe A — Codes des centres d'activité des Normes SIG pour les visites, 2008-2009.....	33
Annexe B — Éléments de données du SNISA, 2008-2009 .....	35
Annexe C — Évolution des champs du SNISA, par exercice .....	41
Annexe D — Recherche des doubles dans le SNISA .....	49



## Abréviations

ASPC	Agence de la santé publique du Canada.
BDAT	Base de données sur les avortements thérapeutiques
BDCP	Base de données sur les congés des patients
C.-B.	Colombie-Britannique
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
ETGP	Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux (Statistique Canada)
GCJ	Groupe de chirurgie d'un jour
Î.-P.-É.	Île-du-Prince-Édouard
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
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
N.-É.	Nouvelle-Écosse
Ont.	Ontario
PDF	Format de document portable
SGCA	Système global de classification ambulatoire
SIOSM	Système d'information ontarien sur la santé mentale
SISU	Système d'information des services d'urgence
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SU	Service d'urgence
Yn	Yukon

Remarque importante : Veuillez prendre note que tout au long du présent document, nous avons utilisé la terminologie du manuel du SNISA de l'exercice 2008-2009, à l'exception de l'annexe C, dans laquelle nous avons utilisé la terminologie du manuel de 2009-2010.



# **1 Introduction**

## **1.1 Objectif et portée**

Le présent document comprend des renseignements généraux sur le Système national d'information sur les soins ambulatoires (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.

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 en se fondant sur la version révisée de 2005 du cadre de la qualité des données de l'ICIS. 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.

## 2 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.

**Tableau 1 Évolution chronologique 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>
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>Projet pilote sur le SNISA en Colombie-Britannique (deux sites).</li> </ul>



### **3 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. Les éléments de données du SNISA peuvent être regroupés selon cinq catégories : démographiques, cliniques, administratifs, financiers et propres aux services.

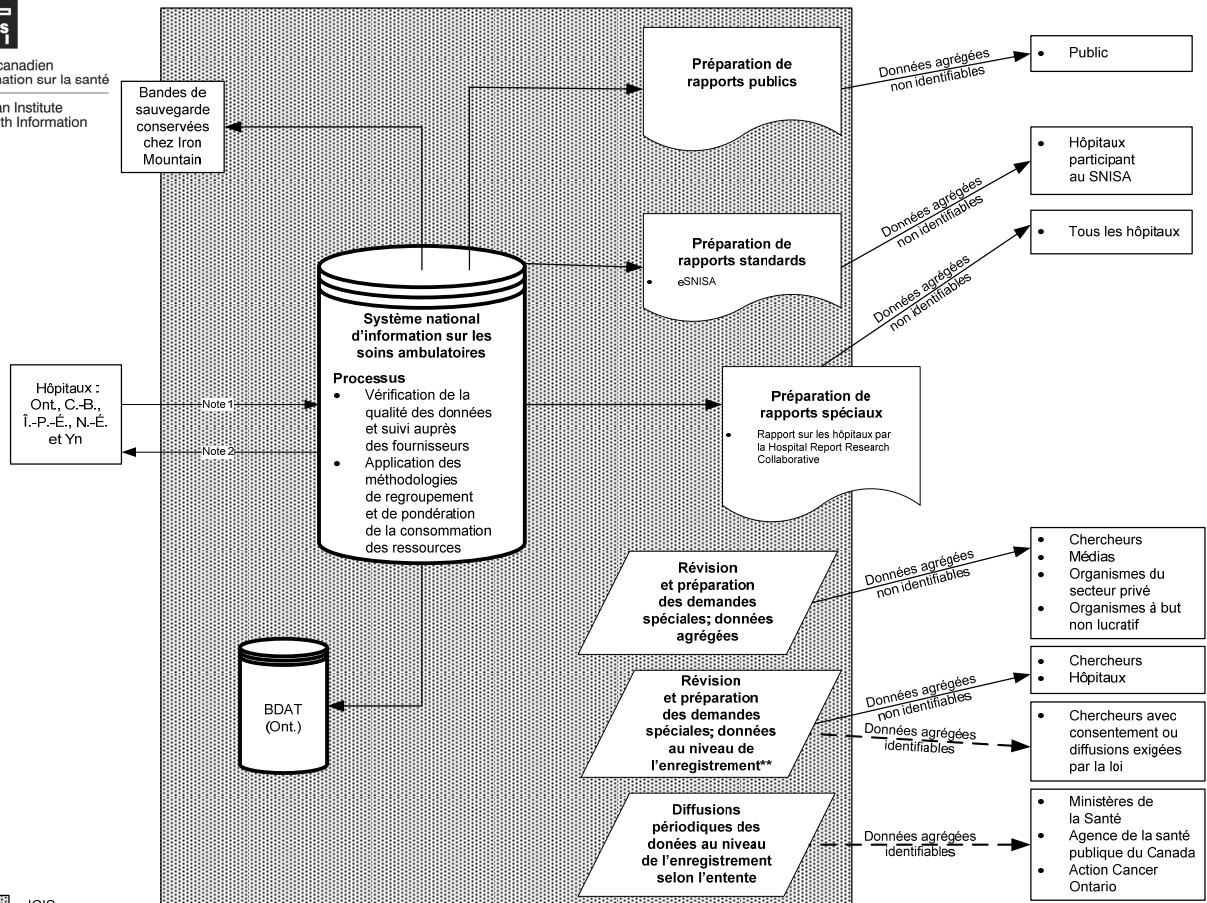
Divers établissements et organismes se servent des données du SNISA à des fins de planification et d'évaluation. Les établissements les utilisent pour étayer leurs décisions de gestion en matière d'utilisation et pour appuyer la recherche administrative ainsi que la recherche sur l'établissement des 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.

## Diagramme du cheminement des données du Système national d'information sur les soins ambulatoires pour 2008-2009



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



■ = ICIS

Note 1 : Sommaire encodé, sans nom, ni adresse

Note 2 : Rapport de situation de la soumission, fichier électronique d'avertissement sur le rejet ou sur la qualité des données

Octobre 2009

## 4 Renseignements généraux

### 4.1 Exactitude

#### 4.1.1 Couverture

##### *Population*

La population de référence du SNISA (population pour laquelle on peut formuler des observations) pour l'exercice 2008-2009 comprend les activités en soins ambulatoires dont la date de visite ou d'inscription se situe entre le 1<sup>er</sup> avril 2008 et le 31 mars 2009, pour tous les établissements déclarants au Canada. Cela comprend :

- *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 trois 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).

Au total, **9 161 723** abrégés ont été soumis au SNISA pour l'exercice 2008-2009. À la clôture de la base de données, soit le 31 juillet 2009, deux établissements ontariens n'avaient pas soumis de données pour les 12 périodes de soumission de 2008-2009. Le tableau 2 présente la répartition détaillée de toutes les visites selon la province ou le territoire et le type de soins ambulatoires.

**Tableau 2 Sommaire de toutes les visites dans le SNISA en 2008-2009, 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.	27 366	0	0	0	0	0	27 366
N.-É.	78 855	10 850	0	0	0	27 975	117 680
Ont.	5 406 204	1 243 575	45 941	1 127 196	1 041 185	56 758	8 920 859
C.-B.	67 389	0	0	0	0	2 514	69 903
Yn	25 915	0	0	0	0	0	25 915
<b>Total</b>	<b>5 605 729</b>	<b>1 254 425</b>	<b>45 941</b>	<b>1 127 196</b>	<b>1 041 185</b>	<b>87 247</b>	<b>9 161 723</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, 2008-2009, au 31 juillet 2009, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2007-2008, 9 994 920 abrégés ont été soumis au SNISA, comparativement à 9 161 723 pour 2008-2009. Le tableau 3 résume le changement en pourcentage du volume d'abrégés soumis au SNISA d'un exercice à l'autre.

**Tableau 3** Changement en pourcentage du volume d'abrégés soumis au SNISA de 2007-2008 à 2008-2009, 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*	Total
Î.-P.-É	- 8,6	0	0,0	0,0	0,0	- 100,0	- 8,7
N.-É.	1,6	- 0,6	0,0	0,0	0,0	- 1,8	0,6
Ont.	0,7	2,5	6,9	- 0,4	- 45,5	- 13,8	- 8,3
C.-B.	- 24,4	0,0	0,0	0,0	0,0	147,2	- 22,4
Yn	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
<b>Total</b>	<b>0,3</b>	<b>2,5</b>	<b>6,9</b>	<b>- 0,4</b>	<b>- 45,5</b>	<b>- 8,5</b>	<b>- 8,3</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 et 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

*Changement du volume d'abrégés de 2007-2008 à 2008-2009*

Au début de 2008-2009, pour les abrégés relatifs à l'oncologie, le MSSLD de l'Ontario a exigé que les établissements soumettent à l'ICIS, par l'intermédiaire du SNISA, des données uniquement sur les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie. Ce changement dans les exigences de soumission des abrégés relatifs à l'oncologie a entraîné une baisse de 45,5 % du volume total à ce chapitre et une baisse global de 8,3 % (883 197).

Les centres d'activité des Normes SIG visés sont :

- Chimiothérapie 71 3 40 66
- Radiothérapie 71 4 66

Aucune autre activité liée au traitement oncologique ne devait être enregistrée dans l'abrégé de l'oncologie du SNISA. L'analyse comparative des deux exercices montre toutefois que certains établissements ont soumis des abrégés sous le centre d'activité non autorisé Oncologie.

Voici certaines des activités liées à l'oncologie pour lesquelles aucune donnée ne devait être recueillie:

- Visite à un autre dispensateur de services (p. ex. médecin, diététiste, travailleur social) dans un autre centre d'activité avant ou après un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- Procédure exécutée en consultation externe concernant un traitement d'oncologie fourni en sus des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie.

### *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 communique au besoin avec tout établissement qui n'a pas soumis de données.

Pour l'exercice 2008-2009, la population de référence du SNISA comprenait 196 établissements au Canada.

**Tableau 4 Nombre d'établissements ayant soumis des données au SNISA en 2008-2009, selon le type de soins ambulatoires**

<b>Prov. ou terr.</b>	<b>Nombre total d'établissements déclarants</b>	<b>Service d'urgence</b>	<b>Soins de jour et de nuit en chirurgie</b>	<b>Clinique de cathétérisme cardiaque</b>	<b>Clinique de dialyse rénale</b>	<b>Clinique d'oncologie</b>	<b>Autre type*</b>
Î.-P.-É.	1	1	0	0	0	0	0
N.-É.	4	4	3	0	0	0	3
Ont.	187	178	151	22	56	85	43
C.-B.	3	3	0	0	0	0	3
Yn	1	1	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>187</b>	<b>154</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>85</b>	<b>49</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, 2008-2009, au 31 juillet 2009, Institut canadien d'information sur la santé.

La population de référence du SNISA pour l'exercice 2007-2008 comprenait également 194 établissements au Canada.

**Tableau 5 Nombre d'établissements ayant soumis des données au SNISA en 2007-2008, selon le type de soins ambulatoires**

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

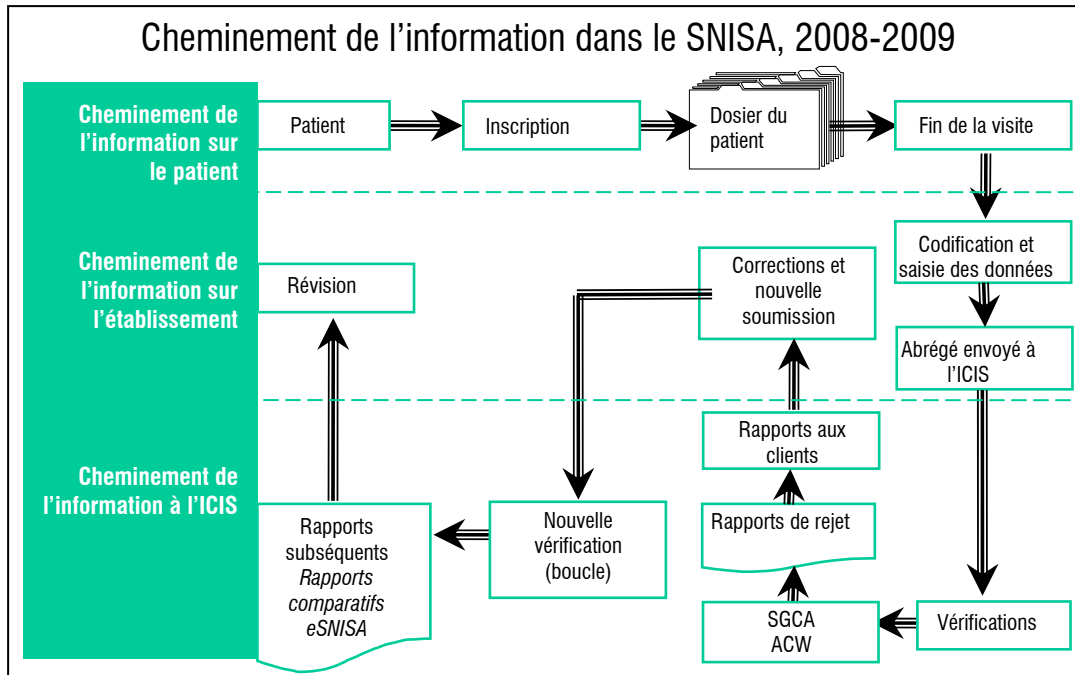
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2008-2009, au 31 juillet 2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Les variations d'un exercice à l'autre s'expliquent par l'ajout de trois nouveaux établissements en Ontario. Un établissement en Colombie-Britannique a mis le SNISA à l'essai et a décidé de se retirer du programme une fois le projet pilote terminé. Une série de transferts de services ont également eu lieu en Ontario. Une fois les services officiellement transférés, ceux-ci sont désormais déclarés sous le numéro de l'établissement de destination et non sous celui de l'établissement initial.

## 4.1.2 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'abrégé 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'abrégé 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), les systèmes d'information des services d'urgence (SISU), 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 abrégé 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 abrégés 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 directives de collecte (s'il y a lieu), 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 avec avertissements ou avec rejet, la prestation de séances de formation et le soutien continu auprès des clients.

Le Service de soumission électronique de données (eDSS) facilite la soumission des données aux bases de données de l'ICIS, dont le SNISA. Il s'agit d'une méthode de transmission des fichiers par Internet qui est sécuritaire, répond aux normes de l'organisme et de l'industrie au moyen de protocoles encryptés, et est conforme aux lois provinciales et nationales sur la protection de la vie privée. La transmission des données peut avoir lieu 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Une fois l'eDSS en service, les établissements peuvent soumettre des données à l'ICIS au moment qui leur convient.



### *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 pour chaque établissement. Ces rapports permettent de repérer les lacunes dans les soumissions des données au cours de l'année de soumission. Au total, deux rapports sur la soumission de données ont été générés pour les abrévés soumis au SNISA en 2008-2009, y compris la fiche de renseignements sur l'établissement. Puisque les fichiers ont été traités avec succès, un rapport d'étape de la soumission a été généré. Un fichier électronique de rejet et d'avertissements relatifs à la qualité des données est joint au rapport d'étape sur les soumissions si les abrévés contiennent des erreurs ou des avertissements.

### *Échéance de soumission des données*

En 2008-2009, il y avait 12 périodes de déclaration pour le SNISA, sauf dans le cas de la Colombie-Britannique qui en comptait 13. Un fichier de soumission peut seulement contenir des données sur les soins ambulatoires pour une période donnée. Pour tous les types de soins ambulatoires (p. ex. soins de jour et de nuit en chirurgie, service d'urgence, cliniques), la date d'inscription détermine la période de déclaration. Tous les établissements doivent soumettre leurs données sur le SNISA à l'ICIS dans les 30 jours qui suivent la fin de la période de déclaration. Ils disposent ensuite de 30 jours supplémentaires pour soumettre à nouveau les abrévés rejetés avant la production des rapports comparatifs. Tous les abrévés pour l'exercice 2008-2009 (du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mars 2009) devaient être soumis avant la date de clôture du SNISA, soit le 31 juillet 2009.

### *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 clients 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 grâce à 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. L'ICIS exige que les fournisseurs présentent au moins un fichier d'essai par année pour chaque province et territoire où ils ont des établissements clients. Le but premier de la mise à l'essai des fournisseurs est de s'assurer que ceux-ci ont modifié leurs exigences de soumission de données en fonction de tout changement prévu pour le nouvel exercice avant la mise à l'essai des établissements. Les problèmes sont relevés et communiqués aux fournisseurs avec des solutions possibles. Les fournisseurs doivent également mettre à l'essai le processus de retransmission des données. La section du site Web de l'ICIS réservée aux fournisseurs vise à favoriser des communications régulières entre les fournisseurs et l'ICIS. Une liste des fournisseurs qui ont soumis des données d'essai avec succès au SNISA est affichée sur la page Web du SNISA.

Les établissements de soins ambulatoires sont également tenus de soumettre à l'ICIS des fichiers d'essai chaque année. La mise à l'essai de l'établissement client commence dès que son fournisseur de logiciel de saisie dans le SNISA a réussi la mise à l'essai. La première période intégrale de soumission de données compte pour une soumission d'essai et permet de s'assurer que les exigences de l'ICIS sont respectées.

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 dans la conception de logiciels.

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

Les clients existants ainsi que 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 (pondération de la consommation des ressources) 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 670 vérifications ou avertissements associés aux éléments de données ont été appliqués au SNISA pour 2008-2009. Étant donné que le SNISA n'accepte que des abrégés sans erreur, l'abrégé entier est rejeté dès que le système détecte une erreur; le client doit alors corriger l'abrégé 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 abrégé rejeté se poursuit jusqu'à ce que toutes les erreurs détectées aient été corrigées.

La clôture de la période est importante dans le processus de vérification et de soumission, car elle indique que la soumission de données est complète. La clôture de la période est signalée par l'élément de données « Prêt pour rapports » dans la soumission de données. Lorsque cet élément de données correspond à « 1 » (oui), il indique au SNISA que tous les abrégés ont été soumis pour la période en question. Une fois que la clôture de la période est soumise et acceptée, le SNISA présume que l'établissement a envoyé toutes ses données pour ladite période. Chaque période d'un exercice doit être close, même si aucune donnée n'a été soumise au SNISA pour la période. La présence d'une clôture de période en l'absence de données signifiera que l'établissement n'a pas eu d'activités pendant cette période (p. ex. l'unité ferme en juillet) ou que l'établissement a fermé pendant l'exercice.

Toutes les soumissions, suppressions, corrections et modifications des abrégés pour l'exercice doivent être faites avant la clôture du SNISA le 31 juillet. Après cette date, aucun autre abrégé ou changement n'est accepté. 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 afin d'en garantir la pertinence et la cohérence. On crée des scénarios et des spécifications d'essai en conformité avec les lignes directrices internes pour toutes les nouvelles vérifications afin de s'assurer qu'elles fonctionnent correctement.

- **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 a permis d'évaluer la qualité des données sur les services d'urgence soumises au SNISA (à savoir les erreurs de mesure, les biais et la cohérence des données) 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 la santé publique du Canada (ASPC). Le Comité est à l'origine des changements apportés aux éléments de données du SNISA pour l'exercice 2008-2009.

L'annexe B donne la liste des éléments de données obligatoires et facultatifs du SNISA pour l'exercice 2008-2009. L'annexe C décrit l'évolution des éléments de données au fil du temps, c'est-à-dire de 2001-2002 à 2009-2010.

## 4.2 Comparabilité

### 4.2.1 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.***

### 4.2.2 Couplage

- **Code postal**

Le code postal est une variable commune aux bases de données de l'ICIS. Lorsqu'il est utilisé avec le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada, toutes les classifications géographiques types peuvent être repérées, ce qui permet d'établir des comparaisons entre les bases de données. 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 de l'ICIS. Il est à noter que, dans les régions rurales qui utilisent des numéros de case postale, le code postal ne permet pas nécessairement de déterminer le lieu de résidence des patients. En effet, ces cases postales peuvent être situées dans une autre région que le lieu de résidence. 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.

- **Période de référence**

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 sortie, 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.

- **Identificateur unique de l'établissement**

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 afin d'éviter tout risque potentiel d'identification.

- **Numéros d'assurance-maladie**

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'admission 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.

### 4.2.3 Équivalence

Avant le 1<sup>er</sup> avril 2003, les cas de soins de jour et de nuit en chirurgie 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 des soins de jour et de nuit en chirurgie. Depuis, ces cas sont déclarés dans le SNISA. Ces changements ont rendu difficile la comparaison des cas de soins de jour et de nuit en chirurgie de l'Ontario dans le SNISA avec ceux figurant dans la BDCP. Veuillez consulter l'annexe A du présent document et le manuel de saisie de l'information de 2008-2009 de la BDCP pour obtenir de plus amples renseignements sur les définitions des soins de jour et de nuit en chirurgie.

### 4.2.4 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 Système global de classification ambulatoire*

Le Système global de classification ambulatoire (SGCA) est une méthodologie nationale de regroupement des patients en soins ambulatoires qui englobe les services d'urgence, les cliniques et les mêmes soins de jour et de nuit en chirurgie. Les patients sont regroupés en fonction des données sur les interventions, le diagnostic principal et le déroulement de la consultation recueillies au moyen du SNISA. Le SGCA place les consultations des patients dans des groupes homogènes sur le plan clinique et des ressources. Les variables qui servent à l'attribution des groupes sont : diagnostic, âge du patient, sexe, intervention et technique anesthésique.

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 2008-2009 du SNISA, la méthodologie SGCA de 2008 a été utilisée.

#### *Références rétrospectives*

Le manuel du SNISA et le répertoire du SGCA (disponible en anglais uniquement) 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, 2001-2002 à 2008-2009
- Version 3 du répertoire du SGCA de 2003 et répertoires de 2006, 2007 et 2008
- Bulletin de l'ICIS sur le SNISA

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

### *Changements à venir*

Chaque année, on examine le SNISA à l'aide du processus appelé « cycle de changement annuel » afin de déterminer tout changement à venir. Le processus consiste, entre autres, à discuter des changements possibles avec les clients et intervenants afin d'améliorer le contenu et la fonctionnalité du système. Les changements proposés sont étudiés en fonction des priorités et de la faisabilité. Les changements visant l'ensemble des éléments de données du SNISA pour 2009-2010 sont présentés à l'annexe C.

En 2008-2009, l'ICIS a lancé un projet spécial visant à alléger le fardeau associé à la collecte de données, à améliorer la pertinence et la fonction de déclaration, et à élargir la couverture nationale du SNISA. Le SNISA a été modifié afin que soient offerts plusieurs niveaux de soumission de données. Cette modification est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2009. Il s'agit plus particulièrement des niveaux de soumission de données 1, 2 et 3. Ainsi, les établissements qui soumettent des données aux niveaux 1 et 2 déclarent un sous-ensemble des données du SNISA. Les établissements qui déclarent l'ensemble complet des données du SNISA sont considérés comme étant de niveau de soumission 3. Voici quelques renseignements généraux sur les niveaux de soumission :

#### Niveau 1

- Offert en 2009-2010
- S'applique uniquement aux abrégés sur les services d'urgence
- Constitue un sous-ensemble des données du SNISA comprenant environ 30 éléments de données obligatoires
- Comprend les éléments de données obligatoires relatifs aux indicateurs du temps d'attente dans les services d'urgence, comme l'heure d'inscription, l'heure de triage, l'heure de sortie, le niveau de triage, etc.
- Offre un accès facile aux données à l'aide des interfaces ACT ou SISU avec l'abrégé SNISA (en temps réel ou quelques jours avant la fin du mois)
- Aucun renseignement sur les diagnostics ou les interventions n'est codifié à ce niveau

#### Niveau 2

- Offert en 2010-2011
- S'applique uniquement aux abrégés sur les services d'urgence
- Ressemble au niveau 1 avec en plus une liste de sélection d'éléments de données sur les problèmes présents à l'arrivée ou les diagnostics de sortie

#### Niveau 3

- Offert en 2009-2010
- S'applique aux soins ambulatoires, comme les services d'urgence, les soins de jour ou de nuit en chirurgie, les cliniques de consultation externe, etc.
- Il s'agit de l'ensemble complet des éléments de données du SNISA, qui comprend tous les éléments de données obligatoires et facultatifs, de même que les données sur les interventions et les diagnostics codifiés



## 5 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.

### 5.1 Exactitude

L'exactitude fait référence à ce que la plupart des gens associent à la qualité des données. Elle 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.

#### 5.1.1 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 2008-2009. 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 les abrégés relatifs aux visites dans les services d'urgence, aux soins de jour et de nuit en chirurgie et aux cliniques de dialyse rénale, d'oncologie et de cathétérisme cardiaque. 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. Cependant, l'ICIS utilise une combinaison de certains éléments de données afin de repérer les abrégés qui semblent être des doubles, mais qui ne peuvent être vérifiés sans d'abord consulter les établissements. Les utilisateurs des données devraient en tenir compte avant de choisir d'inclure ou non ces abrégés dans leurs analyses.

- Pour 2008-2009, les vrais enregistrements en double ont été repérés 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 2007-2008. Les vrais enregistrements en double ont chuté de 99 % de 2007-2008 à 2008-2009. Cette réduction a été rendue possible grâce au processus d'évaluation de la qualité de données en cours d'exercice, dans le cadre duquel l'équipe du SNISA a repéré les doubles avec l'aide des établissements, permettant donc à ceux-ci de soumettre des corrections avant la clôture de la base de données.
- Le tableau 6 présente la proportion de vrais enregistrements en double pour les deux derniers exercices qui appartiennent aux catégories Service d'urgence, Soins de jour et de nuit en chirurgie, Clinique d'oncologie et Autres cliniques, ainsi que la proportion qu'ils représentent par rapport à l'ensemble du SNISA.

**Tableau 6 Vrais enregistrements en double dans le SNISA**

Exercice	Vrais doubles (N)	Service d'urgence N (%)	Soins de jour et de nuit en chirurgie 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 %
2008-2009	57	13 (22,81)	39 (68,42)	3 (5,26)	2 (3,1)	~0,00 %

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008 et 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

- Pour 2008-2009, comme pour 2007-2008, 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 7 montre le nombre de doubles possibles observés dans le SNISA pour 2008-2009 et 2007-2008, la proportion de ces doubles qui appartiennent aux catégories Service d'urgence, Soins de jour et de nuit en chirurgie, Clinique d'oncologie et Autres cliniques, ainsi que la proportion qu'ils représentent par rapport à l'ensemble du SNISA.

**Tableau 7 Enregistrements en double possibles dans le SNISA**

Exercice	Doubles possibles (N)	Service d'urgence N (%)	Soins de jour et de nuit en chirurgie 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)	0,60 %
2008-2009	61 769	386 (0,62)	424 (0,69)	60 513 (97,97)	446 (0,72)	0,67 %

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008 et 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

### 5.1.2 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 quand elles sont prises dans leur intégralité.
- Tous les fournisseurs intègrent les spécifications de soumission au SNISA à leurs systèmes exclusifs. Veuillez consulter la section Contrôle de la qualité des données à la page 11 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.

### 5.1.3 Non-réponse

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 techniques, les soumissions de certaines périodes sont incomplètes dans le cas de deux établissements en Ontario. Ces facteurs ont contribué au taux de non-réponse de l'unité de 0,34 %.
- 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 moins 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, facultatifs ou encore obligatoires selon le cas. Les abrégés dans lesquels il manque des données aux éléments de données obligatoires sont rejetés de la base de données.

- Le tableau 8 présente la proportion de données inconnues de plusieurs éléments de données obligatoires. Les valeurs inconnues dans les éléments de données Heure de l'évaluation initiale du médecin, Heure de la sortie et Heure de sortie du patient – Salle d'urgence ont baissé d'environ 15 %, 34 % et 59 % respectivement. Cette réduction découle probablement des évaluations de la qualité des données en cours d'exercice. Une hausse du taux de valeurs inconnues pour l'élément de données Indicateur du port du casque protecteur pourrait être liée à l'ajout d'exclusions aux codes des causes extérieures de traumatisme de la CIM-10-CA en 2008-2009.

**Tableau 8 Proportion de données inconnues de certains éléments de données obligatoires du SNISA**

Numéro de l'élément	Élément	Définition	Valeur inconnue	Proportion dans le SNISA en 2007-2008, le cas échéant (%)	Proportion dans le SNISA en 2008-2009, le cas échéant (%)	Changement en pourcentage entre 2007-2008 et 2008-2009
02	Numéro d'assurance-maladie encodé	Numéro d'assurance-maladie non disponible	Zéros uniquement	1,21	1,22	0,83
05	Code postal	Le patient réside au Canada et son code postal est inconnu ou invalide	Code alphabétique à deux caractères	0,62	0,62	0,00
09	Date de naissance estimée	La date de naissance est inconnue ou partielle	Y	0,02	0,02	0,00
10	Indicateur de médecin de famille	Inconnu	U	2,16	2,56	18,52
25	Heure de triage	Inconnue	9999	1,37	1,41	2,92
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	Inconnue	9999	19,85	16,90	-14,86
45	Problèmes secondaires	Codes du lieu de l'événement inconnus	U98.9	58,96	59,45	0,83
100	Échelle de Glasgow	Non disponible	99	55,75	53,35	-4,50
101	Indicateur du port de la ceinture de sécurité	Inconnu	99	14,84	15,40	3,77
102	Indicateur du port du casque protecteur	Inconnu	99	43,39	61,17	40,98
114	Heure de la sortie	Inconnue	9999	6,07	3,99	-34,27
117	Heure de sortie du patient – Salle d'urgence	Inconnue	9999	10,31	4,22	-59,07

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2007-2008 et 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Il est important de noter que la proportion des données inconnues varie 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, d'où l'impossibilité de calculer la non-réponse avec exactitude. Cela peut également influencer sur la déclaration de ces données (voir la section suivante).

#### **5.1.4 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 la fréquence à laquelle 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 les problèmes secondaires, l'intervention principale ou les interventions secondaires, 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 du SNISA sur l'heure ont été cernés :
  - *Heure d'inscription et Heure de triage* : Globalement, 15 % des enregistrements relatifs aux services d'urgence ont une heure de triage identique à l'heure d'inscription, y compris ceux de 10 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 cinq grands établissements (plus de 30 000 visites au service d'urgence) et cinq 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 30 % des enregistrements de trois établissements et de deux ou trois minutes dans plus de 20 % des données de 10 % des établissements dotés d'un service d'urgence. Comme ces résultats peuvent indiquer que l'heure de triage a été codifiée par défaut, ces données doivent être utilisées avec prudence.
  - *Heure d'inscription 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 soins de jour et de nuit en chirurgie. Sur l'ensemble des abrégés soumis au SNISA pour les services d'urgence ou les soins de jour et de nuit en chirurgie, 0,05 % indiquent que l'heure d'inscription est identique à l'heure de la sortie, 86 % de ceux-ci indiquant que le patient a obtenu son congé et 5 %, que le patient a été inscrit, puis a quitté le service d'urgence avant d'avoir été évalué. Ces résultats suggèrent 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 s'agit du premier point de contact du patient. 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).
- Lieu de l'intervention principale : Certains établissements n'ont pas utilisé de façon uniforme le lieu de l'intervention principale et le centre d'activité SIG. Ces établissements ont déclaré la salle d'opération pour soins ambulatoires ou unité des soins de jour et de nuit en chirurgie comme le lieu de l'intervention principale, tout en utilisant le centre d'activité Salle d'opération des Normes SIG (71 2 60 et 71 2 62).
- Grippe due au virus de la grippe aviaire identifié (J09) : Selon l'ASPC, aucun cas de grippe aviaire n'a été décelé au Canada. Le code J09 a cependant été utilisé dans le SNISA pour codifier le problème principal et les problèmes secondaires. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'enregistrements ayant utilisé le code J09 pour codifier le problème principal et les problèmes secondaires.

**Tableau 9 Nombre d'abrévés codifiés avec J09 (grippe aviaire) pour le problème principal et les problèmes secondaires**

Année	Problème principal	Problèmes secondaires
2006	50	5
2007	44	5
2008	5	3

- Le SNISA de 2008-2009 contient des codes postaux invalides. Un certain nombre d'enregistrements comprenaient des codes postaux à six caractères correctement formatés qui ne correspondaient à aucun code postal fourni par la Société canadienne des postes (voir le tableau 10).

**Tableau 10 Exemples de codes postaux invalides dans le SNISA, 2008-2009**

Code postal	Nombre d'enregistrements
X9X9X9	675
X0X0X0	384
A0A0A0	301
M4A4P5	189
L3B6W3	167
L0L0L0	166
K1V1O6	160
M4Z3S1	160
L1K7W7	159
K1R1W4	157
K9V6S5	157
M2S3C3	157

**Source**

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

- 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 rejetés. 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'abrévé 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 (47,9 %) des données relatives à l'oncologie dans le SNISA. Les visites soumises par Action Cancer Ontario sont repérées 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 93 % de ces cas, le code désigne un oncologue médical (19 %) ou un radio-oncologue (74 %). Des codes de dispensateur de services pratiquant des interventions de nature procédurale figurent sur 50 % des abrégés d'Action Cancer Ontario; le code désigne un radiothérapeute dans 74 % des cas, une infirmière autorisée dans 24 % des cas et un technicien de laboratoire dans 2 % des cas. Dans environ un tiers des abrégés d'Action Cancer Ontario, l'autre dispensateur responsable codifié était une infirmière autorisée.
  - *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 (19 %) 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 75 % de l'ensemble des visites indiquant 18:00 comme heure de la sortie. Sur l'ensemble des abrégés d'Action Cancer Ontario, 17 % indiquent 23:30 comme heure de la sortie, ce qui représente 74 % de l'ensemble des visites indiquant 23:30 comme heure de la sortie.



- 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 2008-2009, 97,4 % des données provenaient de l'Ontario.

## 5.2 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.

### 5.2.1 Normalisation

- Les éléments de données sont obligatoires, facultatifs ou encore obligatoires selon le cas. Étant donné que le SNISA est un système national, un grand nombre de ses éléments de données sont obligatoires, peu importe l'endroit où se trouvent les établissements déclarants, même si un élément de données en particulier n'est pas considéré obligatoire par la province ou le territoire. Les autres éléments de données du SNISA sont facultatifs ou obligatoires, selon les exigences de déclaration prescrites par la province ou le territoire. 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) dans l'annexe B ainsi que dans le *Manuel du SNISA, 2008-2009*.
- 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 dans l'annexe C et dans le *Manuel du SNISA, 2008-2009*.

### 5.2.2 Couplage

- Codes postaux : 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 des 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.
- Numéro de l'établissement : 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 faire correspondre les numéros de soins de jour et de nuit en chirurgie de la BDCP aux numéros de soins ambulatoires du SNISA.

### 5.2.3 Comparabilité rétrospective

- **Volumes d'ECT** : Une hausse du volume d'ECT (électrochocs) a été observée; il est passé de 3 467 en 2005-2006 à 5 299 en 2006-2007. Cette hausse s'explique principalement par le fait que, avant 2006, les traitements par ECT étaient saisis dans les abrégés des patients hospitalisés et consignés dans la BDCP. Seuls les traitements par ECT dispensés aux patients en consultation externe ont été enregistrés dans le SNISA. Toutefois, depuis l'introduction du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) en 2006, un abrégé du SNISA est créé pour la composante soins ambulatoires (traitement par ECT) de la visite, car le SIOSM ne comporte aucun élément permettant de saisir ce type d'intervention.

- **Pneumonie et AVC** : Le nombre de cas de pneumonies et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) rapportés aux services d'urgence comme problème principal a augmenté en 2008-2009 par rapport à l'exercice précédent. Le nombre de cas de pneumonies a augmenté de 16 % et celui des AVC, de 26 %. Cette hausse est principalement attribuable à l'introduction du nouveau code Q (Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain) dans le préfixe du problème principal en 2008-2009. Avant 2008, seuls les symptômes de l'affection étaient codifiés; le diagnostic ne l'était pas.

Le tableau ci-dessous présente les changements apportés aux éléments de données du SNISA en 2008-2009.

**Tableau 11 Sommaire des changements apportés aux éléments de données du SNISA, 2008-2009**

Numéro de l'élément de données	Nom de l'élément de données	Description du changement
18	Type de visite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de l'état du champ à « Obligatoire en Ontario, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse pour les visites au service d'urgence »</li> </ul>
31	Source de l'orientation du patient avant la visite aux soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de l'état du champ à « Obligatoire en Colombie-Britannique et facultatif dans les autres provinces et territoires »</li> </ul>
32	Établissement de provenance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de l'état du champ à « Obligatoire lorsque l'issue de la visite (élément de données 35) = 8, 9 ou 15 »</li> </ul>
39	Établissement de destination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de l'état du champ à « Obligatoire lorsque l'issue de la visite (élément de données 35) = 8, 9 ou 15 »</li> </ul>
41	Dispensateur de services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouveau dispensateur de services 30000 – Adjoint au médecin</li> </ul>
43	Préfixe du problème principal et des problèmes secondaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout du préfixe Q pour Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain</li> </ul>
79	Projet spécial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout du nouveau <b>projet spécial 280 – Stadification du cancer</b></li> </ul>
99	Indicateur de visite planifiée au service d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de l'état du champ à « Obligatoire en Ontario, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et au Yukon pour les visites à la clinique ou à l'unité de chirurgie de jour et de nuit en chirurgie »</li> </ul>
102	Indicateur du port du casque protecteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout d'exclusions aux codes des causes extérieures de traumatisme de la CIM-10-CA</li> </ul>

## 6 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 autres interventions et diagnostics également.
- 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.

## 7 Renseignements

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

## Bibliographie

- Institut canadien d'information sur la santé. *Coding Variations in the Discharge Abstract Database (DAD) Data [Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD)]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2003. Téléchargeable au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *Comprehensive Ambulatory Classification System Directory 2008 (CACCS)*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008. Disponible sur commande au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *Coping With the Introduction of ICD-10-CA and CCI: Impact of New Classification Systems on the Assignment of Case Mix Groups/Day Procedure Groups Using Fiscal 2001/2002 Data [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, 2003. Disponible sur commande au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *Data Quality of the Discharge Abstract Database Following the First-Year Implementation of ICD-10-CA/CCI—Executive Summary [Qualité des données de la Base de données sur les congés des patients suite à la première année de la mise en oeuvre de la CIM-10-CA/CCI]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2004. Téléchargeable au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *Improving Timeliness of Discharge Abstract Database Data*, Ottawa (Ont.), ICIS, 1999. Téléchargeable au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *MIS Standards, 2006 [Normes SIG, 2006]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005. Disponible sur commande au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *National Ambulatory Care Reporting System Manual, 2008–2009 [Manuel du Système national d'information sur les soins ambulatoires 2009-2010]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007. Disponible sur commande au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *Privacy and Confidentiality of Health Information at CIHI, Principles and Policies for the Protection of Personal Health Information, Updated November 2007, 3rd Edition [Respect de la vie privée et confidentialité de l'information sur la santé à l'ICIS, Principes et politiques pour la protection des renseignements personnels sur la santé, mise à jour de novembre 2007, 3<sup>e</sup> édition]*. Ottawa (Ont.), ICIS, 2007. Téléchargeable au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *Quality Assurance Processes in the Discharge Abstract and Hospital Morbidity Databases [Processus d'assurance de la qualité relatifs à la Base de données sur les congés des patients et à la Base de données sur la morbidité hospitalière]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2002. Téléchargeable au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).
- Institut canadien d'information sur la santé. *The CIHI Data Quality Framework—June 2005 Revision [Le cadre de la qualité des données de l'ICIS, révision de juin 2005]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.

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.), MSSLD, 2003. Internet : < [http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/master\\_numsys/mns\\_book.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/master_numsys/mns_book.pdf) > .

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Data Quality and Standards Unit, Health Data Branch*, mis à jour le 31 mars 2008. Internet : < [http://www.mohltcfim.com/cms/client\\_webmaster/pages.jsp?page\\_id=ac0a8070400000f74ee2fd568018](http://www.mohltcfim.com/cms/client_webmaster/pages.jsp?page_id=ac0a8070400000f74ee2fd568018) > .

## Annexe A – Codes des centres d'activité des Normes SIG pour les visites, 2008-2009

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*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

### Remarque

La Nouvelle-Écosse inscrit un zéro au neuvième caractère 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 du SNISA, 2008-2009

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 2008-2009.

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			Yukon		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
00A	Province/territoire de l'établissement déclarant	O	O	O	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	O	O	O
00C	Exercice de la soumission	O	O	O	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	O	O	O
00E	Numéro d'identification de l'abrégié	O	O	O	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	O	O	O
1	Numéro de dossier	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
2	Numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
3	Province/territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
4	Responsable du paiement	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
5	Code postal	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
6	Code de résidence	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F	F	F	F
7	Sexe	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
8	Date de naissance	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
9	Date de naissance estimée	O	O	O	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			Yukon			
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	
10	Indicateur de médecin de famille	O	F	F	O	F	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F
11	Numéro d'inscription aux soins ambulatoires	F	F	F	F	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	F	F	F	F
13	Code de centre d'activité des visites (Guide SIG)	O	O	O	O	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	O	O	O	O
15	Numéro de sortie de l'ambulance	F	F	F	F	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	F	F	F	F
17	Type de résidence	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
18	Type de visite	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F	F	F	F	F
19	Statut de la visite aux soins ambulatoires	F	F	F	F	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	O	O	O	O
21	Niveau de scolarité le plus élevé	F	F	F	F	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	F	F	F	F
23	Heure d'arrivée	F	F	F	F	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	O	F	F	F
25	Heure de triage	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F	F
26	Niveau de triage	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F	O	F	F	F
27	Date d'inscription ou de visite	O	O	O	O	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	O	O	F	F
29	Date de l'évaluation initiale du médecin	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	F
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	F
31	Source de l'orientation du patient avant la visite aux soins ambulatoires	F	F	F	F	F	F	O	O	O	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			Yukon		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
32	Établissement de provenance	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
35	Issue de la visite	O	O	O	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	F	F	F
39	Établissement de destination	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
40	Type de dispensateur	O*	O*	O*	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*	O*	O*	O*
42	Numéro d'identification du dispensateur de services	O*	O*	O*	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	F	F	F
44	Problème principal	O	O	O	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*	O*	O*	O*
46	Intervention principale	O*	O*	O*	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*	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*	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*	O*	O*	O*
49, 49 (a-i)	Attribut d'étendue (principal et secondaire)	O*	O*	O*	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	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	F	F	F
53	Technique anesthésique	O*	O*	O*	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*	O*	O*	O*

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	Ontario			Nouvelle-Écosse			Colombie-Britannique			Île-du-Prince-Édouard			Yukon		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
55	Indicateur, hors hôpital	O*	O*	O*	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*	O*	O*	O*
57	Indicateur de transfusion sanguine	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O	O	O	O
58	Composants et produits sanguins, globules rouges	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O	O	O	O
59	Composants et produits sanguins, plaquettes	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O	O	O	O
60	Composants et produits sanguins, plasma	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O	O	O	O
61	Composants et produits sanguins, albumine	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O	O	O	O
62	Composants et produits sanguins, autre composant	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O	O	O	O
63	Composants et produits sanguins, autotransfusion	O	O	O	O	O	O	F	F	F	O	O	O	O	O	O
64	Unités de sang transfusées, globules rouges	F	F	F	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	F	F	F
66	Unités de sang transfusées, plasma	F	F	F	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	F	F	F
68	Unités de sang transfusées, autre composant	F	F	F	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	O	O	O
70	Nombre d'accouchements prématurés antérieurs	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F	O	O	O
71	Nombre de fausses couches antérieures	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F	O	O	O
72	Nombre d'avortements thérapeutiques antérieurs	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F	O	O	O
73	Âge du fœtus – Avortement thérapeutique	O	O	O	O	O	O	F	F	F	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			Yukon		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
74	Date des dernières menstruations	O	O	O	O	O	O	F	F	F	F	F	F	O	O	O
75 (a-j)	Code de centre d'activité (Guide SIG)	F	F	F	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	F	F	F
80-96	Propre à l'établissement ou à l'administration	F	F	F	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	O	F	F
98	Secteur de programmes	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
99	Indicateur de visite planifiée au service d'urgence	O	O	O	F	O	O	F	O	O	O	O	O	F	O	O
100	Échelle de Glasgow	O*	F	F	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	O*	F	F
102	Indicateur du port du casque protecteur	O*	F	F	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	F	F	F
104	Date de l'orientation	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
105	Groupe ambulatoire principal du fournisseur	F	F	F	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	F	F	F
107	RIW du fournisseur	F	F	F	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	F	F	F
109	Date de l'intervention principale	F	F	F	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	F	F	F
111 (a-i)	Date de l'intervention secondaire	F	F	F	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	F	F	F
113	Raison de la visite/motif de consultation	O	F	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	F	O
114	Date de la sortie	O	O	F	O	O	F	O	O	F	O	O	F	O	O	F

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	Ontario			Nouvelle-Écosse			Colombie-Britannique			Île-du-Prince-Édouard			Yukon		
		SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL	SU	Chir. J/N	CL
115	Heure de la sortie	O	O	F	O	O	F	O	O	F	O	O	F	O	O	F
116	Date de sortie du patient – Salle d'urgence	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F	O*	F	F
117	Heure de sortie du patient – Salle d'urgence	O*	F	F	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 2008-2009*. 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

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA								CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2009-2010	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'abrégé	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
00F	Numéro du codificateur	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
00G	Numéro d'identification de l'abrégé principal	R	R	R	R	N	O	O	O	O	-
1	Numéro de dossier	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
2	Numéro d'assurance-maladie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
3	Province/territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	*	*	*	*	*	*	M	F	*	3
4	Responsable du paiement	*	*	*	*	*	*	*	M	*	35
5	Code postal	*	*	*	*	*	*	M	F	*	4

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA								CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>†</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
6	Code de résidence	M	*	*	*	*	*	*	F	*	34
7	Sexe	*	*	*	*	*	*	*	F	*	5
8	Date de naissance	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
9	Date de naissance estimée	*	*	*	*	*	*	*	F	*	7
10	Indicateur de médecin de famille	R	*	M	*	*	*	*	N	O	-
11	Numéro d'inscription aux soins ambulatoires	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
12	Numéro séquentiel de la consultation ou de l'inscription aux soins ambulatoires	*	*	*	*	*	*	*	*	*	08b
13	Code de compte du centre d'activité des visites des Normes SIG	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
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	S	*	46
16	Milieu de vie	*	*	*	*	*	*	*	M	*	28
17	Type de résidence	*	*	*	*	*	*	*	M	*	29
18	Type de visite	M	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	M	*	*	*	*	*	*	N	O	-
23	Heure d'arrivée	M	*	*	*	*	*	*	N	O	-
24	Date de triage	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
25	Heure de triage	*	*	M	*	*	*	*	N	O	-
26	Niveau de triage	M	*	*	M	*	*	*	*	*	20
27	Date d'inscription ou de visite	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
28	Heure d'inscription ou de visite	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22
29	Date de l'évaluation initiale du médecin	M	*	*	*	*	*	*	N	O	-
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	M	*	*	*	*	*	M	N	O	-



Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA								CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>†</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
31	Source de l'orientation du patient avant la visite aux soins ambulatoires	M	M	*	*	*	M	*	M	*	26
32	Établissement de provenance	M	M	*	*	*	*	*	N	O	-
33	Date de la décision d'admission	R	R	R	*	*	*	*	N	O	-
34	Heure de la décision d'admission	R	R	R	*	*	*	M	*	*	47
35	Issue de la visite	M	*	*	*	M	*	M	M	*	14
36	Date de la fin de la visite	R	R	R	*	*	*	*	*	*	21
37	Heure de la fin de la visite	R	R	R	M	*	*	*	*	*	23
38	Référé à – À la fin de la visite aux soins ambulatoires	M	*	*	*	*	M	*	M	*	27
39	Établissement de destination	M	M	*	*	*	*	*	N	O	-
40	Type de dispensateur	M	*	M	*	*	*	*	M	*	12
41	Service du dispensateur	M	M	M	M	M	*	M	M	*	11
42	Numéro du dispensateur	M	*	*	*	*	*	*	F	*	13
43, 43 (a-i)	Préfixe du problème (principal et autres)	M	M	*	M	*	*	M	N	O	-
44	Problème principal	*	*	*	*	*	*	*	F	*	15
45 (a-i)	Autres problèmes	M	*	*	*	*	*	*	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
47 (a-i)	Autres interventions	*	*	*	*	*	*	*	F	*	19
48, 48 (a-i)	Attribut de situation (principal et autres)	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA								CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>†</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
49, 49 (a-i)	Attribut de lieu (principal et autres)	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
50, 50 (a-i)	Attribut d'étendue (principal et autres)	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
51 (a-i)	Durée de l'intervention aux soins ambulatoires pour l'intervention principale et les autres interventions	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
52, 52 (a-i)	Code du lieu d'intervention pour l'intervention principale et les autres interventions	*	*	*	*	*	*	M	N	O	-
53	Technique anesthésique	M	*	*	*	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	*	*	*	*	*	*	M	*	32
59	Composants et produits sanguins, plaquettes	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
60	Composants et produits sanguins, plasma	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
61	Composants et produits sanguins, albumine	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
62	Composants et produits sanguins, autre composant	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
63	Composants et produits sanguins, autotransfusion	M	*	*	*	*	M	*	N	O	-
64	Unités de sang transfusées, globules rouges	*	*	*	*	*	*	*	*	*	50

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA								CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2009-2010	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	*	*	*	*	*	*	M/F	*	41
70	Nombre d'accouchements prématurés antérieurs	M	*	*	*	*	*	*	N	O	-
71	Nombre de fausses couches antérieures	M	*	*	*	*	*	*	M/F	*	42
72	Nombre d'avortements thérapeutiques antérieurs	M	*	*	*	*	*	*	M/F	*	43
73	Âge gestationnel – Avortement thérapeutique	M	*	*	*	*	*	*	M	*	44
74	Date des dernières menstruations	M	*	*	*	*	*	*	*	*	45
75 (a-j)	Code de compte du centre d'activité des Normes SIG	*	*	*	*	*	F	*	*	*	37
76	Coûts totaux directs liés au bénéficiaire de services	R	R	R	R	R	R	*	*	*	38
77	Coûts totaux indirects liés au bénéficiaire de services	R	R	R	R	R	R	*	*	*	39
78	Fournitures imputables	R	R	R	R	R	R	*	*	*	40
79	Numéro de projet	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
80-96	Propre à l'établissement ou à l'administration	*	*	*	*	*	*	*	N	O	-
97	Indicateur de l'ETGP	*	*	*	*	*	*	N	O	O	-
98	Secteur de programmes	*	*	*	*	*	*	N	O	O	-

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA								CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>†</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
99	Indicateur de visite planifiée au service d'urgence	*	M	*	*	*	*	N	O	O	-
100	Échelle de Glasgow	M	M	*	*	*	*	N	O	O	-
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 RIW 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'autre intervention	*	*	*	*	*	N	O	O	O	-
112 (a-i)	Heure du début de l'autre intervention	*	*	*	*	*	N	O	O	O	-
113 (code « R » n° 43 de 2003 à 2005)	Raison de la visite/motif de consultation	M	*	*	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 – Salle d'urgence	*	*	N	O	O	O	O	O	O	-
117	Heure de sortie du patient – Salle d'urgence	*	*	N	O	O	O	O	O	O	-
118	Date d'arrivée de l'ambulance	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA								CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003 <sup>†</sup>	2001-2002	Numéro de l'élément de données
119	Heure d'arrivée de l'ambulance	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
120	Date du transfert de l'ambulance à l'hôpital	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
121	Heure du transfert de l'ambulance à l'hôpital	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
122	Indicateur de l'unité d'observation	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
123	Date d'arrivée à l'unité d'observation	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
124	Heure d'arrivée à l'unité d'observation	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
125	Date de sortie de l'unité d'observation	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
126	Heure de sortie de l'unité d'observation	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
127, 127 (a-1)	Série du problème (problème principal et autre problème)	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
128	Code de niveau de soumission	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-
129	Code d'accès aux soins de santé primaires	N	O	O	O	O	O	O	O	O	-

**Remarque**

† 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, 2007-2008 et 2008-2009, les vrais enregistrements en double ont été repérés au moyen de tous les éléments de données, sauf les trois éléments suivants :
  - Principaux soins ambulatoires
  - Numéro de l'abrégé
  - Date de l'enregistrement
- Pour 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, des doubles possibles ont été décelés grâce à la mise en correspondance de 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, des doubles possibles ont été décelés grâce à la mise en correspondance de 26 éléments de données :
  - 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 ».

