



Document sur la qualité des données à
l'intention des utilisateurs externes :
Système national d'information sur les
soins ambulatoires, 2010-2011

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

Abréviations.....	iii
1. Introduction.....	1
1.1. Objectif et portée.....	1
1.2. Aperçu du Système national d'information sur les soins ambulatoires ...	1
2. Couverture.....	5
2.1. Population de référence du SNISA	5
3. Collecte de données et normes.....	8
3.1. Collecte des données.....	8
3.2. Contrôle de la qualité des données.....	11
3.3. Normalisation	14
3.4. Couplage.....	15
3.5. Équivalence	17
4. Changements importants apportés au SNISA.....	17
4.1. Comparabilité rétrospective	17
5. Limites générales des données.....	21
5.1. Exactitude	21
5.2. Comparabilité.....	30
6. Lignes directrices relatives aux demandes générales de données	32
Annexe A — Éléments de données du SNISA, 2010-2011 — Statut obligatoire ou facultatif	35
Annexe B — Évolution des champs du SNISA, par exercice.....	41
Annexe C — Recherche des doubles dans le SNISA	51
Bibliographie.....	53
Information	54

Abréviations

ACT	admission, congé, transfert
Alb.	Alberta
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
CCADTC	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 ^e révision
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, Canada
CL	cliniques
EDIS	Système d'information des services d'urgence
eDSS	Service de soumission électronique de données
ETG	échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux (Statistique Canada)
GCJ	groupe de chirurgie d'un jour
ID	imagerie diagnostique
Î.-P.-É.	Île-du-Prince-Édouard
ICD-9-CM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9 ^e révision, modification clinique (en anglais seulement)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
Man.	Manitoba
MSSLD	ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
N.-É.	Nouvelle-Écosse
Ont.	Ontario
PCR	pondération de la consommation des ressources
PDF	format de document portable
Qc	Québec
Sask.	Saskatchewan
SGCA	Système global de classification ambulatoire
SIOSM	Système d'information ontarien sur la santé mentale

SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SU	service d'urgence
Yn	Yukon

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. 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 2009 du cadre de la qualité des données de l'ICIS. Le présent document met l'accent sur l'exactitude et la comparabilité. 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 est la mesure dans laquelle une base de données est cohérente au fil du temps et utilise des conventions normalisées, ce qui permet de la comparer à d'autres bases de données.

1.2 Aperçu du Système national d'information sur les soins ambulatoires

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. Ce système vise à fournir une information utile pour évaluer la gestion des services de soins ambulatoires dans les établissements de santé canadiens.

Le SNISA est une base de données nationale 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 en cinq catégories (démographiques, cliniques, administratifs, financiers et propres aux services) et comprennent de l'information sur les congés, les décès et les transferts au cours

d'un exercice (du 1^{er} avril au 31 mars). Au fil du temps, le SNISA a été utilisé afin de saisir non seulement les visites aux services d'urgence, mais aussi les chirurgies d'un jour, les visites en imagerie diagnostique (ID) et de nombreuses visites cliniques, dont la dialyse rénale, le cathétérisme cardiaque, l'oncologie et la santé mentale.

Plus de 16,9 millions d'abrévés ont été déclarés au SNISA en 2010-2011. Plus de 8,2 millions d'entre eux étaient liés aux visites aux services d'urgence, ce qui représente environ 51,8 % de l'ensemble des visites aux services d'urgence au Canada. Environ 2,4 millions d'abrévés de chirurgie d'un jour ont été déclarés à l'ICIS en 2010-2011, dont 36,4 % ont été envoyés vers la BDCP et 63,6 % au SNISA.

La mise en œuvre du SNISA a eu lieu en 1997, selon le modèle du Système de classification des soins ambulatoires (ACCS) de l'Alberta visant à recueillir de l'information sur les soins ambulatoires. Le produit a été restructuré en 2002-2003 afin de donner suite à la mise en œuvre à l'échelle nationale de la Classification internationale des maladies, 10^e révision, et de la Classification canadienne des interventions en santé (CIM-10-CA/CCI). En 2009-2010, la base de données du SNISA a été de nouveau modifiée afin d'accepter divers niveaux de soumission de données dans le but de réduire le fardeau de la collecte de données et d'améliorer les échéanciers liés à la déclaration (voir la section 4 pour obtenir de plus amples détails). En 2010-2011, le SNISA a mis en œuvre des codes de compte normalisés des centres d'activités des Normes SIG à utiliser dans le SNISA, pour élaborer ensuite des groupes de soins ambulatoires normalisés en se fondant sur cette liste nationale (voir les sections 3.3 et 4 pour obtenir de plus amples détails). En outre, étant donné que de plus en plus de provinces et territoires adoptent le SNISA pour déclarer les visites aux services d'urgence, on prévoit que d'ici 2012-2013, au moins 80 % de la totalité des visites aux services d'urgence au Canada sera déclarée dans le SNISA. Le tableau 1 illustre l'évolution du SNISA.

Tableau 1 : Calendrier de l'évolution du SNISA, 2010-2011

Évolution du SNISA	
Avril 1997	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement du SNISA • Un premier établissement de la Colombie-Britannique adopte la déclaration sur les services d'urgence
Juillet 2000	<ul style="list-style-type: none"> • L'Ontario adopte la déclaration sur les services d'urgence
Avril 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement du Système global de classification ambulatoire (SGCA) et des coefficients de pondération des coûts des soins ambulatoires (ACW)
Avril 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Un deuxième établissement de la Colombie-Britannique adopte la déclaration sur les services d'urgence • Mise en œuvre de la CIM 10 CA et de la CCI; remaniement du SNISA
Avril 2003	<ul style="list-style-type: none"> • L'Ontario adopte la déclaration sur les soins de jour et de nuit en chirurgie • Un troisième établissement de la Colombie-Britannique adopte la déclaration sur les services d'urgence • Un premier établissement de la Nouvelle-Écosse adopte la déclaration sur les services d'urgence
Juillet 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Un premier établissement de l'Île-du-Prince-Édouard adopte la déclaration sur les services d'urgence

Tableau 1 : Calendrier de l'évolution du SNISA, 2010-2011 (suite)

Évolution du SNISA	
Octobre 2003	<ul style="list-style-type: none"> • L'Ontario adopte la déclaration en milieu clinique, plus particulièrement pour la dialyse rénale, les cathétérismes cardiaques et l'oncologie • Deux établissements de la Nouvelle-Écosse adoptent la déclaration sur les soins de jour et de nuit en chirurgie • Trois établissements de la Nouvelle-Écosse adoptent la déclaration sur les services d'urgence
Avril 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Un premier établissement du Yukon adopte la déclaration sur les services d'urgence
Avril 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Un établissement de la Nouvelle-Écosse adopte la déclaration sur les services d'urgence et les soins de jour et de nuit en chirurgie
Avril 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Remaniement du SGCA et des groupes de chirurgie d'un jour (GCJ) • Première étude de seconde saisie sur les fichiers du SNISA • Élimination des abrégés annexes recueillis dans la base de données du SNISA
Avril 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Projet pilote sur le SNISA en Colombie-Britannique (deux sites)
Avril 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Des modifications sont apportées au SNISA de manière à accepter des niveaux de déclaration différents • Sept établissements du Manitoba adoptent la soumission de données sur les services d'urgence de niveau 1 • Un établissement du Manitoba adopte la soumission de données sur les services d'urgence de niveau 3
Avril 2010	<ul style="list-style-type: none"> • L'Alberta demande la déclaration de niveau 3 pour toutes les visites aux soins ambulatoires • Un établissement de la Saskatchewan adopte la déclaration sur les services d'urgence de niveau 1 • Un autre établissement de la Nouvelle-Écosse fait passer la déclaration sur les soins de jour et de nuit en chirurgie de la BDCP au SNISA • Les Centres canadiens d'activité des Normes SIG sont mis en service

Outre la collecte et le traitement des données sur les soins ambulatoires, l'ICIS produit de l'information à valeur ajoutée (calculs en vue de former les groupes de maladies analogues [GMA], durée prévue du séjour et pondération de la consommation des ressources) ainsi que des rapports comparatifs nationaux axés sur des groupes d'établissements semblables (rapports électroniques du SNISA) pour les fournisseurs de données. Ces renseignements facilitent le processus décisionnel au sein des établissements, des régions, des provinces ou des territoires.

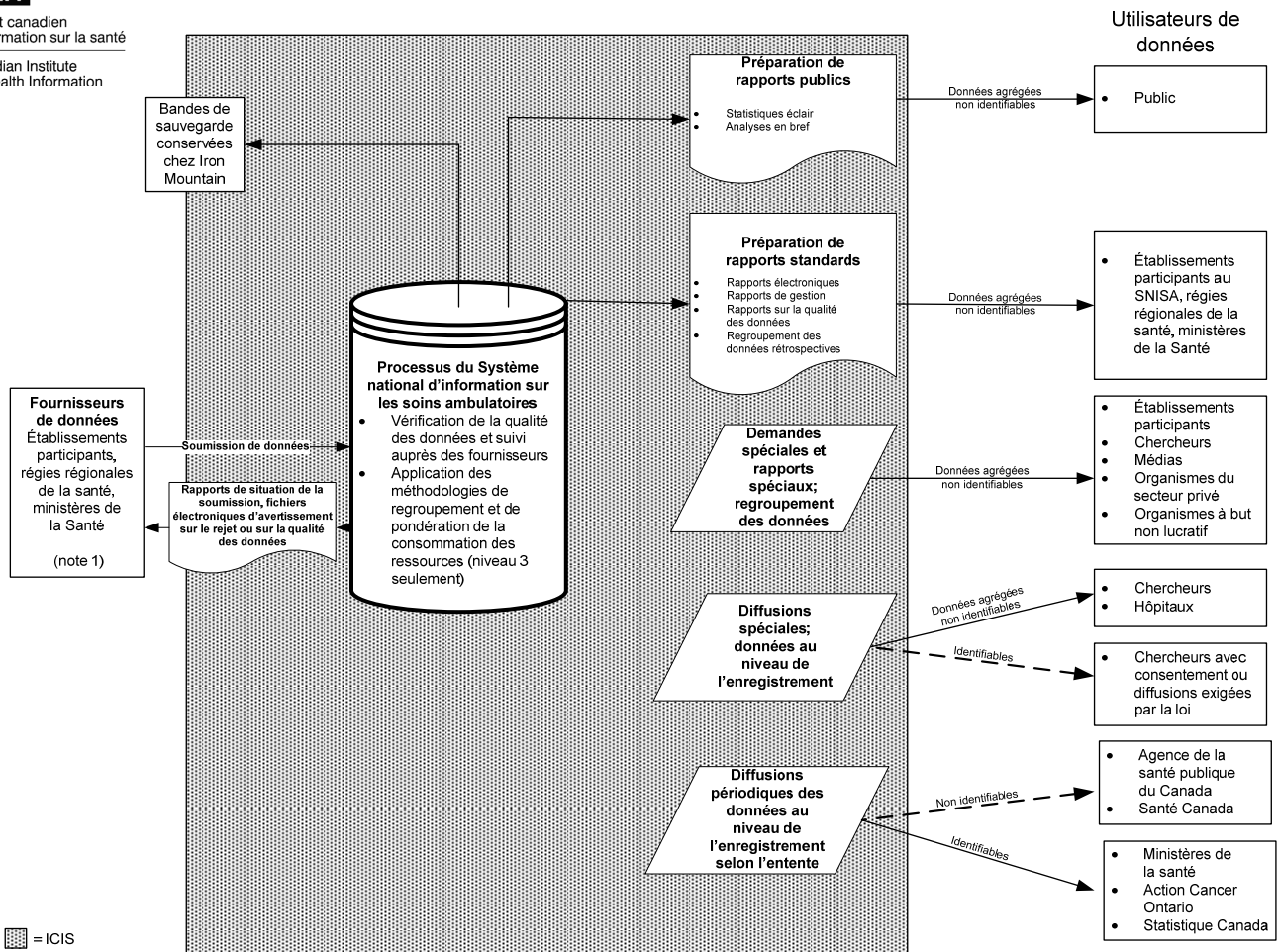
Les hôpitaux, les gouvernements et les universités tirent profit de l'information contenue dans le SNISA. Les établissements se servent des renseignements tirés du SNISA pour appuyer leurs décisions sur la gestion de l'utilisation propre à l'établissement et la recherche administrative. Les gouvernements se servent des données aux fins de financement, de planification et d'évaluation du système. Les universités et autres établissements d'enseignement utilisent les données du SNISA dans le cadre de nombreuses recherches.

La figure 1 illustre le cheminement des données dans le SNISA et la façon dont le SNISA utilise les données



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

Diagramme du cheminement des données du Système national d'information sur les soins ambulatoires



Note 1 : Les données peuvent être soumises au niveau de déclaration 3 (abrégé du SNISA complet) ou aux niveaux 1 et 2 (sous-ensemble d'abrégé du SNISA : pas d'intervention, de diagnostic ou de données du SGCA).

Juillet 2011

2 Couverture

2.1 Population de référence du SNISA

La population de référence du SNISA (population pour laquelle on peut formuler des observations) pour l'exercice 2010-2011 comprend les activités en soins ambulatoires dont la date de visite ou d'inscription se situe entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011, pour tous les établissements déclarants au Canada.

2.1.1 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. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous une liste des provinces et des territoires participant au SNISA.

La population de référence du SNISA pour l'exercice 2010-2011 NACRS comprenait 367 établissements au Canada.

Tableau 2 : Nombre d'établissements ayant soumis des données au SNISA en 2010-2011, selon le groupe de soins ambulatoires

Prov. ou terr.	Nombre total d'établissements déclarants	Service d'urgence		Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique					Imagerie diagnostique	Autres soins ambulatoires
		Niveau 1	Niveau 3		Cathétérisme cardiaque	Dialyse rénale	Oncologie	Santé mentale	Autre		
Î.-P.-É.	1	0	1		0	0	0	0	0	0	0
N.-É.	5	0	4	4	0	0	0	0	3	0	0
Ont.	188	0	179	150	22	56	84	0	36	14	3
Man.	8	7	1		0	0	0	0	0	0	0
Yn	1	0	1		0	0	0	0	0	0	0
Alt.	163	0	108	95	4	4	4	30	101	118	117
Sask.	1	0	1		0	0	0	0	1	0	0
Total	367	7	295	249	24	60	88	30	141	132	120

Remarque

Pour obtenir une liste de la façon dont les groupes de soins ambulatoires sont définis au moyen des codes des centres d'activité des Normes SIG, veuillez consulter l'annexe D du Manuel du SNISA, 2010-2011.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

La population de référence du SNISA pour l'exercice 2009-2010 comprenait 202 établissements au Canada.

Tableau 3 : Nombre d'établissements ayant soumis des données au SNISA en 2009-2010, selon le groupe de soins ambulatoires

Prov. ou terr.	Nombre total d'établissements déclarants	Service d'urgence		Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique					Imagerie diagnostique	Autres soins ambulatoires
		Niveau 1	Niveau 3		Cathétérisme cardiaque	Dialyse rénale	Oncologie	Santé mentale	Autre		
Î.-P.-É.	1	0	1	0	0	0	0				0
N.-É.	4	0	4	3	0	0	0				4
Ont.	185	0	177	151	22	56	84				41
Man.	8	7	1	0	0	0	0				0
C.-B.	2	0	2	0	0	0	0				1
Yn	1	0	1	0	0	0	0				0
Total	201	7	186	154	22	56	84				48

Remarque

* Un établissement dans la population de référence n'a pas soumis de données en 2009-2010.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2010-2011, **16 922 003** abrégés ont été soumis au SNISA au total (voir le tableau 4 ci-dessous), par rapport à 9 349 225 en 2009-2010. Cette augmentation de 81 % du nombre de dossiers entre 2009-2010 et 2010-2011 est attribuable à l'adoption intégrale du SNISA en Alberta (toutes les données sur les soins ambulatoires) de même que par un établissement de la Saskatchewan (données sur les services d'urgence de niveau 1) et un établissement de la Nouvelle-Écosse (données sur les soins de jour et de nuit en chirurgie). Le tableau 5 résume le changement en pourcentage du volume d'abrégés soumis au SNISA d'un exercice à l'autre.

Les deux établissements de la Colombie-Britannique qui soumettaient des données au SNISA en 2009-2010 se sont retirés de la soumission volontaire au SNISA en 2010-2011.

Trois établissements de l'Ontario et un de la Saskatchewan n'ont pas soumis toutes les périodes de données de 2010-2011 avant le 31 juillet 2011, la date limite de fermeture de la base de données. De plus, 15 établissements de l'Alberta n'avaient pas soumis d'enregistrement pour certaines périodes en raison de l'inactivité des soins ambulatoires dans ces établissements durant ces périodes.

Tableau 4 : Sommaire de toutes les visites soumises au SNISA pour 2010-2011, par province ou territoire et groupe de soins ambulatoires

Prov. ou terr.	Service d'urgence		Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique					Imagerie diagnostique	Autres soins ambulatoires	Total
	Niveau 1	Niveau 3		Clinique de cathétérisme cardiaque	Clinique de dialyse rénale	Clinique d'oncologie	Clinique de santé mentale	Autre			
Î.-P.É.	—	26 793	—	—	—	—	—	—	—	—	—
N.-É.	0	76 625	15 237	0	0	0	0	2 383	0	0	94245
Ont.	0	5 620 918	1 187 365	51 438	1 151 155	990 640	0	36 989	9 085	540	9 048 130
Man.	283 328	40 915	0	0	0	0	0	0	0	0	324 244
Sask.	0	7 889						512			8 401
Alb.	0	2 131 026	303441	12 058	271 664	3 155	246 580	2 163 323	690 662	1 570 111	7 392 020
Yn	0	28 170	0	0	0	0	0	0	0	0	28 170
Total	283 328	7 932 337	1 506 043	63 496	1 422 819	993 795	246 580	2 203 207	699 747	1 570 651	16 922 003

Remarque

En raison de la mise en œuvre des codes de centre d'activité des Normes SIG en 2010-2011, certains dossiers pourraient avoir transité d'un groupe de soins ambulatoires vers un autre, car les groupes sont maintenant définis à l'échelle nationale. Veuillez consulter, dans l'annexe D du Manuel du SNISA, 2010-2011, le tableau des correspondances entre les centres d'activité des Normes SIG et les groupes de soins ambulatoires.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010 et 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 5 : Pourcentage de variation du volume d'abrévés soumis au SNISA entre 2009-2010 et 2010-2011, par province ou territoire et groupe de soins ambulatoires

Prov. ou terr.	Service d'urgence		Soins de jour et de nuit en chirurgie	Clinique					Imagerie diagnostique	Autres soins ambulatoires	Total
	Niveau 1	Niveau 3		Clinique de cathétérisme cardiaque	Clinique de dialyse rénale	Clinique d'oncologie	Clinique de santé mentale	Autre			
Î.-P.-É.	0	-6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	S.O.	S.O.	S.O.	0,0	-6,6
N.-É.	0	-4,9	40,6	0,0	0,0	0,0	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	-7,8
Ont.	0	1,5	-1,6	2,4	-0,4	-5,4	S.O.	S.O.	S.O.	-99,1	-0,1
Man.	218	79,1	0,0	0,0	0,0	0,0	S.O.	S.O.	S.O.	0,0	189,6
Sask.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Alb.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
C.-B.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Yn	0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	S.O.	S.O.	S.O.	0,0	2,9
Total	218	38,7	0,0	26,4	23,1	-5,1	S.O.	S.O.	S.O.	2,129,7	81,0

Remarque

En raison de la mise en œuvre des codes de centre d'activité des Normes SIG en 2010-2011, certains dossiers pourraient avoir transité d'un groupe de soins ambulatoires vers un autre, car les groupes sont maintenant définis à l'échelle nationale. Veuillez consulter, dans l'annexe D du Manuel du SNISA, 2010-2011, le tableau des correspondances entre les centres d'activité des Normes SIG et les groupes de soins ambulatoires.

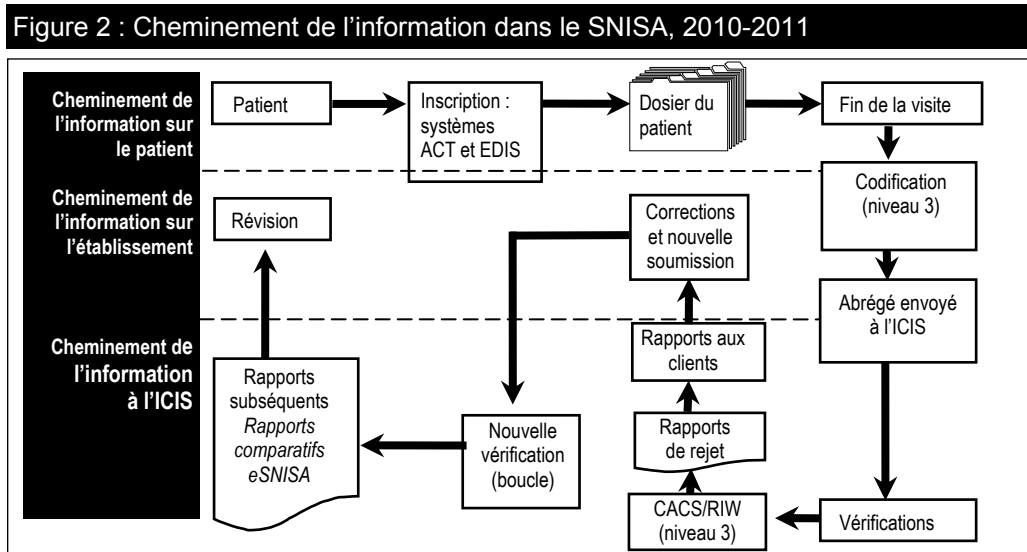
Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010 et 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

3 Collecte de données et normes

3.1 Collecte des données

La figure 2 ci-dessous résume le processus de saisie des données du SNISA et le cheminement de l'information.



3.1.1 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 patient. 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 (EDIS), 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.

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. Depuis 2010-2011, l'Alberta soumet toutes les données relatives aux visites aux soins ambulatoires au SNISA. Les abrégés de services d'urgence et de chirurgie d'un jour de l'Alberta doivent se conformer aux exigences relatives à la soumission de création d'abrégés du SNISA de l'ICIS; il ne faut pas créer d'abrégés annexes. Les visites cliniques aux soins ambulatoires de l'Alberta suivront elles aussi, dans la mesure du possible, le processus de création des abrégés du SNISA. Certains établissements ont soumis des abrégés annexes en ce qui a trait à la santé mentale et à d'autres visites cliniques en Alberta.

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, notamment

- la province ou le territoire de soumission;
- l'utilisation de codes précis de la CIM-10-CA et de la CCI, ce qui a occasionné la codification obligatoire d'autres éléments de données;
- le type de soins ambulatoires (groupements de centres d'activité, comme les services d'urgence, les chirurgies d'un jour 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 chiffrés, 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.

3.1.2 Échéance de soumission des données

En 2010-2011, il y avait 12 périodes de déclaration pour le SNISA. Un fichier de soumission peut contenir des données sur les soins ambulatoires pour une période donnée seulement. Pour tous les types de soins ambulatoires (p. ex. chirurgie d'un jour, service d'urgence, cliniques), la date d'inscription détermine la période de déclaration. Tous les abrégés pour l'exercice 2010-2011 (du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011) devaient être soumis avant la date de clôture du SNISA, soit le 31 juillet 2011.

3.1.3 Intégralité de la soumission des données

Les rapports d'étape sur les soumissions au SNISA servent à surveiller le nombre d'abrégés soumis selon la période pour chaque établissement. Ces rapports permettent de repérer les lacunes dans les soumissions de données au cours de l'année de soumission. Au total, deux rapports sur la soumission de données ont été générés pour les abrégés soumis au SNISA en 2010-2011, 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 de messages d'avertissement relatifs à la qualité des données a ensuite été joint au rapport d'étape sur les soumissions lorsque les abrégés contenaient des erreurs ou des avertissements.

En 2010-2011, le SNISA a introduit un ensemble de rapports cumulatifs sur la qualité des données à l'échelle des établissements et des provinces. Ces rapports donnent de l'information sur le nombre d'enregistrements qui comportent des valeurs inconnues ou manquantes pour des éléments de données précis liés au temps. Au moyen de ces rapports, les établissements et les provinces peuvent déterminer de quelle façon les pratiques de collecte de données pourraient être améliorées.

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.

3.2 Contrôle de la qualité des données

En plus de ce qui précède, le contrôle de la qualité des données du SNISA passe par les canaux indiqués ci-dessous.

3.2.1 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 750 vérifications ou avertissements associés aux éléments de données ont été appliqués au SNISA pour 2010-2011. Étant donné que le SNISA n'accepte que des abrégés sans erreur, l'abrégeé entier est rejeté dès que le système détecte une erreur; le client doit alors corriger l'abrégeé et le soumettre de nouveau. Les abrégés accompagnés d'un simple message d'avertissement sont acceptés par le SNISA. Le cycle de correction et de vérification d'un abrégeé rejeté se poursuit jusqu'à ce que toutes les erreurs détectées aient été corrigées.

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 abrégeé 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. Des scénarios et des spécifications d'essai sont créés, en conformité avec les lignes directrices internes, pour toutes les nouvelles vérifications afin de s'assurer qu'elles fonctionnent correctement.

3.2.2 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 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 valeurs valides et le format approprié. L'ICIS exige que les fournisseurs présentent au moins un fichier d'essai par année. 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. Le principal objectif de la mise à l'essai de l'établissement est de s'assurer que le logiciel mis à jour du fournisseur a été appliqué à l'établissement et 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 les spécifications relatives à la soumission des données du SNISA tout en respectant leur liberté dans la conception de logiciels.

3.2.3 Cycle annuel des changements apportés à la base de données

Chaque année, des améliorations sont apportées à la base de données afin de traiter les questions émergentes concernant les soins de santé, de répondre aux besoins des clients et de produire des données de meilleure qualité. 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.

L'annexe A donne la liste des éléments de données obligatoires et facultatifs du SNISA pour l'exercice 2010-2011. L'annexe B décrit l'évolution des éléments de données au fil du temps, c'est-à-dire de 2001-2002 à 2010-2011.

3.2.4 Groupes consultatifs

Le Comité directeur des bases de données clinico-administrative (BDCA) bénéficie de la représentation nationale des ministères de la Santé, de Statistique Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ce comité contribue au cycle annuel des changements apportés à la base de données en fournissant une rétroaction sur les changements demandés, comme les propositions de nouveaux éléments de données et de corrections, de même que les révisions des éléments de données actuels et des corrections. Cette rétroaction aide à assurer la comparabilité nationale.

Le SNISA possède aussi un Comité consultatif spécial sur les services d'urgence qui bénéficie d'une représentation de la part de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU). Ce groupe consultatif est convoqué suivant les besoins afin de discuter de questions propres aux services d'urgence en ce qui a trait à la collecte de données et à la déclaration au SNISA.

3.2.5 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.

3.2.6 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 mise en œuvre du SNISA, la collecte et la soumission de données ou encore l'utilisation des produits et rapports du SNISA, y compris la méthode de pondération de la consommation des ressources (PCR) et les rapports électroniques du SNISA. 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 la collecte de données, la soumission de données, les éléments de données et les corrections. Il peut aussi s'avérer utile dans le contexte des normes de la CIM-10-CA et la CCI, des groupes

clients et des méthodologies. Des bulletins diffusés dans Internet ou par courriel sont aussi utilisés pour informer les clients à propos de questions liées au SNISA et des nouveaux produits du SNISA.

3.2.7 Études spéciales

L'ICIS effectue parfois des études de seconde saisie et d'évaluation de la qualité des données. La dernière étude de seconde saisie des données du SNISA a été diffusée en janvier 2008, pour les données de l'exercice 2004-2005. Dans le cadre de cette étude, l'ICIS est retourné à la source d'information initiale (le dossier du patient); il a effectué une seconde saisie des données, pour ensuite comparer les résultats aux données soumises au SNISA. Les résultats de ces études peuvent aider à orienter les travaux liés à la qualité des données.

3.3 Normalisation

3.3.1 Système de classification

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. Depuis 2002-2003, tous les établissements qui soumettent des données au SNISA utilisent les normes de codification de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA) et de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). **Pour les années précédentes, nous conseillons fortement aux utilisateurs d'analyser les données à l'aide de la classification originale.**

3.3.2 Listes de sélection du SNISA

Les listes de sélection sont des listes normalisées qui permettent de sélectionner des mots ou des phrases prédéfinis. Elles permettent de structurer l'information recueillie et de réduire au minimum les variations dans la collecte de données, ce qui facilite la production de rapports comparatifs. Elles ont été conçues pour être remplies par le personnel clinique du service d'urgence (médecin ou membre du personnel infirmier) au moment de la prestation des services.

La Liste des raisons de consultation contient quelque 165 raisons initiales de consultation couramment citées par les patients qui se présentent dans les services d'urgence.

Le Thésaurus canadien des diagnostics en médecine d'urgence (TCDMU) est un sous-ensemble de plus de 800 diagnostics tirés d'une liste exhaustive de plus de 17 000 codes de la CIM-10-CA servant à consigner les données sur les diagnostics des patients des soins ambulatoires et de courte durée du Canada.

3.3.3 Codes des centres canadiens d'activité des Normes SIG

Avant 2009-2010, tous les abrégés envoyés au SNISA comportaient un code provincial ou territorial de centres d'activité des Normes SIG. Depuis 2010-2011, il existe une liste de codes des centres canadiens d'activité des Normes SIG. Le SNISA n'accepte plus les variations provinciales et territoriales de centres d'activité des Normes SIG; il n'accepte que les abrégés soumis avec les codes des centres canadiens d'activité des Normes SIG. À ce titre, tous les abrégés soumis au SNISA doivent contenir le code d'un centre d'activité canadien des Normes SIG afin de représenter les rapports statistiques et financiers liés aux services offerts (voir le Manuel du SNISA, 2010-2011, Annexe D — Tableau de correspondance des comptes du centre d'activité des soins ambulatoires — Normes SIG).

3.4 Couplage

3.4.1 Code postal

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

3.4.2 Période de référence

Pour le SNISA, la période de référence normale est l'exercice financier (la période du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante). Dans 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.

3.4.3 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.

3.4.4 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 Numéro des soins ambulatoires de l'établissement déclarant, NAM, Date d'inscription et Date de l'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. L'ICIS applique des algorithmes normalisés pour chiffrer tous les NAM afin de protéger les renseignements personnels des patients et, en même temps, à des fins de couplage. Le couplage des données de diverses périodes ne peut donc se faire qu'à partir du 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 patients ne figurent *pas* dans le SNISA.

3.5 Équivalence

3.5.1 Chirurgie d'un jour

Les données sur les visites en chirurgie d'un jour sont soumises soit à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) soit au SNISA. Au fil des années, davantage d'établissements provinciaux et territoriaux passent de la déclaration des visites en chirurgie d'un jour à la BDCP à la déclaration au SNISA. Par exemple, depuis 2003-2004, l'Ontario soumet de l'information sur les cas de chirurgie d'un jour au SNISA. En 2010-2011, un nouvel établissement de la Nouvelle-Écosse a fait la transition à son tour. Il existe des différences de déclaration des chirurgies d'un jour entre la BDCP et le SNISA en ce qui concerne la définition, les éléments de données et les valeurs valides des chirurgies d'un jour, ce qui peut compliquer la comparaison de l'information entre la BDCP et le SNISA et d'un exercice à l'autre. Des travaux sont en cours en vue d'harmoniser ces bases de données pour les déclarations des chirurgies d'un jour. **Nous recommandons fortement aux utilisateurs de tenir compte de ces différences dans leurs analyses historiques et leurs comparaisons provinciales.**

4 Changements importants apportés au SNISA

4.1 Comparabilité rétrospective

4.1.1 Remaniement du SNISA (2002-2003)

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.

4.1.2 Mise en œuvre des niveaux de soumission multiples du SNISA (2009-2010 et 2010-2011)

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 pour les visites au service d'urgence. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} 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. **Nous recommandons fortement aux utilisateurs de tenir compte de l'information sur le niveau de soumission de données dans leurs analyses.**

Voici quelques renseignements généraux sur les niveaux de soumission 1 et 3 inclus dans le SNISA 2010-2011 :

Niveau 1 (service d'urgence seulement)

- Intégré 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 la décision concernant la sortie, le niveau de triage, etc.
- Offre un accès facile aux données à l'aide des interfaces ACT ou EDIS avec l'abrégé SNISA (en temps réel ou quelques jours avant la fin du mois).
- Aucun renseignement entièrement codifié sur les diagnostics (CIM-10-CA) et les interventions (CCI) n'est disponible.
- Il n'est pas obligatoire de remplir les éléments de données des listes de sélection du SNISA (raison de la consultation ou diagnostics de sortie). Ces listes de sélection offrent des renseignements diagnostiques sans qu'un établissement doive soumettre les diagnostics de la CIM-10-CA entièrement codés (voir la section 3.3.2 ci-dessus).
- Les données regroupées du Système global de classification ambulatoire (SGCA) ne sont pas disponibles.

Niveau 2 (service d'urgence seulement)

- Offert pour la première fois en 2010-2011.
- La soumission de données de niveau 2 inclut les mêmes éléments de données que ceux du niveau 1, mais au moins une des listes de sélection du SNISA est obligatoire.
- Les données regroupées du SGCA ne sont pas disponibles.

Niveau 3

- S'applique aux soins ambulatoires, comme les services d'urgence, les chirurgies d'un jour et les cliniques de consultation externe.

- 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 diagnostics codifiés (CIM-10-CA) et les interventions (CCI).
- Les données regroupées du SGCA ne sont pas disponibles.

Soumission de niveaux multiples (service d'urgence seulement)

- Intégré en 2010-2011.
- Les établissements qui soumettent des données de différents niveaux peuvent soumettre un dossier préliminaire de niveau 1 ou de niveau 2 pour une période de déclaration afin d'accéder aux rapports en temps opportun, puis soumettre un dossier final de niveau 3 afin d'accéder aux données regroupées du SGCA. Quand une période de données sur les services d'urgence de niveau 3 est acceptée dans la base de données du SNISA, les données de niveau 1 ou de niveau 2 déjà soumises pour cette période sont archivées et les données de niveau 3 sont ensuite versées dans la base de données.

4.1.3 Codes de comptes de centres canadiens d'activité des Normes SIG pour le SNISA (2010-2011)

Les *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG) sont un ensemble de normes nationales qui fournissent un cadre normalisé pour la collecte et la déclaration de données financières et statistiques sur les activités quotidiennes des organismes de services de santé. Chaque province et territoire peut développer un sous-ensemble de normes de déclaration des Normes SIG, qui peut différer quelque peu du système pancanadien de déclaration des Normes SIG. Par le passé, le SNISA recevait des mises à jour annuelles des plans comptables SIG des provinces et des territoires, et intégrait chaque centre d'activité SIG propre à une province et à un territoire aux vérifications d'erreurs du SNISA ainsi qu'aux rapports électroniques de ce dernier.

Depuis 2010-2011, le SNISA n'accepte plus les variations entre les centres d'activité SIG propres à une province et à un territoire; il n'accepte que les abrégés soumis avec les codes de centres canadiens d'activité des Normes SIG pour le SNISA. (Voir le Manuel du SNISA, 2010-2011, Annexe D — Tableau de correspondance des comptes du centre d'activité des groupes de soins ambulatoires — Normes SIG.)

4.1.4 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 chirurgies d'un jour. 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, entre autres, les suivantes : diagnostic, intervention, technique anesthésique, issue de la visite, mode de visite, âge du client et sexe.

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 2010-2011 du SNISA, la méthodologie SGCA de 2010 a été utilisée.

4.1.5 Autres changements apportés au SNISA

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 jusqu'à 2010-2011 inclusivement sont indiqués à l'annexe B.

4.1.6 Références rétrospectives

Le Manuel du SNISA et le répertoire du SGCA (disponible en français en 2011) 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 de saisie des données du SNISA, 2001-2002 à 2010-2011
- Version 3 du répertoire du SGCA de 2003 et répertoires de 2006, 2007, 2008, 2009 et 2010
- 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.

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

La non-soumission constitue une source de sous-dénombrement. Aucun sous-dénombrement n'a été constaté au niveau des établissements dans le SNISA pour l'exercice 2010-2011. 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 chirurgies d'un jour et aux cliniques de dialyse rénale, d'oncologie et de cathétérisme cardiaque; Santé et Mieux-être Alberta exige que toute activité liée aux soins ambulatoires, y compris toutes les visites cliniques, soit soumise au SNISA.

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 2010-2011, les vrais enregistrements en double ont été repérés par la mise en correspondance des enregistrements pour tous les éléments de données sauf trois. Une méthode légèrement différente a été employée pour 2009-2010 (voir l'annexe C). Grâce au processus d'évaluation de la qualité de données en cours d'exercice, l'équipe du SNISA continue de collaborer avec les établissements pour repérer les doubles et ainsi permettre aux établissements 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, Chirurgie d'un jour, Cathétérisme cardiaque, Dialyse rénale, Clinique d'oncologie, Santé mentale, Imagerie diagnostique 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		2009-2010 N (%)	2010-2011 N (%)
Service d'urgence	Niveau 1	0 (0)	0 (0)
	Niveau 3	12 (3,99)	15 (0,01)
Chirurgie d'un jour		1 (0,33)	1 012 (0,81)
Clinique	Cathétérisme cardiaque	S.O.	1 (0)
	Dialyse rénale	S.O.	2 883 (2,31)
	Oncologie	273 (90,7)	114 (0,09)
	Santé mentale	S.O.	29 920 (23,99)
	Autre	S.O.	83 867 (67,25)
Imagerie diagnostique		S.O.	251 (0,20)
Autres soins ambulatoires		15 (4,98)	6 647 (5,33)
Total		301	124 710
Proportion du SNISA		~0,00 %	~0,74 %

Remarque

* Les variations d'un exercice à l'autre s'expliquent par le fait que l'Alberta a soumis des données au SNISA en 2010-2011. Les changements pourraient aussi être attribuables à des modifications apportées aux définitions des types de visite, car les centres canadiens d'activité des Normes SIG ont été utilisés en 2010-2011. La majorité (99,9 %) des doubles de 2010-2011 provient de l'Alberta.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010 et 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Bon nombre de systèmes de saisie offrent une fonction de clonage qui permet à un établissement de copier l'abrégé d'une visite précédente et de réutiliser les données applicables à une visite ultérieure. Il faut alors mettre à jour l'information propre à chaque visite, comme la date d'inscription, sinon de multiples enregistrements pourraient figurer en double.

Exemple

Un patient se présente à la clinique de chimiothérapie les 1^{er}, 2 et 3 novembre. La première visite est saisie et clonée pour les deux visites ultérieures. Les données qui correspondent aux visites des 2 et 3 novembre ne sont pas mises à jour dans les abrégés. Par conséquent, le SNISA comportera trois enregistrements liés à la clinique de chimiothérapie pour un même patient et la date de visite de chacun sera le 1^{er} novembre.

Abrégés annexes

Les enregistrements du SNISA ne doivent correspondre qu'à une seule visite en soins ambulatoires. Les établissements de l'Alberta peuvent soumettre de multiples enregistrements pour une seule visite si le patient reçoit des soins ou un traitement de la part de dispensateurs de services qui ne participent habituellement pas à la prestation de soins aux patients dans la zone de services. Ces enregistrements supplémentaires constituent des abrégés annexes. Cette pratique est principalement en usage dans les enregistrements cliniques de l'Alberta.

Exemple

Un patient se présente à la clinique de dialyse rénale, où un médecin l'évalue. Une nutritionniste clinique et un travailleur social, qui ne font pas partie de l'équipe de dialyse rénale, offrent eux aussi des soins au patient.

Le SNISA devrait comporter un seul enregistrement clinique. Les dispensateurs peuvent être le médecin, la nutritionniste clinique et le travailleur social.

En Alberta, ce scénario pourrait occasionner la soumission des trois enregistrements suivants :

- un enregistrement pour la clinique de dialyse rénale concernant le médecin;
- un deuxième enregistrement concernant la nutritionniste clinique;
- un troisième enregistrement concernant le travailleur social.

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, et il est appuyé par des séances de formation et 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 ci-dessus 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

Non-réponse de l'unité

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

- Trois établissements de l'Ontario et un de la Saskatchewan n'ont pas soumis de données pour toutes les périodes de soumission de 2010-2011 avant la clôture de la base de données le 31 juillet 2011. Ces facteurs ont contribué au taux de non-réponse de l'unité de 0,09 %. Le taux de non-réponse de l'unité attribuable aux enregistrements rejetés et en suspens pour les déclarations obligatoires au SNISA a été de moins de 0,13 %.

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 7 présente la proportion de données inconnues de plusieurs éléments de données obligatoires.

Tableau 7 : Proportion de données inconnues de certains éléments de données du SNISA

Numéro de l'élément	Élément de données	Définition	Valeur inconnue	Proportion dans le SNISA en 2009-2010, le cas échéant (%)	Proportion dans le SNISA en 2010-2011, le cas échéant (%)	Pourcentage de variation entre 2009-2010 et 2010-2011
02	Numéro d'assurance-maladie chiffré	Numéro d'assurance-maladie non disponible	Zéros uniquement	1,16	1,21	0,05
05	Code postal	Le patient réside au Canada et son code postal est inconnu ou non valide	Code alphabétique à deux caractères	0,63	0,02	-0,61
09	Date de naissance estimée	La date de naissance est inconnue ou partielle	Y	0,02	0,01	-0,01
25	Heure de triage	Inconnue	9999	1,31	1,50	0,19
26	Niveau du triage (ETG)	Inconnu	99	0,63	1,98	1,35
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	Inconnue	9999	12,35	15,14	2,79
45	Autres problèmes	Codes du lieu de l'événement inconnus	U98.9	60,37	60,9	0,53
100	Échelle de Glasgow	Non disponible	99	54,86	50,31	-4,55
101	Indicateur du port de la ceinture de sécurité	Inconnu	99	15,47	33,06	17,59
102	Indicateur du port du casque protecteur	Inconnu	99	61,64	71,25	9,61
114	Heure de la décision concernant la sortie	Inconnue	9999	2,23	2,26	0,03
117	Heure de la décision concernant la sortie du patient — Service d'urgence	Inconnue	9999	1,59	0,85	-0,74

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010 et 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Il est important de noter que la proportion des données inconnues varie considérablement selon l'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 autres problèmes, l'intervention principale ou les autres interventions, 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, 14 % des enregistrements imprévus relatifs aux services d'urgence ont une heure de triage identique à l'heure d'inscription, y compris ceux de 23 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 4 grands établissements (plus de 30 000 visites au service d'urgence) et 15 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 25 % des enregistrements de neuf établissements. 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 décision concernant la sortie du patient** : Ces éléments de données sur l'heure donnent une bonne idée de la durée des visites aux services d'urgence ou aux unités de chirurgie d'un jour. Sur l'ensemble des abrégés soumis au SNISA pour les services d'urgence ou les chirurgies d'un jour, 1 % indiquent que l'heure d'inscription est identique à l'heure de la décision concernant la sortie du patient, 17 établissements déclarant une heure d'inscription et de la décision concernant la sortie identique pour 100 % de leurs données. Ces résultats suggèrent que, dans certains cas, l'heure d'inscription et l'heure de la décision concernant 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).
- **Utilisation du code J09 pour la grippe H1N1** : Au lendemain de l'éclosion de la grippe H1N1 au début de 2009, l'ICIS, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Comité international de mise à jour et de révision de la CIM-10 ont décidé

d'utiliser le code J09 *Grippe due au virus de la grippe aviaire identifié* pour déclarer les cas de grippe H1N1 en attendant qu'un code unique soit défini, aucun cas de grippe aviaire n'ayant été décelé au Canada. Le code J09 a été intégré à la CIM-10-CA en 2006-2007 pour une utilisation les années suivantes. En 2009-2010 et 2010-2011, les cas de H1N1 ont été déclarés à l'aide du code J09, le nouveau code unique relatif au H1N1 n'étant pas encore en vigueur.

- **Le SNISA de 2010-2011 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 8).

Tableau 8 : Exemples de codes postaux invalides dans le SNISA, 2010-2011

Code postal	Nombre d'enregistrements
X0X0X0	545
A0A0A0	542
T1T1T1	350
P1P1P1	250
T2T2T2	239
X1X1X1	189
T5T5T5	155
M1M1M1	140

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

- **Décès multiples enregistrés pour un même NAM** : En 2010-2011, huit établissements différents ont déclaré le décès de 40 patients (80 enregistrements) plus d'une fois. Il s'agissait de cas où il y avait de multiples enregistrements pour le même NAM et que l'issue de la visite de la visite correspondait à 10 (Décès après l'admission) ou 11 (Décès à l'arrivée).
- **Numéro d'assurance-maladie chiffré et jumelage** : Lorsque le NAM correspond à 0 ou à 1, le NAM chiffré est 000000000000 par défaut. Ce type de codification ne permet pas de jumeler les données à l'aide de NAM chiffrés. En 2010-2011, le NAM correspondait à 000000000000 dans 205 478 (1,2 %) enregistrements.
- **Problèmes liés à l'indicateur de série, aux affections post-intervention et aux micro-organismes résistant aux médicaments** : L'indicateur de série est un nouvel élément de données qui a été intégré au SNISA en 2009-2010. Il est obligatoire dans les cas des affections post-intervention et des micro-organismes résistant aux médicaments. L'indicateur de série est utilisé lorsque plus d'un code de la CIM-10-CA est utilisé pour décrire une affection, une maladie ou un diagnostic.

On ne fait pas appliquer cette règle à l'aide de vérifications. Pour cette raison, les problèmes suivants liés à la qualité des données ont été découverts dans les données de 2010-2011 :

- abrégés où un code lié à une affection post-intervention (T80 à T88), à une cause externe (Y60 à Y84) ou à un micro-organisme résistant aux médicaments (U82 à U85) a été attribué sans indicateur de série;
- abrégés où un code lié à une affection post-intervention (T80 à T88) a été attribué sans code de cause externe correspondant (Y60 à Y84).
- En 2012-2013, de nouvelles modifications seront apportées afin de s'assurer de l'utilisation appropriée de la série relation entre les problèmes.
- **Interventions en double** : En 2010-2011, 0,3 % des enregistrements comportaient des interventions en double.
- **Durée du séjour inhabituel au service d'urgence** : La durée du séjour est un champ dérivé correspondant au temps entre l'inscription ou la date et l'heure du triage et la date et l'heure de la décision concernant la sortie du patient de l'urgence ou la date et l'heure de la décision concernant la sortie. Un temps d'attente à l'urgence supérieur à 72 heures est considéré comme excessif. En 2010-2011, on a dénombré 0,06 % enregistrements où la durée du séjour à l'urgence était de plus de 72 heures et 0,02 % d'enregistrements où la durée du séjour correspondait à 0.
- Les données d'Action Cancer Ontario représentent une grande proportion (48,5 %) 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 D du Manuel du SNISA, 2010-2011 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.
 - **Heure d'inscription** : La déclaration de cet élément de données est facultative dans le cas des visites dans une clinique, mais les abrégés d'Action Cancer Ontario incluent tout de même cette information. Le nombre disproportionné d'abrégés (14 %) 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 décision concernant la sortie du patient** : 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, 66 % des abrégés d'Action Cancer Ontario indiquent 18:00 comme heure de la décision concernant la sortie et 34 % des abrégés d'Action Cancer Ontario indiquent 23:30 comme heure de la décision concernant la sortie.
- Un biais dans les réponses des provinces a été observé dans le SNISA. En 2010-2011, 53 % des données provenaient de l'Ontario et 44 % de l'Alberta.

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 A ainsi que dans le Manuel du SNISA, 2010-2011.
- 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 B et dans le Manuel du SNISA, 2010-2011.

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 chirurgies d'un jour 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 chirurgie d'un jour de la BDCP aux numéros de soins ambulatoires du SNISA.

5.2.3 Comparabilité rétrospective

- **Volumes d'ECT** : Une hausse du volume d'électrochocs (ECT) 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.
- **Centres d'activité des Normes SIG** : Avant 2010-2011, les centres d'activité provinciaux des Normes SIG étaient utilisés dans le SNISA. Depuis la mise en œuvre des centres d'activité canadiens des Normes SIG, certains dossiers ont pu passer d'un type de visite à un autre, car les provinces et les territoires pourraient avoir défini les types de visite de façon différente en fonction de leurs centres d'activité provinciaux des Normes SIG.
- **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 entre 2007-2008 et 2009-2010. Le nombre de cas de pneumonies a augmenté de 28 % et celui des AVC, de 34 %. 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.

- **Changements apportés aux éléments de données** : Chaque année, des améliorations sont apportées au SNISA en ajoutant de nouveaux éléments de données pertinents, en supprimant ceux qui sont devenus inutiles ou qui sont mal définis et en ajoutant de nouvelles valeurs valides. Pour obtenir un sommaire des changements, veuillez consulter l'annexe B — Évolution des champs du SNISA, dans le présent document, ou encore le Manuel du SNISA, 2010-2011, aux pages vii à xi.

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 chirurgies d'un jour, l'imagerie diagnostique et les cliniques (par exemple, dialyse rénale, cathétérisme cardiaque, oncologie et santé mentale), peut être désigné par plusieurs centres d'activité (voir l'annexe D du Manuel du SNISA, 2010-2011).
- Les visites en chirurgie d'un jour 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.

Annexe A — Éléments de données du SNISA, 2010-2011 — Statut obligatoire ou facultatif

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, 2010-2011.

Légende	
O	Obligatoire
O*	Obligatoire, le cas échéant
F	Facultatif
s.o.	Sans objet
N1	Niveau 1
N2	Niveau 2
N3	Niveau 3

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	État — Obligatoire ou facultatif Norme du SNISA			
		SU		Chirurgie d'un jour	Autres soins ambulatoires
		N1/N2	N3		
00A	Province/territoire de l'établissement déclarant	O	O	O	O
00B	Numéro des soins ambulatoires de l'établissement déclarant	O	O	O	O
00C	Exercice de la soumission	O	O	O	O
00D	Période de soumission	O	O	O	O
00E	Numéro d'identification de l'abrégié	O	O	O	O
00F	Numéro du codificateur	O	O	O	O
01	Numéro de dossier	O	O	O	O
02	Numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O
03	Province/territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	O	O	O	O
04	Responsable du paiement	O	O	O	O
05	Code postal	O	O	O	O
06	Code de résidence (code géographique)	F (O en N.-É. et en Ont.)	F (O en N.-É. et en Ont.)	F (O en N.-É. et en Ont.)	F (O en N.-É. et en Ont.)
07	Sexe	O	O	O	O
08	Date de naissance	O	O	O	O
09	Date de naissance estimée	O	O	O	O

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	État — Obligatoire ou facultatif Norme du SNISA			
		SU		Chirurgie d'un jour	Autres soins ambulatoires
		N1/N2	N3		
11	Numéro d'inscription aux soins ambulatoires	F	F	F	F
12	Numéro séquentiel de la consultation ou de l'inscription aux soins ambulatoires	O*	O*	O*	O*
13	Code du compte du centre d'activité des visites des Normes SIG	O	O	O	O
14	Admission par ambulance	O	O	O	O
15	Numéro de sortie de l'ambulance	S.O.	F	F	F
16	Milieu de vie	S.O.	F	F	F
17	Type de résidence	S.O.	F	F	F
18	Type de visite	F	F (O* à l'Î.-P.-É., en N.-É., en Ont., au Man. et en C.-B.)	S.O.	S.O.
19	Statut de la visite aux soins ambulatoires	S.O.	F	F	F
20	Mode de visite ou de communication	F	O	O	O
21	Niveau de scolarité le plus élevé	S.O.	F	F	F
22	Date d'arrivée	F	F	S.O.	S.O.
23	Heure d'arrivée	F	F	S.O.	S.O.
24	Date de triage	O	O	S.O.	S.O.
25	Heure de triage	O	O	S.O.	S.O.
26	Niveau de triage (ETG)	O	O	S.O.	S.O.
27	Date d'inscription ou de visite	O	O	O	O
28	Heure d'inscription ou de visite	O	O	O	O
29	Date de l'évaluation initiale du médecin	O	O	S.O.	S.O.
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	O	O	S.O.	S.O.
31	Source de l'orientation du patient avant la visite aux soins ambulatoires	F	O	F	F
32	Établissement de provenance	S.O.	O*	O*	O*
35	Issue de la visite	O	O	O	O
38	Référé à — À la fin de la visite aux soins ambulatoires	S.O.	F	F	F
39	Établissement de destination	S.O.	O*	O*	O*

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	État — Obligatoire ou facultatif Norme du SNISA			
		SU		Chirurgie d'un jour	Autres soins ambulatoires
		N1/N2	N3		
40	Type de dispensateur	S.O.	O	O	O (O en Alb.)
41	Service du dispensateur	S.O.	O	O	O (O en Alb.)
42	Numéro du dispensateur	S.O.	O	O	O* (O en Alb.)
43/43a-i	Préfixe du problème (principal et autre)	F	F	F (O* en Ont.)	F
44	Problème principal	F	O	O	O
45 (a-i)	Autres problèmes	S.O.	O*	O*	O*
46	Intervention principale	S.O.	O*	O*	O*
47 (a-i)	Autres interventions	S.O.	O*	O*	O*
48, 48 (a-i)	Attribut de situation (intervention principale et autres interventions)	S.O.	O*	O*	O*
49, 49 (a-i)	Attribut de lieu (intervention principale et autres interventions)	S.O.	O*	O*	O*
50, 50 (a-i)	Attribut d'étendue (intervention principale et autres interventions)	S.O.	O*	O*	O*
51 (a-i)	Durée de l'intervention aux soins ambulatoires pour l'intervention principale et les autres interventions	S.O.	F	F (O* en Ont.)	F
52 (a-i)	Code du lieu d'intervention pour l'intervention principale et les autres interventions	S.O.	F	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)
53	Technique anesthésique	S.O.	O*	O*	O*
55	Indicateur hors hôpital	S.O.	O*	O*	O*
56	Numéro d'établissement hors hôpital	S.O.	O*	O*	O*
57	Indicateur de transfusion sanguine	S.O.	O* (F en Alb. et en C.-B.)	O* (F en Alb. et en C.-B.)	O* (F en Alb. et en C.-B.)
58-63	Composants et produits sanguins	S.O.	O* (F en Alb. et en C.-B.)	O* (F en Alb. et en C.-B.)	O* (F en Alb. et en C.-B.)
64-68	Unités de sang transfusées	S.O.	F	F	F
69-74	Données sur les avortements thérapeutiques	S.O.	O* (F à l'Î.-P.-É., en Alb. et en C.-B.)	O* (F à l'Î.-P.-É., en Alb. et en C.-B.)	O* (F à l'Î.-P.-É., en Alb. et en C.-B.)
75 (a-j)	Code de centre d'activité des Normes SIG	S.O.	F	F	F
79	Numéro de projet	F	F	F	F
80-96	Champs relatifs aux projets spéciaux	F	F	F	F

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	État — Obligatoire ou facultatif Norme du SNISA			
		SU		Chirurgie d'un jour	Autres soins ambulatoires
		N1/N2	N3		
98	Secteur de programmes	S.O.	O*	O*	O*
99	Indicateur de visite planifiée au service d'urgence	F (O en Ont.)	O (F en Alb.)	S.O.	S.O.
100	Échelle de Glasgow	S.O.	O*	S.O.	S.O.
101	Indicateur du port de la ceinture de sécurité	S.O.	O*	S.O.	S.O.
102	Indicateur du port du casque protecteur	S.O.	O*	S.O.	S.O.
103	Niveau de soins/ bénéficiaire de services	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
104	Date de l'orientation	S.O.	F	F	F
105	GAP du fournisseur	S.O.	F	F	F
106	SGCA du fournisseur	S.O.	F	F	F
107	PCR du fournisseur	S.O.	F	F	F
108	Dossier complet	S.O.	F	F	F
109	Date de l'intervention principale	S.O.	F	F (O* en Ont.)	F
110	Heure du début de l'intervention principale	S.O.	F	F (O* en Ont.)	F
111	Date de l'autre intervention (de a à i)	S.O.	F	F (O* en Ont.)	F
112	Heure du début de l'autre intervention (de a à i)	S.O.	F	F (O* en Ont.)	F
113	Raison de la visite/motif de consultation	S.O.	F (O en Ont.)	S.O.	S.O.
114	Date de la décision concernant la sortie	O	O	O	F
115	Heure de la décision concernant la sortie	O	O	O	F
116	Date de sortie du patient, service d'urgence	O*	O*	S.O.	S.O.
117	Heure de sortie du patient, service d'urgence	O*	O*	S.O.	S.O.
118	Date d'arrivée de l'ambulance	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	F	F
119	Heure d'arrivée de l'ambulance	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	F	F
120	Date du transfert de l'ambulance à l'hôpital	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	F	F
121	Heure du transfert de l'ambulance à l'hôpital	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	F	F

Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	État — Obligatoire ou facultatif Norme du SNISA			
		SU		Chirurgie d'un jour	Autres soins ambulatoires
		N1/N2	N3		
122	Indicateur de l'unité d'observation	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	S.O.	S.O.
123	Date d'arrivée à l'unité d'observation	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	S.O.	S.O.
124	Heure d'arrivée à l'unité d'observation	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	S.O.	S.O.
125	Date de sortie de l'unité d'observation	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	S.O.	S.O.
126	Heure de sortie de l'unité d'observation	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	S.O.	S.O.
127/;127 (a-i)	Série du problème (principal et autre)	S.O.	O*	O*	O*
128	Code de niveau de soumission	O	O	O	O
129	Code d'accès aux soins de santé primaires	F	O	F	F
130	Date de la demande de consultation du spécialiste	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	F	F
131	Heure de la demande de consultation du spécialiste	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	F	F
132	Service — Demande de consultation du spécialiste	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	F	F
133	Date de l'évaluation initiale par un dispensateur autre que le médecin	F (O* en Ont.)	F (O* en Ont.)	S.O.	S.O.
134	Heure de l'évaluation initiale par un dispensateur autre que le médecin	F (O* en Ont.)	F (O* in ON)	S.O.	S.O.
135	Service — Évaluation initiale par un dispensateur autre que le médecin	F (O* en Ont.)	F (O* in ON)	S.O.	S.O.
136 (a-c)	Liste des raisons de consultation	O (M* for Level 2)	O	S.O.	S.O.
137 (a-c)	Diagnostic de sortie du service d'urgence	O (M* for Level 2)	S.O.	S.O.	S.O.

Annexe B — 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 2010-2011*. Veuillez le consulter pour de plus amples détails.

Légende	
*	Aucun changement à l'élément de données actuel
M	Modification dans la définition de l'élément de données (y compris la légende, le changement de code ou la collecte de nouvelles données)
F	Changement dans le format de l'élément de données
S	Élément de données supprimé
N	Nouvel 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	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
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.
OOE	Numéro d'identification de l'abrégié	*	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
OOF	Numéro du codificateur	M	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
OOG	Numéro d'identification de l'abrégié principal	*	R	R	R	R	N	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	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
1	Numéro de dossier	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
2	Numéro d'assurance-maladie	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
3	Province/territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	M	*	*	*	*	*	*	M	F	*	3
4	Responsable du paiement	M	*	*	*	*	*	*	*	M	*	35
5	Code postal	M	*	*	*	*	*	*	M	F	*	4
6	Code de résidence	M	M	*	*	*	*	*	*	F	*	34
7	Sexe	M	*	*	*	*	*	*	*	F	*	5
8	Date de naissance	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
9	Date de naissance estimée	M	*	*	*	*	*	*	*	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	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
14	Admission par ambulance	M	*	*	*	M	*	*	M	*	*	48
15	Numéro de sortie de l'ambulance	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	49
—	Situation de famille (2001)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	*	46
16	Milieu de vie	*	*	*	*	*	*	*	*	M	*	28
17	Type de résidence	*	*	*	*	*	*	*	*	M	*	29

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA									CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
18	Type de visite	M	M	M	*	*	*	*	*	N	O	—
19	Statut de la visite aux soins ambulatoires	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	24
20	Mode de visite ou de communication	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	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	*	*	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	M	*	*	*	*	*	*	N	O	—
30	Heure de l'évaluation initiale du médecin	M	M	*	*	*	*	*	M	N	O	—
31	Source de l'orientation du patient avant la visite aux soins ambulatoires	M	M	M	*	*	*	M	*	M	*	26
32	Établissement de provenance	M	M	M	*	*	*	*	*	N	O	—
33	Date de la décision d'admission	R	R	R	R	*	*	*	*	N	O	—
34	Heure de la décision d'admission	R	R	R	R	*	*	*	M	*	*	47
35	Issue de la visite	M	M	*	*	*	M	*	M	M	*	14
36	Date de la fin de la visite	R	R	R	R	*	*	*	*	*	*	21

Document sur la qualité des données à l'intention des utilisateurs externes :
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA									CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
37	Heure de la fin de la visite	R	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	M	*	*	*	*	*	N	O	—
40	Type de dispensateur	M	M	*	M	*	*	*	*	M	*	12
41	Service du dispensateur	M	M	M	M	M	M	*	M	M	*	11
42	Numéro du dispensateur	M	M	*	*	*	*	*	*	F	*	13
43, 43 (a-i)	Préfixe du problème (principal et autres)	M	M	M	*	M	*	*	M	N	O	—
44	Problème principal	M	*	*	*	*	*	*	*	F	*	15
45 (a-i)	Autres problèmes	M	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)	M	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
49, 49 (a-i)	Attribut de lieu (principal et autres)	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	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
50, 50 (a-i)	Attribut d'étendue (principal et autres)	M	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
51 (a-i)	Durée de l'intervention aux soins ambulatoires pour l'intervention principale et les autres interventions	M	*	*	*	*	*	*	*	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	R	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
55	Indicateur, hors hôpital	M	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
56	Numéro d'établissement hors hôpital	*	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
57	Indicateur de transfusion sanguine	M	*	*	*	*	*	*	*	*	*	31
58	Composants et produits sanguins, globules rouges	M	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
59	Composants et produits sanguins, plaquettes	M	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
60	Composants et produits sanguins, plasma	M	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
61	Composants et produits sanguins, albumine	M	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA									CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
62	Composants et produits sanguins, autre composant	M	M	*	*	*	*	*	*	M	*	32
63	Composants et produits sanguins, autotransfusion	M	M	*	*	*	*	M	*	N	O	—
64	Unités de sang transfusées, globules rouges	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	50
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	*	*	*	*	*	*	M/F	*	41
70	Nombre d'accouchements prématurés antérieurs	M	M	*	*	*	*	*	*	N	O	—
71	Nombre d'avortements spontanés antérieurs	M	M	*	*	*	*	*	*	M/F	*	42
72	Nombre d'avortements thérapeutiques antérieurs	M	M	*	*	*	*	*	*	M/F	*	43
73	Âge gestationnel — Avortement thérapeutique	M	M	*	*	*	*	*	*	M	*	44

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA									CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
74	Date des dernières menstruations	M	M	*	*	*	*	*	*	*	*	45
75 (a-j)	Code de compte du centre d'activité des Normes SIG	M	*	*	*	*	*	F	*	*	*	37
76	Coûts totaux directs liés au bénéficiaire de services	R	R	R	R	R	R	R	*	*	*	38
77	Coûts totaux indirects liés au bénéficiaire de services	R	R	R	R	R	R	R	*	*	*	39
78	Fournitures imputables	R	R	R	R	R	R	R	*	*	*	40
79	Numéro de projet	M	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
80-96	Champs relatifs aux projets spéciaux	M	*	*	*	*	*	*	*	N	O	—
97	Indicateur de l'ETGP	R	*	*	*	*	*	*	N	O	O	—
98	Secteur de programmes	M	*	*	*	*	*	*	N	O	O	—
99	Indicateur de visite planifiée au service d'urgence	M	*	M	*	*	*	*	N	O	O	—
100	Échelle de Glasgow	M	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	—

Document sur la qualité des données à l'intention des utilisateurs externes :
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011

Actuellement dans le SNISA		CIM-10-CA										CIM-9 dans le SNISA	
Numéro de l'élément de données	Description de l'élément de données	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA	
		105	GAP du fournisseur	*	*	*	*	*	*	N	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	M	*	*	*	*	*	N	O	O	O	—	
110	Heure du début de l'intervention principale	M	*	*	*	*	*	N	O	O	O	—	
111 (a-i)	Date de l'autre intervention	M	*	*	*	*	*	N	O	O	O	—	
112 (a-i)	Heure du début de l'autre intervention	M	*	*	*	*	*	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 décision concernant la sortie du patient	*	*	*	N	O	O	O	O	O	O	—	
115	Heure de la décision concernant la sortie du patient	*	*	*	N	O	O	O	O	O	O	—	
116	Date de sortie du patient, service d'urgence	M	*	*	N	O	O	O	O	O	O	—	
117	Heure de sortie du patient, service d'urgence	M	*	*	N	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	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
118	Date d'arrivée de l'ambulance	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
119	Heure d'arrivée de l'ambulance	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
120	Date du transfert de l'ambulance à l'hôpital	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
121	Heure du transfert de l'ambulance à l'hôpital	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
122	Indicateur de l'unité d'observation	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
123	Date d'arrivée à l'unité d'observation	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
124	Heure d'arrivée à l'unité d'observation	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
125	Date de sortie de l'unité d'observation	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
126	Heure de sortie de l'unité d'observation	M	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
127, 127 (a-i)	Série du problème (problème principal et autre problème)	*	N	O	O	O	O	O	O	O	O	—
128	Code de niveau de soumission	M	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	—
130	Date de la demande de consultation du spécialiste	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	—
131	Heure de la demande de consultation du spécialiste	N	O	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	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003*	2001-2002	CIM-9 dans le SNISA
132	Service — Demande de consultation du spécialiste	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	—
133	Date de l'évaluation initiale par un dispensateur autre que le médecin	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	—
134	Heure de l'évaluation initiale par un dispensateur autre que le médecin	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	—
135	Service — Évaluation initiale par un dispensateur autre que le médecin	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	—
136 (a-c)	Liste des raisons de consultation	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	—
137 (a-c)	Diagnostic de sortie du service d'urgence	N	O	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 C — Recherche des doubles dans le SNISA

- Pour 2010-2011, les vrais enregistrements en double ont été repérés pour 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, 2008-2009 et 2009-2010, les vrais enregistrements en double ont été repérés au moyen de tous les éléments de données provenant du tableau des principaux soins ambulatoires, sauf les trois éléments suivants :
Principaux soins ambulatoires
Numéro de l'abrégé
Date de l'enregistrement

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>.
- 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>.
- 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>.
- 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>.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Improving Timeliness of Discharge Abstract Database Data*, Ottawa (Ont.), ICIS, 1999. Téléchargeable au <www.icis.ca>.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Standards for Management Information Systems in Canadian Health Service Organizations [Normes SIG, 2006]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005. Disponible sur commande au <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>.

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^e édition*]. Ottawa (Ont.), ICIS, 2007. Téléchargeable au <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>.

Institut canadien d'information sur la santé. *The CIHI Data Quality Framework* [*Le cadre de la qualité des données de l'ICIS*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2005. Téléchargeable au <www.icis.ca>.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Ministry of Health and Long-Term Care Master Numbering System*, Ottawa (Ont.), MSSLD, 2003. Internet : <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*, dernière modification le 31 mars 2008. Internet : <http://www.mohltcfim.com/cms/client_webmaster/pages.jsp?page_id=ac0a80704000000f74ee2fd568018>.

Information

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

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.

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

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

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

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

© 2011 Institut canadien d'information sur la santé

Parlez-nous

ICIS Ottawa

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

ICIS Toronto

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

ICIS Victoria

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

ICIS Montréal

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

ICIS St. John's

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

