# RNMH : Une nouvelle méthode de mesure des tendances relatives à la mortalité hospitalière au Canada

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

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

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

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

ISBN 978-1-55465-186-3 (PDF)

© 2007 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé, *RNMH : Une nouvelle méthode de mesure des tendances relatives à la mortalité hospitalière au Canada*, Ottawa, ICIS, 2007.

This publication is also available in English under the title *HSMR: A New Approach for Measuring Hospital Mortality Trends in Canada.*
ISBN 978-1-55465-184-9 (PDF)

# Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé . . . . . iii

Remerciements . . . . . v

Aperçu . . . . . vii

Pour de plus amples renseignements . . . . . ix

Introduction . . . . . 1

Mesurer la mortalité . . . . . 5

Qui est susceptible — et qui ne l'est pas — de mourir à l'hôpital? . . . . . 13

De la mesure à l'action . . . . . 19

Prochaines étapes . . . . . 23

Références . . . . . 25

Annexe I : Tableaux des RNMH — par région sanitaire . . . . . 31

Annexe II : Tableaux des RNMH — par hôpital ou par site . . . . . 75

Annexe III : Liste des organismes . . . . . 95

Annexe IV : Groupes de diagnostics du RNMH . . . . . 99

## À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé au Canada, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez notre site Web au www.icis.ca.

En date de novembre 2007, le Conseil d'administration se compose des personnes suivantes :


**M. Graham W. S. Scott**
C.M., c. r. (président)
Associé principal, McMillan Binch Mendelsohn LLP

**Mme Glenda Yeates** (d'office)
Présidente-directrice générale, ICIS

**Dr Peter Barrett**
Médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School

**Mme Cheryl A. Doiron**
Sous-ministre, Nova Scotia Department of Health

**Dr Chris Eagle**
Vice-président à la direction et agent clinique en chef, Calgary Health Region

**Mme Roberta Ellis**
Vice-présidente, Prevention Division, Workers' Compensation Board of British Columbia

**M. Kevin Empey**
Vice-président à la direction, Clinical Support and Corporate Services, University Health Network

**Dr Ivan Fellegi**
Statisticien en chef du Canada, Statistique Canada

**Mme Alice Kennedy**
Chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador

**M. David Levine**
Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**M. Gordon Macatee**
Sous-ministre, British Columbia Ministry of Health

**Dr Cordell Neudorf**
Président du Conseil de l'ISPC
Médecin hygiéniste en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon Health Region

**M. Roger Paquet**
Sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**Dr Brian Postl**
Vice-président du Conseil
Président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg

**M. Morris Rosenberg**
Sous-ministre, Santé Canada

**M. Ron Sapsford**
Sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario

**M. Howard Waldner**
Président-directeur général, Vancouver Island Health Authority

## Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aimerait exprimer sa reconnaissance et sa gratitude aux nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à la réalisation du présent rapport.

L'ICIS a entrepris un projet sur le Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) à la demande des hôpitaux et des experts de la sécurité des patients. Tout au long du processus d'élaboration et de validation, le soutien et la participation de l'Institut canadien de la sécurité du patient et de l'équipe de la campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, une initiative visant la réduction des événements indésirables et l'amélioration de la santé des patients dans les services de soins de santé au Canada, se sont révélés essentiels.

L'apport des hôpitaux, des régions sanitaires et de diverses organisations de partout au pays a également été indispensable. Nous aimerions d'abord adresser nos remerciements aux hôpitaux et aux régions sanitaires du groupe pilote qui nous ont fait part de leurs commentaires tout au long de l'élaboration de la méthode du RNMH, notamment les suivants :

- Calgary Health Region, Alberta
- Cape Breton Healthcare Complex, Nouvelle-Écosse
- Capital Health (Edmonton), Alberta
- Centre de santé Trillium, Ontario
- Hôpital général de North York, Ontario
- Kelowna General Hospital (Interior Health), Colombie-Britannique
- Prince George Regional Hospital (Northern Health), Colombie-Britannique
- Royal Columbian Hospital (Fraser Health), Colombie-Britannique

Nous tenons également à saluer le précieux concours de nombreuses personnes du milieu hospitalier, des régions sanitaires et des provinces et territoires, qui ont passé en revue la méthodologie et donné de judicieux conseils. En outre, nous souhaitons remercier les experts suivants, qui ont formulé des recommandations sur la méthodologie adoptée : Sir Brian Jarman, le Dr Ross Baker, le Dr Adalsteinn Brown, M. Chris Helyar, le Dr Peter Norton et le Dr John Wade. Il importe de souligner que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de ces personnes ou des organismes affiliés.

L'équipe principale responsable de la conception de la méthode de mesure et de la réalisation du rapport se compose des personnes suivantes : Eugene Wen, Carolyn Sandoval, Dragos Daniel Capan, Liudmila Husak, Brooke Kinniburgh, Jeremy Herring, Zeerak Chaudhary, Yana Gurevich, Yanyan Gong, Jun Liang, Kathy Nguyen et Sharon Relova.

D'autres membres de l'équipe de l'ICIS ont pris part au comité consultatif chargé d'orienter la conception de l'application des RNMH au Canada et, dans certains cas, ont contribué à la vérification et à la révision du rapport, entre autres : Jennifer Zelmer, Greg Webster, Indra Pulcins, Jack Bingham, Patricia McKendrick, Kathleen Morris, Rachel Vincent, Christina Lawand et Anick Losier.

La réalisation du présent rapport a également requis la participation de nombreuses personnes et de nombreux services de l'ICIS. Nous remercions l'ensemble du personnel de l'ICIS pour sa contribution, notamment les membres des équipes des Indicateurs de santé, de la Recherche sur les services de santé, de la Méthodologie, des Bases de données clinico-administratives et des Classifications.

En terminant, nous remercions tout spécialement Heather Dawson, qui a assuré le suivi complet du projet, et David Paton, pour son apport constant à la méthodologie.

## Aperçu

Qu'il s'agisse de vaccination, de soulagement de la douleur ou de soins d'urgence en cas de crise cardiaque ou de blessures, nombre d'interventions sauvent des vies et améliorent la qualité de vie. Les meilleures intentions et l'excellence des soins apportés ne parviendront jamais à prévenir tous les décès ou la souffrance, mais les dispensateurs de soins s'engagent à améliorer les soins et les résultats pour leurs patients et, pour ce faire, ils doivent être bien informés. Selon les experts, la mesure favorise l'action efficace visant à améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité, tout comme l'étude des signes vitaux d'un patient permet d'établir un bon plan de soins.

Les mesures varient en fonction de l'échelon concerné. Les conseils d'administration et les équipes de direction tendent pour leur part à privilégier des mesures globales. De tels indicateurs permettent le suivi des progrès réalisés vers de vastes résultats, et ce, à l'échelle du système. Le Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH), initialement élaboré en Angleterre, est un exemple de mesure globale. Les dispensateurs de soins de nombreux pays ont maintenant recours aux résultats du RNMH pour appuyer leurs efforts visant à améliorer les soins. Cette mesure compare le nombre réel de décès survenus dans un hôpital à l'expérience moyenne. Ces comparaisons tiennent compte de l'âge, du sexe et des principaux diagnostics des patients, ainsi que d'autres facteurs susceptibles d'influencer les taux de mortalité en milieu hospitalier. En 2005, à la demande des hôpitaux et des experts de la sécurité des patients, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a entrepris d'adapter et de valider les méthodes de calcul du RNMH en vue de leur mise en application au Canada.

Des exemples recensés partout dans le monde démontrent que des efforts ciblés permettent de changer les taux de mortalité en quelques années seulement. Par exemple, l'an dernier, le Bradford Teaching Hospitals Trust du Royaume-Uni a fait état de ses expériences au *Journal of the Royal Society of Medicine*. Leur RNMH est passé de 95 à 78 en quatre ans. D'après les représentants de l'hôpital, cette baisse signifie une réduction de 905 décès. Cet exemple, à l'instar d'autres expériences semblables vécues ailleurs, suggère qu'en brossant un tableau plus fidèle de l'évolution des taux de mortalité hospitalière, le RNMH constitue un point de départ pour mieux comprendre la mortalité en milieu hospitalier et permet de cerner les points à améliorer.

Au Canada, les taux de mortalité normalisés en milieu hospitalier ont diminué de 6 % au cours des trois dernières années[i]. Cependant, les résultats varient d'un groupe de patients à l'autre. Par exemple, le taux de mortalité chez les patients victimes d'une crise cardiaque a connu une diminution plus rapide que chez les patients souffrant d'une pneumonie. Les résultats varient aussi à l'échelle de tout le pays et ce rapport présente les premiers résultats des RNMH accessibles au public, par région sanitaire et par hôpital. Les hôpitaux et les régions sanitaires peuvent utiliser les résultats pour comprendre leurs tendances au fil du temps et en faire le suivi. Certains se fixent des objectifs pour l'amélioration et le suivi des résultats. D'autres se fondent sur les résultats du RNMH pour analyser la mortalité en milieu hospitalier et repérer des pistes d'amélioration.

Or, nous ne sommes pas pour autant au bout de nos peines. À la lumière de l'expérience des autres pays, nous savons que les effets de la mise en œuvre des mesures d'amélioration systémiques se font sentir après des années, et non pas au bout de quelques mois. L'ICIS s'engage à continuer à travailler de concert avec les organismes qui veulent suivre cette voie. Nous prévoyons mettre les résultats locaux à jour à la disposition des hôpitaux par voie électronique, fournir des outils pour soutenir l'utilisation du RNMH et le recours à d'autres mesures et poursuivre l'apprentissage à la lumière de l'expérience des organismes qui utilisent le RNMH de diverses façons. Nous continuerons également de travailler avec les hôpitaux, les régions sanitaires et d'autres intervenants à l'amélioration de la qualité des données, des méthodes et de la pertinence des rapports. Nous espérons qu'au fil du temps, nous aurons l'occasion d'unir nos efforts à ceux des partenaires afin de créer un ensemble d'outils de mesure à l'intention de tous ceux qui ont à cœur d'améliorer les soins.

i Selon les résultats du RNMH, excluant les patients ayant reçu des soins palliatifs selon les données de l'hôpital. Les résultats pour le Québec sont également exclus en raison de modes de collecte de données différents.

## Pour de plus amples renseignements

Les points saillants et le texte intégral de *RNMH : Une nouvelle méthode de mesure des tendances relatives à la mortalité hospitalière au Canada* sont disponibles gratuitement, en anglais et en français, sur le site Web de l'ICIS au www.icis.ca. Il est également possible de télécharger des données techniques, ainsi que des fiches de renseignements et des documents contextuels à partir du site.

Pour commander des exemplaires du rapport, veuillez communiquer avec le Bureau des commandes (des frais minimes d'impression, d'expédition et de manutention pourront s'appliquer) :

Bureau des commandes, Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario)  K2A 4H6 Canada
Téléphone : 613 241-7860
Télécopieur : 613 241-8120

N'hésitez pas à faire parvenir à l'ICIS vos commentaires et suggestions sur le présent rapport ou sur des façons possibles d'améliorer nos futurs rapports. Veuillez les transmettre par courriel à l'adresse rnmh@icis.ca.

## Coordonnées de l'ICIS

Vous pouvez nous joindre par courrier électronique à rnmh@icis.ca OU
Visitez notre site Web à l'adresse www.icis.ca/rnmh

# Introduction

Au dernier recensement, le Canada comptait plus de 4 500 personnes ayant célébré leur centenaire[5], soit presque 50 % de plus qu'il y a dix ans.

Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie au Canada a augmenté de plusieurs dizaines d'années[6, 7]. Cette hausse s'explique par différents facteurs ayant une incidence sur la mortalité. Par exemple, le contrôle de la prévalence des maladies infectieuses grâce à l'accès à l'eau potable et à l'amélioration des installations sanitaires[8], ou la baisse du risque de décès à la naissance et après la naissance chez les nouveau-nés et les mères[9, 27], ont joué un rôle dans les tendances. Les décès associés aux maladies cardiaques, à la plupart des blessures et à plusieurs autres causes ont également baissé au cours des dernières décennies[10].

Les tendances relatives à la santé et à la maladie sont en grande partie corollaires de notre façon de vivre, d'apprendre, de travailler et de jouer[11]. Par exemple, l'alimentation, le fait de fumer ou pas et le temps que nous consacrons à l'exercice physique sont des facteurs importants. Au nombre

des facteurs, on compte également le niveau de revenu et de scolarité, le milieu de vie, le cadre scolaire et l'environnement de travail, ainsi que les possibilités que nous avons de favoriser le développement des enfants[11].

Les soins de santé comptent parmi ces facteurs. Qu'il s'agisse de vaccination, de soulagement de la douleur ou de soins d'urgence prodigués en cas de crise cardiaque ou de blessures, nombre d'interventions sauvent des vies et améliorent la qualité de vie. La plupart des patients ont une bonne expérience des services de santé, mais à l'instar de l'énergie nucléaire ou de l'aérospatial, les soins de santé sont complexes et comportent des risques. L'Organisation mondiale de la Santé estime que les événements indésirables « nuisent à la qualité des soins, provoquent beaucoup de souffrance évitable et entraînent des pertes financières et des coûts d'opportunité considérables pour les services de santé »[12].

Nombre de ces initiatives visant à améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité insistent sur le fait qu'un bon système de mesure favorise l'action efficace, tout comme l'étude des signes vitaux d'un patient permet d'établir un bon plan de soins. D'importants travaux sont en cours à cet égard partout dans le monde, avec pour priorité la collecte et l'analyse de données sur la sécurité des patients et la qualité des services, réalisées à l'échelle des dispensateurs de soins ou aux échelons régional et national[15].

### Penser à la sécurité des patients

La sécurité des patients et la prestation de soins de qualité supérieure posent un défi que partagent de nombreux pays. Au Canada comme ailleurs, il s'agit aussi d'un enjeu durable[15]. Il y a des dizaines d'années, Florence Nightingale a démontré que les soldats blessés étaient sept fois plus susceptibles de mourir des suites d'une maladie à l'hôpital que sur le champ de bataille. Au début du 20e siècle, aux États-Unis, Ernest Codman a fait valoir l'importance de faire le suivi des soins et des résultats, et d'en tirer des leçons[19].

Depuis, d'importants progrès ont été réalisés. Par exemple, il y a cinquante ans, on comptait un décès pour 3 000 à 4 000 cas d'anesthésie chirurgicale. Par l'examen des erreurs récurrentes, l'amélioration des procédures et de la conception des systèmes, l'introduction de normes régissant les pratiques et le perfectionnement de la formation, les anesthésistes ont renforcé la sécurité. D'après une étude publiée en 1998, le nombre de décès avait chuté de un pour 200 000 à un pour 300 000 cas[16].

L'intérêt porté à l'accroissement de la sécurité des patients est de taille, en partie en raison des récentes recherches réalisées sur les événements indésirables. Par exemple, la première étude nationale sur les événements indésirables en milieu hospitalier au Canada a révélé que 7,5 % des patients adultes hospitalisés en 2000 dans des établissements de soins de courte durée non spécialisés pour des services médicaux ou chirurgicaux ont connu un événement indésirable[17]. Des analystes experts ont estimé que plus du tiers de ces événements auraient pu facilement être évités. La plupart des patients se sont rétablis au cours des six mois suivant l'événement, mais 21 % sont décédés. (Les chercheurs précisent qu'en l'absence d'événements indésirables, certains patients seraient probablement décédés des suites de l'affection dont ils étaient atteints.) Si l'on applique ce taux à l'ensemble du pays, cela signifie que chaque année, entre 9 250 et 23 750 personnes sont victimes d'un événement indésirable évitable et en meurent[17], soit un nombre supérieur à celui du nombre cumulé de décès attribuables au cancer du sein, aux accidents de la route et au sida.

Ces constatations, jumelées aux résultats d'autres études, ont poussé de nombreux patients, professionnels de la santé, gouvernements et autres intervenants à se consacrer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans le milieu des soins de santé. Partout dans le monde, des organismes prennent des initiatives et mettent en place des programmes favorisant la sécurité des patients, et la qualité est au centre des préoccupations

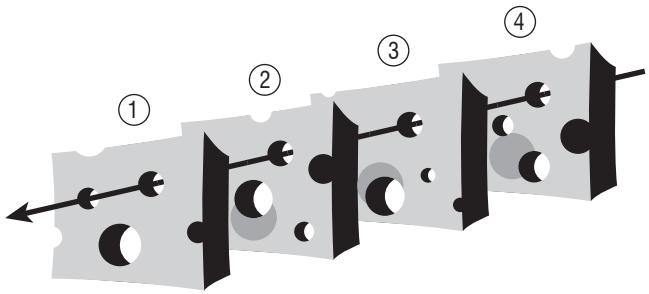
**Penser à la sécurité des patients (suite)**

pour bon nombre de dispensateurs de soins et d'établissements. Plusieurs mesures axées sur la sécurité des patients sont en cours au Canada, y compris celles qui ont été initiées par l'Institut canadien de la sécurité du patient[18].

Pour les experts, la sécurité des patients nécessite la recherche permanente d'un équilibre entre la complexité des soins de santé et les mesures de protection à couches multiples des patients[13], qui comportent notamment diverses mesures d'alerte, des procédures et des réglementations normalisées, de même que l'excellence de la formation des professionnels de la santé. Les mesures de protection sont généralement efficaces. Cependant, chaque couche protectrice a ses faiblesses, un peu comme les trous dans un fromage suisse. Ainsi, lorsque plusieurs défaillances ou failles s'accumulent dans le système, des erreurs qui auraient habituellement pu être détectées se glissent. C'est à ce moment-là que des problèmes surgissent. D'après une enquête nationale réalisée en 2003, près d'un Canadien sur quatre (24 %) rend compte d'un événement indésirable évitable subi par un membre de sa famille ou par lui-même dans le milieu des soins de santé. Environ la moitié (52 %) ont affirmé que l'événement le plus récent a eu des conséquences graves[14].

## 1 L'analogie du fromage suisse

L'analogie évoquée par James Reason illustre comment les couches de défenses, de barrières et de mécanismes de protection, ayant toutes des trous, peuvent servir à décrire les effets indésirables. Cette image présente quelques exemples de types de stratégies qui peuvent servir à empêcher les erreurs de médicaments, au moyen de l'analogie du « fromage suisse ».




**1** Grâce à la culture favorable que l'équipe de soins de santé encourage, le patient n'hésite pas à demander à l'infirmière si les médicaments qu'il prend sont bien les siens, pas ceux du patient dans le lit voisin.

**2** Une affiche sur les médicaments de présentation et de consonance semblables signale aux infirmières qu'elles doivent vérifier les médicaments avant de les administrer.

**3** L'entreposage des médicaments dans la pharmacie et l'emballage sont conçus pour dissiper la confusion au moment de préparer et de délivrer les médicaments.

**4** Un médecin commande le médicament au moyen d'un système automatisé qui signale les interactions médicamenteuses potentielles.

**Source :** Adapté de J. Reason, « Human Error: Models and Management », British Medical Journal, vol. 320 (2000), p. 768-770.

Les mesures varient en fonction de l'échelon concerné. Les équipes locales essaient souvent d'améliorer les processus de prestation des soins au moyen de cycles alternant planification, réalisation, examen et intervention[21]. Elles ont besoin de données détaillées pour évaluer leurs réussites. Par exemple, le haut du lit de tel patient branché à un ventilateur était-il incliné? Le bon médicament a-t-il été administré au bon moment à tel patient victime d'une crise cardiaque? Pour faire le suivi des mesures prises à long terme, les équipes et les organismes peuvent également avoir recours à des mesures de résultats, déterminant par exemple la proportion de pneumonies associées à la ventilation assistée et le taux de décès à la suite d'une crise cardiaque. Les conseils d'administration et les équipes de direction tendent pour leur part à privilégier des mesures globales. De telles mesures permettent le suivi des progrès réalisés vers de vastes résultats, et ce, à l'échelle du système. Les experts estiment que pour que les mesures progressent, il faut des changements à grande échelle plutôt que seulement des réussites à un certain niveau au sein de l'organisation[22].

Le Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) est un exemple de mesure globale. Le RNMH, initialement élaboré au Royaume-Uni, est utilisé à l'heure actuelle dans un certain nombre de pays partout dans le monde[1-4, 20]. Au Royaume-Uni, par exemple, les résultats des RNMH sont devenus une importante mesure des efforts en vue d'améliorer la qualité des soins hospitaliers, et sont maintenant régulièrement publiés en ligne à l'intention des hôpitaux. Aux États-Unis, le RNMH est calculé à partir des données provenant du système Medicare. Cette expérience à l'échelle internationale donne à penser que les résultats sont susceptibles de faciliter l'analyse des circonstances entourant la mortalité dans les hôpitaux et de suivre la réussite de l'amélioration des services dispensés et de la réduction de la mortalité hospitalière[2].

En juin 2005, à la demande des hôpitaux, des régions sanitaires et des experts de la sécurité des patients, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a entrepris d'adapter les méthodes de calcul du RNMH en vue de leur mise en application au Canada. Plus tard cette année-là, l'ICIS a invité les établissements de soins de courte durée et les régions sanitaires admissibles à valider leurs résultats des RNMH. Le rapport *RNMH : Une nouvelle méthode de mesure des tendances relatives à la mortalité hospitalière au Canada* propose un résumé des résultats obtenus à ce jour au Canada. Il présente également les premiers résultats des RNMH accessibles au public, par région sanitaire et par hôpital.

# Mesurer la mortalité

La qualité des soins de santé comporte de multiples facettes. Par exemple, le Health Quality Council of Saskatchewan définit la qualité comme suit : « la bonne mesure prise au bon moment de la bonne façon pour la bonne personne, entraînant l'obtention des meilleurs résultats possible[23] ». Ses activités, et celles de plusieurs autres provinces[24-26], suivent le modèle de l'Institute of Medicine, aux États-Unis, qui met l'accent sur les multiples facettes de la qualité, soit notamment la sécurité, l'efficacité, la priorité accordée au patient, l'opportunité, l'efficience et l'équité[28].

En conséquence, il existe différentes façons d'évaluer les progrès réalisés pour atteindre une qualité supérieure dans les soins prodigués. Aucun indicateur n'est à même de rendre compte intégralement d'une situation.

L'une des approches répandues est le suivi des décès[29]. Il est avantageux à plusieurs égards d'utiliser le décès comme mesure des résultats. Par exemple, le décès est un événement définitif et unique; étant donné que la loi exige qu'il soit consigné, les dossiers, selon toute probabilité, sont complets et exacts. Néanmoins, malgré les nombreuses interventions ayant pour but de sauver des vies et d'améliorer la qualité de vie, les décès demeurent inévitables dans bien des cas, même en ayant recours aux meilleurs soins possibles.

Certaines études ont mis à l'épreuve les stratégies utilisées par des dispensateurs de soins qui ont à cœur l'amélioration de la qualité et la sécurité. Par exemple, d'après de récentes études menées aux États-Unis, les hôpitaux dont les processus de soins sont conformes aux lignes directrices cliniques ou aux thérapies recommandées tendent à afficher un taux inférieur de mortalité rajusté selon les risques dans le cas de certaines affections cardiaques[30-32]. Cela dit, le lien entre les processus de soins et la mortalité n'est ni homogène, ni pleinement compris[33, 34, 41]. Des facteurs qui ne sont pas liés aux soins de santé dispensés aux patients peuvent influer sur les résultats.

Néanmoins de plus en plus de preuves démontrent que les taux de mortalité hospitalière peuvent changer à moyen terme[2]. Par exemple, le Missouri Baptist Hospital, à St. Louis, a annoncé une réduction de 22 % de son taux brut de mortalité sur quatre ans[35]. Selon l'hôpital, cette réussite est le fruit d'une combinaison de diverses stratégies. Le personnel a mis en œuvre des améliorations auprès de plusieurs groupes de patients, formé un groupe d'intervention rapide, mis sur pied un comité d'étude des cas de mortalité, lancé une procédure rigoureuse de consignation des erreurs et créé un système de repérage des événements indésirables. En outre, l'équipe de l'hôpital juge que la clé de la réussite réside dans l'harmonisation de ses efforts de réduction de la mortalité avec les autres objectifs de l'organisme et dans la participation de tous, des membres du conseil au personnel de première ligne. De façon similaire, le St. Peter Community Hospital, au Minnesota, a observé une diminution de son taux brut de mortalité, qui est passé de 2,6 % à 1,2 % en seulement deux ans[36]. À l'instar du Missouri Baptist Hospital, il estime que le solide appui du personnel clinique est l'une des clés de la réussite de la mise en œuvre de ses projets d'amélioration. Au cours de cette période de deux ans, l'hôpital du Minnesota a aussi enregistré une baisse de 50 % des infections du champ opératoire, une diminution de 28 % des transferts à des niveaux de soins supérieurs et une augmentation des bilans pharmacologiques comparatifs, qui sont passés de 70 à 95 %. Plusieurs hôpitaux du Royaume-Uni ont également fait état d'améliorations appréciables dans les taux de décès (voir page 19). Ces types de résultats constituent l'une des raisons pour lesquelles on s'intéresse actuellement à la mortalité en milieu hospitalier au Canada.

## En quoi consiste le RNMH?

Le Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) compare le nombre réel de décès survenus dans une région ou dans un hôpital donné au nombre de décès prévus selon le type de patients soignés par la région ou l'hôpital . Il est rajusté en fonction de divers facteurs qui peuvent avoir une incidence sur la mortalité hospitalière, comme les données démographiques relatives aux patients, les diagnostics et la façon dont le client est arrivé à l'hôpital. Le calcul du RNMH vise 65 groupes de diagnostics qui représentent environ 80 % des décès en milieu hospitalier, excluant les patients ayant reçu des soins palliatifs.

$$\text{RNMH} = \frac{\textbf{Décès observés}}{\textbf{Décès prévus}} \times 100$$

La méthodologie de calcul des RNMH produit des ratios des décès réels (observés) par rapport aux décès prévus, multipliés par 100. Un ratio de 100 signifie qu'il n'existe pas d'écart entre le taux de mortalité d'une région et le taux moyen à l'échelle nationale, selon les types de patients soignés. Un RNMH supérieur ou inférieur à 100 signifie que le taux de mortalité de la région est supérieur ou inférieur au taux moyen à l'échelle nationale. Ce système de mesure a été conçu par Sir Brian Jarman, à l'Imperial College, au Royaume-Uni[1]. Il est maintenant utilisé dans de nombreux pays. Dans chaque pays, les méthodes utilisées sont similaires, mais les résultats obtenus sont rajustés en fonction de l'expérience unique de la mortalité du pays. Par exemple, le groupe de diagnostics utilisée peut varier d'un pays à l'autre.

Les résultats et les tendances varient dans tous les pays où le RNMH est calculé. Les données des régions sanitaires canadiennes ayant fourni au moins 2 500 cas admissibles au RNMH peuvent être consultées à l'annexe I. Les résultats pour chacun des hôpitaux sont consignés à l'annexe II.

## Calcul du Ratio normalisé de mortalité hospitalière

Le calcul du RNMH repose sur 65 groupes de diagnostics qui représentent environ 80 % des décès survenus en milieu hospitalier au Canada, excluant les patients ayant reçu des soins palliatifs. La méthodologie que nous avons adoptée s'appuie sur celle de Sir Brian Jarman[1]. Les analyses couvrent la période comprise entre avril 2004 et mars 2007, l'année de référence étant l'exercice 2004-2005. Ainsi, au cours de cette année, la moyenne nationale s'élevait à 100. Le présent rapport donne un aperçu des méthodes utilisées pour calculer le RNMH. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez l'annexe IV et le site www.icis.ca/rnmh.

Certains types de patients courent un plus grand risque de décéder pendant leur hospitalisation. Par exemple, les patients âgés et ceux qui présentent des comorbidités au moment de l'admission sont exposés à un risque plus élevé. Comme les facteurs de risque peuvent évoluer au fil du temps et varier d'un endroit à l'autre, les méthodes de calcul du RNMH prennent en compte les différences relatives, notamment, à l'âge, au sexe et à un certain nombre de comorbidités sélectionnées, au moyen d'une technique statistique connue sous le nom d'analyse de régression logistique. Les comorbidités sont évaluées grâce à l'indice de Charlson[42], qui fait appel à une valeur pondérée en fonction du nombre et du type de diagnostics inscrits sur l'abrégé de sortie de l'hôpital. Une valeur élevée traduit généralement une affection plus grave. Cet indice est calculé en fonction des diagnostics antérieurs à l'admission, sauf en ce qui a trait au diagnostic principal, lequel est déterminé par l'hôpital.

La méthode de calcul du RNMH prend également en compte s'il s'agit d'une hospitalisation prévue, d'une admission d'urgence ou voire d'extrême urgence, la durée du séjour, et s'il s'agit d'un transfert (depuis un autre établissement de soins de courte durée). Il arrive également que des patients soient transférés directement vers un autre hôpital à partir du service d'urgence. Il n'a pas été possible d'intégrer ces données à nos analyses.

Les résultats du RNMH issus des régions et des hôpitaux de soins de courte durée se rapportent à l'endroit où a été traité le patient, et non à son lieu de résidence. Les résultats ne sont consignés que pour les régions sanitaires et les établissements de soins de courte durée qui respectent un seuil statistique exigé pour la déclaration des données au grand public. Pour être admissibles, ils doivent présenter au moins 2 500 cas admissibles au RNMH pendant chacune des trois années à l'étude. Les hôpitaux pédiatriques et spécialisés ne sont pas admissibles en raison de la particularité des groupes de patients auxquels ils fournissent des soins. Par ailleurs, les résultats du Québec ne sont pas pris en compte en raison des différences historiques qui existent dans le système de classification des diagnostics et des interventions utilisé.

### Calcul du Ratio normalisé de mortalité hospitalière (suite)

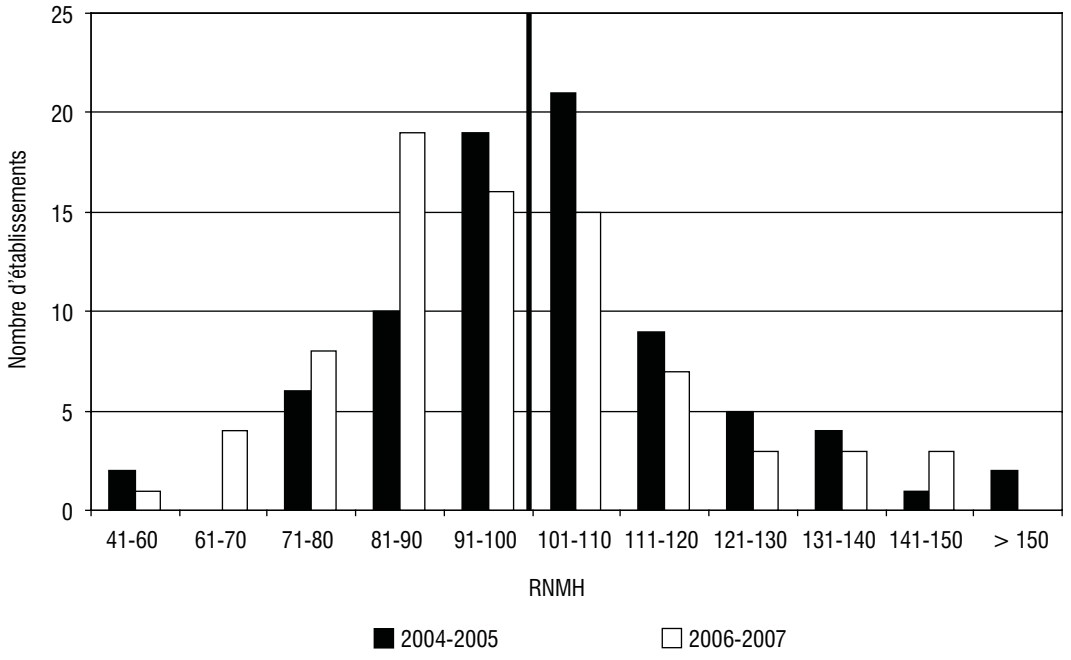
Les intervalles de confiance sont fournis pour faciliter l'interprétation. Les intervalles de confiance sont destinés à aider les lecteurs à comprendre si les résultats d'une région sanitaire donnée ont une valeur statistique différente de la moyenne globale. Un intervalle de confiance qui inclut 100 indique que le RNMH n'est pas différent de la moyenne globale. Ils tendent à être plus grands (ce qui signifie que le ratio obtenu est alors moins précis) dans les régions et les établissements qui soignent un moins grand nombre de patients. On estime que les valeurs du RNMH sont précises dans l'intervalle de confiance supérieur et inférieur, 19 fois sur 20 (intervalles de confiance de 95 %).

Dans l'ensemble, les taux de mortalité sont à la baisse. Les résultats du RNMH, excluant les patients ayant reçu des soins palliatifs selon les données de l'hôpital, ont diminué d'environ 5,6 % de 2004-2005 à 2006-2007. Cette tendance tient compte des changements survenus dans les diagnostics des patients, des caractéristiques démographiques des patients et d'autres facteurs[i]. Dans la même veine, un plus grand nombre d'hôpitaux et de régions affichent maintenant des résultats inférieurs à 100 par rapport à 2004-2005.

## 2 Tendances du RNMH au Canada

**Répartition du RNMH pour les établissements ayant fourni au moins 2 500 cas admissibles au RNMH**

Au moment où dans l'ensemble, les RNMH sont à la baisse, la répartition des RNMH en milieu hospitalier change. Bien que chaque établissement progresse à son propre rythme, un plus grand nombre d'hôpitaux ont maintenant un RNMH intérieur à 100. Parmi les hôpitaux ayant plus de 2 500 cas à présenter en vue du calcul du RNMH, 37 avaient un RNMH inférieur à 100 (excluant les soins pallatifs) en 2004-2005, et 48 en 2006-2007.




**Remarques :** Résultats du RNMH (excluant les soins palliatifs) des hôpitaux de courte durée ayant au moins 2 500 cas à présenter en vue du calcul du RNMH au cours de la période à l'étude.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, ICIS

i Exclut les patients ayant reçu des soins palliatifs selon les données de l'hôpital. Une analyse distincte excluant les huit hôpitaux admissibles à la déclaration qui ont ciblé d'importants problèmes de qualité relativement à la codification des soins palliatifs et les hôpitaux au sein desquels des changements ont entraîné une interruption indique une diminution de 5,4 % pour la même période. Cette tendance n'était pas aussi évidente pour les RNMH de l'ensemble des cas.

Bien qu'une seule mesure comme le RNMH fournisse de l'information utile, il devrait être considéré comme un point de départ pour des analyses ultérieures. Le principal objectif d'une telle méthode de mesure globale est de permettre aux hôpitaux et aux régions sanitaires de faire le suivi de leurs progrès au fil du temps, et non pas de hiérarchiser les organismes. Le RNMH doit servir à aller au-delà des chiffres, à les utiliser pour guider des analyses plus poussées qui pourront potentiellement aider à cerner des zones d'amélioration. Dans ce contexte, les facteurs suivants devraient être pris en compte lors de l'interprétation du RNMH :

- **Il n'existe pas de modèle statistique parfait.** Nous avons procédé aux ajustements pour rendre compte de certains facteurs influant sur le risque de mortalité hospitalière, mais nous n'avons pu exercer de mainmise sur tous les paramètres. Par conséquent, les résultats des RNMH peuvent surtout se révéler utiles pour faire le suivi des tendances au fil du temps. Il y a lieu de faire preuve de prudence dans la comparaison des résultats entre les régions et les établissements.

- **Des facteurs non liés à la qualité des soins peuvent avoir une incidence sur les résultats.** Malgré la mise en œuvre de normes de codification nationales[58], des variations pourraient survenir dans les pratiques de consignation et de codification d'une région à l'autre, ce qui pourrait nuire à la fiabilité des données. Par ailleurs, des experts estiment que divers facteurs, à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé, peuvent jouer un rôle important. (Pour obtenir des précisions sur les taux régionaux ou certains des autres facteurs de risque susceptibles d'avoir des répercussions sur la mortalité, veuillez consulter le www.icis.ca/indicateurs.) De même, tel que mentionné précédemment, des recherches laissent entendre que les processus de soins qui s'harmonisent plus étroitement avec les lignes directrices cliniques peuvent parfois réduire les taux de mortalité. Or le lien entre les processus de soins et la mortalité n'est ni homogène, ni pleinement compris. Le RNMH, tout comme d'autres mesures, devrait être considéré comme le point de départ de nouvelles analyses.

- **Tous les décès ne sont pas évitables.** La recherche et la pratique continuent de repousser toujours plus loin la limite du possible. Par exemple, dans certains grands établissements, des mois se sont écoulés depuis le dernier cas de pneumonie sous ventilation assistée, un résultat qui aurait été considéré impensable il y a quelques années[65]. Néanmoins, malgré les meilleures intentions et l'excellence des soins apportés, nous ne parviendrons jamais à prévenir tous les décès. Il en est ainsi chez tous les patients, qu'ils bénéficient de soins palliatifs ou d'autres types de services. Le nombre et le type de patients qui reçoivent des soins en milieu hospitalier en fin de vie peuvent avoir une incidence sur les résultats des RNMH, surtout ceux qui se rapportent aux résultats de l'ensemble des cas.

- **La mortalité est un phénomène important, mais il ne s'agit pas du seul critère qui compte pour les patients et leur famille.** Aucun indicateur ne peut à lui seul rendre compte de tous les aspects de la qualité des soins. D'autres indicateurs peuvent apporter un complément d'information ou jeter un éclairage différent sur le rendement. Par exemple, plusieurs sont d'avis qu'il est tout aussi important de comprendre les résultats qui touchent la qualité de vie que de comprendre ceux qui sont liés à la mortalité.

## Qualité des données

Dans toute analyse de données, la qualité de l'information utilisée est un enjeu de première importance. La qualité comprend des paramètres comme l'exhaustivité, la validité, la cohérence, l'opportunité et l'exactitude de l'information. Par exemple, les écarts systématiques qui se produisent au fil du temps (ou d'un endroit à l'autre) dans la collecte de données ou dans la codification peuvent influer sur les résultats.

Les analyses réalisées dans le cadre du présent rapport reposent sur les données relatives à l'hospitalisation tirées de la Base de données sur les congés des patients. Cette base de données comprend des renseignements administratifs, cliniques et démographiques sur les événements concernant les patients hospitalisés dans des hôpitaux canadiens. Diverses mesures sont mises à contribution pour améliorer la qualité de ces données, y compris l'établissement de normes de codification et de saisie, l'automatisation de la vérification des données et de la fermeture de la base de données, et la formation continue du personnel hospitalier et des intervenants qui prennent part au processus de soumission des données. D'après les études de seconde saisie, les taux d'exactitude d'un grand nombre d'éléments de données utilisés pour calculer la mortalité hospitalière (décès, date de naissance, date d'admission et de sortie, sexe) sont très élevés[59]. Les résultats quant à l'information diagnostique varient en fonction des affections.

Dans des études réalisées antérieurement, les chercheurs ont tenté de déterminer si l'exactitude de la codification des comorbidités (ou le fait que toutes les comorbidités ne peuvent être incluses dans les modèles statistiques) risque d'influer sur les résultats. Pour répondre à la première question, les chercheurs ont examiné la prévalence des comorbidités dans les établissements de soins, en relation avec les taux de décès dus à des crises cardiaques. Ils ont également réalisé des analyses de sensibilité en comparant le taux de mortalité rajusté selon les risques incluant les comorbidités à celui qui les exclut, pour arriver à la conclusion qu'il existe entre les deux taux une corrélation très élevée ($r = 0{,}95$)[60]. Autrement dit, après avoir procédé aux ajustements en fonction de l'âge et du sexe, les chercheurs ont constaté que les différences observables sur le plan des comorbidités n'entraînaient que des changements relativement mineurs sur les taux de mortalité hospitalière. Tous les changements se situaient dans l'intervalle de confiance de 99 % du taux de mortalité hospitalière rajusté selon les risques[60]. Au Canada, les résultats des RNMH à l'échelle des hôpitaux, ajustés ou non en fonction des comorbidités, affichaient une corrélation très élevée ($r^2 = 0{,}98$). De même, les résultats des modèles utilisés pour prévoir la mortalité à partir de données administratives se sont révélés semblables à plusieurs égards aux résultats des modèles reposant sur les données tirées des registres cliniques[61, 62]. En 1996, une équipe californienne a démontré, dans le cadre d'une étude de validation portant sur l'infarctus aigu du myocarde, que les facteurs de risques cliniques non mesurés sont à l'origine de moins de 10 % des écarts observés dans les taux de mortalité rajustés selon les risques dans l'ensemble des hôpitaux[63]. Une autre étude, réalisée celle-là par des chercheurs du Royaume-Uni, a révélé que l'utilisation de bases de données administratives pour prévoir la mortalité convient tout aussi bien que l'utilisation de bases de données cliniques[64].

Néanmoins, la codification systématique insuffisante ou excessive des comorbidités peut influer sur l'estimation du RNMH, même si le diagnostic principal reste dans la plupart des cas le prédicteur le plus important de mortalité hospitalière. Nous espérons que l'examen des données contenues dans le présent rapport conduira à l'établissement d'une codification plus cohérente et à l'amélioration de la qualité des données partout au pays, de manière à continuer de faire fructifier les gains réalisés pendant le processus de validation des RNMH.

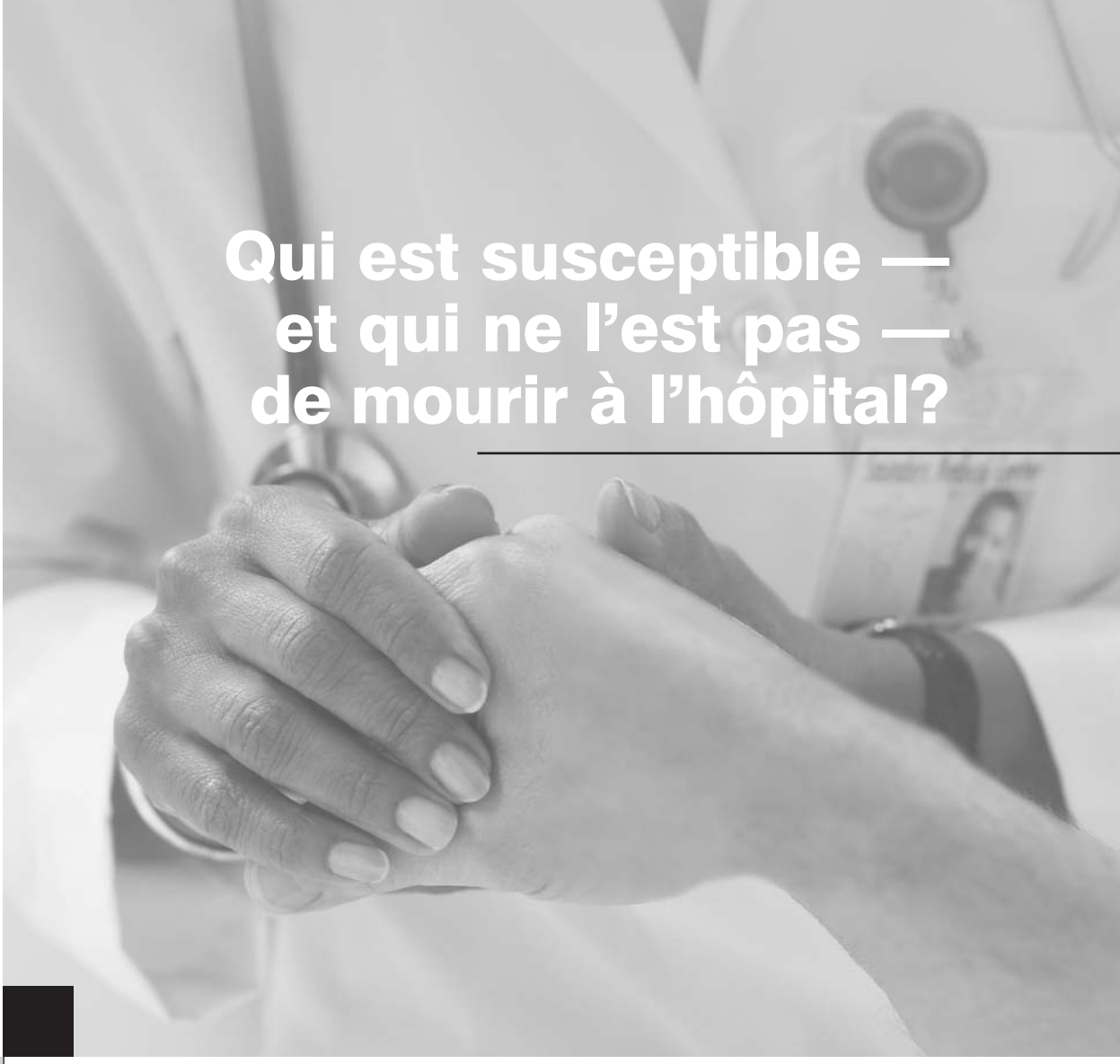
## Qualité des données (suite)

Dès octobre 2005, l'ICIS a invité les hôpitaux de soins de courte durée et les régions sanitaires admissibles à participer à la validation de la version canadienne de la méthode de calcul des RNMH et des données. Les établissements ont reçu jusqu'à huit rapports trimestriels pendant cette période, selon le moment à partir duquel ils ont commencé à participer au processus de validation. En conséquence, un certain nombre de changements ont été apportés à la méthodologie de calcul des RNMH et au processus de déclaration. En outre, à partir des commentaires des hôpitaux, l'ICIS a publié en juin 2006 une directive provisoire sur la codification des soins palliatifs. La mise en application de cette directive a pu causer une interruption de la série chronologique dans certains établissements. Le présent rapport contient donc les résultats des RNMH tirés de l'ensemble des cas admissibles fournis par les régions et les établissements, de même que les résultats excluant les cas de patients ayant obtenu des soins palliatifs selon les données soumises par les hôpitaux.

À l'automne 2007, les organismes ont été invités à indiquer s'ils estimaient que les données des RNMH destinées au présent rapport posaient toujours des problèmes de qualité, mineurs ou majeurs. Plus précisément, huit établissements admissibles (à l'origine de 4,5 % de toutes les sorties admissibles au RNMH en 2006-2007) ont signalé des problèmes de codification des soins palliatifs suffisamment importants pour justifier l'exclusion de leurs données. Cinq de ces établissements (à l'origine de 2,7 % de toutes les sorties admissibles au RNMH en 2006-2007) ont signalé d'autres problèmes de codification majeurs. Leurs données n'ont donc pas été prises en compte. De plus, dans le cas d'une région et d'un établissement admissibles, avec la mise en application de la directive provisoire nationale visant à clarifier la saisie des données sur les soins palliatifs, on a noté d'importantes interruptions de la série chronologique. Par conséquent, il n'est pas possible d'établir des tendances comparables pour les résultats du RNMH excluant les soins palliatifs.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la qualité des données, veuillez consulter le www.icis.ca.

# Qui est susceptible — et qui ne l'est pas — de mourir à l'hôpital?



Certains patients hospitalisés sont plus âgés ou présentent un plus grand nombre de problèmes de santé que la moyenne. Toutes choses étant égales par ailleurs, ils sont plus susceptibles de décéder pendant leur séjour à l'hôpital. En effet, le risque d'être victime d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge, tout comme le risque de perdre la vie après un tel incident[37-39]. De même, les patients qui se présentent à l'hôpital pour une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral et qui souffrent également d'un cancer ou de toute autre comorbidité courent un plus grand risque que les autres patients de trouver la mort à l'hôpital[40]. Ce type de lien entre les données existe pour de nombreuses affections prises en compte dans le calcul du RNMH (ainsi, les 65 groupes de diagnostics réunis représentent environ 80 % de la mortalité hospitalière, une fois exclus les patients ayant reçu des soins palliatifs).

L'âge, la présence de comorbidités et d'autres facteurs sont tous liés séparément au risque de mortalité, en plus d'être souvent reliés entre eux. Par exemple, les patients âgés qui sont admis à l'hôpital sont susceptibles d'avoir connu de multiples problèmes de santé antérieurs. Par conséquent, nous avons examiné la portée selon laquelle sept facteurs agissent sur le risque de décès des patients hospitalisés (après la prise en compte de l'incidence de chacun des autres facteurs). Voici un aperçu des conclusions obtenues[i] :

- **Âge :** Toutes choses étant égales par ailleurs, les patients âgés courent un risque plus élevé de mourir à l'hôpital que les patients plus jeunes.
- **Sexe :** Le risque d'être hospitalisé en raison de problèmes de santé varie selon le sexe, tout comme le risque de décéder à l'hôpital. Le risque de décéder est environ 9 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- **Diagnostic :** Le risque de décès durant le séjour des patients hospitalisés varie considérablement selon le diagnostic. Par exemple, le risque de décès chez les patients victimes de crises cardiaques ou d'embolies pulmonaires est beaucoup plus élevé que celui observé chez les patients dont le diagnostic principal est une angine de poitrine. Dans le cadre de la présente analyse, le diagnostic s'est révélé être l'un des prédicteurs les plus importants de mortalité hospitalière.
- **Comorbidités :** Les données de la présente analyse corroborent les conclusions d'autres études qui démontrent que la mortalité hospitalière a tendance à frapper davantage les patients présentant des comorbidités antérieures à l'hospitalisation. Le risque de décès est 95 % plus élevé chez les patients dont la valeur de l'indice de Charlson[ii] est de 1 ou 2 (comme dans le cas où une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral s'ajoute au diagnostic principal) que chez ceux dont la valeur de l'indice de Charlson est nulle, c'est-à-dire qui ne présentent aucune des comorbitités énumérées dans l'indice de Charlson. Cette tendance est particulièrement marquée chez les patients dont la valeur de l'indice de Charlson est égale ou supérieure à 3 (comme dans le cas où une insuffisance rénale et une crise cardiaque s'ajoutent au diagnostic principal, ou le cas où le sida s'ajoute au diagnostic principal). Ces patients sont plus de trois fois plus susceptibles de décéder pendant l'hospitalisation que ceux qui ne présentent aucune de ces comorbidités.
- **Admission d'urgence ou d'extrême urgence :** Dans 14 % des cas à l'étude, l'hospitalisation a été planifiée. Chez les autres patients, hospitalisés d'urgence ou d'extrême urgence, le risque de décès est 2,6 fois supérieur.
- **Transferts :** Environ 8,5 % des cas à l'étude ont été transférés depuis un autre établissement de soins de courte durée. Ces patients, dont l'état de santé a pu justifier un transfert vers un milieu plus propice à la prestation de différents types de soins, affichaient un risque de décès plus élevé que les patients qui n'ont pas été transférés.
- **Durée du séjour :** La durée moyenne du séjour des patients dont le diagnostic principal est admissible au RNMH est de neuf jours. Le rapport entre la durée du séjour et le risque de décès est variable : les patients dont la durée de séjour est la plus brève et ceux dont elle est la plus longue présentent un risque de décès plus élevé que ceux dont la durée de séjour est moyenne.

---

i Les résultats se fondent sur l'expérience de tous les patients dont le diagnostic principal lors de l'hospitalisation est admissible aux RNMH, excluant les patients ayant reçu des soins palliatifs selon les données de l'hôpital. Il est possible que dans certains cas, on utilise un diagnostic autre que le diagnostic principal. Pour plus de détails, veuillez consulter les notes techniques au www.icis.ca/rnmh. Les résultats quantitatifs spécifiques diffèrent légèrement lorsque les patients ayant obtenu des soins palliatifs sont inclus, mais la tendance reste la même.

ii Valeur pondérée en fonction du nombre et du type de diagnostics inscrits sur l'abrégé de sortie de l'hôpital et utilisée dans de nombreuses études à travers le monde[42].

## 3 Risque de décès en milieu hospitalier

Le rapport de cotes détermine la force du lien entre un prédicteur et un résultat, par exemple, entre l'âge et la mortalité[43, 44]. Il permet également de comparer la probabilité d'un résultat au sein de multiples groupes. Le tableau ci-dessous montre comment les facteurs autres que le diagnostic pris en compte dans le calcul des RNMH agissent sur le risque de décès en milieu hospitalier. Il illustre le rapport de cotes ou l'augmentation estimée du risque d'un groupe par rapport aux autres (par exemple, les femmes par rapport aux hommes), chez les patients d'un groupe de diagnostic du RNMH admis dans des hôpitaux canadiens de soins de courte durée (exception faite des hôpitaux du Québec) entre avril 2004 et mars 2005. Les rapports de cotes tiennent compte de l'effet d'autres facteurs étudiés dans le modèle. On estime que le rapport de cotes est exact dans la portée indiquée par l'intervalle de confiance (IC de 95 %), 19 fois sur 20.

| | Rapport de cotes | IC 95 % |
|---|---|---|
| **Âge (pour chaque année supplémentaire)** | 1,05 | 1,05-1,05 |
| **Admissions d'urgence ou d'extrême urgence par rapport aux admissions planifiées** | 2,60 | 2,48-2,73 |
| **Hommes par rapport aux femmes** | 1,09 | 1,07-1,12 |
| **Durée du séjour (par rapport à 3-9 jours)** | | |
| **1 jour** | 3,70 | 3,59-3,82 |
| **2 jours** | 1,80 | 1,73-1,87 |
| **10-15 jours** | 1,01 | 0,98-1,04 |
| **16-21 jours** | 1,17 | 1,12-1,22 |
| **22-365 jours** | 1,53 | 1,48-1,58 |
| **Patients transférés depuis un autre établissement de soins de courte durée par rapport aux patients non transférés depuis un autre établissement de soins de courte durée** | 1,35 | 1,30-1,41 |
| **Valeur de l'indice de Charlson (par rapport à l'absence de comorbidité de Charlson)** | | |
| **1 ou 2** | 1,95 | 1,91-2,00 |
| **3 ou plus** | 3,44 | 3,32-3,56 |

**Remarques :** Les résultats se fondent sur l'expérience de tous les patients dont le diagnostic principal lors de l'hospitalisation est admissible aux RNMH, excluant les patients ayant reçu des soins palliatifs selon les données de l'hôpital. Il est possible que dans certains cas, on utilise un diagnostic autre que le diagnostic principal. Pour plus de détails, veuillez consulter les notes techniques au www.icis.ca/rnmh. Les résultats quantitatifs spécifiques diffèrent légèrement lorsque les patients ayant obtenu des soins palliatifs sont inclus, mais la tendance reste la même.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, ICIS.

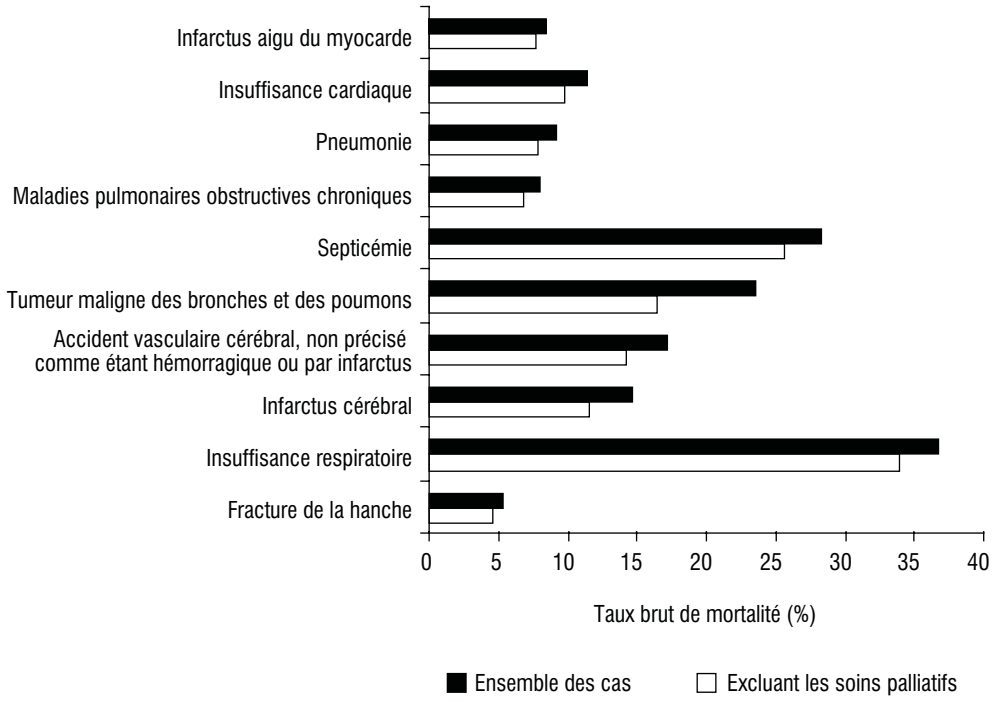
## Qui sont les patients visés?

Au Canada, d'avril 2004 à mars 2007, un peu plus de 254 000 patients sont décédés dans les hôpitaux (excluant le Québec)[i]. En 2004-2005, 65 groupes de diagnostics représentaient environ 80 % des décès chez les patients qui n'ont pas reçu des soins palliatifs. Les dix groupes de diagnostics comptant le plus grand nombre de décès sont les suivants : infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque), insuffisance cardiaque, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique, septicémie, tumeur maligne des bronches et des poumons, accident vasculaire cérébral (non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus), infarctus cérébral, insuffisance respiratoire et fracture de la hanche. Ces groupes représentent 44 % de tous les décès survenus en milieu hospitalier en 2004-2005[ii].

Les tendances dans les taux de mortalité varient selon le groupe de patients. Par exemple, au cours de la période à l'étude, le taux de mortalité chez les patients victimes d'une crise cardiaque a connu une diminution plus rapide que chez les patients souffrant d'une pneumonie. En revanche, chez d'autres groupes de patients, les taux de mortalité sont restés stables ou ont grimpé, notamment chez les patients souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique et chez ceux atteints d'une septicémie[iii]. Ces chiffres correspondent aux analyses antérieures, qui démontrent une baisse constante des taux de décès survenus en milieu hospitalier dans les 30 jours suivant la date d'admission en raison d'une nouvelle crise cardiaque depuis au moins 2004-2005[40].

### 4 Principaux diagnostics chez les patients décédés dans les hôpitaux de soins de courte durée

En 2004-2005, les dix affections énumérées ci-dessous représentaient 44 % de l'ensemble des décès en milieu hospitalier (excluant les patients ayant reçu des soins palliatifs selon les données de l'hôpital), une réalité qui illustre la fréquence de ces diagnostics chez les patients hospitalisés et des taux de mortalité qui y sont associés. Le graphique ci-dessous indique le taux brut (non rajusté) de mortalité en milieu hospitalier en 2006-2007, présenté dans l'ordre selon le nombre de décès par affection.




**Remarques :** Les résultats reposent sur les diagnostics consignés par les hôpitaux. Les données ne comprennent pas les patients provenant des hôpitaux du Québec, en raison d'un mode de collecte de données différent.
**Source :** Base de données sur les congés des patients, ICIS

i Les données du Québec sont exclues en raison des différences dans la collecte des données.

ii Réunis, ces groupes représentaient 55 % des décès compris dans le calcul des RNMH.

iii Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

D'autres facteurs présents à l'admission peuvent également être pris en compte, mais nous ne les comprenons pas tous. Par exemple, des études laissent entendre que l'état de santé de base d'une population, la gravité de la maladie (outre les comorbidités), le temps écoulé entre la reconnaissance et l'apparition des symptômes et le statut socioéconomique des patients pourraient avoir une incidence sur le risque de succomber à certains problèmes de santé[45-48]. D'autres experts estiment que les facteurs liés à l'organisation et à la prestation des soins pourraient influer sur les résultats. Par exemple, un examen systématique mené récemment a donné des résultats variables sur le rapport entre le niveau de dotation en personnel et la mortalité hospitalière[49]. Certaines études incluses dans l'examen ont révélé des liens alors que d'autres n'en ont pas révélé.

Un certain nombre d'études ont par ailleurs porté sur la relation entre les taux d'hospitalisation et le statut socioéconomique des patients. Par exemple, il semble que les taux d'hospitalisation soient plus élevés chez les hommes et les femmes ayant un revenu relativement faible, en comparaison du reste de la population dans son ensemble. Ce lien persiste, de façon moins prononcée cependant, même lorsque d'autres facteurs s'ajoutent, comme l'existence de problèmes de santé antérieurs[50, 51]. Qu'en est-il *des suites* de l'admission à l'hôpital? Une recherche réalisée au Royaume-Uni n'est pas parvenue à établir un lien significatif entre la privation sociale et le taux normalisé de mortalité hospitalière (après l'ajustement en fonction de l'âge, du sexe, du diagnostic et de facteurs similaires)[1]. Dans le même ordre d'idées, nous avons évalué le rapport entre le revenu moyen par quartier et le taux normalisé de mortalité hospitalière au Canada. Les résultats ont démontré de légers écarts entre les données des hôpitaux rajustées en fonction du revenu du quartier et celles qui ne le sont pas[i].

Les soins en fin de vie sont également susceptibles d'influer sur le taux de mortalité hospitalière. L'endroit où les personnes meurent peut être déterminé par des normes religieuses ou culturelles, des préférences personnelles ou familiales, l'état de santé, l'accès à des soins de santé de qualité, des politiques se rapportant à la fin de la vie ou bon nombre d'autres facteurs. D'après Statistique Canada, environ 67 % des 226 584 décès de 2004 sont survenus en milieu hospitalier[52, ii]. Il s'agit d'une tendance qui a évolué avec le temps. En 1950, à peine plus de la moitié des décès avaient lieu à l'hôpital, contre 81 % en 1994, une année record[53]. Les taux ont chuté depuis. Bien que la réalisation de comparaisons précises à l'échelle internationale constitue un défi, la proportion de décès survenant à l'hôpital semble également décliner aux États-Unis. La tendance semble cependant s'inverser dans de nombreux pays développés[54].

La portée des soins en fin de vie sur les taux normalisés de mortalité hospitalière n'est pas totalement claire. D'après une recherche effectuée en Angleterre, la prise en compte à des fins statistiques du pourcentage de mortalité hospitalière dans les circonscriptions hospitalières pourrait contribuer à rapprocher au moins quelques établissements marginaux de la moyenne[55]. En contrepartie, les chercheurs qui ont analysé les données pour l'ensemble des hôpitaux (et non pas seulement les cas marginaux) en 2000-2001 n'ont décelé qu'une corrélation mineure avec le pourcentage de décès survenus dans les hôpitaux du National Health Service de sept régions d'Angleterre ($r^2$ = 0,02 à 0,2), sauf dans le cas de la région West Midlands ($r^2$ = 0,5)[56, iii]. De même, en Écosse, le RNMH calculé en fonction des décès survenus en milieu hospitalier et à l'extérieur dans les 30 jours suivant la date d'admission à l'hôpital était fortement corrélé avec le RNMH calculé en fonction des décès survenus en milieu hospitalier seulement[57].

Dans le calcul des résultats du RNMH, nous avons voulu nous réserver la possibilité de prendre en compte les variations relatives aux soins prodigués en fin de vie. Certains autres pays intègrent le pourcentage de décès en milieu hospitalier par collectivité lors de la normalisation des taux de mortalité hospitalière. Malheureusement, au Canada, les données à jour sur la proportion de décès en milieu hospitalier n'étaient pas disponibles pour toutes les années pour lesquelles nous avons calculé les résultats des RNMH. Par ailleurs, l'analyse se complique du fait que les hôpitaux

i La corrélation entre les résultats provenant des hôpitaux produits par les deux modèles était de 0,99. De plus, il n'y avait pas de divergences dans la statistique C lorsque les revenus du quartier étaient ajoutés au modèle d'analyse de régression logistique.

ii Y compris les établissements pour bénéficiaires internes et de soins de longue durée du Québec. Environ 25 % des décès au Canada sont survenus au Québec en 2004. Le taux de mortalité hospitalière était de 61 % pour les autres provinces et territoires

iii Pour l'Angleterre dans son ensemble, le coefficient de corrélation de Pearson $r^2$ était de 0,06.

canadiens ont rarement une circonscription hospitalière clairement définie. En conséquence, nous n'avons pas pu inclure les taux propres aux collectivités en matière de mortalité hospitalière dans le modèle statistique canadien d'ajustement en fonction des risques.

Nous avons plutôt utilisé les données sur les soins palliatifs fournies aux patients et soumises par les hôpitaux. Ces patients ont tendance à recevoir des soins de soutien (appelés parfois « soins de confort »). Dans l'ensemble, les patients ayant bénéficié de soins palliatifs représentent environ 2 % des cas admissibles au calcul du RNMH et 15 % des décès. Il est probable qu'il s'agisse d'une sous-estimation, car pendant le processus de validation, un certain nombre d'hôpitaux ont signalé des difficultés de codification des soins palliatifs. En réponse à cette situation, l'ICIS a publié une directive provisoire sur la codification des soins palliatifs en juin 2006[i], dont la mise en application pourrait avoir causé une interruption de la série chronologique dans certains établissements. Le présent rapport contient donc les résultats des RNMH tirés de l'ensemble des cas admissibles, de même que les résultats excluant les cas de patients ayant obtenu des soins palliatifs selon les données des hôpitaux. Nous continuons cependant à examiner les diverses options susceptibles d'améliorer la prise en compte des soins en fin de vie dans le calcul des RNMH.

i Une norme de codification nationale sera mise en œuvre en 2008.

# De la mesure à l'action

Bien que tous les décès qui surviennent en milieu hospitalier ne puissent pas nécessairement être évités, de nombreux dispensateurs de soins se sont fixé comme objectif de réduire la mortalité. Le RNMH est utile pour cibler les voies d'amélioration, stimuler le changement et faire le suivi des progrès. Voici quelques exemples :

- Lorsque le RNMH a été lancé en Angleterre, en 2000, le Walsall Hospitals NHS Trust affichait le ratio le plus élevé au pays[3]. On y comptait 1 080 décès, comparativement aux 830 décès prévus en fonction des types de patients auxquels les soins étaient destinés. (Le RNMH a atteint 130 à partir de ces données.) À la suite d'une stratégie de gouvernance clinique de grande envergure, le RNMH est passé à 93 en l'espace de quatre ans. L'approche adoptée par l'hôpital comprenait l'étude d'options susceptibles d'améliorer les soins en fin de vie, de même qu'une série d'initiatives d'amélioration de la qualité clinique. Récemment, le RNMH de Walsall a commencé à remonter[73, 74], et l'hôpital s'est donné comme priorité absolue, en 2006-2007, de réduire la mortalité hospitalière afin d'accroître la sécurité des patients[66].

- En 2001, le RNMH du Tallahassee Memorial Hospital, aux États-Unis, atteignait 129.[2] L'hôpital a repéré des secteurs nécessitant des améliorations et, par la mise en œuvre d'infrastructures de communication, la formation d'équipes d'intervention rapide, la création de cercles multidisciplinaires et le lancement d'autres initiatives, il a réussi à faire passer son RNMH à 89 en 2004.

- Un autre exemple issu du Royaume-Uni montre que les hôpitaux dont le RNMH est inférieur à 100 peuvent eux aussi améliorer leurs résultats[4]. En 2001, le Bradford Teaching Hospitals Trust avait un RNMH de 95. L'équipe de l'hôpital n'a toutefois pas hésité à lancer un programme de réduction de la mortalité qui comprenait la réalisation d'une grille d'examen des décès et le repérage des processus de soins requérant des améliorations. Elle a également travaillé à la coordination des processus dans l'ensemble du système, veillant à harmoniser les efforts de la haute direction et ceux des unités de soins hospitaliers. Quatre ans plus tard, le RNMH de l'hôpital était de 78. D'après les représentants de l'hôpital, cette baisse signifie une réduction de 905 décès.

## Apprendre à la lumière de l'expérience des autres

L'Institute for Healthcare Improvement (IHI) collabore avec des organismes aux États-Unis et dans d'autres pays en vue d'améliorer les soins. Son initiative Move Your Dot[MC] visait à mettre à la disposition des hôpitaux les outils nécessaires pour étudier les taux de mortalité et élaborer des stratégies pour les réduire[67, 68]. L'IHI a récemment publié un livre blanc qui fait la synthèse des leçons tirées concernant les façons de réduire le nombre de décès qui surviennent dans les hôpitaux[69]. Son site Web fait également état de ses réussites au chapitre de la réduction de la mortalité[2]. Un certain nombre d'organismes consultés attribuent le succès qu'ils ont obtenu à une série d'interventions dont l'IHI a fait la promotion dans le cadre de sa campagne *100,000 Lives*. La campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, le pendant canadien de la campagne de l'IHI, a adopté les six mêmes stratégies.

- **Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde :** Prévenir les décès chez les patients hospitalisés en cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) en assurant une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique.

- **Prévention des infections reliées aux cathéters intravasculaires centraux :** Prévenir les infections et les décès liés aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients nécessitant un cathéter central.

- **Bilan comparatif des médicaments :** Prévenir les événements iatrogènes médicamenteux (BCM) à l'aide du bilan comparatif des médicaments[i].

- **Déployer des équipes d'intervention rapide :** Prévenir les décès chez les patients dont la santé se détériore progressivement en dehors du service des soins intensifs.

- **Prévention des infections du site opératoire :** Prévenir les infections et les décès liés au site opératoire (ISO) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients devant subir une intervention chirurgicale.

- **Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée :** Prévenir la pneumonie sous ventilation assistée (PVA) et les décès découlant de cette dernière et d'autres complications chez les patients en ventilation assistée en mettant en œuvre un ensemble d'interventions appelé « ensemble PVA »[ii].

---

i Le bilan comparatif des médicaments est un processus qui consiste à examiner les médicaments pris par les patients avant et après des périodes de transition, comme au moment de l'admission à l'hôpital.

ii Source : Reproduit avec la permission de l'Institut canadien de la sécurité du patient. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, *Information for individuals and Organizations* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca/Default.aspx?folderId=83>.

**Apprendre à la lumière de l'expérience des autres (suite)**

Le Saskatoon Health Region par exemple, dans le cadre de son dernier plan stratégique, s'est engagée à transformer les soins et les services dispensés dans la région et à réduire la mortalité hospitalière. Pour y parvenir, le Saskatoon Health Region prend part à plusieurs interventions dans le cadre de la campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, notamment au déploiement d'équipes d'intervention rapide[70]. Au St. Paul's Hospital, une unité de soins intensifs s'est donné comme but de répondre en 10 minutes aux patients dont l'état de santé s'est dégradé et qui se trouvent en dehors de l'unité. Entre juillet 2006 et avril 2007, l'équipe a répondu à environ 110 appels. Le personnel de l'unité de soins intensifs du St. Paul's Hospital et celui du Royal University Hospital travaillent également à l'adoption de l'ensemble PVA en vue de prévenir la pneumonie sous ventilation assistée. En l'espace d'un an, trois des quatre pratiques recommandées étaient en application 90 % du temps. Ils continuent par ailleurs à déployer des efforts dans divers autres secteurs, comme le bilan comparatif des médicaments, le contrôle des infections et la normalisation des blessures et des soins de la peau. La région considère que ces mesures constituent un volet déterminant des efforts qu'ils consacrent à l'amélioration de la sécurité des patients. D'autres organismes, comme le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, mettent leur participation à la campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* en relation avec l'amélioration des résultats pour les patients à l'échelle locale, y compris par les taux normalisés de mortalité hospitalière[71].

Le RNMH est certes un outil relativement nouveau au Canada, mais déjà, les hôpitaux, les régions sanitaires et les ministères de la Santé en font usage de diverses façons. La plupart commencent par valider leurs données. Par exemple, ils peuvent passer en revue les rapports détaillés fournis par l'ICIS, vérifier les calculs et la qualité des données, ou prendre le temps de comprendre les méthodes utilisées pour arriver aux résultats des RNMH. Dans certains cas, le processus de validation permet de relever des problèmes relatifs à la qualité des données. Dans d'autres cas, il fait surgir des idées d'amélioration des soins.

Les étapes qui font suite à la validation varient en fonction des objectifs de chaque organisme. Voici quelques exemples :

- **Arrimer les indicateurs au soutien de la stratégie** en utilisant le RNMH comme méthode de mesure globale pour le Conseil d'administration ou l'équipe de direction ou en l'incluant dans les ententes de responsabilité. Par exemple, un certain nombre d'organismes surveillent leur RNMH par le biais de leurs feuilles de pointage, et cet indicateur fait maintenant partie des ententes de responsabilité provinciales dans plusieurs régions.
- **Repérer des pistes d'amélioration.** Partout au pays, des organismes utilisent une matrice 2X2 mise au point par l'Institute for Healthcare Improvement pour déterminer les priorités d'intervention[68]. Par exemple, les pneumopathies causées par l'inhalation de solides et de liquides figurent parmi les 20 principaux groupes diagnostics liés à la mortalité hospitalière. Grâce aux données recueillies au moyen du processus de validation du RNMH, le Nouveau-Brunswick est à même de se concentrer sur des mesures susceptibles d'améliorer les pratiques d'alimentation des patients atteints de démence qui ont des troubles de déglutition[71]. D'autres utilisent les données des RNMH pour mettre à l'essai des suggestions quant à des pistes d'amélioration possibles. Par exemple, deux hôpitaux ont étudié en quoi la présence d'un centre d'oncologie influait sur leurs résultats, tandis qu'un autre s'est penché sur le taux de mortalité des patients transférés depuis d'autres régions par rapport à celui des patients de la région. Ces analyses aident à cibler les facteurs qui agissent sur la mortalité hospitalière et à écarter les autres, ce qui facilite l'établissement des priorités en matière d'amélioration.
- **Établir des objectifs et faire le suivi des résultats.** Certaines organisations, à mesure qu'elles se familiarisent avec les résultats des RNMH, commencent à utiliser la méthode de mesure pour fixer des objectifs d'amélioration et faire le suivi des résultats. Ces objectifs visent généralement une amélioration déterminée que l'on souhaite réaliser dans un laps de temps donné. Par exemple, un organisme pourrait vouloir réduire le taux de mortalité hospitalière de X points en Y mois.

# Prochaines étapes

En 1942, Sir Winston Churchill a déclaré : « Ce n'est pas la fin. Ce n'est même pas le commencement de la fin. Mais c'est peut-être la fin du commencement »[72]. De la même manière, le présent rapport représente un jalon important dans les efforts déployés pour comprendre, mesurer et améliorer les retombées des soins pour les patients. Le RNMH, initialement élaboré au Royaume-Uni, est maintenant adapté au contexte canadien de l'information sur la santé. Les hôpitaux et les régions sanitaires ont reçu leurs résultats, et plusieurs d'entre eux ont déjà terminé le processus de validation et sont maintenant en train de chercher la meilleure façon d'utiliser la méthode de mesure pour susciter l'amélioration et en faire le suivi.

Or, nous ne sommes pas pour autant au bout de nos peines. À la lumière de l'expérience des autres pays, nous savons que la mise en œuvre des mesures d'amélioration systémiques requiert du temps. Les effets se font sentir après des années, et non pas au bout de quelques mois. L'ICIS s'engage à continuer à travailler de concert avec les organismes qui veulent suivre cette voie. Nous prévoyons mettre les résultats locaux à jour à la disposition des hôpitaux par voie électronique dans les jours suivant la présentation des données, fournir des outils pour soutenir l'utilisation du RNMH et le recours à d'autres éléments d'information sur la santé ou sur les soins de santé, et poursuivre l'apprentissage à la lumière de l'expérience des organismes qui utilisent le RNMH de diverses façons. Nous continuerons également de travailler avec les hôpitaux, les régions sanitaires et les ministères de la Santé à l'amélioration de la qualité des données, des méthodes et de la pertinence des rapports.

Enfin, s'il est vrai que la mortalité est un enjeu de taille, il ne s'agit toutefois pas de la seule retombée des soins qui importe aux patients, aux familles ou aux dispensateurs de soins. Les hôpitaux ne sont pas non plus les seuls endroits où sont prodigués des soins. Le RNMH est un outil précieux permettant de documenter les efforts investis dans l'amélioration de la qualité, mais il n'est pas le seul qui ait son utilité. En collaboration avec l'Institut canadien de la sécurité du patient, nous envisageons de commander un vaste examen des méthodes de mesure globale de la qualité au-delà de la mortalité, utilisées en dehors des hôpitaux de soins de courte durée, tant au Canada qu'à l'étranger. Nous espérons qu'au fil du temps, nous aurons l'occasion d'unir nos efforts à ceux des partenaires afin de créer un ensemble d'outils de mesure complémentaires se rapportant au système dans son ensemble, qui fourniront de l'information utile aux dirigeants, aux gestionnaires, aux décideurs et au grand public.

# Références

1 B. Jarman et coll., « Explaining Differences in English Hospital Death Rates Using Routinely Collected Data », *British Medical Journal* (en ligne), vol. 318 (1999), p.1515-1520. Consulté en octobre 2007. Internet : <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/318/7197/1515>.

2 Institute for Healthcare Improvement, *Improvement Stories* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ihi.org/IHI/Topics/ReducingMortality/ReducingMortalityGeneral/ImprovementStories/>.

3 B. Jarman, A. Bottle et P. Aylin, « Monitoring Changes in Hospital Standardised Mortality Ratios », *British Medical Journal*, vol. 330 (2005), p. 329.

4 J. Wright et coll., « Learning from Death: A Hospital Mortality Reduction Programme », *Journal of the Royal Society of Medicine* (en ligne), vol. 99, nº 6, p. 303 (2006). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.jrsm.org/cgi/reprint/99/6/303>

5 Statistique Canada, *Portrait of the Canadian Population in 2006, by Age and Sex: National portrait* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www12.statcan.ca/english/census06/analysis/agesex/NatlPortrait6.cfm>.

6 Statistique Canada, *Life Expectancy, Abridged Life Table at Birth and at Age 65, by Sex, Canada, Provinces and Territories, Annual (Years)* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM>.

7 Statistique Canada, *Life expectancy at birth, by sex, by province* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www40.statcan.ca/101/cst01/health26.htm>.

8 Centers for Disease Control and Prevention, *Ten Great Public Health Achievements—United States, 1900–1999* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm>.

9 Institut canadien d'information sur la santé, *Donner naissance au Canada : Un profil régional*, Ottawa, ICIS, 2004.

10 R. Wilkins, J-M. Berthelot et E. Ng, *Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada From 1971 to 1996* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-003-SIE/2002001/pdf/82-003-SIE2002007.pdf>.

11 Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens, 2004*, Ottawa, ICIS, 2004.

12 Organisation mondiale de la Santé, *Quality of Care: Patient Safety* (en ligne), dernière modification le 18 mai 2002. Consulté le 19 avril 2004. Internet : <http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ewha5518.pdf>.

13 J. Reason, « Human Error: Models and Management », *British Medical Journal,* vol. 320 (2000), p. 768-770.

14 Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2004*, Ottawa, ICIS, 2004.

15 National Steering Committee on Patient Safety, *Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care* (en ligne), septembre 2002. Consulté en octobre 2007. Internet : <http://rcpsc.medical.org/publications/building_a_safer_system_e.pdf>.

16 M. R. Chassin, « Is Health Care Ready for Six Sigma Quality? », *Milbank Quarterly,* vol. 764 (1998), p. 565-91.

17 G. R. Baker et coll., « The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, nº 11 (2004), p. 1678-1686.

18 Institut canadien pour la sécurité des patients, *Institut canadien pour la sécurité des patients* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/accueil.html >.

19 E. A. Codman, « The Treatment of Malignant Peritonitis of Ovarian Origin », *Annals of Surgery*, vol. 68, n° 3 (1918), p. 338-346.

20 S. Christensen et coll., « Hospital Standardised Mortality Ratios Based on Data From Administrative Registries. A Pilot Project », *Ugeskr Laeger* (résumé en ligne), vol. 169, n° 34 (2007), p. 2767-2772. Article en Danois.

21 Institute for Healthcare Improvement, *Plan-Do-Study-Act (PDSA) Worksheet (IHI Tool)* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ihi.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Tools/Plan-Do-Study-Act%20(PDSA)%20Worksheet>.

22 J. L. Reinerstein et coll., *Seven Leadership Leverage Points* (en ligne), livre blanc de la série Innovation de l'IHI, Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2007. Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ihi.org>.

23 Health Quality Council, *Our definition of quality* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.hqc.sk.ca/portal.jsp?CYyjToig4fpTud+QpkFw1DBIzBf0QfLQkUwK4QBZaJunBthF7xbHr4zOVcA+lmY4>.

24 Health Quality Council of Alberta, *Alberta Quality Matrix for Health* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.hqca.ca/templates/HQCA5/pdf/Final_Matrix_2005-06-23.pdf>.

25 Health Quality Council, *Dimensions of quality* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.hqc.sk.ca/portal.jsp?CYyjToig4fpTud+QpkFw1DBlzBf0QfLQkUwK4QBZaJunBthF7xbHr4zOVcA+lmY4>.

26 Ontario Health Quality Council, *Q Monitor: 2007 report on Ontario's health system* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ohqc.ca/pdfs/final_2007_ohqc_report_summary1.pdf>.

27 M. W. Enkin, « Birthing Practices », dans The Canadian Encyclopedia 2004 (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.thecanadianencyclopedia.com/PrinterFriendly.cfm?Params=A1ARTA0000780>.

28 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, 2001.

29 Organisation de coopération et de développement économiques, *Health at a Glance, OECD Indicators 2005*, Paris, Éditions OCDE, 2005.

30 E. D. Peterson et coll., « Association Between Hospital Process Performance and Outcomes Among Patients With Acute Coronary Syndromes », *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, nº 16 (2006), p.1912-1920.

31 K. A. Eagle et coll. « Guideline-Based Standardized Care Is Associated With Substantially Lower Mortality in Medicare Patients With Acute Myocardial Infarction », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 37, nº 4 (2001), p. 992-997.

32 J. Chen et coll., « Do America's Hospitals Perform Better For Acute Myocardial Infarction? », *New England Journal of Medicine*, vol. 340 (1999), p. 286-292.

33 S. Fishbane et coll., « The Impact of Standardized Order Sets and Intensive Clinical Case Management on Outcomes in Community-Acquired Pneumonia », *Archives of Internal Medicine*, vol. 167, n° 15 (2007), p. 1664-1669.

34 L. G. Shamagian et coll., « The Death Rate Among Hospitalized Heart Failure Patients With Normal and Depressed Left Ventricular Ejection Fraction in the Year Following Discharge: Evolution Over a 10-Year Period », *European Heart Journal*, vol. 26 (2005), p. 2251-2258.

35 Institute for Healthcare Improvement, *Reducing Hospital Mortality Rates at Missouri Baptist* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ihi.org/IHI/Topics/ReducingMortality/ReducingMortalityGeneral/ImprovementStories/ReducingHospitalMortalityRatesatMissouriBaptist.htm>.

36 Institute for Healthcare Improvement, *St. Peter Community Hospital Decreases Mortality from 2.6 Percent to 1.2 Percent in Two Years* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ihi.org/IHI/Topics/ReducingMortality/ReducingMortalityGeneral/ImprovementStories/StPeterCommunityHospitalDecreasesMortality.htm>.

37 V. Vaccarino et coll., « Sex Differences in Mortality After Myocardial Infarction: Evidence for a Sex-Age Interaction », *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, nº 18 (1998), p. 2054-2062.

38 J. M. Boucher et coll., « Age-Related Differences in in-Hospital Mortality and the Use of Thrombolytic Therapy for Acute Myocardial Infarction », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, nº 9 (2001), p.1285-1290.

39 J. M. Holroyd-Leduc et coll., « Sex Differences and Similarities in the Management and Outcome of Stroke Patients », *Stroke*, vol. 31, nº 8 (2001), p. 1833-1837.

40 Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2006*, Ottawa, ICIS, 2006.

41 E. S. Holmboe et coll., « Use of Critical Pathways to Improve the Care of Patients With Acute Myocardial Infarction », *American Journal of Medicine*, vol. 107 (1999), p. 324-331.

42 H. Quan et coll., « Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data », *Medical Care*, vol. 43, nº 11 (2005), p. 1130-1139.

43 C. H. Hennekens, J. E. Buring et S. L. Mayrent, *Epidemiology in Medicine*, Boston, Massachusetts, Little Brown & Co., 1987.

44 A. Worster et B. H. Rowe, « Measures of Association: An Overview With Examples From Canadian Emergency Medicine Research », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 3 (2001), p. 3.

45 M. K. Kapral et coll., « Effect of Socioeconomic Status on Treatment and Mortality After Stroke », *Stroke*, éditorial, vol. 33, nº 1 (2002), p. 268-275.

46 D. A. Alter et coll., « Socioeconomic Status and Mortality After Acute Myocardial Infarction », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, nº 2 (2006), p. 82-93.

47 L. Pilote et coll., « Universal Health Insurance Coverage Does Not Eliminate Inequities in Access to Cardiac Procedures After Acute Myocardial Infarction », *American Heart Journal*, vol. 146, nº 6 (2003), p. 1030-1037.

48 L. K. Newby et coll., « Time From Symptom Onset to Treatment and Outcomes After Thrombolytic Therapy », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 27, nº 7 (1996), p. 1646-1655.

49 Y Numata et coll., « Nurse Staffing Levels and Hospital Mortality in Critical Care Settings: Literature Review and Meta-Analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 55, nº 4 (août 2006), p. 435-448.

50 A. G. Carrie et A. L. Kozyrskyj, « Disease, Temporal and Sociodermographic Influences on Initial Treatment of Community-acquired Pneumonia in Manitoba, Canada », *International Journal of Antimicrobial Agents* (en ligne), vol. 28, nº 2 (28 août 2006), p. 95-100.

51 G. L. Booth et J. E. Hux, « Relationship Between Avoidable Hospitalizations for Diabetes Mellitus and Income Level », *Archives of Internal Medicine,* vol. 163, nº 1 (13 janvier 2003), p. 101-106.

52 Statistique Canada, CANSIM (tableau 102-0509) (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM>.

53 D. M. Wilson et coll., « Location of Death in Canada. A Comparison of 20th-century Hospital and Nonhospital Locations of Death and Corresponding Population Trends », *Evaluation and the Health Professions*, vol. 24, nº 4 (décembre 2001), p. 385-403.

54 E. K. Mpinga et coll., « First International Symposium on Places of Death: An Agenda for the 21st Century », *Journal of Palliative Care*, vol. 22, nº 44 (hiver 2006), p. 293-296.

55 V. Seagroatt et M. J. Goldacre, «Hospital Mortality League Tables: Influence of Place of Death », *British Medical Journal*, vol. 328, nº 7450 (22 mai 2004), p. 1235-1236.

56 M. J. Harley et M. A. Mohammed, *Hospital Mortality League Tables: Influence of Place of Death* (en ligne), (20 avril 2004). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.bmj.com/cgi/eletters/328/7450/1235?ck=nck#57042>.

57 B. Jarman et coll., « Place of Death » (en ligne), (3 juin 2004). Consulté en octobre 2007. Internet : http://www.bmj.com/cgi/eletters/328/7450/1235?ck=nck#57042.

58 Institut canadien d'information sur la santé, *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2006*, Ottawa, ICIS, 2006.

59 Institut canadien d'information sur la santé, *Qualité des données de la Base de données sur les congés des patients suite à la première année de la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI*, Ottawa, ICIS, 2004.

60 J. V. Tu et coll., « *Acute Myocardial Infarction Outcomes in Ontario* », C. David Naylor et P. Slaughter, éd., Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1999, p. 83-110.

61 J. V. Tu, et coll., « Development and Validation of the Ontario Acute Myocardial Infarction Mortality Prediction Rules », *Journal of the American College of Cardiology,* vol. 37, nº 4 (2001), p. 992-997.

62 M. Norena et coll., « Adjustment of Intensive Care Unit Outcomes for Severity of Illness and Comorbidity Scores », *Journal of Critical Care*, vol. 21 (2006), p.142-150.

63 P. S. Romano, L. L. Remy et H. S. Luft, *Second Report of the California Hospital Outcomes Project (1996): Acute Myocardial Infarction Volume Two: Technical Appendix, Chapter 15* (en ligne), 1996. Consulté en octobre 2007. Internet : <http://repositories.cdlib.org/chsrpc/coshpd/chapter014>.

64 P. Aylin, A. Bottle et A. Majeed, « Use of Administrative Data or Clinical Databases as Predictors of Risk of Death in Hospital: Comparison of Models », *British Medical Journal,* vol. 33 (23 avril 2007), p. 1044.

65 Institute for Healthcare Improvement, *Ventilator Associated Pneumonia: Getting to Zero…and Staying There* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ihi.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/ImprovementStories/FSVAPGettingtoZeroandStayingThere.htm>.

66 Healthcare Commission, *Core and developmental standards declaration 2006/2007: Walsall Hospitals NHS Trust* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.walsallhospitals.nhs.uk/Library/AboutUs/AHC106537%20-%20Walsall%20Hospitals%20NHS%20Trust.pdf>.

67 Institute for Healthcare Improvement, *Tools and Resources Related to Move Your Dot™: Understanding Your Hospital's Mortality Rate* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.ihi.org/IHI/Topics/ReducingMortality/ReducingMortalityGeneral/EmergingContent/ToolsandResourcesRelatedtoMoveYourDot.htm>.

68 Institute for Healthcare Improvement, *Move Your Dot™: Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rates (Part 1)* (en ligne), livre blanc de la série Innovation de l'IHI, Boston, IHI, 2003. Internet : <http://www.IHI.org>.

69 J. Whittington, T. Simmonds et D. Jacobsen, *Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2)* (en ligne), livre blanc de la série Innovation de l'IHI, Cambridge, MA, IHI, 2005. Internet : <http://www.IHI.org>.

**70** J. French, « Patient Safety Project Saving Lives », *The Star Phoenix*, (12 avril 2007) Site Web de *soins de santé sécuritaires maintenant!*. http://saferhealthcarenow.ca/ViewResource.aspx?resourceId=1086>.

**71** Communication personnelle avec Shauna Figler, ministère de la santé du Nouveau-Brunswick.

**72** The Churchill Society London, (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.churchill-society-london.org.uk/EndoBegn.html>.

**73** Dr. Foster Intelligence, *The Hospital Guide: Your Hospital Your Choice* (en ligne), décembre 2005. Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.drfoster.co.uk/hospitalreport/pdfs/hospitalguidefull.pdf>.

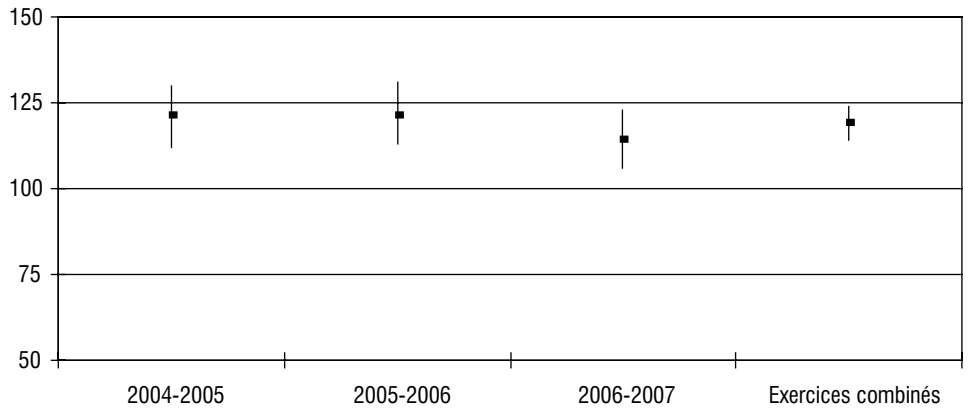
**74** Dr. Foster Intelligence, *How Healthy Is Your Hospital: Special Edition Hospital Guide* (en ligne). Consulté en octobre 2007. Internet : <http://www.drfoster.co.uk/library/reports/hospitalGuide2007.pdf>.

# Annexe I

## Tableaux des RNMH — par région sanitaire

## Terre-Neuve-et-Labrador
## Eastern Regional Integrated Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 121 | 112-130 | 114 | 106-122 |
| 2005-2006 | 121 | 113-131 | 122 | 114-131 |
| 2006-2007 | 114 | 106-123 | 115 | 107-123 |
| **Exercices combinés** | **119** | **114-124** | **117** | **112-122** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Bonavista Community Health Centre
- Burin Peninsula Health Care Centre
- Carbonear General Hospital
- Dr. A. A. Wilkinson Memorial Health Centre
- Dr. G. B. Cross Memorial Hospital
- Dr. Walter Templeman Health Centre
- Placentia Health Care Centre
- St. John's Acute Care‡

**Remarques :**

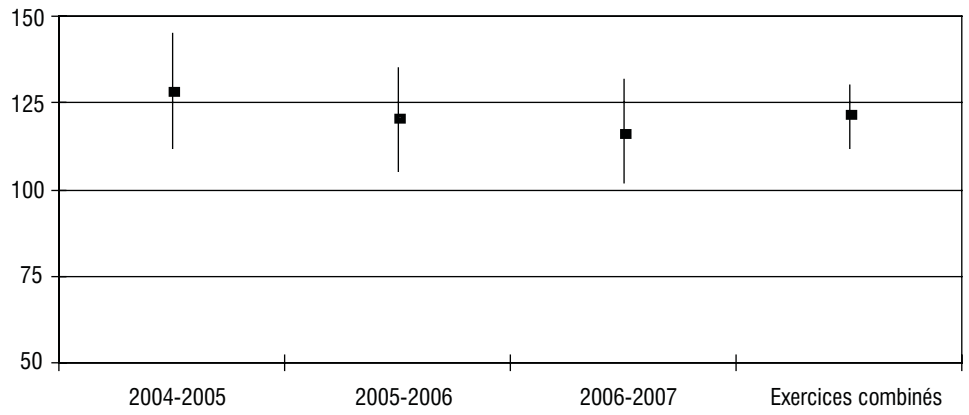
‡ St. John's Acute Care choisit les soins fournis par les établissements suivants : General Hospital (Health Sciences Centre), St. Clare's Mercy Hospital, Waterford Hospital, Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre (2006-2007 seulement) et Dr. L. A. Miller Centre.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Terre-Neuve-et-Labrador
## Central Regional Integrated Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 128 | 112-145 | 123 | 109-138 |
| 2005-2006 | 120 | 105-135 | 121 | 107-135 |
| 2006-2007 | 116 | 102-132 | 122 | 108-136 |
| **Exercices combinés** | **121** | **112-130** | **122** | **114-130** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

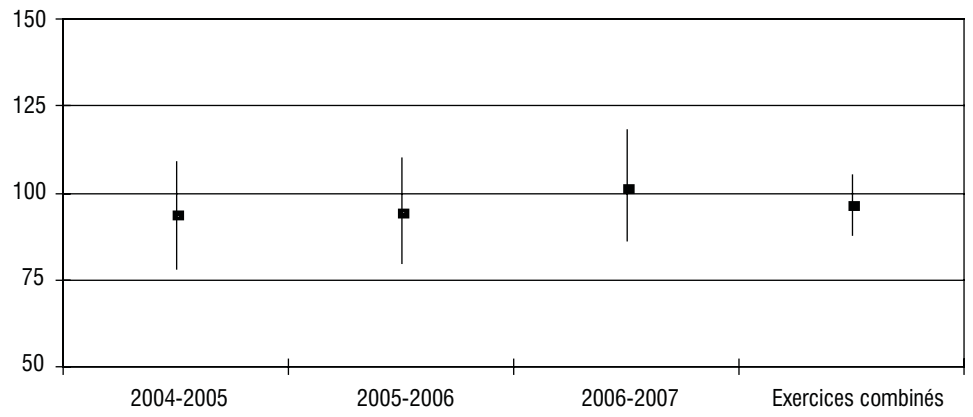
- A. M. Guy Memorial Hospital
- Baie Verte Health Care Centre
- Brookfield/Bonnews Health Care Centre
- Central Newfoundland Regional Health Centre
- Connaigre Peninsula Community Health Centre
- Fogo Island Hospital
- Green Bay Community Health Centre
- James Paton Memorial Hospital
- Notre Dame Bay Memorial Health Centre

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Terre-Neuve-et-Labrador
## Western Regional Integrated Health Authority

### Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 93 | 78-109 | 108 | 94-123 |
| 2005-2006 | 94 | 80-110 | 111 | 97-126 |
| 2006-2007 | 101 | 86-118 | 125 | 110-141 |
| **Exercices combinés** | **96** | **88-105** | **115** | **106-123** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Bonne Bay Health Centre
- Calder Health Care Centre
- Dr. Charles L. Legrow Health Centre
- Rufus Guinchard Health Care Centre
- Sir Thomas Roddick Hospital
- Western Memorial Regional Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Nouvelle-Écosse
## La régie régionale de la santé Cape Breton

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**

Les données excluant les SP ne sont pas incluses

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | * | * | 137 | 126-149 |
| 2005-2006 | * | * | 139 | 128-152 |
| 2006-2007 | * | * | 127 | 116-139 |
| **Exercices combinés** | ***** | ***** | **135** | **128-141** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Buchanan Memorial Community Health Centre
- Cape Breton Healthcare Complex†
- Inverness Consolidated Memorial Hospital
- Sacred Heart Hospital
- Victoria County Memorial Hospital

**Remarques :**

* Une fois les données du Cape Breton Healthcare Complex exclues, la région n'atteignait plus le seuil d'admissibilité de 2 500 cas. C'est pourquoi on ne déclare pas les résultats du RNMH qui exclut les données sur les soins palliatifs pour cette région.

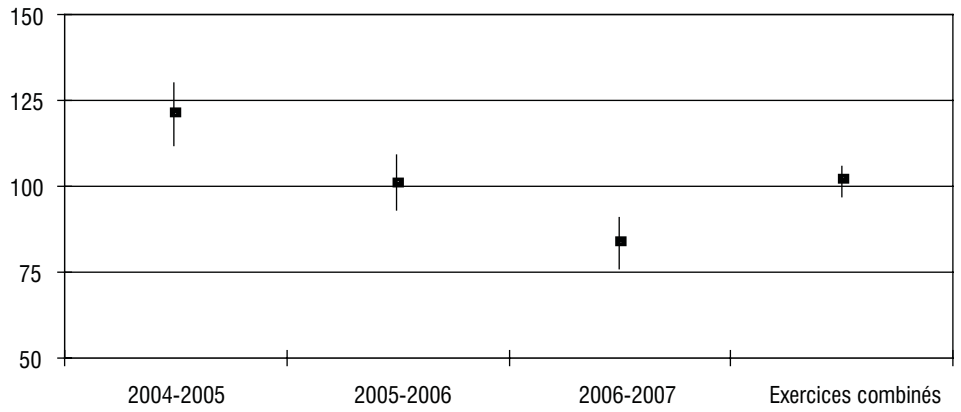
† Le Cape Breton Healthcare Complex est situé dans cette région. Cependant, il a signalé des problèmes majeurs relativement aux données présentées pour le calcul du RNMH. En conséquence, les données de cet établissement ne sont pas incluses dans le calcul du RNMH qui exclut les soins palliatifs.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Nouvelle-Écosse
## Capital District Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 121 | 112-130 | 125 | 118-133 |
| 2005-2006 | 101 | 93-109 | 113 | 106-120 |
| 2006-2007 | 84 | 76-91 | 107 | 100-114 |
| **Exercices combinés** | **102** | **97-106** | **115** | **111-119** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Dartmouth General Hospital†
- Eastern Shore Memorial
- Hants Community Hospital†
- Musquodoboit Valley Memorial Hospital
- Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
- Twin Oaks Memorial Hospital

**Remarques :**

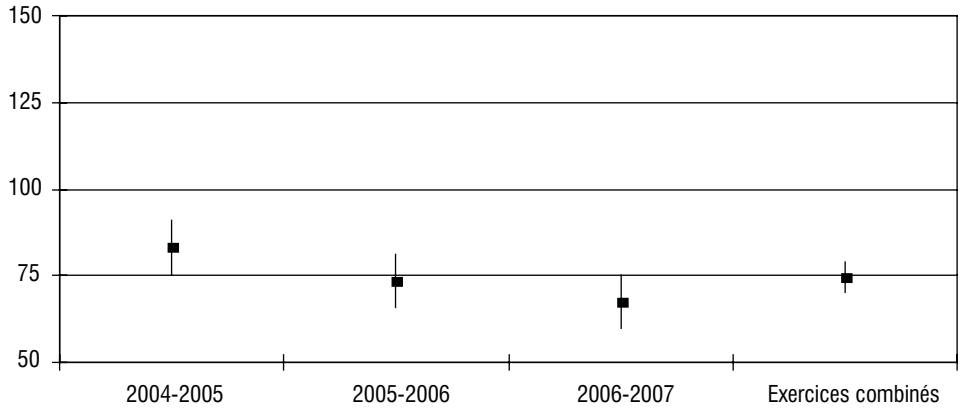
† Le Dartmouth General Hospital et le Hants Community Hospital sont situés dans cette région. Cependant, ils ont signalé des problèmes majeurs relativement aux données présentées pour le calcul du RNMH. En conséquence, les données de ces établissements ne sont pas incluses dans le calcul du RNMH qui exclut les soins palliatifs.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Nouveau-Brunswick
## Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 83 | 75-91 | 94 | 86-103 |
| 2005-2006 | 73 | 66-81 | 84 | 76-92 |
| 2006-2007 | 67 | 60-75 | 86 | 79-94 |
| **Exercices combinés** | **74** | **70-79** | **88** | **84-93** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Centre de santé de Sussex
- Hôpital de Grand Manan
- Hôpital du comté de Charlotte
- Hôpital Régional de Saint John

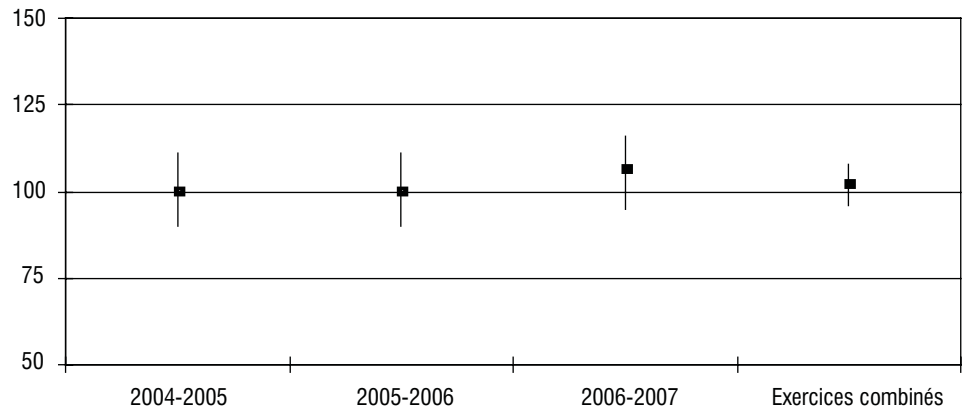
**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Nouveau-Brunswick
## Régie Santé de la Vallée

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 100 | 90-111 | 99 | 90-109 |
| 2005-2006 | 100 | 90-111 | 100 | 91-110 |
| 2006-2007 | 106 | 95-116 | 104 | 95-114 |
| **Exercices combinés** | **102** | **96-108** | **101** | **96-107** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

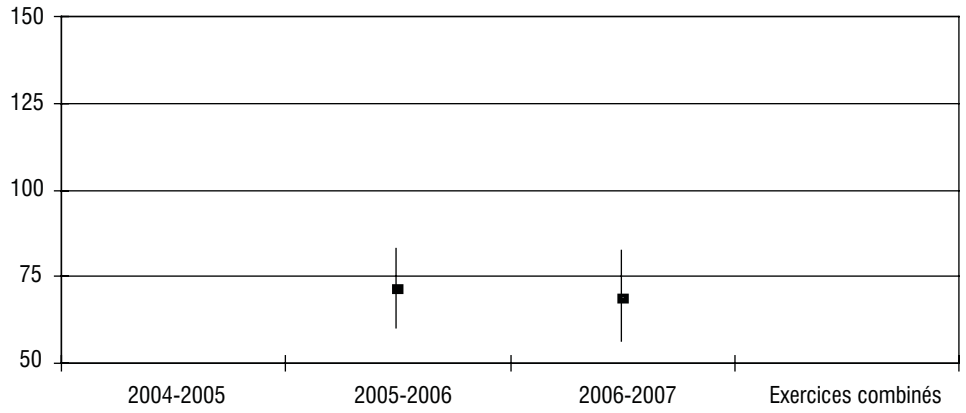
- Hôpital Carleton Memorial
- Hôpital de Northern Carleton
- Hôpital de Tobique Valley
- Hôpital public d'Oromocto
- Hôpital régional Dr. Everett Chalmers
- Hôtel-Dieu Saint-Joseph

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Nouveau-Brunswick
## Régie de la santé Acadie Bathurst Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | ~ | ~ | ~ | ~ |
| 2005-2006 | 71 | 60-83 | 80 | 69-92 |
| 2006-2007 | 68 | 56-82 | 92 | 79-106 |
| **Exercices combinés** | ~ | ~ | ~ | ~ |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Hôpital de L'Enfant-Jésus RHSJ
- Hôpital de Tracadie-Sheila
- L'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque
- Hôpital régional Chaleur

**Remarques :**

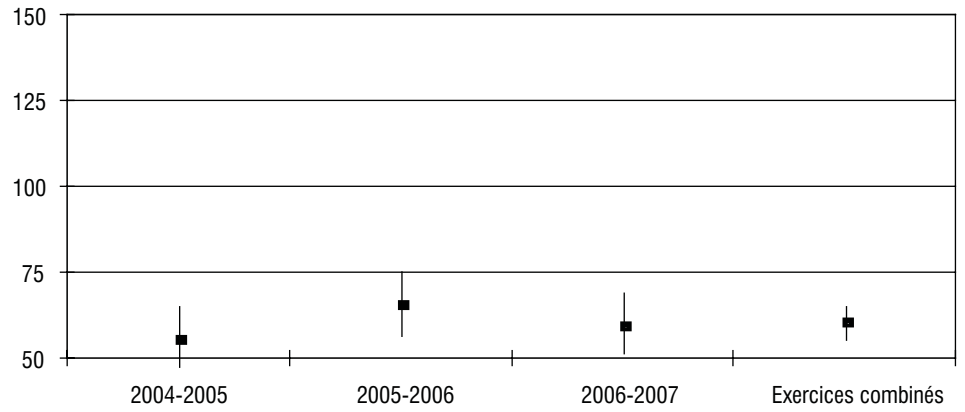
~ Les données de la Régie de la santé Acadie Bathurst soumises pour l'exercice financier 2004-2005 étaient incomplètes. Par conséquent, les RNMH pour l'exercice 2004-2005 et pour les exercices combinés ne figurent pas ici.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Nouveau-Brunswick
## Régie régionale de la santé Sud-Est

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 55 | 47-65 | 79 | 71-89 |
| 2005-2006 | 65 | 56-75 | 91 | 81-101 |
| 2006-2007 | 59 | 51-69 | 86 | 77-96 |
| **Exercices combinés** | **60** | **55-65** | **85** | **80-91** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Hôpital Mémorial de Sackville
- L'Hôpital de Moncton

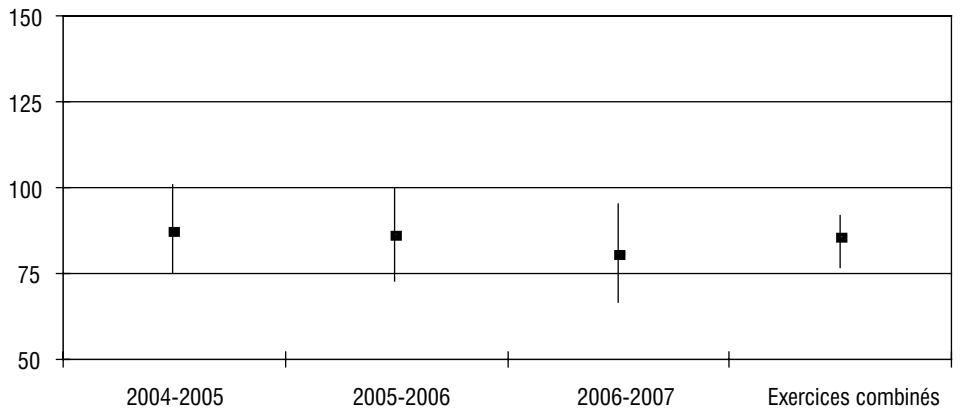
Remarques :

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Nouveau-Brunswick
## Régie régionale de la santé Beauséjour Regional Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 87 | 75-101 | 94 | 82-106 |
| 2005-2006 | 86 | 73-100 | 96 | 84-109 |
| 2006-2007 | 80 | 67-95 | 98 | 85-112 |
| **Exercices combinés** | **85** | **77-92** | **96** | **89-103** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

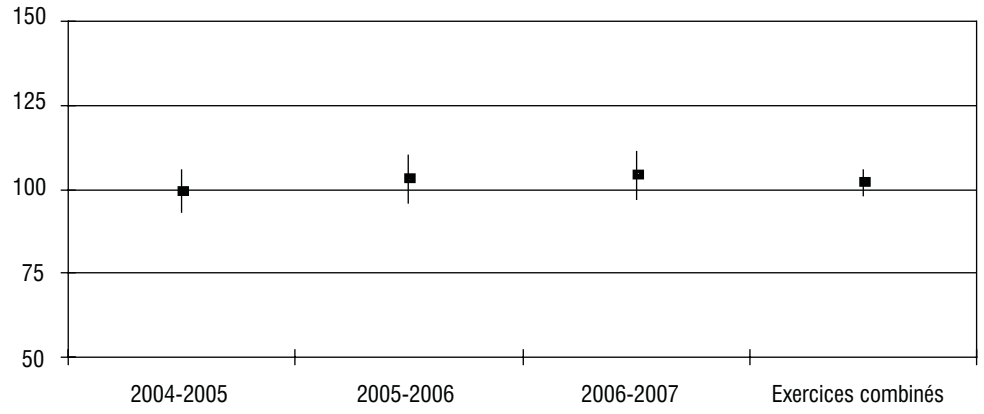
- Hôpital régional Dr-George-L.-Dumont
- Hôpital Stella-Maris-de-Kent

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS d'Érié St. Clair

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 99 | 93-106 | 99 | 93-105 |
| 2005-2006 | 103 | 96-110 | 105 | 98-111 |
| 2006-2007 | 104 | 97-111 | 108 | 102-115 |
| **Exercices combinés** | **102** | **98-106** | **104** | **100-107** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Bluewater Health Charlotte Eleanor Englehart Site
- Bluewater Health Sarnia Site
- Hôpital du district de Syndenham
- Hôpital Hôtel-Dieu Grace, Site Hotel Dieu
- Hôpital Memorial du district de Leamington
- Hôpital public général de Chatham
- Hôpital St-Joseph

**Remarques :**

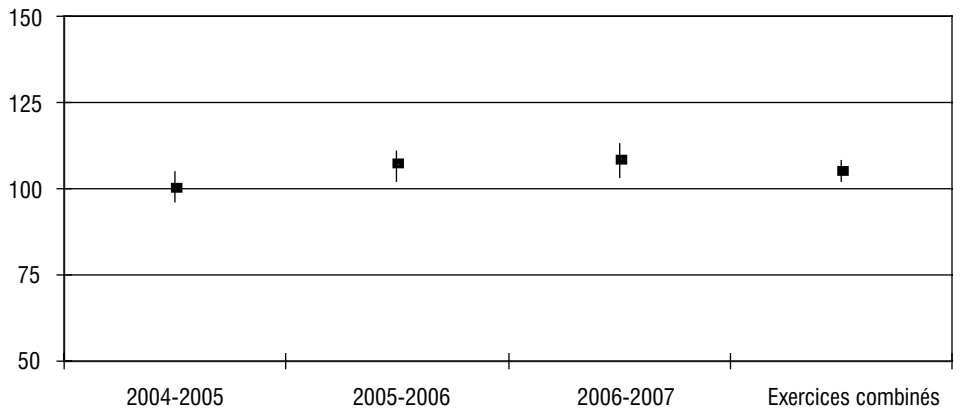
Le Windsor Regional Hospital (Windsor Regional Hospital et Windsor Regional Hospital Metropolitan Campus) est situé dans cette région. Cependant, il a signalé des problèmes majeurs relativement aux données présentées pour le calcul du RNMH. En conséquence, les données de cet établissement ne sont pas incluses dans les calculs du RNMH ci-dessus.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

# Ontario
# RLISS du Sud-Ouest

## Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 100 | 96-105 | 103 | 98-107 |
| 2005-2006 | 107 | 102-111 | 109 | 105-113 |
| 2006-2007 | 108 | 103-113 | 113 | 109-118 |
| **Exercices combinés** | **105** | **102-108** | **108** | **106-111** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Grey Bruce Health Centre Grey Site
- Grey Bruce Health Services Lion's Head Hospital
- Grey Bruce Health Services Meaford Site
- Grey Bruce Health Services Owen Sound Site
- Grey Bruce Health Services Southampton Site
- Grey Bruce Health Services Wiarton Site
- Hôpital Alexandra
- Hôpital Alexandra Marine and General
- Hôpital communautaire de Seaforth
- Hôpital de Hanover et du district
- Hôpital de Wingham et du district
- Hôpital général de St. Thomas-Elgin
- Hôpital général de Stratford
- Hôpital général de Strathroy-Middlesex
- Hôpital général de Woodstock
- Hôpital général du district de Tillsonburg
- Hôpital Memorial de Listowel
- Hôpital Memorial de St. Marys
- Hôpital public de Clinton
- London Health Sciences Centre
- Services de santé Four Counties
- South Bruce Grey Health Centre Chesley Site
- South Bruce Grey Health Centre Durham Site
- South Bruce Grey Health Centre Kincardine Site
- South Bruce Grey Health Centre Walkerton Site
- South Huron Hospital
- St. Joseph's Healthcare London

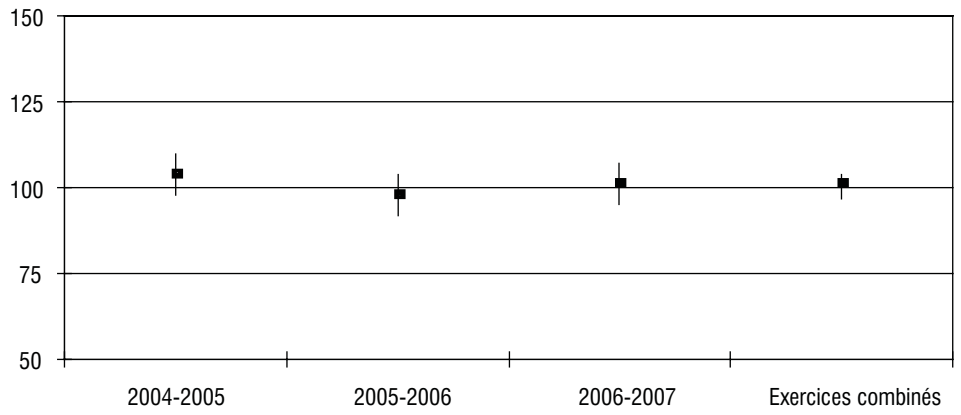
Remarques :

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS de Waterloo Wellington

### Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 104 | 98-110 | 101 | 95-106 |
| 2005-2006 | 98 | 92-104 | 95 | 90-101 |
| 2006-2007 | 101 | 95-107 | 104 | 99-110 |
| **Exercices combinés** | **101** | **97-104** | **100** | **97-103** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

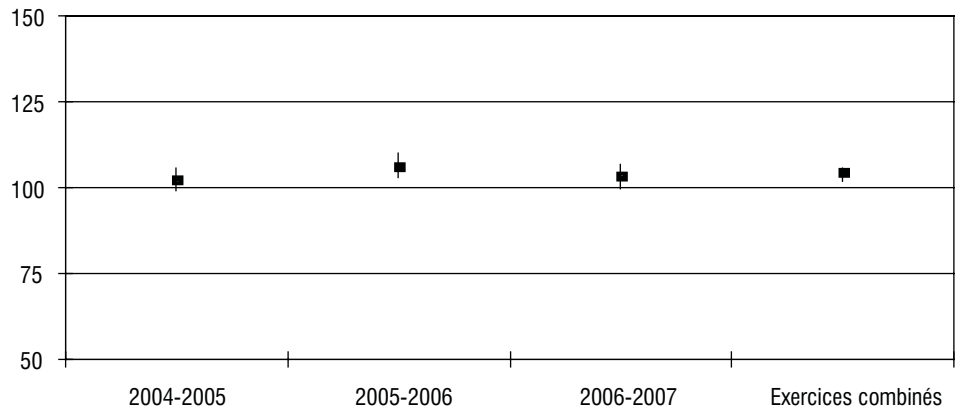
- Hôpital communautaire Groves Memorial
- Hôpital général de Guelph
- Hôpital général St. Mary
- Hôpital Grand River K. W. Health Centre
- Hôpital Memorial de Cambridge
- North Wellington Health Care Louise Marshall Site
- North Wellington Health Care Palmerston Site

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 102 | 99-106 | 100 | 97-103 |
| 2005-2006 | 106 | 103-110 | 105 | 102-109 |
| 2006-2007 | 103 | 100-107 | 105 | 102-109 |
| **Exercices combinés** | **104** | **102-106** | **103** | **102-105** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

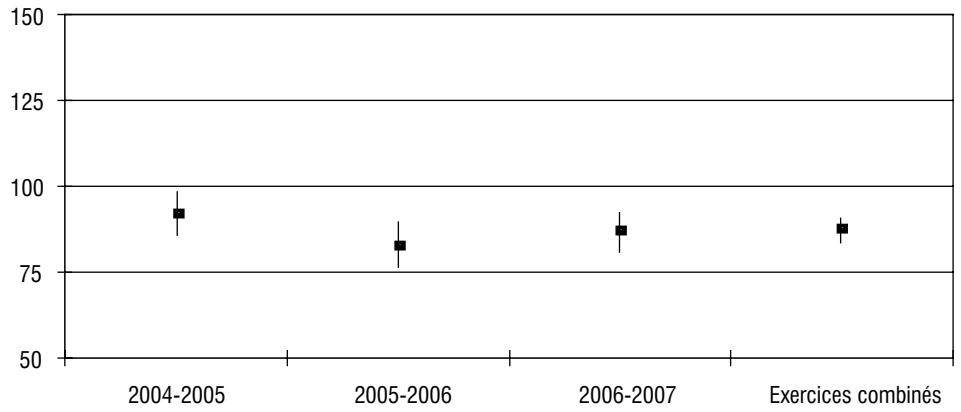
- Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton
- Hamilton Health Sciences Corporation Hamilton Division
- Hamilton Health Sciences Corporation Henderson Division
- Hamilton Health Sciences Corporation McMaster Division
- Hôpital général de Brantford
- Hôpital général de Haldimand-Ouest
- Hôpital général de Norfolk
- Hôpital Joseph Brant Memorial
- Hôpital Memorial de Lincoln Ouest
- Hôpital War Memorial de Haldimand
- Hôpital Willett
- Hotel Dieu Health Sciences Hospital
- Système de santé de Niagara — Fort Erie Site
- Système de santé de Niagara — Greater Niagara Site
- Système de santé de Niagara — Niagara On The Lake Site
- Système de santé de Niagara — Ontario Street Site
- Système de santé de Niagara — Port Colborne General Hospital Site
- Système de santé de Niagara — St. Catharines General Site
- Système de santé de Niagara — Welland County General Site

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS du Centre-Ouest

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 91 | 85-98 | 86 | 80-92 |
| 2005-2006 | 82 | 76-89 | 79 | 74-85 |
| 2006-2007 | 86 | 80-92 | 84 | 78-90 |
| **Exercices combinés** | **87** | **83-90** | **83** | **80-86** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

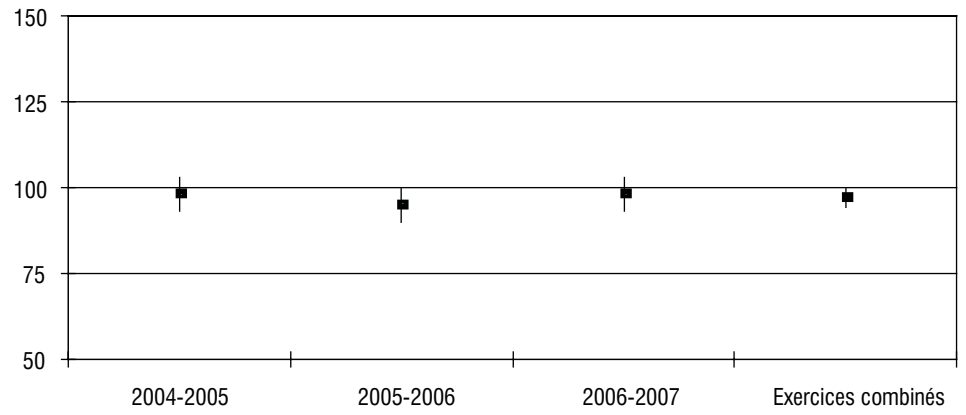
- Headwaters Health Care Centre
- William Osler Health Centre Etobicoke General Hospital
- William Osler Health Centre Peel Memorial Campus

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS de Mississauga Halton

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 98 | 93-103 | 102 | 97-107 |
| 2005-2006 | 95 | 90-100 | 99 | 94-104 |
| 2006-2007 | 98 | 93-103 | 104 | 99-109 |
| **Exercices combinés** | **97** | **94-100** | **101** | **99-104** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

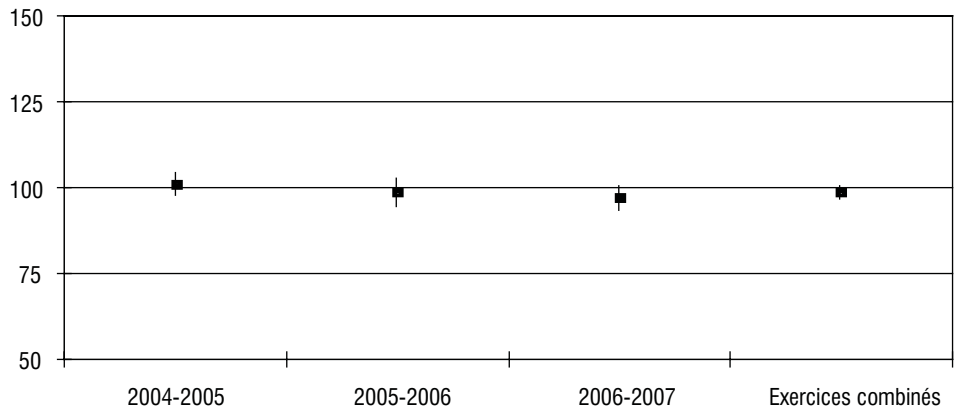
- Centre de santé Trillium
- Halton Healthcare Services Georgetown Site
- Halton Healthcare Services Milton Site
- Halton Healthcare Services Oakville Trafalgar Site
- Hôpital Credit Valley
- William Osler Health Centre Georgetown Site

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS de Toronto-Centre

### Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 100 | 97-104 | 96 | 93-100 |
| 2005-2006 | 98 | 94-102 | 97 | 94-100 |
| 2006-2007 | 96 | 93-100 | 97 | 94-100 |
| **Exercices combinés** | **98** | **96-100** | **97** | **95-99** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Centre de santé St-Joseph, Toronto
- Centre Sunnybrook des sciences de la santé
- Hôpital Mount Sinai†
- Hôpital St. Michael
- Toronto East General Hospital
- University Health Network

**Remarques :**

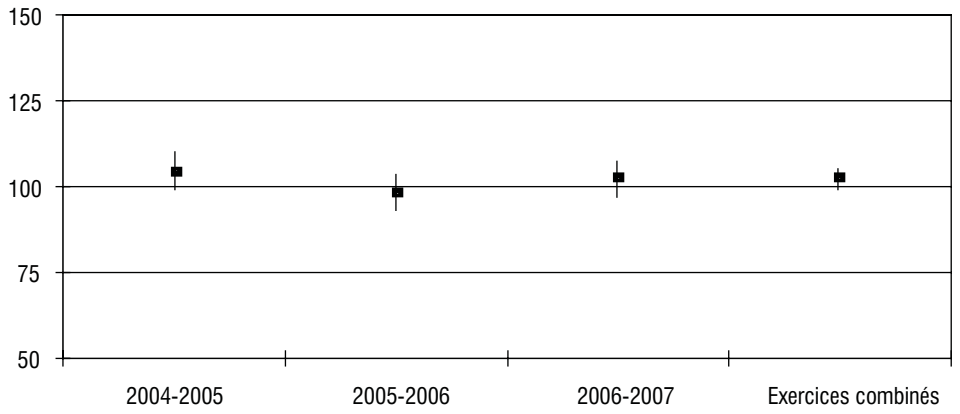
† L'Hôpital Mount Sinai Hospital est situé dans cette région. Cependant, il a signalé des problèmes majeurs relativement aux données présentées pour le calcul du RNMH. En conséquence, les données de cet établissement ne sont pas incluses dans le calcul du RNMH qui exclut les soins palliatifs.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

# Ontario
# RLISS du Centre

## Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 104 | 99-110 | 100 | 95-105 |
| 2005-2006 | 98 | 93-103 | 96 | 91-101 |
| 2006-2007 | 102 | 97-107 | 100 | 96-105 |
| **Exercices combinés** | **102** | **99-105** | **99** | **96-101** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Centre régional de santé Southlake
- Hôpital central de York
- Hôpital de Markham-Stouffville Markham Site
- Hôpital général de North York, General Site
- Hôpital Stevenson Memorial

**Remarques :**

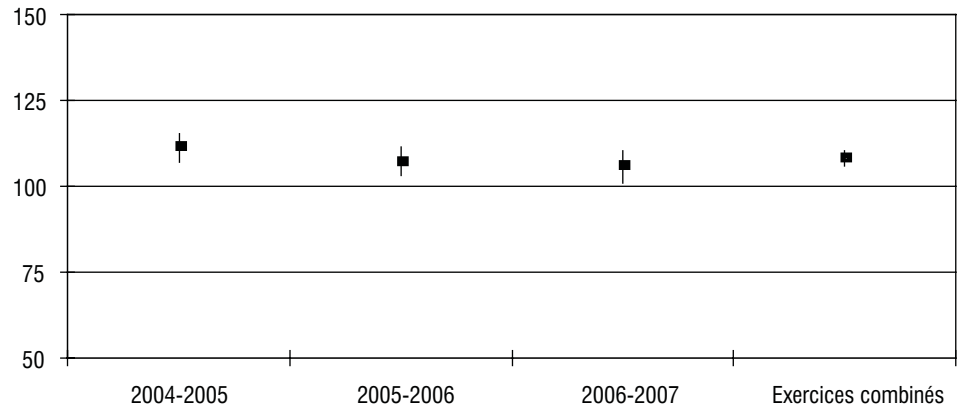
Le Humber River Regional Hospital (sites de la rue Finch, Keele et Church) est situé dans cette région. Cependant, il a signalé des problèmes majeurs relativement aux données présentées pour le calcul du RNMH. En conséquence, les données de cet établissement ne sont pas incluses dans les calculs du RNMH ci-dessus.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS du Centre-Est

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 111 | 107-115 | 110 | 106-114 |
| 2005-2006 | 107 | 103-111 | 109 | 105-113 |
| 2006-2007 | 106 | 101-110 | 110 | 107-114 |
| **Exercices combinés** | **108** | **106-110** | **110** | **108-112** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

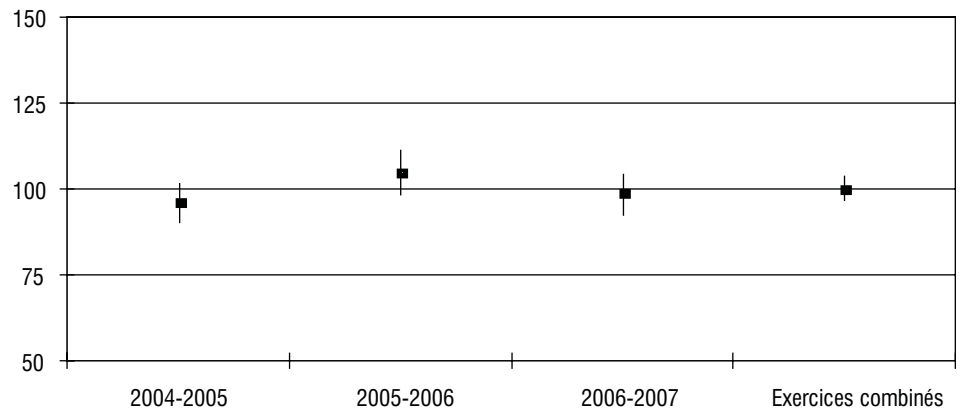
- Centre régional de santé de Peterborough
- Haliburton Highlands Health Service
- Hôpital de Markham-Stouffville Uxbridge Site
- Hôpital de Scarborough General Site
- Hôpital de Scarborough Grace Site
- Hôpital Memorial de Campbellford
- Hôpital Northumberland Hills
- Hôpital Ross Memorial
- Lakeridge Health Bowmanville Memorial Site
- Lakeridge Health Oshawa Site
- Lakeridge Health Port Perry Site
- Rouge Valley Health System Ajax and Pickering Health Centre
- Rouge Valley Health System Centenary Site

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

# Ontario
# RLISS du Sud-Est

## Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 95 | 90-101 | 103 | 98-109 |
| 2005-2006 | 104 | 98-111 | 104 | 99-110 |
| 2006-2007 | 98 | 92-104 | 110 | 104-116 |
| **Exercices combinés** | **99** | **96-103** | **106** | **102-109** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Hôpital du district de Perth et de Smiths Falls Perth Site
- Hôpital du district de Perth et de Smiths Falls Smith Site
- Hôpital général de Brockville
- Hôpital général de Kingston
- Hôpital général du comté de Lennox et Addington
- Hôpital Hôtel Dieu
- Hôpital St. Francis Memorial
- Quinte Healthcare Corporation Belleville General Site
- Quinte Healthcare Corporation North Hastings Site
- Quinte Healthcare Corporation Prince Edward County Memorial Site
- Quinte Healthcare Corporation Trenton Memorial Site

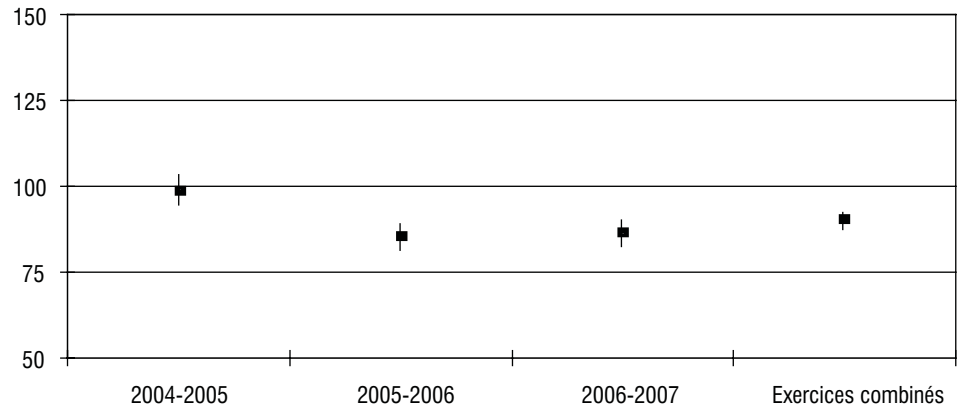
**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS de Champlain

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 98 | 94-103 | 103 | 99-107 |
| 2005-2006 | 85 | 81-89 | 98 | 94-102 |
| 2006-2007 | 86 | 82-90 | 102 | 98-106 |
| **Exercices combinés** | **90** | **87-92** | **101** | **98-103** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

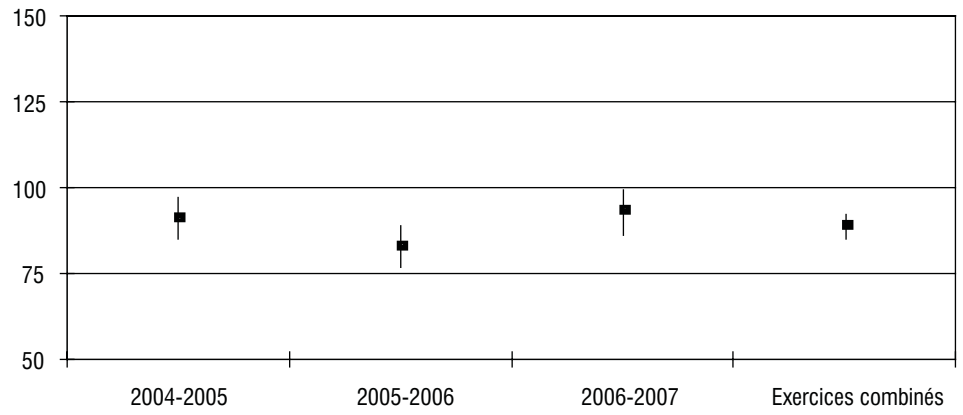
- Hôpital communautaire de Cornwall 2nd Street Site
- Hôpital communautaire de Cornwall McConnell Site
- Hôpital de Deep River et du district
- L'Hôpital d'Ottawa — Campus civic
- L'Hôpital d'Ottawa — Campus général
- Hôpital du district de Kemptville
- Hôpital général d'Almonte
- Hôpital Général de Hawkesbury
- Hôpital Glengarry Memorial
- Hôpital Memorial d'Arnprior et du district
- Hôpital Memorial de Carleton Place et du district
- Hôpital Memorial du district de Winchester
- Hôpital Montfort
- Hôpital Queensway Carleton
- Hôpital régional de Pembroke
- Hôpital Victoria de Renfrew

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS de Simcoe-Nord Muskoka

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 91 | 85-97 | 93 | 88-99 |
| 2005-2006 | 83 | 77-89 | 90 | 85-96 |
| 2006-2007 | 93 | 86-99 | 99 | 93-106 |
| **Exercices combinés** | **89** | **85-92** | **94** | **91-98** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

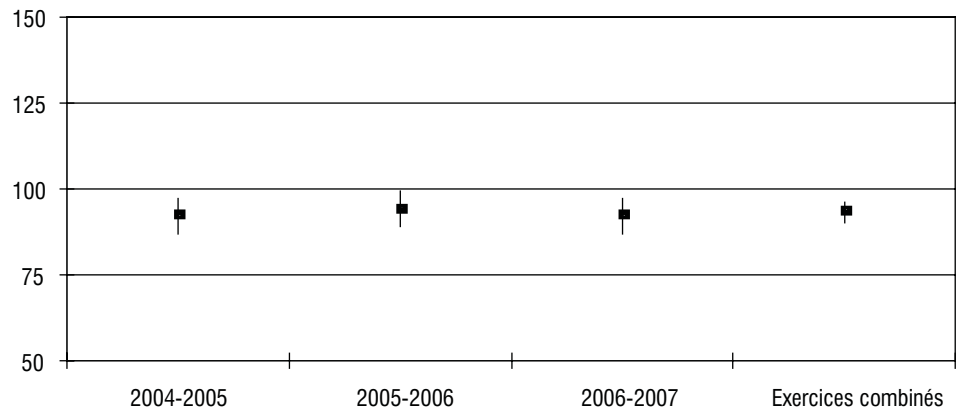
- Hôpital du district de la Huronie
- Hôpital General and Marine de Collingwood
- Hôpital Memorial de Muskoka-Sud
- Hôpital Memorial du district de Huntsville
- Hôpital Royal Victoria
- Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS du Nord-Est

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 92 | 87-97 | 102 | 97-107 |
| 2005-2006 | 94 | 89-99 | 107 | 102-112 |
| 2006-2007 | 92 | 87-97 | 105 | 100-110 |
| **Exercices combinés** | **93** | **90-96** | **104** | **102-107** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound
- Centre de santé Lady Dunn
- Hôpital Bingham Memorial
- Hôpital communautaire de Hornepayne
- Hôpital de Kirkland et du district
- Hôpital de Sault-Sainte-Marie
- Hôpital de Smooth Rock Falls
- Hôpital de Timmins et du district
- Hôpital d'Englehart et du district
- Hôpital général Anson
- Hôpital général de Mattawa
- Hôpital Général de Nipissing Ouest
- Hôpital général de North Bay
- Hôpital Général d'Espanola
- Hôpital général St-Joseph
- Hôpital Lady Minto
- Hôpital Notre-Dame Hospital
- Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital Laurentian Site
- Hôpital Sensenbrenner
- Hôpital Temiskaming
- Manitoulin Health Centre Little Current Site
- Manitoulin Health Centre Mindemoya Hospital Site
- Pavillon santé du district de Blind River
- Services De Santé de Chapleau Health Services
- Weeneebayko Hospital

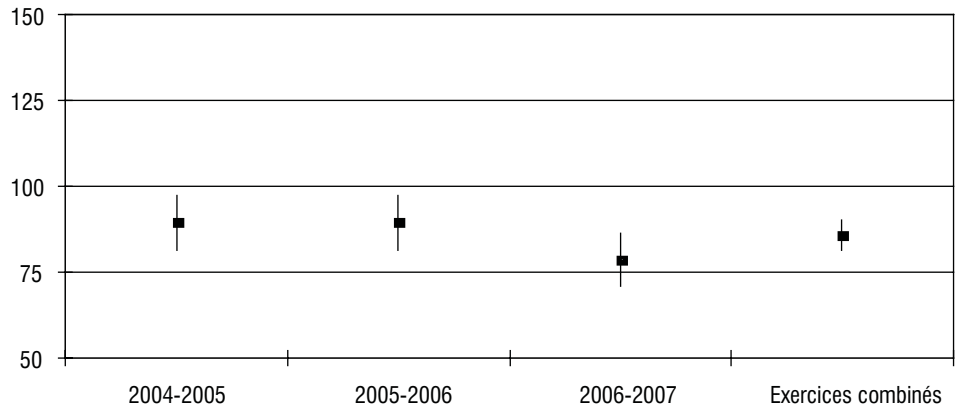
Remarques :

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Ontario
## RLISS du Nord-Ouest

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 89 | 81-97 | 84 | 77-91 |
| 2005-2006 | 89 | 81-97 | 84 | 77-91 |
| 2006-2007 | 78 | 71-86 | 75 | 69-82 |
| **Exercices combinés** | **85** | **81-90** | **81** | **77-85** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout
- Centre régional de santé de Dryden
- Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay
- Hôpital du district de Geraldton
- Hôpital du district du lac des Bois
- Hôpital général d'Atikokan
- Hôpital général de Manitouwadge
- Hôpital général Wilson Memorial
- Hôpital Margaret Cochenour Memorial de Red Lake
- Hôpital McCausland
- Hôpital Memorial du district de Nipigon
- Riverside Health Care Facilities Inc. Emo Hospital
- Riverside Health Care Facilities Inc. La Verendyre Hospital
- Riverside Health Care Facilities Inc. Rainy River Hospital

Remarques :

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Manitoba
## Office régional de la santé de Winnipeg

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**

Les données excluant les SP ne sont pas incluses

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | ** | ** | 115 | 110-120 |
| 2005-2006 | ** | ** | 115 | 110-120 |
| 2006-2007 | ** | ** | 108 | 104-113 |
| **Exercices combinés** | **** | **** | **113** | **110-116** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Centre de santé Misericordia
- Centre des sciences de la santé
- Hôpital Concordia
- Hôpital général Saint-Boniface
- Hôpital général Seven Oaks
- Hôpital général Victoria
- Hôpital Grace

Remarques :

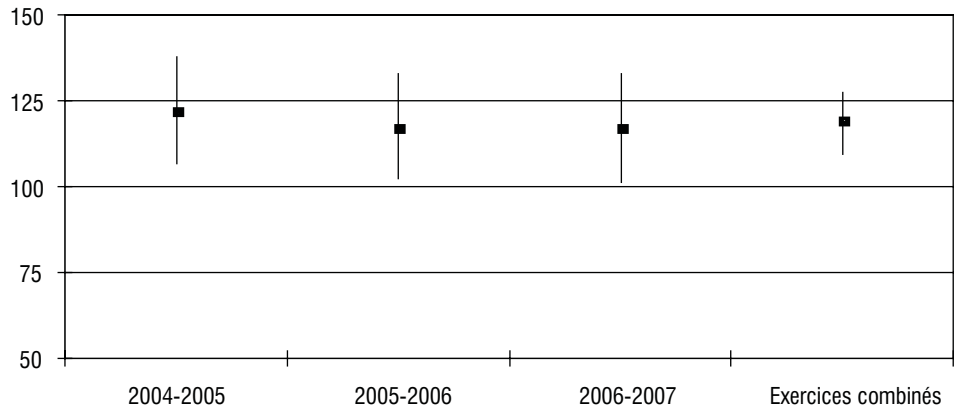
** En raison de l'introduction, en 2006, de nouvelles lignes directrices nationales visant à clarifier la codification des soins palliatifs, il y a eu d'importantes ruptures dans les séries chronologiques de cet établissement ou organisme. En conséquence, on ne connaît pas les tendances comparables relatives aux ratios normalisés de mortalité hospitalière.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Manitoba
## Office régional de la santé Centre du Manitoba

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 121 | 106-137 | 115 | 101-129 |
| 2005-2006 | 116 | 102-132 | 111 | 98-126 |
| 2006-2007 | 116 | 101-132 | 122 | 108-138 |
| **Exercices combinés** | **118** | **109-127** | **116** | **108-124** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

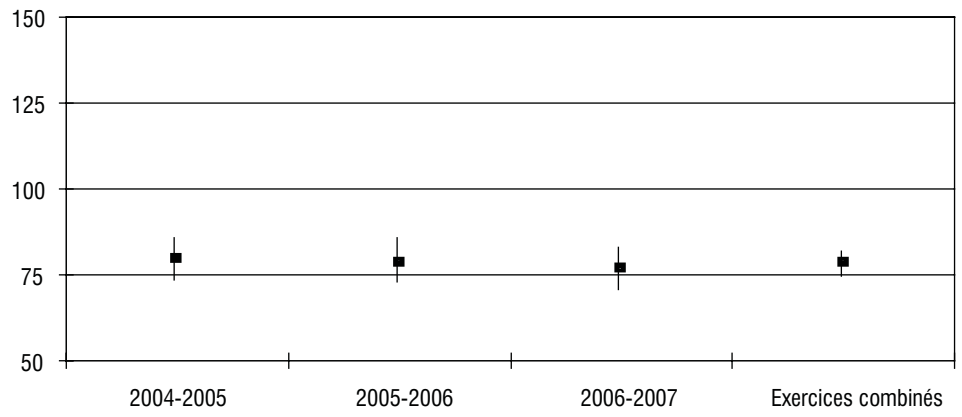
- Altona Community Memorial
- Boundary Trails Health Centre
- Carman Memorial Hospital
- Lorne Memorial Hospital
- Macgregor and District Health Centre
- Morris General Hospital
- Notre Dame Medical Nursing Unit
- Pembina Manitou Health Centre
- Portage District General Hospital
- Rock Lake Health District Hospital
- Seven Regions Health Centre
- St. Claude Health Centre

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Saskatchewan
## Regina Qu'Appelle Regional Health Authority

### Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 80 | 74-86 | 80 | 75-86 |
| 2005-2006 | 79 | 73-86 | 80 | 74-86 |
| 2006-2007 | 77 | 71-83 | 78 | 72-84 |
| **Exercices combinés** | **79** | **75-82** | **79** | **76-83** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

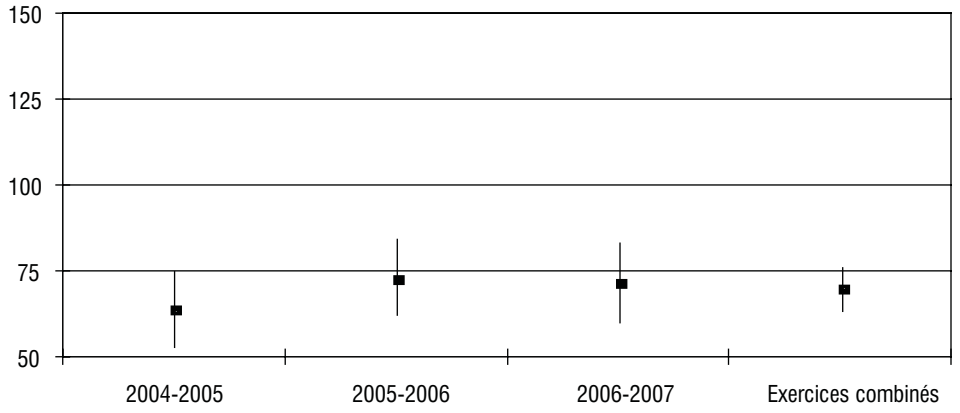
- All Nations' Healing Hospital
- Balcarres Integrated Care Centre
- Broadview Hospital
- Indian Head Hospital
- Moosomin Hospital
- Pasqua Hospital
- Regina General Hospital
- St. Joseph's Integrated Care Centre
- Wolseley Memorial Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Saskatchewan
## Sunrise Regional Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 63 | 53-75 | 62 | 52-73 |
| 2005-2006 | 72 | 62-84 | 69 | 59-81 |
| 2006-2007 | 71 | 60-83 | 70 | 60-82 |
| **Exercices combinés** | **69** | **63-76** | **67** | **61-73** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

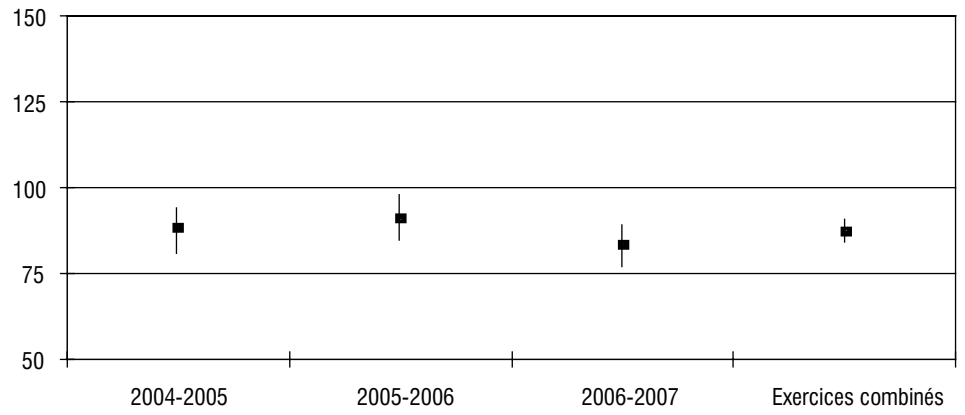
- Canora Hospital
- Foam Lake Health Centre
- Kamsack District Hospital and Nursing Home
- Preeceville Hospital
- St. Anthony's Hospital
- St. Peter's Hospital
- Yorkton Regional Health Centre

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Saskatchewan
## Saskatoon Regional Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 88 | 81-94 | 82 | 77-88 |
| 2005-2006 | 91 | 85-98 | 87 | 81-93 |
| 2006-2007 | 83 | 77-89 | 81 | 76-86 |
| **Exercices combinés** | **87** | **84-91** | **83** | **80-87** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Lanigan Hospital
- Rosthern Hospital
- Royal University Hospital
- Saskatoon City Hospital
- St. Elizabeth's Hospital
- St. Paul's Hospital
- Wadena Hospital
- Wakaw Hospital
- Watrous Hospital
- Wynyard Hospital

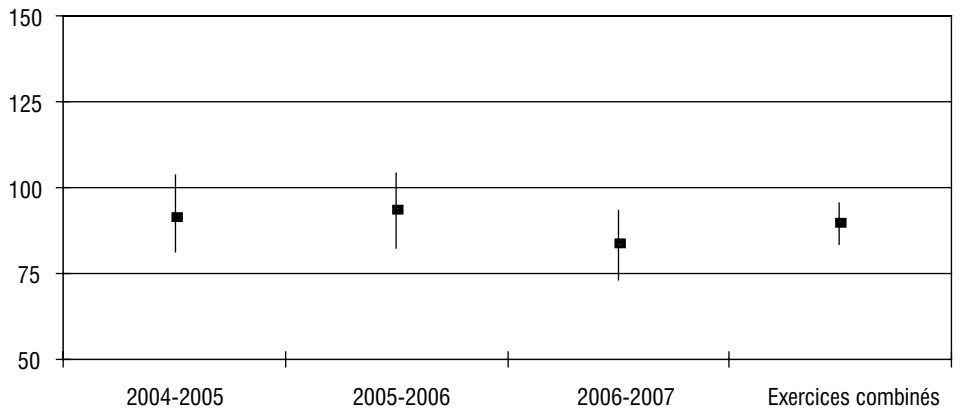
**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Alberta
## Chinook Regional Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 91 | 81-103 | 90 | 80-100 |
| 2005-2006 | 93 | 82-104 | 89 | 79-99 |
| 2006-2007 | 83 | 73-93 | 82 | 73-92 |
| **Exercices combinés** | **89** | **83-95** | **87** | **81-93** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

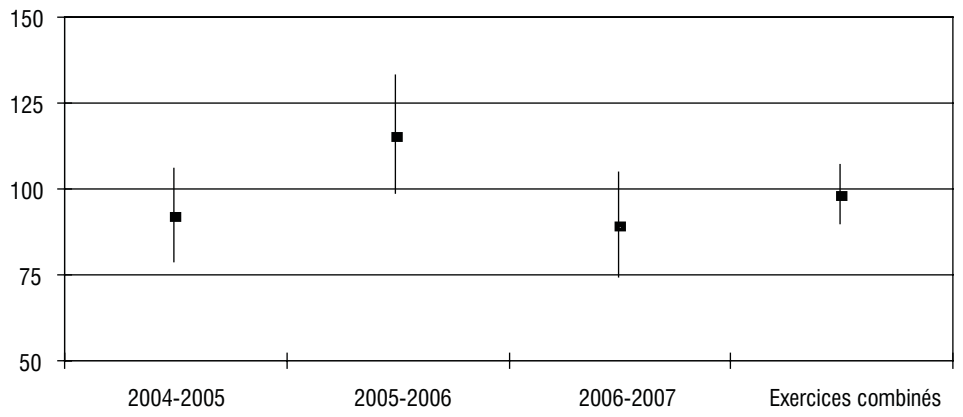
- Cardston Hospital
- Crowsnest Pass Hospital
- Lethbridge Regional Hospital
- Magrath Hospital
- Picture Butte Health Centre
- Pincher Creek Hospital
- Raymond Hospital
- Taber Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Alberta
## Palliser Health Region

### Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 92 | 79-106 | 102 | 90-116 |
| 2005-2006 | 115 | 99-133 | 117 | 102-134 |
| 2006-2007 | 89 | 75-105 | 101 | 87-115 |
| **Exercices combinés** | **98** | **90-107** | **106** | **98-114** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

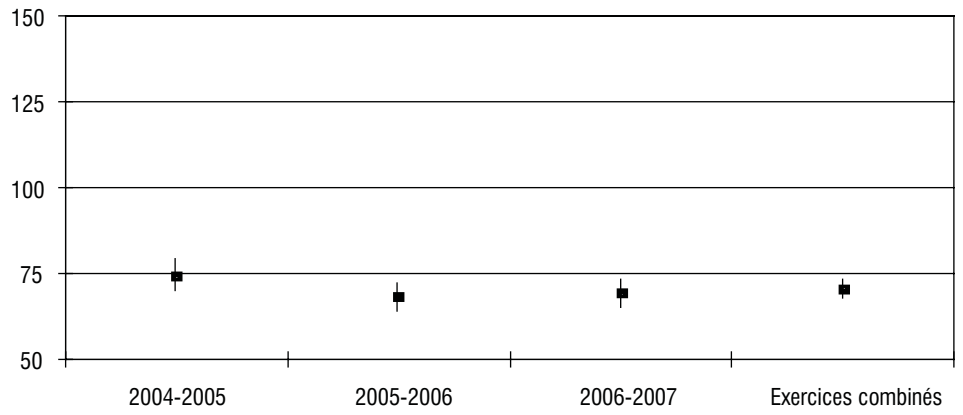
- Bassano Health Centre
- Big Country Hospital
- Bow Island Health Centre
- Brooks Health Centre
- Medicine Hat Regional Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Alberta
## Calgary Health Region

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 74 | 70-79 | 87 | 83-91 |
| 2005-2006 | 68 | 64-72 | 85 | 81-89 |
| 2006-2007 | 69 | 65-73 | 88 | 84-92 |
| **Exercices combinés** | **70** | **68-73** | **87** | **84-89** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

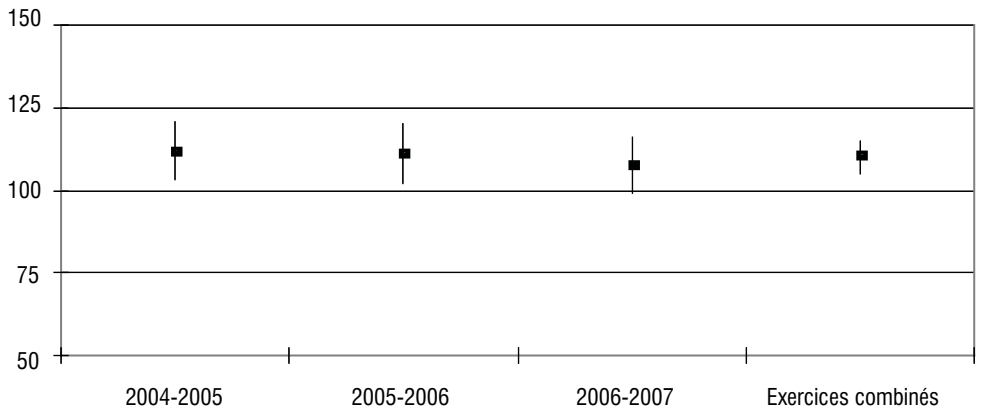
- Canmore General Hospital
- Claresholm General Hospital
- Didsbury District Health Services
- Foothills Medical Centre
- High River General Hospital
- Mineral Springs Hospital
- Oilfields General Hospital
- Peter Lougheed Centre
- Rockyview General Hospital
- Strathmore District Health Services
- Vulcan Community Health Centre

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Alberta
## David Thompson Regional Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 111 | 103-121 | 104 | 96-113 |
| 2005-2006 | 111 | 102-120 | 104 | 97-113 |
| 2006-2007 | 107 | 99-116 | 103 | 95-111 |
| **Exercices combinés** | **110** | **105-115** | **104** | **99-109** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

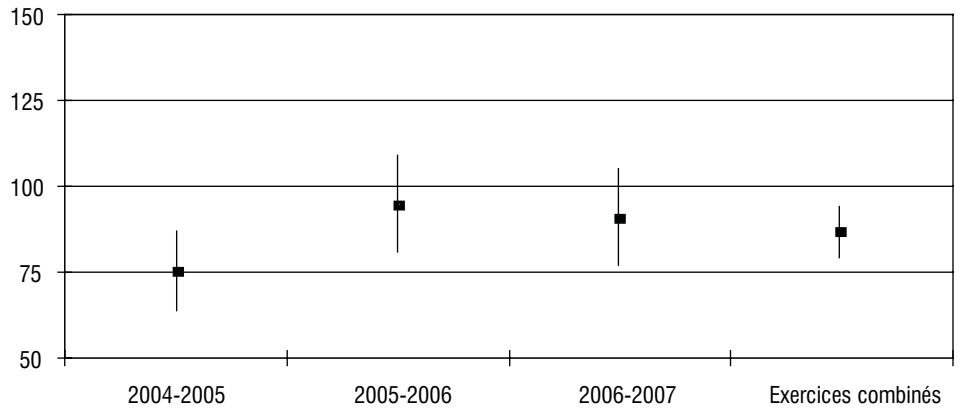
- Consort Hospital and Care Centre
- Coronation Health Centre
- Drayton Valley Hospital and Care Centre
- Drumheller Health Centre
- Hanna Health Centre
- Innisfail Health Centre
- Lacombe Hospital and Care Centre
- Olds Hospital and Care Centre
- Our Lady of the Rosary Hospital
- Ponoka Hospital and Care Centre
- Red Deer Regional Hospital Centre
- Rimbey Hospital and Care Centre
- Rocky Mountain House Health Centre
- Stettler Hospital and Care Centre
- Sundre Hospital and Care Centre
- Three Hills Health Centre
- Wetaskiwin Hospital and Care Centre

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

# Alberta
# East Central Health

## Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 75 | 64-87 | 80 | 69-92 |
| 2005-2006 | 94 | 81-109 | 100 | 88-114 |
| 2006-2007 | 90 | 77-105 | 96 | 83-110 |
| **Exercices combinés** | **86** | **79-94** | **92** | **85-99** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

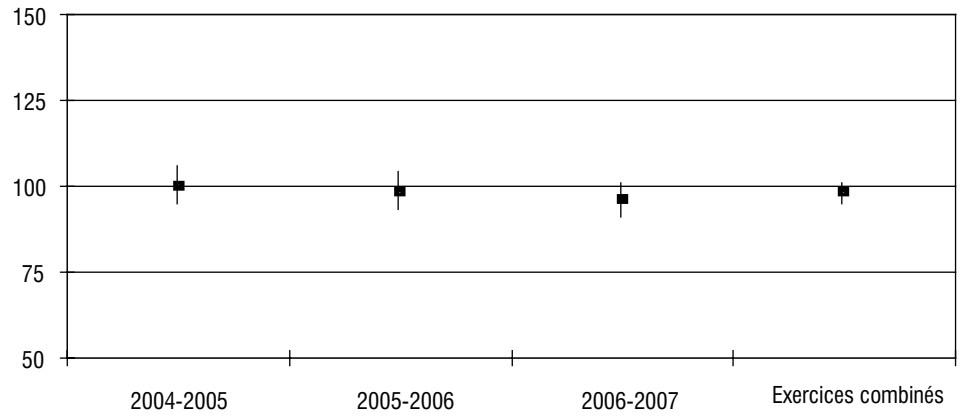
- Daysland Health Centre
- Hardisty Health Centre
- Killam Health Care Centre
- Lamont Health Care Centre
- Provost Health Centre
- St. Joseph's General Hospital
- St. Mary's Hospital
- Tofield Health Centre
- Two Hills Health Centre
- Vermilion Health Centre
- Viking Health Centre
- Wainwright Health Centre

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Alberta
## Capital Health

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 100 | 95-106 | 92 | 87-97 |
| 2005-2006 | 98 | 93-104 | 91 | 86-95 |
| 2006-2007 | 96 | 91-101 | 89 | 84-94 |
| **Exercices combinés** | **98** | **95-101** | **90** | **88-93** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Devon General Hospital
- Fort Saskatchewan Health Centre
- Leduc Community Hospital
- Redwater Health Centre
- Royal Alexandra Hospital
- Sturgeon Community Hospital
- University of Alberta Hospital
- Westview Health Centre Stony Plain

**Remarques :**

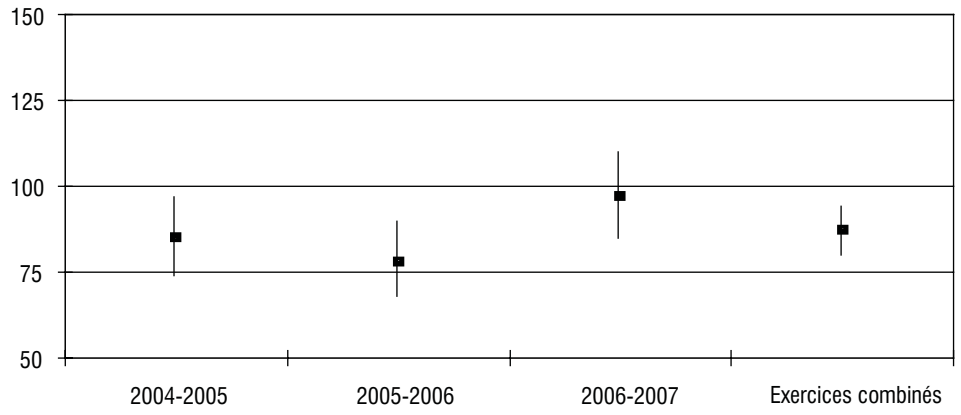
Le Misericordia Community Hospital et le Grey Nuns Community Hospital and Health Centre sont situés dans cette région. Cependant, ils ont signalé des problèmes majeurs relativement aux données présentées pour le calcul du RNMH. En conséquence, les données de ces établissements ne sont pas incluses dans le calcul du RNMH ci-dessus.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

# Alberta
# Aspen Regional Health Authority

## Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 85 | 74-97 | 92 | 81-103 |
| 2005-2006 | 78 | 68-90 | 79 | 69-90 |
| 2006-2007 | 97 | 85-110 | 98 | 87-110 |
| **Exercices combinés** | **87** | **80-94** | **89** | **83-96** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Athabasca Healthcare Centre
- Barrhead Healthcare Centre
- Bonnyville Health Centre
- Boyle Healthcare Centre
- Cold Lake Health Centre
- Edson Healthcare Centre
- Elk Point Healthcare Centre
- George McDougall Memorial Health Centre Smoky Lake
- Hinton General Hospital
- Mayerthorpe Healthcare Centre
- Seton Jasper Healthcare Centre
- Slave Lake Health Complex
- St. Therese St. Paul Healthcare Centre
- Swan Hills Health Care Centre
- Wabasca/Desmarais General Hospital
- Westlock Healthcare Centre
- Whitecourt Healthcare Centre
- William J. Cadzow Health Centre

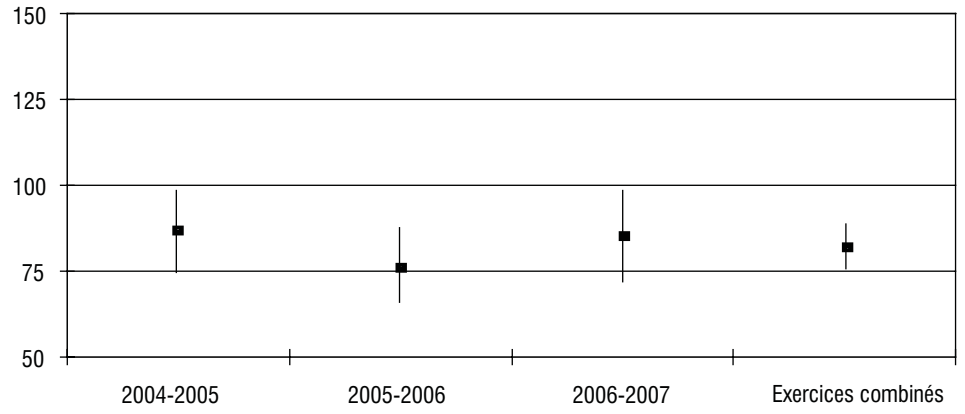
**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

## Alberta
## Peace Country Health

### Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 86 | 74-98 | 78 | 68-89 |
| 2005-2006 | 75 | 65-87 | 76 | 66-86 |
| 2006-2007 | 84 | 71-98 | 82 | 71-95 |
| **Exercices combinés** | **81** | **75-88** | **78** | **72-85** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

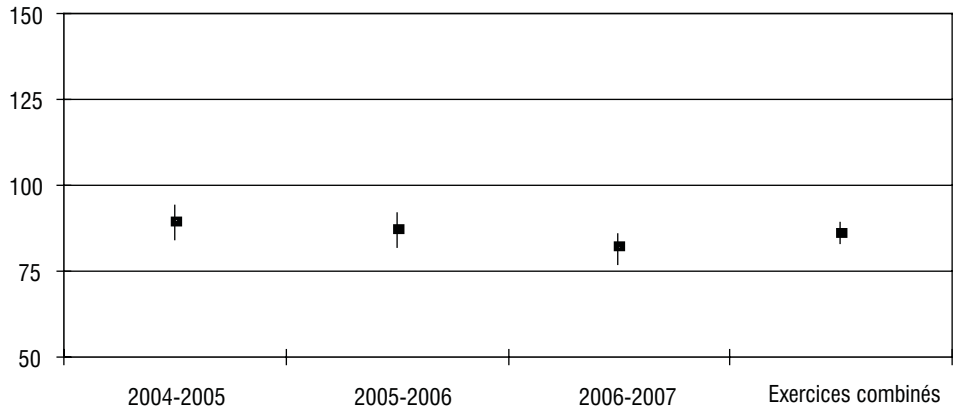
- Beaverlodge Municipal Hospital
- Central Peace Health Complex
- Fairview Health Complex
- Fox Creek Health Care Centre
- Grande Cache General Hospital
- High Prairie Health Complex
- Manning Community Health Centre
- Peace River Community Health Centre
- Queen Elizabeth II Hospital
- Sacred Heart Community Health Centre
- Valleyview Health Centre

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Colombie-Britannique
## Interior Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 89 | 84-94 | 91 | 86-95 |
| 2005-2006 | 87 | 82-92 | 90 | 86-95 |
| 2006-2007 | 82 | 77-86 | 92 | 88-97 |
| **Exercices combinés** | **86** | **83-89** | **91** | **89-94** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

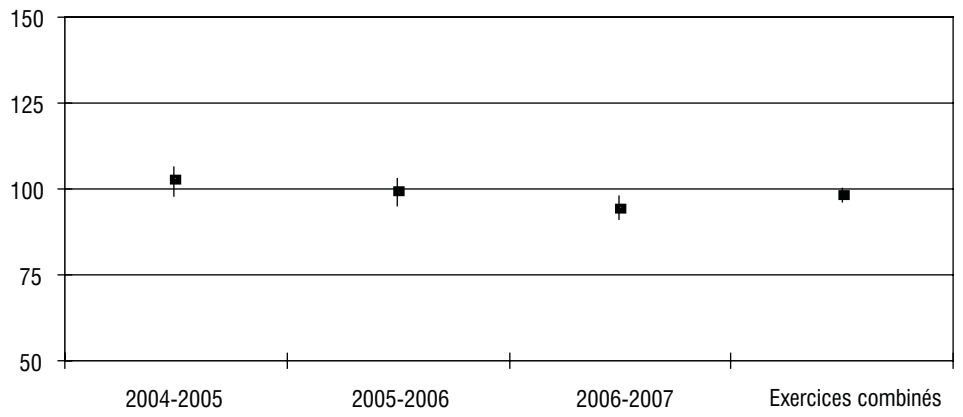
- 100 Mile District General Hospital
- Arrow Lakes Hospital
- Boundary Hospital
- Cariboo Memorial Hospital
- Creston Valley Hospital
- Dr. Helmcken Memorial Hospital
- East Kootenay Regional Hospital
- Elk Valley Hospital
- Golden Hospital
- Invermere and District Hospital
- Kelowna General Hospital
- Kootenay Boundary Regional Hospital (Trail)
- Kootenay Lake Hospital
- Lillooet District Hospital
- Nicola Valley General Hospital
- Penticton Regional Hospital
- Princeton General Hospital
- Queen Victoria Hospital
- Royal Inland Hospital
- Shuswap Lake General Hospital
- South Okanagan General Hospital
- Vernon Jubilee Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Colombie-Britannique
## Fraser Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 102 | 98-106 | 106 | 102-110 |
| 2005-2006 | 99 | 95-103 | 101 | 97-104 |
| 2006-2007 | 94 | 91-98 | 98 | 95-102 |
| **Exercices combinés** | **98** | **96-100** | **102** | **99-104** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

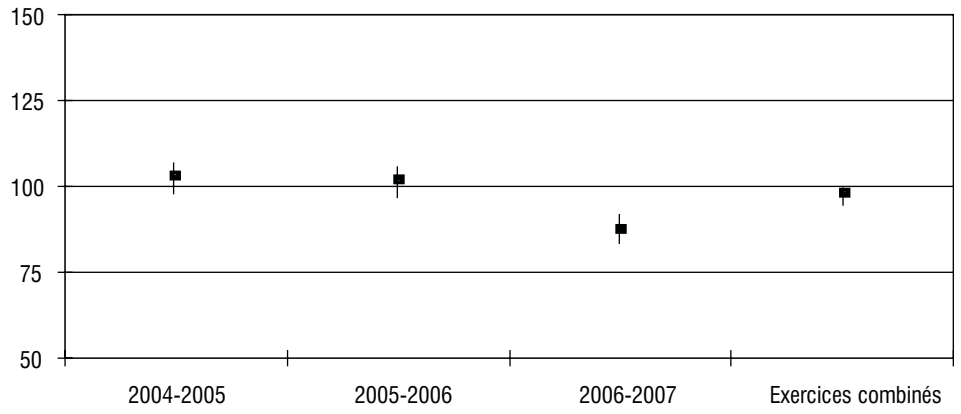
- Burnaby Hospital
- Chilliwack General Hospital
- Delta Hospital
- Eagle Ridge Hospital and Health Care Centre
- Fraser Canyon Hospital
- Langley Memorial Hospital
- Matsqui Sumas Abbotsford General Hospital
- Mission Memorial Hospital
- Peace Arch District Hospital
- Ridge Meadows Hospital and Health Care Centre
- Royal Columbian Hospital
- Surrey Memorial Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Colombie-Britannique
## Vancouver Coastal Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 102 | 97-106 | 98 | 94-102 |
| 2005-2006 | 101 | 96-105 | 96 | 92-100 |
| 2006-2007 | 87 | 83-91 | 92 | 88-96 |
| **Exercices combinés** | **97** | **94-99** | **95** | **93-98** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

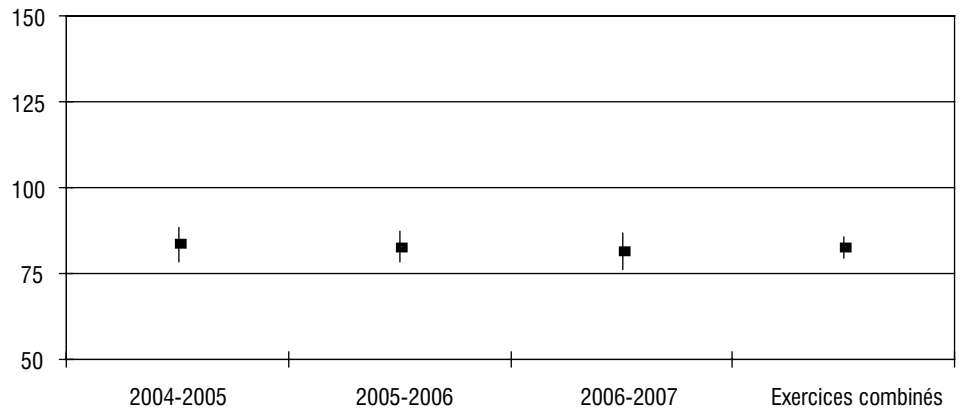
- Bella Coola General Hospital
- Lions Gate Hospital
- Mount Saint Joseph Hospital
- Powell River General Hospital
- R. W. Large Memorial Hospital
- Squamish General Hospital
- St. Mary's Hospital
- St. Paul's Hospital
- The Richmond Hospital
- UBC Hospital and Urgent Care Centre
- Vancouver General Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Colombie-Britannique
## Vancouver Island Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 83 | 78-88 | 95 | 90-99 |
| 2005-2006 | 82 | 78-87 | 92 | 87-96 |
| 2006-2007 | 81 | 76-86 | 94 | 90-99 |
| **Exercices combinés** | **82** | **79-85** | **94** | **91-96** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

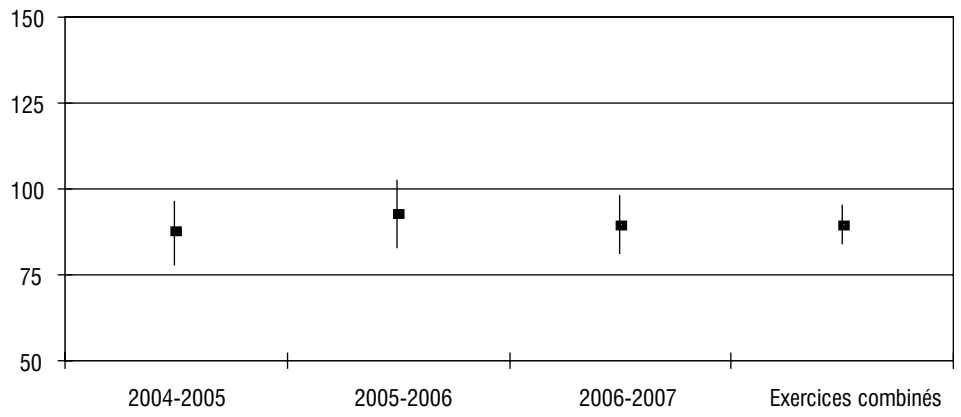
- Campbell River and District General Hospital
- Cormorant Island Community Health Centre
- Cowichan District Hospital
- Lady Minto Gulf Islands Hospital
- Ladysmith and District General Hospital
- Nanaimo Regional General Hospital
- Port Hardy Hospital
- Port McNeill and District Hospital
- Saanich Peninsula Hospital
- St. Joseph's General Hospital
- Tofino General Hospital
- Victoria General and Royal Jubilee Hospitals
- West Coast General Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

## Colombie-Britannique
## Northern Health Authority

**Ratio normalisé de mortalité hospitalière excluant les patients en soins palliatifs, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007**




| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| 2004-2005 | 87 | 78-96 | 96 | 88-105 |
| 2005-2006 | 92 | 83-102 | 99 | 90-108 |
| 2006-2007 | 89 | 81-98 | 98 | 90-107 |
| **Exercices combinés** | **89** | **84-95** | **98** | **93-103** |

**Voici les hôpitaux inclus dans les résultats pour cette région :**

- Bulkley Valley District Hospital
- Chetwynd General Hospital
- Dawson Creek and District Hospital
- Fort Nelson General Hospital
- Fort St. John Hospital and Health Centre
- G. R. Baker Memorial Hospital
- Kitimat General Hospital
- Lakes District Hospital and Health Centre
- Mackenzie and District Hospital
- Masset Hospital
- McBride and District Hospital
- Mills Memorial Hospital
- Prince George Regional Hospital
- Prince Rupert Regional Hospital
- Queen Charlotte Islands General Hospital
- St. John Hospital
- Stewart General Hospital
- Stuart Lake Hospital
- Wrinch Memorial Hospital

**Remarques :**

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

# Annexe II

## Tableaux des RNMH — par hôpital ou par site

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Alliance Chatham-Kent pour la santé†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 98 | 85-112 | 109 | 97-123 |
| 2005-2006 | 101 | 89-115 | 108 | 96-121 |
| 2006-2007 | 83 | 72- 96 | 101 | 89-113 |
| **Exercices combinés** | **94** | **87-102** | **106** | **99-113** |
| **Bluewater Health Sarnia Site, Ontario<br>Nom de la collectivité : Sarnia** | | | | |
| 2004-2005 | 93 | 80-107 | 98 | 86-111 |
| 2005-2006 | 100 | 86-115 | 110 | 97-124 |
| 2006-2007 | 102 | 89-118 | 114 | 101-129 |
| **Exercices combinés** | **98** | **90-107** | **107** | **100-115** |
| **Brantford Community Healthcare System, Hôpital général de Brantford, Ontario<br>Nom de la collectivité : Brantford** | | | | |
| 2004-2005 | 105 | 92-119 | 98 | 86-111 |
| 2005-2006 | 108 | 95-123 | 100 | 88-113 |
| 2006-2007 | 104 | 91-118 | 94 | 83-107 |
| **Exercices combinés** | **106** | **98-114** | **97** | **91-105** |
| **Burnaby Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Burnaby** | | | | |
| 2004-2005 | 122 | 110-135 | 116 | 105-128 |
| 2005-2006 | 130 | 118-143 | 119 | 109-131 |
| 2006-2007 | 122 | 111-134 | 113 | 102-124 |
| **Exercices combinés** | **125** | **118-132** | **116** | **110-122** |
| **Cape Breton Healthcare Complex, Nouvelle-Écosse<br>Nom de la collectivité : Sydney** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | 143 | 131-155 |
| 2005-2006 | * | * | 138 | 126-152 |
| 2006-2007 | * | * | 129 | 117-142 |
| **Exercices combinés** | ***** | ***** | **137** | **130-144** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

* L'organisme a cerné des problèmes importants quant aux données soumises relatives aux cas admissibles au RNMH. Par conséquent, les résultats sont exclus.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Centre de santé St-Joseph, Toronto, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 119 | 110-129 | 108 | 100-117 |
| 2005-2006 | 115 | 105-125 | 107 | 98-116 |
| 2006-2007 | 106 | 97-116 | 101 | 93-110 |
| **Exercices combinés** | **114** | **108-119** | **105** | **100-110** |
| **Centre de santé Trillium, Ontario<br>Nom de la collectivité : Mississauga** | | | | |
| 2004-2005 | 99 | 92-107 | 102 | 96-109 |
| 2005-2006 | 95 | 88-103 | 97 | 91-104 |
| 2006-2007 | 102 | 94-109 | 105 | 98-112 |
| **Exercices combinéss** | **99** | **95-103** | **102** | **98-106** |
| **Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, Ontario<br>Nom de la collectivité : Hamilton** | | | | |
| 2004-2005 | 92 | 82-102 | 85 | 77-94 |
| 2005-2006 | 91 | 82-102 | 87 | 79-97 |
| 2006-2007 | 88 | 78- 98 | 87 | 78-96 |
| **Exercices combinés** | **90** | **85- 96** | **86** | **81-92** |
| **Centre des sciences de la santé, Manitoba<br>Nom de la collectivité : Winnipeg** | | | | |
| 2004-2005 | ** | ** | 115 | 105-126 |
| 2005-2006 | ** | ** | 118 | 108-129 |
| 2006-2007 | ** | ** | 96 | 87-106 |
| **Exercices combinés** | ****** | ****** | **109** | **104-115** |
| **Centre régional de santé de Peterborough, Ontario<br>Nom de la collectivité : Peterborough** | | | | |
| 2004-2005 | 107 | 97-118 | 106 | 96-116 |
| 2005-2006 | 111 | 100-122 | 108 | 99-119 |
| 2006-2007 | 109 | 99-120 | 106 | 96-116 |
| **Exercices combinés** | **109** | **103-115** | **106** | **101-112** |

**Remarques :**

** L'établissement des nouvelles lignes directrices nationales sur la codification des soins palliatifs a causé des interruptions importantes de la série chronologique dans cet établissement. Par conséquent, les tendances comparables relatives aux ratios normalisés de mortalité hospitalière excluant les soins palliatifs ne sont pas disponibles.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, Ontario<br>Nom de la collectivité : Thunder Bay** | | | | |
| 2004-2005 | 93 | 84-104 | 85 | 77-94 |
| 2005-2006 | 95 | 85-106 | 88 | 79-97 |
| 2006-2007 | 78 | 69-87 | 71 | 64-79 |
| **Exercices combinés** | **88** | **83-94** | **81** | **76-86** |
| **Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 105 | 96-114 | 101 | 94-109 |
| 2005-2006 | 105 | 97-114 | 102 | 94-110 |
| 2006-2007 | 104 | 95-112 | 102 | 95-110 |
| **Exercices combinés** | **104** | **99-109** | **102** | **97-106** |
| **Foothills Medical Centre, Alberta<br>Nom de la collectivité : Calgary** | | | | |
| 2004-2005 | 59 | 53-65 | 81 | 76-87 |
| 2005-2006 | 62 | 57-68 | 85 | 79-91 |
| 2006-2007 | 63 | 58-69 | 85 | 79-91 |
| **Exercices combinés** | **61** | **58-65** | **84** | **80-87** |
| **Grey Bruce Health Services†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 90 | 79-103 | 97 | 85-109 |
| 2005-2006 | 96 | 84-109 | 101 | 90-114 |
| 2006-2007 | 104 | 92-118 | 111 | 99-124 |
| **Exercices combinés** | **97** | **90-104** | **103** | **96-110** |
| **Grey Nuns Community Hospital and Health Centre, Alberta<br>Nom de la collectivité : Edmonton** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | * | * |
| 2005-2006 | * | * | * | * |
| 2006-2007 | * | * | * | * |
| **Exercices combinés** | * | * | * | * |

**Remarques :**

* L'organisme a cerné des problèmes importants quant aux données soumises relatives aux cas admissibles au RNMH. Par conséquent, les résultats sont exclus.

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Halton Healthcare Services Corporation†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 91 | 81-102 | 102 | 93-113 |
| 2005-2006 | 95 | 85-106 | 106 | 97-116 |
| 2006-2007 | 90 | 81-100 | 107 | 98-117 |
| **Exercices combinés** | **92** | **86-98** | **105** | **100-111** |
| **Halton Healthcare Services Oakville Trafalgar Site, Ontario Nom de la collectivité : Oakville** | | | | |
| 2004-2005 | 85 | 74-97 | 100 | 89-111 |
| 2005-2006 | 96 | 85-109 | 110 | 100-122 |
| 2006-2007 | 93 | 81-105 | 118 | 107-130 |
| **Exercices combinéss** | **91** | **85-98** | **109** | **103-116** |
| **Hamilton Health Sciences Corporation†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 94 | 88-100 | 96 | 91-102 |
| 2005-2006 | 95 | 89-101 | 99 | 93-104 |
| 2006-2007 | 88 | 83-94 | 94 | 88-99 |
| **Exercices combinés** | **92** | **89-96** | **96** | **93-99** |
| **Hamilton Health Sciences Corporation Hamilton Division, Ontario Nom de la collectivité : Hamilton** | | | | |
| 2004-2005 | 80 | 72-88 | 82 | 74-90 |
| 2005-2006 | 92 | 84-102 | 96 | 88-105 |
| 2006-2007 | 79 | 71-88 | 81 | 73-89 |
| **Exercices combinés** | **84** | **79-89** | **86** | **82-91** |
| **Hamilton Health Sciences Corporation Henderson Division, Ontario Nom de la collectivité : Hamilton** | | | | |
| 2004-2005 | 108 | 97-120 | 110 | 99-120 |
| 2005-2006 | 106 | 94-119 | 109 | 98-120 |
| 2006-2007 | 111 | 99-123 | 115 | 105-126 |
| **Exercices combinés** | **108** | **102-115** | **111** | **105-117** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Hamilton Health Sciences Corporation McMaster Division, Ontario<br>Nom de la collectivité : Hamilton** | | | | |
| 2004-2005 | 103 | 91-116 | 105 | 93-116 |
| 2005-2006 | 85 | 73-98 | 90 | 79-102 |
| 2006-2007 | 77 | 67-89 | 87 | 77-98 |
| **Exercices combinés** | **88** | **82-95** | **94** | **88-100** |
| **Hôpital central de York, Ontario<br>Nom de la collectivité : Richmond Hill** | | | | |
| 2004-2005 | 101 | 90-112 | 91 | 82-101 |
| 2005-2006 | 98 | 87-109 | 88 | 79-99 |
| 2006-2007 | 104 | 94-115 | 94 | 85-104 |
| **Exercices combinés** | **101** | **95-107** | **91** | **86-97** |
| **Hôpital Credit Valley, Ontario<br>Nom de la collectivité : Mississauga** | | | | |
| 2004-2005 | 105 | 93-118 | 102 | 91-114 |
| 2005-2006 | 101 | 90-114 | 98 | 87-109 |
| 2006-2007 | 99 | 89-110 | 98 | 88-108 |
| **Exercices combinés** | **102** | **95-108** | **99** | **93-105** |
| **L'Hôpital de Moncton, Nouveau-Brunswick<br>Nom de la collectivité : Moncton** | | | | |
| 2004-2005 | 51 | 42-60 | 78 | 69-88 |
| 2005-2006 | 62 | 53-73 | 89 | 79-100 |
| 2006-2007 | 56 | 48-66 | 83 | 73-93 |
| **Exercices combinés** | **56** | **51-62** | **83** | **78-89** |
| **Hôpital de Sault-Sainte-Marie, Ontario<br>Nom de la collectivité : Sault Ste. Marie** | | | | |
| 2004-2005 | 85 | 74-97 | 95 | 84-106 |
| 2005-2006 | 85 | 74-98 | 103 | 92-115 |
| 2006-2007 | 89 | 77-101 | 100 | 89-111 |
| **Exercices combinés** | **86** | **80-93** | **99** | **93-106** |

Remarques :
IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Hôpital de Scarborough†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 127 | 118-136 | 126 | 118-134 |
| 2005-2006 | 127 | 119-136 | 125 | 117-133 |
| 2006-2007 | 121 | 112-129 | 122 | 114-130 |
| **Exercices combinés** | **125** | **120-130** | **124** | **120-129** |
| **Hôpital de Scarborough General Site, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 134 | 123-145 | 129 | 119-140 |
| 2005-2006 | 139 | 128-151 | 131 | 121-142 |
| 2006-2007 | 129 | 118-140 | 127 | 117-137 |
| **Exercices combinéss** | **134** | **127-140** | **129** | **123-135** |
| **Hôpital de Scarborough Grace Site, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 116 | 103-130 | 120 | 108-133 |
| 2005-2006 | 108 | 95-121 | 114 | 102-127 |
| 2006-2007 | 107 | 95-121 | 114 | 102-127 |
| **Exercices combinés** | **110** | **103-118** | **116** | **109-123** |
| **L'Hôpital d'Ottawa†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 99 | 92-105 | 101 | 96-107 |
| 2005-2006 | 86 | 81-93 | 97 | 91-103 |
| 2006-2007 | 84 | 78-91 | 102 | 96-108 |
| **Exercices combinés** | **90** | **86-94** | **100** | **97-103** |
| **L'Hôpital d'Ottawa — Campus Civic, Ontario<br>Nom de la collectivité : Ottawa** | | | | |
| 2004-2005 | 92 | 83-102 | 98 | 89-107 |
| 2005-2006 | 87 | 78-97 | 95 | 86-104 |
| 2006-2007 | 82 | 74-92 | 103 | 94-112 |
| **Exercices combinés** | **87** | **82-93** | **98** | **93-104** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **L'Hôpital d'Ottawa — Campus général, Ontario<br>Nom de la collectivité : Ottawa** | | | | |
| 2004-2005 | 104 | 95-113 | 104 | 96-112 |
| 2005-2006 | 86 | 78-94 | 98 | 91-106 |
| 2006-2007 | 86 | 78-95 | 101 | 93-109 |
| **Exercices combinés** | **92** | **87-97** | **101** | **97-105** |
| **Hôpital général de Guelph, Ontario<br>Nom de la collectivité : Guelph** | | | | |
| 2004-2005 | 100 | 87-114 | 104 | 92-118 |
| 2005-2006 | 76 | 64-89 | 85 | 74-97 |
| 2006-2007 | 97 | 85-111 | 103 | 91-115 |
| **Exercices combinés** | **91** | **84-99** | **97** | **91-105** |
| **Hôpital général de Kingston, Ontario<br>Nom de la collectivité : Kingston** | | | | |
| 2004-2005 | 90 | 81-100 | 108 | 99-117 |
| 2005-2006 | 103 | 93-113 | 107 | 98-116 |
| 2006-2007 | 92 | 83-102 | 114 | 105-124 |
| **Exercices combinés** | **95** | **90-101** | **109** | **104-115** |
| **Hôpital général de North York, General Site, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 104 | 95-113 | 95 | 87-103 |
| 2005-2006 | 95 | 88-104 | 90 | 82-97 |
| 2006-2007 | 98 | 90-107 | 96 | 88-104 |
| **Exercices combinés** | **99** | **94-104** | **93** | **89-98** |
| **Hôpital général St. Mary, Ontario<br>Nom de la collectivité : Kitchener** | | | | |
| 2004-2005 | 77 | 67-87 | 72 | 64-82 |
| 2005-2006 | 92 | 81-103 | 85 | 75-95 |
| 2006-2007 | 85 | 76-96 | 84 | 75-94 |
| **Exercices combinés** | **85** | **79-91** | **81** | **75-86** |

**Remarques :**
IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Hôpital Grand River Hospital K W Health Centre, Ontario<br>Nom de la collectivité : Kitchener** | | | | |
| 2004-2005 | 158 | 142-174 | 142 | 129-156 |
| 2005-2006 | 130 | 116-146 | 116 | 103-129 |
| 2006-2007 | 136 | 121-152 | 133 | 120-147 |
| **Exercices combinés** | **142** | **133-150** | **130** | **123-138** |
| **Hôpital Hotel Dieu Grace, Site Hotel Dieu, Ontario<br>Nom de la collectivité : Windsor** | | | | |
| 2004-2005 | 107 | 97-118 | 96 | 87-106 |
| 2005-2006 | 105 | 95-117 | 96 | 87-106 |
| 2006-2007 | 116 | 105-128 | 105 | 95-116 |
| **Exercices combinéss** | **110** | **103-116** | **99** | **93-105** |
| **Hôpital Joseph Brant Memorial, Ontario<br>Nom de la collectivité : Burlington** | | | | |
| 2004-2005 | 95 | 85-106 | 86 | 76-96 |
| 2005-2006 | 97 | 86-109 | 88 | 78-98 |
| 2006-2007 | 105 | 94-118 | 96 | 85-107 |
| **Exercices combinés** | **99** | **93-106** | **89** | **84-95** |
| **Hôpital Mount Sinai, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | 106 | 96-118 |
| 2005-2006 | * | * | 114 | 102-126 |
| 2006-2007 | * | * | 113 | 101-125 |
| **Exercices combinés** | ***** | ***** | **111** | **104-118** |
| **Hôpital Queensway Carleton, Ontario<br>Nom de la collectivité : Ottawa** | | | | |
| 2004-2005 | 91 | 80-104 | 100 | 90-112 |
| 2005-2006 | 89 | 77-102 | 101 | 90-113 |
| 2006-2007 | 94 | 82-106 | 107 | 96-119 |
| **Exercices combinés** | **91** | **85-98** | **103** | **96-109** |

Remarques :
* L'organisme a cerné des problèmes importants quant aux données soumises relatives aux cas admissibles au RNMH. Par conséquent, les résultats sont exclus.
IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Hôpital Régional de Saint John, Nouveau-Brunswick<br>Nom de la collectivité : Saint John** | | | | |
| 2004-2005 | 84 | 75-94 | 95 | 87-104 |
| 2005-2006 | 73 | 65-82 | 83 | 75-92 |
| 2006-2007 | 65 | 58-73 | 85 | 77-93 |
| **Exercices combinés** | **74** | **69-79** | **88** | **83-93** |
| **Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital Laurentian Site, Ontario<br>Nom de la collectivité : Sudbury** | | | | |
| 2004-2005 | 92 | 84-101 | 108 | 100-117 |
| 2005-2006 | 89 | 80-98 | 108 | 99-117 |
| 2006-2007 | 82 | 74-90 | 104 | 96-113 |
| **Exercices combinés** | **88** | **83-93** | **107** | **102-111** |
| **Hôpital régional de Windsor†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | * | * |
| 2005-2006 | * | * | * | * |
| 2006-2007 | * | * | * | * |
| **Exercices combinés** | * | * | * | * |
| **Hôpital régional de Windsor Metropolitan Campus, Ontario<br>Nom de la collectivité : Windsor** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | * | * |
| 2005-2006 | * | * | * | * |
| 2006-2007 | * | * | * | * |
| **Exercices combinés** | * | * | * | * |
| **Hôpital régional Dr. Everett Chalmers, Nouveau-Brunswick<br>Nom de la collectivité : Fredericton** | | | | |
| 2004-2005 | 89 | 78-102 | 92 | 82-104 |
| 2005-2006 | 99 | 87-113 | 99 | 87-111 |
| 2006-2007 | 100 | 89-113 | 100 | 89-112 |
| **Exercices combinés** | **96** | **89-104** | **97** | **91-104** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

* L'organisme a cerné des problèmes importants quant aux données soumises relatives aux cas admissibles au RNMH. Par conséquent, les résultats sont exclus.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Hôpital régional Humber River†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | * | * |
| 2005-2006 | * | * | * | * |
| 2006-2007 | * | * | * | * |
| **Exercices combinés** | * | * | * | * |
| **Hôpital régional Humber River Church Street Site, Ontario Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | * | * |
| 2005-2006 | * | * | * | * |
| 2006-2007 | * | * | * | * |
| **Exercices combinéss** | * | * | * | * |
| **Hôpital régional Humber River Finch Site, Ontario Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | * | * |
| 2005-2006 | * | * | * | * |
| 2006-2007 | * | * | * | * |
| **Exercices combinés** | * | * | * | * |
| **Hôpital Royal Victoria de Barrie, Ontario Nom de la collectivité : Barrie** | | | | |
| 2004-2005 | 86 | 75-98 | 97 | 86-108 |
| 2005-2006 | 82 | 72-94 | 101 | 91-113 |
| 2006-2007 | 98 | 86-110 | 115 | 104-127 |
| **Exercices combinés** | **89** | **82-95** | **104** | **98-111** |
| **Hôpital St. Michael, Ontario Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 92 | 84-101 | 94 | 86-102 |
| 2005-2006 | 92 | 84-102 | 96 | 88-105 |
| 2006-2007 | 90 | 81-99 | 96 | 87-104 |
| **Exercices combinés** | **91** | **86-97** | **95** | **90-100** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

* L'organisme a cerné des problèmes importants quant aux données soumises relatives aux cas admissibles au RNMH. Par conséquent, les résultats sont exclus.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Kelowna General Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Kelowna** | | | | |
| 2004-2005 | 83 | 75-93 | 82 | 74-90 |
| 2005-2006 | 88 | 79-98 | 85 | 77-94 |
| 2006-2007 | 88 | 78-98 | 93 | 85-103 |
| **Exercices combinés** | **86** | **81-92** | **87** | **82-92** |
| **Lakeridge Hospital Corporation†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 103 | 95-112 | 100 | 93-108 |
| 2005-2006 | 91 | 83-99 | 95 | 88-103 |
| 2006-2007 | 85 | 77-93 | 105 | 97-114 |
| **Exercices combinés** | **93** | **89-98** | **100** | **96-105** |
| **Lakeridge Health Oshawa Site, Ontario<br>Nom de la collectivité : Oshawa** | | | | |
| 2004-2005 | 111 | 101-122 | 104 | 95-114 |
| 2005-2006 | 92 | 83-102 | 95 | 87-105 |
| 2006-2007 | 83 | 74-93 | 105 | 96-115 |
| **Exercices combinés** | **96** | **91-102** | **102** | **96-107** |
| **Langley Memorial Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Langley** | | | | |
| 2004-2005 | 113 | 100-127 | 113 | 101-126 |
| 2005-2006 | 102 | 90-115 | 98 | 87-111 |
| 2006-2007 | 92 | 81-104 | 86 | 76-97 |
| **Exercices combinés** | **102** | **95-109** | **99** | **92-106** |
| **Lethbridge Regional Hospital, Alberta<br>Nom de la collectivité : Lethbridge** | | | | |
| 2004-2005 | 97 | 84-111 | 95 | 83-108 |
| 2005-2006 | 102 | 89-117 | 96 | 84-109 |
| 2006-2007 | 89 | 77-102 | 89 | 78-101 |
| **Exercices combinés** | **96** | **88-104** | **93** | **86-100** |

Remarques :

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Lions Gate Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : North Vancouver** | | | | |
| 2004-2005 | 106 | 94-119 | 103 | 92-115 |
| 2005-2006 | 113 | 101-126 | 104 | 93-115 |
| 2006-2007 | 94 | 83-106 | 89 | 79-99 |
| **Exercices combinés** | **104** | **98-111** | **98** | **92-105** |
| **London Health Sciences Centre, Ontario<br>Nom de la collectivité : London** | | | | |
| 2004-2005 | 109 | 102-117 | 109 | 102-115 |
| 2005-2006 | 113 | 106-120 | 114 | 107-120 |
| 2006-2007 | 115 | 108-122 | 118 | 112-125 |
| **Exercices combinéss** | **112** | **108-117** | **114** | **110-117** |
| **Matsqui Sumas Abbotsford General Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Abbotsford** | | | | |
| 2004-2005 | 95 | 81-110 | 102 | 89-116 |
| 2005-2006 | 92 | 80-106 | 102 | 90-115 |
| 2006-2007 | 87 | 74-100 | 101 | 89-114 |
| **Exercices combinés** | **91** | **84-99** | **102** | **95-109** |
| **Misericordia Community Hospital, Alberta<br>Nom de la collectivité : Edmonton** | | | | |
| 2004-2005 | * | * | * | * |
| 2005-2006 | * | * | * | * |
| 2006-2007 | * | * | * | * |
| **Exercices combinés** | * | * | * | * |
| **Nanaimo Regional General Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Nanaimo** | | | | |
| 2004-2005 | 71 | 61-82 | 92 | 81-103 |
| 2005-2006 | 78 | 68-89 | 98 | 87-109 |
| 2006-2007 | 87 | 76-99 | 108 | 97-121 |
| **Exercices combinés** | **79** | **73-85** | **99** | **93-106** |

**Remarques :**
* L'organisme a cerné des problèmes importants quant aux données soumises relatives aux cas admissibles au RNMH. Par conséquent, les résultats sont exclus.
IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Pasqua Hospital, Saskatchewan<br>Nom de la collectivité : Regina** | | | | |
| 2004-2005 | 94 | 83-106 | 96 | 86-107 |
| 2005-2006 | 95 | 84-108 | 96 | 86-107 |
| 2006-2007 | 101 | 88-115 | 102 | 91-115 |
| **Exercices combinés** | **97** | **90-104** | **98** | **92-105** |
| **Peace Arch District Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : White Rock** | | | | |
| 2004-2005 | 106 | 92-120 | 114 | 101-127 |
| 2005-2006 | 101 | 88-115 | 107 | 94-120 |
| 2006-2007 | 80 | 69-93 | 91 | 80-103 |
| **Exercices combinés** | **95** | **88-103** | **104** | **97-111** |
| **Peter Lougheed Centre, Alberta<br>Nom de la collectivité : Calgary** | | | | |
| 2004-2005 | 88 | 78-99 | 91 | 81-101 |
| 2005-2006 | 65 | 56-74 | 83 | 75-92 |
| 2006-2007 | 67 | 58-76 | 90 | 81-100 |
| **Exercices combinés** | **73** | **68-79** | **88** | **83-93** |
| **Providence Health Care†, Colombie-Britannique** | | | | |
| 2004-2005 | 111 | 102-122 | 109 | 100-118 |
| 2005-2006 | 97 | 88-107 | 97 | 88-105 |
| 2006-2007 | 100 | 90-110 | 110 | 101-119 |
| **Exercices combinés** | **103** | **97-109** | **105** | **100-110** |
| **Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, Nouvelle-Écosse<br>Nom de la collectivité : Halifax** | | | | |
| 2004-2005 | 123 | 114-133 | 126 | 117-134 |
| 2005-2006 | 100 | 92-109 | 106 | 99-114 |
| 2006-2007 | 82 | 75-90 | 94 | 87-102 |
| **Exercices combinés** | **102** | **97-107** | **109** | **104-113** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Quinte Healthcare Corporation†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 81 | 72-91 | 86 | 77-95 |
| 2005-2006 | 98 | 88-109 | 97 | 87-107 |
| 2006-2007 | 96 | 85-108 | 105 | 94-116 |
| **Exercices combinés** | **91** | **85-98** | **95** | **89-101** |
| **Red Deer Regional Hospital Centre, Alberta Nom de la collectivité : Red Deer** | | | | |
| 2004-2005 | 132 | 116-149 | 118 | 104-133 |
| 2005-2006 | 127 | 112-143 | 117 | 104-132 |
| 2006-2007 | 118 | 104-132 | 112 | 100-125 |
| **Exercices combinéss** | **125** | **116-134** | **115** | **108-123** |
| **Regina General Hospital, Saskatchewan Nom de la collectivité : Regina** | | | | |
| 2004-2005 | 72 | 64-81 | 72 | 64-80 |
| 2005-2006 | 72 | 64-81 | 73 | 65-80 |
| 2006-2007 | 68 | 60-76 | 68 | 61-76 |
| **Exercices combinés** | **71** | **66-75** | **71** | **67-75** |
| **Rockyview General Hospital, Alberta Nom de la collectivité : Calgary** | | | | |
| 2004-2005 | 91 | 81-101 | 96 | 88-106 |
| 2005-2006 | 78 | 70-88 | 90 | 81-98 |
| 2006-2007 | 82 | 73-92 | 95 | 86-104 |
| **Exercices combinés** | **84** | **79-89** | **94** | **89-99** |
| **Rouge Valley Health System†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 100 | 91-109 | 96 | 88-104 |
| 2005-2006 | 108 | 99-117 | 103 | 94-111 |
| 2006-2007 | 110 | 101-120 | 104 | 95-112 |
| **Exercices combinés** | **106** | **101-111** | **101** | **96-105** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| Rouge Valley Health System Centenary Site, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto | | | | |
| 2004-2005 | 97 | 87-108 | 93 | 84-103 |
| 2005-2006 | 116 | 104-128 | 111 | 100-122 |
| 2006-2007 | 116 | 105-129 | 110 | 100-121 |
| **Exercices combinés** | **109** | **103-116** | **104** | **98-110** |
| Royal Alexandra Hospital, Alberta<br>Nom de la collectivité : Edmonton | | | | |
| 2004-2005 | 103 | 95-111 | 93 | 86-101 |
| 2005-2006 | 108 | 99-117 | 97 | 90-105 |
| 2006-2007 | 101 | 93-110 | 93 | 85-100 |
| **Exercices combinés** | **104** | **99-109** | **94** | **90-99** |
| Royal Columbian Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : New Westminster | | | | |
| 2004-2005 | 100 | 91-110 | 96 | 88-105 |
| 2005-2006 | 110 | 100-120 | 99 | 90-109 |
| 2006-2007 | 106 | 96-116 | 97 | 88-106 |
| **Exercices combinés** | **105** | **100-111** | **97** | **92-102** |
| Royal Inland Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Kamloops | | | | |
| 2004-2005 | 112 | 99-127 | 107 | 95-120 |
| 2005-2006 | 94 | 81-108 | 102 | 90-115 |
| 2006-2007 | 84 | 72-97 | 102 | 90-115 |
| **Exercices combinés** | **97** | **89-105** | **104** | **97-111** |
| Royal University Hospital, Saskatchewan<br>Nom de la collectivité : Saskatoon | | | | |
| 2004-2005 | 88 | 78-99 | 79 | 70-89 |
| 2005-2006 | 100 | 90-112 | 90 | 81-100 |
| 2006-2007 | 71 | 62-80 | 65 | 58-73 |
| **Exercices combinés** | **86** | **80-91** | **78** | **73-83** |

Remarques :
IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **Sarnia Bluewater Health†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 95 | 83-108 | 99 | 88-112 |
| 2005-2006 | 105 | 92-119 | 113 | 101-126 |
| 2006-2007 | 105 | 92-120 | 115 | 102-129 |
| **Exercices combinés** | **102** | **94-110** | **109** | **102-116** |
| **Southlake Regional Health Centre/Centre régional de santé Southlake, Ontario Nom de la collectivité : Newmarket** | | | | |
| 2004-2005 | 103 | 94-113 | 99 | 90-108 |
| 2005-2006 | 98 | 88-108 | 95 | 86-104 |
| 2006-2007 | 100 | 91-110 | 97 | 88-106 |
| **Exercices combinéss** | **100** | **95-106** | **97** | **92-102** |
| **St. Boniface General Hospital/Hôpital général Saint-Boniface, Manitoba Nom de la collectivité : Winnipeg** | | | | |
| 2004-2005 | 112 | 102-124 | 108 | 98-118 |
| 2005-2006 | 101 | 90-112 | 103 | 93-113 |
| 2006-2007 | 95 | 85-106 | 107 | 97-117 |
| **Exercices combinés** | **103** | **97-109** | **106** | **100-112** |
| **St. John's Acute Care‡, Terre-Neuve-et-Labrador Nom de la collectivité : St. John's** | | | | |
| 2004-2005 | 111 | 101-122 | 103 | 95-113 |
| 2005-2006 | 115 | 104-125 | 116 | 107-126 |
| 2006-2007 | 116 | 106-126 | 112 | 104-122 |
| **Exercices combinés** | **114** | **108-120** | **111** | **105-116** |
| **St. Paul's Hospital, Colombie-Britannique Nom de la collectivité : Vancouver** | | | | |
| 2004-2005 | 108 | 97-121 | 109 | 98-120 |
| 2005-2006 | 93 | 83-105 | 95 | 85-106 |
| 2006-2007 | 94 | 83-106 | 110 | 99-122 |
| **Exercices combinés** | **99** | **92-106** | **105** | **98-111** |

Remarques :

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

‡ St. John's Acute Care choisit les soins fournis par les établissements suivants : General Hospital (Health Sciences Centre), St. Clare's Mercy Hospital, Waterford Hospital, Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre (2006-2007 seulement) et Dr. L.A. Miller Centre.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **St. Paul's Hospital, Saskatchewan<br>Nom de la collectivité : Saskatoon** | | | | |
| 2004-2005 | 87 | 76-99 | 79 | 69-89 |
| 2005-2006 | 85 | 74-97 | 80 | 70-90 |
| 2006-2007 | 92 | 80-104 | 84 | 74-96 |
| **Exercices combinés** | **88** | **81-95** | **81** | **75-87** |
| **Surrey Memorial Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Surrey** | | | | |
| 2004-2005 | 106 | 95-117 | 123 | 113-134 |
| 2005-2006 | 93 | 83-103 | 108 | 99-118 |
| 2006-2007 | 87 | 78-97 | 107 | 98-117 |
| **Exercices combinés** | **95** | **89-101** | **112** | **107-118** |
| **Système de santé Niagara†§, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 117 | 109-125 | 113 | 106-121 |
| 2005-2006 | 125 | 117-133 | 125 | 118-132 |
| 2006-2007 | 124 | 116-132 | 127 | 120-134 |
| **Exercices combinés** | **122** | **117-126** | **122** | **118-126** |
| **Système de santé Niagara — St. Catharines General Site§, Ontario<br>Nom de la collectivité : St. Catharines** | | | | |
| 2004-2005 | 133 | 120-147 | 123 | 111-135 |
| 2005-2006 | 143 | 130-157 | 135 | 123-148 |
| 2006-2007 | 131 | 119-143 | 130 | 120-142 |
| **Exercices combinés** | **135** | **128-143** | **129** | **123-136** |
| **Toronto East General Hospital, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 101 | 91-110 | 93 | 85-102 |
| 2005-2006 | 103 | 94-114 | 97 | 88-107 |
| 2006-2007 | 108 | 98-118 | 102 | 93-112 |
| **Exercices combinés** | **104** | **98-110** | **98** | **92-103** |

Remarques :

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

§ Le 8 août 2005, en raison de la restructuration des hôpitaux de St. Catharines, l'Hotel Dieu Health Sciences Hospital a changé de mandat, passant des soins de courte durée aux soins continus complexes et à la réadaptation. Une importante proportion des patients en soins de courte durée du Hotel Dieu Health Sciences Hospital ont donc été transférés au St. Catharines General Site. Cet afflux de patients pourrait avoir des répercussions sur les résultats du St. Catharines General Site.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| **University Health Network, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto** | | | | |
| 2004-2005 | 91 | 85-97 | 87 | 81-92 |
| 2005-2006 | 86 | 80-92 | 85 | 79-90 |
| 2006-2007 | 84 | 78-90 | 85 | 80-91 |
| **Exercices combinés** | **87** | **83-91** | **85** | **82-89** |
| **University of Alberta Hospital, Alberta<br>Nom de la collectivité : Edmonton** | | | | |
| 2004-2005 | 104 | 96-112 | 95 | 88-102 |
| 2005-2006 | 96 | 88-104 | 90 | 83-97 |
| 2006-2007 | 96 | 89-105 | 90 | 83-97 |
| **Exercices combinéss** | **99** | **94-103** | **91** | **87-95** |
| **Vancouver General Hospital, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Vancouver** | | | | |
| 2004-2005 | 95 | 88-102 | 88 | 82-95 |
| 2005-2006 | 96 | 89-103 | 89 | 83-96 |
| 2006-2007 | 77 | 71-83 | 81 | 75-87 |
| **Exercices combinés** | **89** | **85-93** | **86** | **83-90** |
| **Victoria General & Royal Jubilee Hospitals, Colombie-Britannique<br>Nom de la collectivité : Victoria** | | | | |
| 2004-2005 | 79 | 73-86 | 89 | 82-95 |
| 2005-2006 | 82 | 75-89 | 87 | 80-94 |
| 2006-2007 | 80 | 73-87 | 91 | 84-98 |
| **Exercices combinés** | **80** | **76-84** | **89** | **85-93** |
| **William Osler Health Centre†, Ontario** | | | | |
| 2004-2005 | 93 | 86-100 | 86 | 80-93 |
| 2005-2006 | 84 | 78-91 | 78 | 72-84 |
| 2006-2007 | 88 | 82-96 | 81 | 75-88 |
| **Exercices combinés** | **89** | **85-93** | **82** | **78-85** |

**Remarques :**

† Résultats combinés des organismes qui chapeautent plusieurs sites de soins de courte durée et qui présentent leurs données à l'ICIS sous des numéros d'établissements distincts. Remarque : Les résultats des sites qui font partie d'un organisme mais qui respectent le seuil statistique sont également présentés. Pour obtenir la liste complète des sites d'un organisme répondant à cette description, veuillez vous reporter à l'annexe III.

IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %

SP Soins palliatifs

| | RNMH excluant SP | RNMH excluant SP IC 95 % | RNMH de l'ensemble des cas | RNMH de l'ensemble des cas IC 95 % |
|---|---|---|---|---|
| William Osler Health Centre Etobicoke General Hospital, Ontario<br>Nom de la collectivité : Toronto | | | | |
| 2004-2005 | 110 | 99-122 | 99 | 89-110 |
| 2005-2006 | 92 | 82-103 | 83 | 74-93 |
| 2006-2007 | 93 | 83-104 | 86 | 77-96 |
| **Exercices combinés** | **98** | **92-105** | **89** | **84-95** |
| William Osler Health Centre Peel Memorial Hospital, Ontario<br>Nom de la collectivité : Brampton | | | | |
| 2004-2005 | 79 | 70-89 | 74 | 66-83 |
| 2005-2006 | 81 | 71-91 | 74 | 66-83 |
| 2006-2007 | 84 | 74-94 | 77 | 68-86 |
| **Exercices combinés** | **81** | **76-87** | **75** | **70-80** |

**Remarques :**
IC 95 % Intervalle de confiance de 95 %
SP Soins palliatifs

# Annexe III

## Liste des organismes

Liste des organismes présentés à l'annexe II du présent rapport et sites compris dans leurs résultats combinés :

## Alliance Chatham-Kent pour la santé

Hôpital public général (Alliance Chatham-Kent pour la santé)
Hôpital St-Joseph (Alliance Chatham-Kent pour la santé)
Hôpital du district de Syndenham (Alliance Chatham-Kent pour la santé)

## Grey Bruce Health Services

Grey Bruce Health Services Lion's Head Hospital
Grey Bruce Health Services Owen Sound Site
Grey Bruce Health Services Markdale Site
Grey Bruce Health Services Meaford Site
Grey Bruce Health Services Southampton Site
Grey Bruce Health Services Wiarton Site

## Halton Healthcare Services Corporation

Halton Healthcare Services Oakville Trafalgar Site
Halton Healthcare Services Milton Site
Halton Healthcare Services Georgetown Site (2006-2007 seulement)

## Hamilton Health Sciences Corporation

Hamilton Health Sciences Corporation Hamilton Division
Hamilton Health Sciences Corporation Henderson Division
Hamilton Health Sciences Corporation McMaster Division

## Hôpital régional Humber River

Hôpital régional Humber River Finch Site
Hôpital régional Humber River Church Street Site
Hôpital régional Humber River Keele Site

## Lakeridge Hospital Corporation

Lakeridge Health Oshawa Site
Lakeridge Health Port Perry Site
Lakeridge Health Bowmanville Memorial Site

## Système de santé de Niagara

Système de santé de Niagara — Fort Erie Site
Système de santé de Niagara — Greater Niagara Site
Système de santé de Niagara — Niagara On The Lake Site
Système de santé de Niagara — Port Colborne General Hospital Site
Système de santé de Niagara — St. Catharines General Site
Système de santé de Niagara — Welland County General Site
Système de santé de Niagara — Ontario Street Site

## Hôpital d'Ottawa

L'Hôpital d'Ottawa — Campus civic
L'Hôpital d'Ottawa — Campus général

## Providence Health Care

St. Paul's Hospital
Mount St. Joseph Hospital

## Quinte Healthcare Corporation

Quinte Healthcare Corporation Belleville General Site
Quinte Healthcare Corporation North Hastings Site
Quinte Healthcare Corporation Prince Edward County Memorial Site
Quinte Healthcare Corporation Trenton Memorial Site

## Rouge Valley Health System

Rouge Valley Health System Centenary Site
Rouge Valley Health System Ajax And Pickering Health Centre

## Sarnia Bluewater Health

Bluewater Health Sarnia Site
Bluewater Health Charlotte Eleanor Englehart Site

## Hôpital de Scarborough

Hôpital de Scarborough General Site
Hôpital de Scarborough Grace Site

## William Osler Health Centre

William Osler Health Centre Etobicoke General Hospital
William Osler Health Centre Peel Memorial Hospital

# Annexe IV

## Groupes de diagnostics du RNMH

Les notes techniques peuvent être consultées au www.icis.ca/rnmh.

Liste des groupes de diagnostiques inclus dans le calcul du RNMH :

Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
Anévrisme aortique et dissection
Angine de poitrine
Arrêt cardiaque
Autres affections de l'appareil urinaire
Autres affections du cerveau
Autres affections pulmonaires interstitielles
Autres déséquilibres hydro-électrolytiques et acido-basiques
Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques
Autres infections intestinales bactériennes
Autres maladies de l'intestin
Autres maladies du système digestif
Cardiopathie ischémique chronique
Choc, non classé ailleurs
Complications d'actes à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Convalescence
Démence, sans précision
Déplétion du volume
Diabète sucré de type 2
Diverticulose de l'intestin
Embolie pulmonaire
Épanchement pleural, non classé ailleurs
Fibrillation et flutter auriculaires
Fibrose et cirrhose du foie
Fracture de la hanche
Hémorragie intracérébrale
Hémorragie sous-arachnoïdienne
Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie
Infarctus aigu du myocarde
Infarctus cérébral
Insuffisance cardiaque
Insuffisance hépatique
Insuffisance rénale aiguë
Insuffisance rénale chronique
Insuffisance rénale, sans précision
Insuffisance respiratoire
Lésion traumatique intracrânienne
Leucémie lymphoïde
Leucémie myéloïde
Lymphome diffus non hodgkinien
Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés
Maladie alcoolique du foie
Maladie d'Alzheimer
Maladies pulmonaires obstructives chroniques
Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes
Pancréatite aiguë
Péritonite
Pneumonie
Pneumopathie due à des substances solides et liquides
Septicémie
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
Troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Troubles vasculaires de l'intestin
Tumeur maligne de l'encéphale
Tumeur maligne de l'estomac
Tumeur maligne de la prostate
Tumeur maligne de la vessie
Tumeur maligne de siège non précisé
Tumeur maligne des bronches et du poumon
Tumeur maligne du côlon
Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques
Tumeur maligne du pancréas
Tumeur maligne du sein
Tumeur maligne secondaire d'autres sièges
Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs