



Répertoire des indicateurs

Notes méthodologiques générales des indicateurs cliniques

Novembre 2023



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

Table des matières

1	Objectif des notes méthodologiques générales	4
2	Sources de données	4
3	Définition des régions sanitaires	5
4	Estimations démographiques	5
5	Données et taux sur l'hospitalisation	6
6	Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour	8
7	Méthodologies de regroupement	11
8	Couplage des enregistrements : couplage des cas entre les hôpitaux et formation des épisodes de soins	11
	Couplage des enregistrements.	11
	Épisodes de soins	12
9	Méthodologie des groupes semblables	13
10	Calcul des taux du Canada et des groupes d'hôpitaux semblables	14
11	Ajustement selon les risques	15
12	Définition de quintile de revenu du quartier	17
	Classement des patients selon le quintile de revenu du quartier	17
	Établissement des quintiles de revenu pour les aires de diffusion	18
	Limites	18
13	Définition d'une région urbaine et d'une région rurale ou éloignée	19
	Classement des patients selon l'emplacement géographique	19
14	Mesures de disparité en matière de santé	20
15	Liste des groupes de patients en chirurgie majeure selon les codes de la GMA+	21
16	Diagramme — réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, pédiatriques, chirurgicaux et médicaux	22

1

3 Définition des régions sanitaires

- Pour les indicateurs axés sur le lieu de résidence, on détermine la région sanitaire du patient en associant son code postal, au moment de l'hospitalisation, d'abord aux régions

- La population de 2011 ci-dessous a été utilisée pour la normalisation selon l'âge des indicateurs dont le seuil d'âge est de 18 ans.

Âge (en années)	Groupe d'âge	Population type, Canada, 1 ^{er} juillet 2011
0 à 4 ans	1	1 899 064
5 à 9 ans	2	1 810 433
10 à 14 ans	3	1 918 164
15 à 17 ans	4	1 313 471
18 à 24 ans	5	3 279 835
25 à 29 ans	6	2 369 841
30 à 34 ans	7	2 327 955
35 à 39 ans	8	2 273 087
40 à 44 ans	9	2 385 918
45 à 49 ans	10	2 719 909
50 à 54 ans	11	2 691 260
55 à 59 ans	12	2 353 090
60 à 64 ans	13	2 050 443
65 à 69 ans	14	1 532 940
70 à 74 ans	15	1 153 822
75 à 79 ans	16	919 338
80 à 84 ans	17	701 140
85 à 89 ans	18	426 739
90 ans et plus	19	216 331

Source

Statistique Canada, Division de la démographie.

- Les codes associés au diabète sans complication (E10.9, E11.9, E13.9, E14.9) ont été réattribués aux codes liés au diabète avec complications conformément aux normes canadiennes de codification des enregistrements applicables aux données du Québec (BDMH), et ce, pour une meilleure comparabilité interprovinciale. Des précisions sont disponibles sur demande.
- Là où l'information est disponible, les interventions hors hôpital et les interventions abandonnées sont exclues des calculs.

6 Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour

Les enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour peuvent être détectés à l'aide des critères mentionnés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 1A Enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour, données de la BDCP

Critères	Spécifications	Codes
Inclusion	Tous les enregistrements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour	Code du type d'établissement* = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)
Exclusion	Mortinaissances et donneurs décédés Enregistrements en double possibles (avant 2013-2014)	Code de catégorie d'admission = S ou R Les enregistrements en double soumis avant 2013-2014 sont exclus lorsque les éléments de données suivants sont identiques : province de l'établissement,

Tableau 1C Enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour, données de la BDMH

Critères	Spécifications	Codes
Inclusion	Tous les enregistrements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour du Québec seulement	Code du type d'établissement* = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)
Exclusion	Mortinaissances et donneurs décédés	Code de catégorie d'admission = S ou R
	Enregistrements en double possibles (avant 2013-2014)	Les enregistrements en double soumis avant 2013-2014 sont exclus lorsque les éléments de données suivants sont identiques : province de l'établissement, numéro de l'établissement, numéro d'assurance maladie, sexe, date d'admission, heure d'admission, poids, date de sortie, heure de sortie et diagnostic principal. Depuis 2013-2014, les enregistrements en double ne sont plus exclus.

Remarques

* Le code du type d'établissement est une variable de l'ICIS qui indique le type de soins offerts par un établissement (p. ex. soins de courte durée, chirurgies d'un jour ou soins subaigus).
Le Québec ne soumet pas de données sur la date de naissance, le code postal du patient ou l'intervention principale.

Tableau 1D

7 Méthodologies de regroupement



Épisodes de soins

L'unité d'analyse pour la plupart des indicateurs est « l'épisode de soins ». Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites successives en chirurgie d'un jour. Cette définition permet d'éviter l'analyse des transferts comme 2 hospitalisations distinctes. Selon cette méthode d'analyse, on suppose qu'un transfert a eu lieu si l'une des conditions suivantes a été respectée :

- Une admission dans un établissement de soins de courte durée ou dans une unité de chirurgie d'un jour a lieu dans les 7 heures suivant la sortie d'un autre établissement de soins de courte durée ou d'une autre unité de chirurgie d'un jour, que le transfert ait été codifié ou non.
- Une admission dans un établissement de soins de courte durée ou dans une unité de chirurgie d'un jour a lieu 7 à 12 heures suivant la sortie d'un autre établissement de soins de courte durée ou d'une autre unité de chirurgie d'un jour, et le transfert est codifié pour au moins une des hospitalisations ou des visites.

10 Calcul des taux du Canada et des groupes d'hôpitaux semblables

Pour faciliter la publication opportune des résultats des indicateurs, on applique la méthodologie de la moyenne mixte au calcul du taux global du Canada et des taux des groupes d'hôpitaux semblables pour les indicateurs qui comprennent les données de MED-ÉCHO du Québec. Conformément à cette méthodologie, les enregistrements de l'année en cours de l'ensemble des provinces et territoires (sauf le Québec) et les enregistrements de l'année précédente du Québec sont « amalgamés » pour le calcul des taux du Canada et des groupes d'hôpitaux semblables.

Les taux mixtes du Canada et des groupes d'hôpitaux semblables sont ensuite utilisés à des fins de tests statistiques, de comparaisons et de production de rapports. De plus, rappelons que la moyenne canadienne mixte sert à calculer les taux ajustés selon les risques (voir la [section 11](#)).

Cette méthodologie a été conçue parce que l'ICIS reçoit les données de MED-ÉCHO pour le Québec après la clôture de la BDCP. Grâce à cette méthodologie, l'ICIS peut calculer et diffuser en temps opportun les résultats des organismes qui soumettent des données à la BDCP, puisque les résultats de ces organismes, en ce qui concerne les indicateurs et les tests statistiques servant à déterminer si les taux sont supérieurs ou inférieurs à la moyenne, ne changeront pas par suite de l'inclusion tardive des données du Québec.

La méthodologie de la moyenne mixte ne s'applique toutefois pas aux indicateurs sur la santé mentale et l'utilisation de substances suivants, parce que le calcul du taux du Canada est fondé sur la même année de données pour l'ensemble des provinces et territoires.

- Réadmission dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances
- Hospitalisations répétées en raison de problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances

11 Ajustement selon les risques

Lorsqu'on compare les résultats de divers organismes, il est important de prendre en considération les différences dans les caractéristiques des patients, qui peuvent varier entre les provinces et territoires ainsi qu'entre les établissements; sans ajustement, les différences entre les groupes de patients peuvent fausser la comparaison des données. L'ajustement en fonction des risques est une méthode utilisée pour neutraliser les caractéristiques des patients et d'autres facteurs de risque pouvant influencer



Le document [Spécifications du modèle](#) fournit des renseignements sur les particularités des modèles (coefficients et valeurs prédictives) et les codes de la CIM-10-CA utilisés pour signaler les facteurs de risque. De plus, veuillez consulter la section [Ressources supplémentaires](#) du [Répertoire des indicateurs](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les types de diagnostics utilisés pour définir les facteurs de risque.

12 Définition de quintile de revenu du quartier

L'ICIS utilise les quintiles de revenu du quartier pour mesurer les inégalités liées au revenu dans la population et produire des rapports connexes.

Classement des patients selon le quintile de revenu du quartier

- Chaque patient a été classé dans un quintile de revenu du quartier à partir du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada¹. Ce système automatisé met en lien les codes postaux à 6 caractères et les régions géographiques normalisées du recensement canadien (comme les AD, les secteurs de recensement et les subdivisions de recensement). En établissant le lien entre les codes postaux et l'unité géographique de recensement, le fichier facilite

Établissement des quintiles de revenu pour les aires de diffusion

- Les quintiles de revenu de quartier du FCCP+ ont été constitués selon les méthodes conçues par Statistique Canada³, lesquelles sont brièvement décrites ci-dessous.
- Les quintiles de revenu du quartier reposent sur l'équivalent du revenu moyen d'une seule personne dans une AD obtenu à partir du recensement. Cette mesure utilise la pondération d'une personne implicite dans le seuil de faible revenu de Statistique Canada pour dériver les multiplicateurs de l'équivalent d'une personne seule pour la taille de chaque ménage¹. Par exemple, le multiplicateur 1,0 a été attribué à un ménage composé d'une seule personne, tandis que le multiplicateur 1,24 a été attribué à un ménage de 2 personnes et le multiplicateur 1,53, à un ménage de 3 personnes. L'équivalent du revenu moyen d'une personne seule pour chaque AD a été obtenu au moyen de la division du revenu total de l'AD par le nombre total d'équivalents d'une personne seule. Le quintile de revenu des AD où la population à domicile est inférieure à 250 a été calculé en fonction des AD avoisinantes (dans la mesure du possible), car les données du recensement sur le revenu de ces AD ont été supprimées.
- Par la suite, les quintiles de population par revenu de quartier ont été constitués séparément pour chaque région métropolitaine de recensement (RMR), agglomération de recensement (AR) ou région résiduelle de chaque province. Les AD de chacune de ces régions ont été classées du revenu moyen le plus faible par équivalent d'une personne seule au revenu le plus élevé et réparties en 5 groupes, chacun contenant environ un cinquième du total de la population hors établissement de chaque région.
- Les données sur les quintiles ont ensuite été regroupées à l'échelle des régions. Des quintiles ont été constitués pour chaque région avant leur regroupement à l'échelle nationale ou provinciale afin que soit réduite au minimum l'incidence potentielle des différences dans le revenu, le logement et les autres coûts de la vie d'une région à l'autre au pays.
- Le premier quintile correspond au revenu de quartier le plus bas et le cinquième, au revenu le plus élevé.

Limites

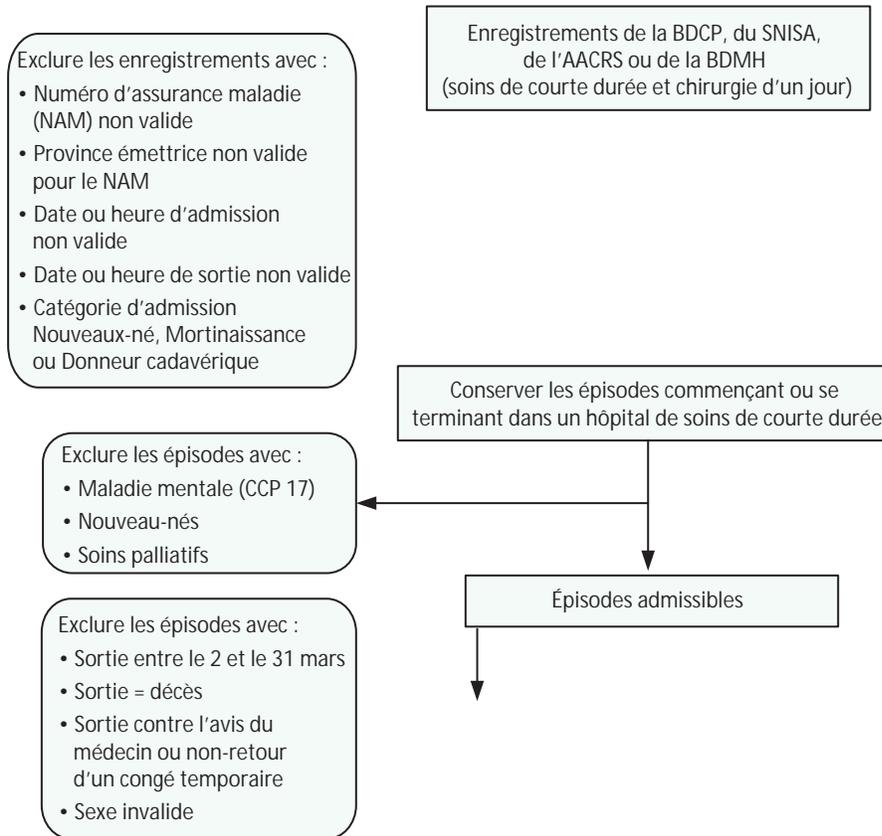
-

La RPT selon le quintile de revenu du quartier se calcule comme suit :

$$\frac{\sum_i t_{i} P_i}{\sum_i P_i}$$

Où t_i et P_i

16 Diagramme — réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, pédiatriques, chirurgicaux et médicaux



En raison de différences dans la collecte des données, il est impossible de distinguer les comorbidités (type de diagnostic (1) de la BDCP) des diagnostics secondaires (type de diagnostic (3) de la BDCP) au Québec. Par conséquent, une probabilité plus élevée est attribuée dans le modèle de régression logistique pour les patients du Québec inscrits dans la BDMH et les résultats des hôpitaux québécois ne sont pas comparables à ceux du reste du Canada. La répartition de l'indice de Charlson a été modifiée pour les patients du Québec afin que ceux ayant des indices plus élevés soient inclus dans les groupes liés à un indice plus bas.

La répartition est la suivante



Annexe : Texte de remplacement pour les figures

Texte de remplacement pour les équations de la section 14 — calcul de la réduction potentielle du taux (RPT)

La RPT selon le quintile de revenu du quartier est égale à l'équation 1 divisée par l'équation 2, puis multipliée par 100 %. L'équation 1 est la somme des résultats pour les catégories *i* de 1 à 5, calculée comme suit : la proportion de la population pour la catégorie *i*, multipliée par le (taux de la catégorie *i* divisé par le taux de la catégorie 5) moins 1. L'équation 2 est 1 + l'équation 1.

La RPT selon l'emplacement géographique est égale à l'équation 1 divisée par l'équation 2, puis multipliée par 100 %. L'équation 1 est la proportion de la population habitant dans la région rurale ou éloignée, multipliée par le (taux de la région rurale ou éloignée divisé par le taux de la région urbaine) moins 1. L'équation 2 est 1 + l'équation 1.

Texte de remplacement pour l'image de la section 16 : Diagramme — réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, pédiatriques, chirurgicaux et médicaux

Les indicateurs de réadmission permettent d'établir le taux de réadmissions urgentes, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant la sortie après des épisodes de soins pour les groupes de patients suivants :

1. soins obstétricaux
2. soins pédiatriques
3. soins chirurgicaux
4. soins médicaux

Les épisodes de soins du dénominateur sont attribués, dans l'ordre hiérarchique indiqué, à l'un de ces groupes de patients mutuellement exclusifs (voir aussi la partie B ci-dessous).

Les étapes suivantes résument la façon d'attribuer des épisodes de soins du dénominateur à un groupe de patients, et de déterminer si une réadmission a eu lieu.

Partie A : Déterminer les épisodes admissibles

- Étape 1 : Commencer avec tous les enregistrements de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour de la BDCP, du SNISA et de la BDMH (comme il est mentionné à la section 7 du présent document).
- Étape 2 : Exclure les enregistrements comportant
 - un numéro d'assurance maladie non valide;
 - une province émettrice non valide pour le numéro d'assurance maladie;
 - une date ou heure d'admission non valide;
 - une date ou heure de sortie non valide;
 - la catégorie d'admission Nouveau-né, Mortinaissance ou Donneur décédé.
- Étape 3 : Utiliser les enregistrements non exclus à l'étape 2 pour déterminer les épisodes de soins (comme il est mentionné à la section 9 du présent document).
- Étape 4 : Conserver les épisodes qui commencent ou se terminent dans un hôpital de soins de courte durée.
- Étape 5 : Parmi les épisodes obtenus à l'étape 4, **exclure** ceux pour lesquels
 - un enregistrement comprend un code de maladie mentale (CCP 17);
 - un enregistrement comprend un code de nouveau-né;
 - un enregistrement comprend un code de soins palliatifs;
 - la date de sortie se situe entre le 2 et le 31 mars;
 - le code d'état à la sortie est Décès ou Sortie contre l'avis du médecin, ou le sexe est invalide.
- Les épisodes non exclus à l'étape 5 sont les épisodes admissibles (c.-à-d. les épisodes du dénominateur).

Partie B : Déterminer le groupe de patients

- Étape 1 : Attribuer tout épisode admissible de la partie A au groupe *Soins obstétricaux* si un code de la CCP 13 est consigné dans un enregistrement de l'épisode.
- Étape 2 : Parmi les épisodes admissibles non attribués à l'étape 1, attribuer au groupe *Patients âgés de 17 ans ou moins* tous les épisodes pour lesquels l'âge inscrit sur le dernier enregistrement de l'épisode est 17 ans ou moins.
- Étape 3 : Parmi les épisodes admissibles non attribués aux étapes 1 et 2, attribuer au groupe *Soins chirurgicaux* les épisodes pour lesquels un code de partition des CCP correspondant à intervention est consigné dans un enregistrement.
- Étape 4 : Attribuer les épisodes restants au groupe *Soins médicaux*.

Partie C : Déterminer les épisodes du dénominateur qui ont une réadmission (numérateur)

- **Étape 1** : Pour chaque épisode du dénominateur, relever l'épisode subséquent du patient en soins de courte durée pour lequel la date d'admission (premier enregistrement de l'épisode) se situe dans les 30 jours suivant la date de sortie pour l'épisode du dénominateur (le cas échéant).
- **Étape 2** : Lorsqu'un épisode subséquent est relevé à l'étape 1, signaler l'admission de cet épisode comme une réadmission (numérateur) si les conditions suivantes s'appliquent :
 - l'admission consignée dans le premier enregistrement de l'épisode est urgente ou très urgente;
 - l'épisode ne comprend aucun code lié à
 - un accouchement;
 - une chimiothérapie pour une tumeur.
