Rapport sur la qualité des données provinciales et territoriales

Indicateurs et mesures contextuelles

Guide de référence

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

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

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

Tous droits réservés.

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

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

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

RAI-MDS 2.0 © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1995, 1997, 1999. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2020.

RAI-HC © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1994, 1996, 1997, 1999, 2001. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2020.

interRAI CA © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1994-2010. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2020.

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Rapport sur la qualité des données provinciales et territoriales : indicateurs et mesures contextuelles — guide de référence*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

This publication is also available in English under the title *Provincial/Territorial Data Quality Report: Indicators and Contextual Measures — Reference Guide*.

Table des matières

Principaux indicateurs de la qualité des données

Participation confirmée
RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), SDEPC, SISD/SIIR-SD, SISLD/SIIR-SLD, SNIR, SNISA (SU) ... 6

Caractéristiques manquantes ou inconnues à l'échelle de l'élément de données
RCITO, BDMOS, SNISA (SU), BDNM, SNIUMP, SNIR ... 8

Degré de participation : enregistrements
RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), BDCCP, BDCP/BDMH (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU) ... 11

Degré de participation : organismes
RCITO, RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), SISD/SIIR-SD, SISLD/SIIR-SLD, SNIR ... 13

Données démographiques non valides ou incohérentes
SISLD/SIIR-SLD, BDNM, SNIUMP ... 15

Enregistrement longitudinal manquant
SISLD/SIIR-SLD, RCITO, SNIR ... 16

Enregistrements rejetés en raison de vérifications avec rejet
SISLD, BDCCP, SISD, SNIR ... 18

Taux d'erreurs d'incohérence et d'enregistrements rejetés en suspens
BDCP/SNISA (SCD, chirurgie d'un jour, SU) ... 20

Conformité aux exigences de soumission de données
SISD/SIIR-SD, SNIUMP ... 22

Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage
RCRA, RCITO, BDCP/BDMH (SCD), BDCP/BDMH/SNISA (chirurgie d'un jour), SISD/SIIR-SD, SNISA (SU), SNIR ... 23

Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage
SISLD/SIIR-SLD, RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), RCITO, SDEPC, BDCP/BDMH (SCD), BDCP/BDMH/SNISA (chirurgie d'un jour), SISD/SIIR-SD, SNISA (SU), SNIUMP, SNIR ... 24

Soumissions tardives : niveau de l'enregistrement
SISLD, RCITO, SISD, SNIR ... 26

Soumissions tardives : niveau des fichiers
BDCS, BDMOS, BDNM, SNIUMP ... 28

Indicateurs de la qualité propres à une base de données

Suppressions à l'échelle de l'organisme de résultats déjà publiés — Temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin
SNISA (SU) ... 30

Abrégés dont les coûts ont été établis : organismes déclarants
BDCCP ... 32

Clients évalués, services à domicile de longue durée
SISD ... 33

Cohérence de la soumission de données
BDCCP ... 34

Conformité aux exigences minimales de déclaration financière
BDCS ... 35

Conformité aux exigences minimales de déclaration statistique de la BDCS pour les centres d'activité de base
BDCS ... 36

Déclaration des coûts des soins infirmiers pour les patients hospitalisés
BDCCP ... 37

Degré de participation : enregistrements contenant de l'information sur le diagnostic (couverture des données sur le diagnostic au service d'urgence)
SNISA (SU) ... 38

Dépenses inscrites comme régionales
BDCS ... 39

Dépenses restantes dans les comptes provisoires
BDCS ... 40

Disponibilité des données aux fins de calcul de la durée de séjour en chirurgie d'un jour
BDCP/BDMH/SNISA (chirurgie d'un jour) ... 41

Établissements ayant soumis des données incomplètes pour l'élément État comorbide avant l'admission
SNIR ... 42

Intégralité des déclarations de décès
RCITO ... 43

Numéros d'identification des médicaments (DIN) inactifs
SNIUMP ... 45

Indicateurs de la qualité propres à une base de données (suite)

Population cible admissible au sondage dans les établissements participants
SDEPC 46

Pourcentage des résidents n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation complète
SISLD 47

Non-réponse des établissements
SNIR 48

Taux de réponse
SDEPC 49

Taux d'exactitude des données sur les demandes de remboursement
SNIUMP 50

Autres modes de paiement clinique des médecins : données sur les autres modes de paiement à l'échelle de la spécialité
BDNM 51

Autres modes de paiement clinique des médecins : données sur les autres modes de paiement à l'échelle des médecins
BDNM 52

Conformité aux exigences du plan comptable des Normes SIG
BDCCP 53

Données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement
BDNM 54

Numéro de produit présent dans l'International Prosthesis Library
RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou) 55

Rémunération totale
BDNM 56

Soumission de données au niveau de l'enregistrement
BDMOS 57

Sous-déclaration potentielle des jours en niveau de soins alternatif (NSA)
BDCP (SCD) 58

Taux de réévaluation
SISD/SIIR-SD 60

Disponibilité des données au 31 mai (date de clôture)
BDCP (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU) 61

Disponibilité des données dans les 3 mois suivant la sortie
BDCP (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU) 62

Disponibilité des données dans les 60 jours après la fin du trimestre
BDCP (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU) 63

Erreurs d'incohérence en suspens — diagnostic et intervention
BDCP (SCD) 65

Pour en savoir plus sur les mesures contextuelles, consultez l'annexe.

Introduction

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) produit chaque année des rapports sur la qualité des données pour évaluer la participation de l'ensemble des provinces et territoires à 16 de ses bases de données. Ces rapports sont envoyés aux sous-ministres de la Santé et aux principaux représentants de l'ensemble des provinces et territoires.

Le présent guide de référence décrit les indicateurs et la méthodologie utilisés dans les rapports sur la qualité des données. Il permet de comprendre comment l'ICIS fait le suivi et rend compte des changements liés à la qualité des données chaque année. Le glossaire du guide comporte les définitions des dimensions de la qualité des données employées à l'ICIS, ainsi qu'une liste des sigles et acronymes (avec leur expansion) utilisés dans le guide.

Principaux indicateurs de la qualité des données

Les principaux indicateurs de la qualité des données traitent des concepts fondamentaux de la qualité s'appliquant à plusieurs bases de données et pouvant être mesurés de la même manière. Les indicateurs seront développés et adaptés au fur et à mesure que des améliorations seront apportées à la qualité des données grâce à la déclaration et à d'autres initiatives.

Pertinence

Identification de l'indicateur	
Nom	Participation confirmée
Bases de données	RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), SDEPC, SISD/SIIR-SD, SISLD/SIIR-SLD, SNIR, SNISA (SU)
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Indication du degré d'engagement pris par une province ou un territoire pour soumettre des données dans la base de données en question
Description du calcul	C : Collecte de données complète prévue à l'échelle provinciale ou territoriale dans le cadre d'un mandat ou d'un autre type d'entente P : Entente ou mandat partiel (p. ex. seulement dans certains établissements ou régies régionales de la santé) qui porte sur une collecte partielle de données à l'échelle provinciale ou territoriale V : Soumission volontaire, sans engagement à l'échelle provinciale ou territoriale N : Aucun engagement ni mandat
Description selon la base de données	**SISLD/SIIR-SLD et SISD/SIIR-SD :** La valeur « C » est attribuée aux provinces et territoires dont le ministère de la Santé a confirmé auprès de l'ICIS que tous les organismes du secteur doivent obligatoirement soumettre des données au SISLD/SIIR-SLD (y compris sur les soins de longue durée ou les services de soins de longue durée en milieu hospitalier) ou au SISD/SIIR-SD (sur les services de soins à domicile). **RCRA et BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou) :** La valeur « C » est attribuée aux provinces et territoires qui ont indiqué par écrit que la soumission de données à la BDCP ou au RCRA est obligatoire. **SDEPC :** La valeur « C » est attribuée aux provinces et territoires qui se sont engagés à soumettre des données au SDEPC. La valeur « N » est attribuée aux provinces et territoires qui ne soumettent pas de données au SDEPC. **SNISA (SU) :** Pour cet indicateur, la valeur « C » ou « P » est attribuée exclusivement aux provinces et territoires qui soumettent des données au SNISA au moment de la production du rapport. La valeur « N » est attribuée aux autres provinces et territoires qui ne soumettent pas de données au SNISA (SU).
Type de mesure	Variable nominale

Pertinence

Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	C		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise C	Qualité des données moyennement compromise P ou V	Qualité des données hautement compromise N
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur décrit l'engagement des provinces et territoires à participer et à soumettre des données à la base de données en question.		
Interprétation	Le degré de soumission de données varie, peu importe le type d'engagement pris par les provinces et territoires. La participation réelle doit donc être confirmée à l'aide de l'indicateur Degré de participation. Cet indicateur n'est pas déclaré dans les rapports sur les soins de courte durée aux patients hospitalisés et ceux sur la chirurgie d'un jour ni dans la BDCS, car les provinces et territoires se sont engagés depuis longtemps à soumettre à l'ICIS les données hospitalières dans ces bases de données.		
Limites	La signature d'un mandat ou d'une entente avec les provinces et territoires représente une première étape. Pour rendre la soumission obligatoire dans l'ensemble des provinces et territoires, il faut passer par un processus long et complexe. L'ICIS discute activement de l'expansion et de la mise en œuvre de ce projet avec les provinces et territoires auxquels les valeurs « P », « V » ou « N » ont été attribuées.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur	
Nom	Caractéristiques manquantes ou inconnues à l'échelle de l'élément de données
Bases de données	RCITO, BDMOS, SNISA (SU), BDNM, SNIUMP, SNIR
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Pourcentage des enregistrements comportant des données manquantes ou inconnues (y compris incomplètes) pour les éléments de données sélectionnés
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre d'enregistrements comportant des données manquantes ou inconnues (y compris incomplètes) pour des éléments de données pour l'année de déclaration B = nombre total d'enregistrements pour l'année de déclaration
Description selon la base de données	Le **RCITO** comporte les éléments de données suivants dans les enregistrements de dialyse et de transplantation : • Origine ethnique : si l'origine ethnique est *inconnue* ou non indiquée • Diagnostic : si la maladie rénale principale (pour les enregistrements de dialyse) ou le diagnostic principal (pour les enregistrements de transplantation) est laissé vide, est *inconnu* ou *n'est pas précisé* La **BDMOS** comporte les éléments de données suivants : • Année de naissance : si *inconnue* ou laissée vide • Sexe : si *inconnu* ou laissé vide • Statut d'emploi : si *non précisé* ou laissé vide • Code postal du lieu d'emploi : si inconnu (les 3 derniers caractères sont 999) ou laissé vide dans les enregistrements indiquant *occupe un emploi* comme statut d'emploi **Le SNISA (SU)** comporte les éléments de données suivants : • Niveau de triage : si *inconnu* • Date et heure de l'évaluation initiale du médecin : si *inconnues* • Date et heure de la sortie du patient du service d'urgence (cas admis) : si *inconnues* • Date et heure de la décision concernant la sortie du patient (cas non admis) : si *inconnues* La **BDNM** comporte les éléments de données suivants : • Date de naissance du médecin : si *inconnue* • Lieu d'obtention du doctorat en médecine : si *inconnu* • Code postal du médecin : si laissé vide Le **SNIUMP** comporte les éléments de données suivants : • Code postal du médecin prescripteur et du fournisseur de service : si *inconnus* (les 3 derniers caractères sont « 9Z9 » ou « 999 ») ou laissés vides • Année de naissance du patient : si *inconnue* ou laissée vide • Sexe du patient : si *inconnu* ou laissé vide • Médicament faisant l'objet de la demande de remboursement : si le nom du médicament ne pouvait être identifié Le **SNIR** comporte les éléments de données suivants : • Numéro de l'établissement d'accueil : si *inconnu* – Nombre total d'enregistrements (dénominateur) = épisode de soins terminé; comprend des enregistrements d'admission et de sortie, où une valeur valide est attendue pour cet élément de données • Date à laquelle le client est prêt pour son admission : si *inconnue*
Type de mesure	Pourcentage

Exactitude et fiabilité

Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 2,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 2,0-10,0 %	Qualité des données hautement compromise > 10,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur reflète le degré d'intégralité et d'exactitude des données fournies pour les éléments de données sélectionnés.		
Interprétation	Pour cet indicateur, des valeurs plus basses indiquent que l'information sur le client ou le dispensateur ou l'information clinique est incomplète, ce qui peut avoir des répercussions sur la production de rapports et d'analyses. **RCITO :** Les patients qui avaient des enregistrements de dialyse ou de transplantation avant l'année de déclaration ont été exclus des données sur les transplantations. **BDMOS :** Le statut d'emploi permet de déterminer la main-d'œuvre (c.-à-d. les membres inscrits qui occupaient un emploi dans la profession au moment de l'inscription annuelle). Les valeurs inconnues limitent les analyses portant sur la nature de la participation du personnel infirmier réglementé à la population active. **SNISA (SU) :** Le niveau de triage peut servir à déterminer les populations de patients en fonction de la gravité de leur état. Le temps d'attente jusqu'à l'évaluation du médecin est calculé au moyen de l'élément Date et heure de l'évaluation initiale du médecin. La durée totale du séjour au service d'urgence pour les patients admis est calculée au moyen de l'élément Date et heure de sortie du patient, service d'urgence. La durée totale du séjour au service d'urgence pour les patients non admis est calculée au moyen des éléments Date et heure de sortie du patient, service d'urgence et Date et heure de la décision concernant la sortie du patient. Un taux élevé de valeurs *inconnues* lors de la déclaration de ces éléments de données a une incidence sur l'exactitude, la comparabilité et l'utilité de l'information contenue dans les Rapports sur les indicateurs des temps d'attente dans les services d'urgence. **SNIUMP :** • Un code postal inconnu limite, entre autres, l'analyse – de l'accès aux médicaments entre les régions des provinces et territoires; – de la distance entre l'endroit où les ordonnances sont rédigées et celui où elles sont remplies; – des types d'état thérapeutique traités à l'aide des médicaments en milieu urbain ou rural ou entre des régions semblables dans des provinces différentes. • L'année de naissance et le sexe inconnus limitent l'exactitude de l'analyse visant les médicaments spécifiques à l'âge ou au sexe, ces demandes de remboursement étant exclues des analyses (p. ex. hormones de substitution pour les femmes de plus de 65 ans). • Le numéro d'identification du médicament (DIN) ou pseudo-DIN indiqué sur un enregistrement de demandes de remboursement sert à identifier le médicament ou la prestation faisant l'objet de la demande, ainsi qu'à lier l'enregistrement à une catégorie thérapeutique. Les données sur les demandes de remboursement de médicaments non identifiés ont une incidence sur l'exactitude de l'analyse en fonction des maladies, des sources d'utilisation et des changements de prix, entre autres.		

Exactitude et fiabilité

Utilisation, interprétation et limites (suite)	
Interprétation (suite)	**SNIR :** • L'élément Numéro de l'établissement d'accueil peut servir à surveiller les modes de sortie dans les établissements participants. Une valeur *inconnue* est limitée lorsqu'il s'agit d'évaluer les modes d'orientation après la sortie d'une unité de réadaptation pour patients hospitalisés. L'ICIS encourage les établissements participants à soumettre un numéro d'établissement unique. • L'élément Date à laquelle le client est prêt pour son admission permet d'évaluer le temps d'attente pour la réadaptation à l'hôpital, c'est-à-dire le temps écoulé entre la date à laquelle le client est prêt pour son admission et la date d'admission réelle. Étant donné que les temps d'attente occupent une place de plus en plus importante dans les rapports redditionnels au Canada, les établissements qui enregistrent souvent des valeurs *inconnues* pour cet élément de données sont encouragés à revoir la façon dont ils déterminent la date connue à laquelle le patient est prêt pour son admission.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Degré de participation : enregistrements		
Bases de données	RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), BDCCP, BDCP/BDMH (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements soumis à la base de données par rapport au nombre attendu ou recueilli, par province ou territoire		
Description du calcul	A ÷ B, où A = nombre total d'enregistrements soumis au cours de l'année de déclaration B = nombre total d'enregistrements attendus ou recueillis au cours de l'année de déclaration		
Description selon la base de données	**RCRA et BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou) :** Rapports comparant le nombre total d'interventions soumises au nombre attendu. Le nombre attendu (B) est déterminé en fonction du nombre d'interventions soumises dans la BDCP ou le SNISA (et dans la BDMH dans le cas du Québec). Il est à noter que les interventions bilatérales soumises à la BDCP, au SNISA et à la BDMH sont comptées 2 fois, puisque chaque côté d'un remplacement bilatéral (gauche et droit) est soumis séparément au RCRA. Les données du Québec déclarées dans la BDMH doivent être fondées sur l'exercice précédent si celles de l'année la plus récente ne sont pas disponibles au moment où ces rapports sont générés. **BDCCP :** Rapports comparant le nombre d'abrégés dont les coûts ont été établis et déclarés à la BDCCP au nombre d'abrégés cliniques soumis aux bases de données cliniques de l'ICIS. Les résultats sont fournis séparément en ce qui concerne les données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée et sur les soins ambulatoires. **BDCP/BDMH (SCD) et BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour) :** Rapports comparant le nombre total d'enregistrements (patients hospitalisés en soins de courte durée ou chirurgie d'un jour) reçus durant l'exercice de déclaration au 30 juin, date de clôture de la base de données, au nombre total d'enregistrements. Le nombre attendu (B) est confirmé par les établissements. **SNISA (SU) :** Rapports comparant le nombre total d'enregistrements des services d'urgence reçus durant l'exercice de déclaration au 30 juin, date de clôture de la base de données, au nombre attendu d'enregistrements. Pour les provinces et territoires qui procèdent à une soumission partielle, le nombre attendu (B) est fondé sur les visites déclarées à la BDCS au cours de l'exercice précédent.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100 Pas de valeur optimale pour la BDCCP		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-50,0 %	Qualité des données hautement compromise < 50,0 %

Exactitude et fiabilité

Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Cet indicateur permet de déterminer les répercussions du degré de participation sur l'utilité des rapports et analyses de l'ICIS.
Interprétation	Un faible pourcentage indique un sous-dénombrement pour la province ou le territoire et pourrait limiter la capacité d'utiliser les données de la base de données aux fins énoncées. **BDCCP :** Cet indicateur ne comporte pas de valeur optimale, puisque l'objectif de l'ICIS est d'obtenir un échantillon représentatif des coûts par patient à l'échelle du Canada et des types d'organismes de services de santé.
Limites	**SNISA (SU) :** La couverture des visites aux services d'urgence est une estimation. Pour les provinces et territoires où la soumission est obligatoire, le dénominateur est basé sur les visites déclarées au SNISA et sur les enregistrements manquants connus. Pour les provinces et territoires qui procèdent à une soumission partielle, le dénominateur est basé sur les visites déclarées à la BDCS lors de l'exercice précédent. Le nombre total de visites aux services d'urgence peut varier d'un exercice à l'autre. **BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou) :** La BDCP accepte les données sur les prothèses pour un maximum de 2 remplacements de la hanche ou du genou par abrégé.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Degré de participation : organismes		
Bases de données	RCITO, RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), SISD/SIIR-SD, SISLD/SIIR-SLD, SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Ratio d'organismes qui participent à la base de données par rapport au nombre total d'organismes connus de la province ou du territoire dont la participation était prévue		
Description du calcul	A ÷ B, où A = nombre d'établissements ou d'organismes qui ont participé à la base de données au cours de l'année de déclaration B = nombre total d'établissements ou d'organismes qui étaient admissibles à la participation à la base de données au cours de l'année de déclaration		
Description selon la base de données	Admissible à la participation (B) est défini comme suit : **SISLD/SIIR-SLD, SISD/SIIR-SD et SNIR :** L'admissibilité est déterminée par la consultation des ministères de la Santé ou l'information figurant dans leur site Web. • Dans le cas du SISLD/SIIR-SLD, s'il n'est pas possible d'obtenir l'information directement du ministère, il faut utiliser le nombre d'établissements qui ont déjà soumis des données et qui n'ont pas indiqué que les soumissions cesseront. **RCRA et BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou) :** L'admissibilité est déterminée par le nombre d'établissements qui ont soumis des données sur les arthroplasties de la hanche et du genou à la BDCP et au SNISA (et à la BDMH dans le cas du Québec). Les données du Québec déclarées dans la BDMH doivent être fondées sur l'exercice précédent si celles de l'année la plus récente ne sont pas disponibles au moment où ces rapports sont générés. **RCITO :** L'admissibilité est déterminée par les fournisseurs de données (p. ex. les personnes-ressources d'un organisme provincial). • Les établissements qui soumettent des données au RCITO sont évalués selon les types de données soumises : établissements de dialyse, établissements de transplantation et programmes de don d'organes (service d'approvisionnement en organes). Dans le RCITO, cet indicateur est fondé sur les établissements qui soumettent de nouveaux enregistrements (et non des données de suivi) pour les 3 différents types de données prévues.		
Type de mesure	Ratio		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	1		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-50,0 %	Qualité des données hautement compromise < 50,0 %

Exactitude et fiabilité

Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	L'information peut être utilisée à l'échelle provinciale ou territoriale aux fins d'évaluation du degré de participation actuel et éventuel à la base de données. Cet indicateur fait également état de la façon dont les données peuvent représenter le degré réel de couverture au Canada, l'objectif étant la déclaration à l'échelle du Canada.
Interprétation	Certains organismes qui ont commencé à soumettre des données au SISD/SIIR-SLD, au SISLD/SIIR-SD et au SNIR peuvent n'avoir soumis que des données historiques. Ces organismes ne sont pas pris en considération pour le numérateur de cet indicateur. **RCRA et BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou) :** Depuis 2018-2019, les données sur les prothèses de la hanche et du genou peuvent être soumises à la BDCP ou au RCRA. **RCITO :** Les établissements de santé autonomes et les unités satellites n'entreprennent habituellement pas de nouveaux traitements en dialyse et sont exclus de cet indicateur. Seuls les établissements qui entreprennent le traitement en dialyse de nouveaux patients sont inclus. **SNIR :** Certaines provinces ou certains territoires soumettent des données sur la réadaptation des patients hospitalisés à la BDCP au lieu (ou en plus) de les soumettre au SNIR.
Limites	Cet indicateur ne porte pas sur le volume de données soumises. Pour faire partie du numérateur, il faut avoir soumis au moins un enregistrement ou une intervention. **SISLD/SIIR-SLD, SISD/SIIR-SD et SNIR :** Les variations dans la définition des lits réservés à la réadaptation, des organismes de soins de longue durée et des organismes de services à domicile ainsi que le manque d'information peuvent limiter la comparaison des résultats entre provinces et territoires dans le SISLD/SIIR-SLD, le SISD/SIIR-SD et le SNIR. **RCRA :** Dans tout le pays, certaines données doivent être obligatoirement soumises, alors que d'autres le sont volontairement.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Données démographiques non valides ou incohérentes		
Bases de données	SISLD/SIIR-SLD, BDNM, SNIUMP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Mesure de la quantité de données non valides ou incohérentes soumises pour les éléments de données démographiques clés		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre de valeurs non valides ou incohérentes pour l'année de déclaration B = nombre total d'enregistrements examinés afin d'y trouver des données non valides ou incohérentes pour l'année de déclaration		
Description selon la base de données	Le **SISLD**/SIIR-SLD comporte les éléments de données suivants : • Données relatives au sexe du patient incohérentes • Données relatives à la date de naissance du patient incohérentes La **BDNM** comporte les éléments de données suivants : • Date de naissance du médecin non valide • Code postal du médecin non valide Le **SNIUMP** comporte les éléments de données suivants : • Année de naissance du patient non valide : Elle remonte à 130 ans et plus avant l'année courante ou elle est postérieure à celle-ci.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 0,5 %	Qualité des données moyennement compromise > 0,5 %-1,0 %	Qualité des données hautement compromise > 1,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur reflète le degré d'exactitude aux étapes de la saisie et de la soumission des données.		
Interprétation	Les enregistrements soumis à l'ICIS qui contiennent des éléments de données démographiques clés dont la valeur est non valide ou incohérente sont acceptés dans la base de données. Ils sont souvent exclus des ensembles de données servant aux analyses et à la production de rapports.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Enregistrement longitudinal manquant		
Bases de données	SISLD/SIIR-SLD, RCITO, SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements longitudinaux manquants à la date limite annuelle de soumission de la base de données		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre d'enregistrements manquants B = nombre d'enregistrements soumis		
Description selon la base de données	**SISLD/SIIR-SLD :** A = nombre d'identificateurs uniques d'inscription pour lesquels il y a eu une activité au premier, deuxième ou troisième trimestre de l'exercice de déclaration, dont les données attendues (à savoir les enregistrements d'évaluation ou de sortie) n'ont pas été soumises pour au moins un des trimestres à la fin de l'exercice de déclaration B = nombre total d'identificateurs uniques d'inscription pour lesquels des données ont été soumises durant l'exercice de déclaration **RCITO :** A = nombre de patients en dialyse dont les données de suivi étaient attendues, mais n'ont pas été soumises à la date limite de soumission de l'année de déclaration B = nombre total de patients prévalents en dialyse (défini comme le nombre total de patients recevant des traitements de dialyse) à la date limite de soumission de l'année de déclaration **SNIR :** A = nombre d'enregistrements d'admission qui comportent une date d'admission entre le 1er avril et le 31 mars de l'exercice précédent et qui ne sont pas accompagnés d'une sortie au 31 mars de l'exercice de déclaration B = nombre total d'enregistrements d'admission comportant une date d'admission entre le 1er avril et le 31 mars de l'exercice précédent Remarque : Les sorties non planifiées (Catégorie d'admission 4) sont exclues du numérateur et du dénominateur.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 5,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 5,0 %-20,0 %	Qualité des données hautement compromise > 20,0 %

Exactitude et fiabilité

Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Cet indicateur permet de mesurer les enregistrements qui pourraient ne pas se trouver dans les bases de données respectives, ce qui peut avoir des répercussions sur la production de rapports et d'analyses. **SISLD/SIIR-SLD :** Les établissements sont censés soumettre une évaluation pour chaque trimestre au cours duquel un résident a séjourné dans l'établissement, jusqu'à sa sortie. L'arrêt de la soumission des évaluations d'un résident sans qu'un enregistrement de sortie ait été soumis indique qu'il manque au moins un enregistrement pour ce résident (p. ex. enregistrement de sortie ou évaluation). À des fins d'analyse, on présume que ces résidents ont obtenu leur congé de l'établissement. **SNIR :** L'information contenue dans les rapports du SNIR étant en grande partie basée sur les enregistrements jumelés d'admission et de sortie, la plupart des analyses ne tiennent pas compte des enregistrements d'admission qui ne sont pas accompagnés d'un enregistrement de sortie.
Interprétation	Des valeurs élevées pour cet indicateur découlent d'un pourcentage plus élevé de données manquantes dans une province ou un territoire. Il serait avantageux d'évaluer les pratiques de collecte et de soumission des données aux fins d'amélioration. On présume que les enregistrements d'évaluation, de sortie ou de suivi attendus ne sont pas inclus dans la base de données pour l'une des 3 principales raisons suivantes : ils n'ont jamais été remplis, ils ont été remplis, mais jamais soumis à l'ICIS, ou alors ils ont été rejetés, mais jamais soumis de nouveau.
Limites	Il est possible que certains résidents dont on présume qu'ils ont obtenu leur congé séjournaient toujours dans l'établissement à la fin de l'exercice de déclaration des données (1er juin pour le SISLD/SIIR-SLD, 16 mai pour le SNIR). Dans ce cas, les valeurs individuelles relatives aux enregistrements de sortie manquants risquent d'être légèrement surestimées; toutefois, le problème de qualité des données demeure pour le SISLD/SIIR-SLD, car la personne n'a pas fait l'objet d'une évaluation soumise pour cette période. **SISLD**/SIIR-SLD**:** Cet indicateur ne tient pas compte d'autres scénarios d'évaluations qui pourraient manquer, par exemple les évaluations d'un résident soumises aux premier et troisième trimestres, mais pas au deuxième. **RCITO :** L'organisation des services de néphrologie dans chaque province ou territoire détermine en partie la manière dont les centres déclarent des données au registre. Par exemple, en Alberta, les programmes rénaux du nord et du sud de la province soumettent des données comme 2 entités distinctes, tandis que dans la plupart des autres provinces, les hôpitaux qui dispensent un nouveau traitement aux patients au stade terminal de l'insuffisance rénale déclarent directement au RCITO. Le nombre d'établissements participants a varié au fil du temps puisque la participation annuelle au suivi est facultative. Il faut donc évaluer les tendances au fil du temps avec prudence.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Enregistrements rejetés en raison de vérifications avec rejet		
Bases de données	SISLD, BDCCP, SISD, SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements soumis qui ont été rejetés en raison de la non-validité des données ou d'autres erreurs de codification, ce qui nécessite une deuxième soumission de la part des établissements participants en cause		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre d'enregistrements rejetés au cours de l'année de déclaration B = nombre total d'enregistrements soumis pour l'année de déclaration		
Description selon la base de données	Les résultats sont basés sur **SISLD :** l'admission, l'évaluation complète, les évaluations trimestrielles et les enregistrements de sortie **BDCCP :** les enregistrements dont les coûts ont été établis; fournis séparément pour les données sur les soins de courte durée aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires **SISD :** les évaluations, les admissions, les sorties et les enregistrements mis à jour **SNIR :** l'admission, la sortie et le suivi		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 5,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 5,0 %-20,0 %	Qualité des données hautement compromise > 20,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur reflète le degré d'exactitude aux étapes de la saisie et de la soumission des données. Les enregistrements sont validés dans le système des établissements et durant le traitement des données à l'ICIS. Les erreurs d'incohérence sont alors renvoyées aux établissements aux fins de correction et de resoumission.		
Interprétation	Un taux élevé d'enregistrements rejetés peut indiquer qu'il faut améliorer le processus de correction des données. Voici quelques facteurs à examiner : le nombre de modifications apportées par les provinces et territoires à la base de données nationale; les programmes informatiques des fournisseurs; la nécessité d'offrir davantage de formation aux codificateurs; le manque de personnel qui restreint la capacité d'un établissement à mettre en œuvre des initiatives de qualité des données. Les établissements devraient revoir les rapports de soumission de données tout au long de l'année.		

Exactitude et fiabilité

Utilisation, interprétation et limites (suite)	
Limites	Un enregistrement rejeté peut contenir plus d'une erreur d'incohérence dans les éléments de données. Cet indicateur sert à examiner le pourcentage des enregistrements rejetés sans tenir compte du nombre d'erreurs d'incohérence qui s'y trouvent. Ainsi, un enregistrement comportant une erreur d'incohérence dans un élément de données sera traité de la même façon qu'un enregistrement comportant plusieurs de ces erreurs. Un faible taux d'erreurs ne garantit pas forcément l'exactitude de toutes les données. Par exemple, un problème de santé diagnostiqué peut être valide et passer les tests de vérification, mais présenter néanmoins une erreur de codification en raison du manque de données ou de la mauvaise interprétation des données dans le dossier clinique. Cet indicateur ne donne pas de renseignements sur le nombre d'enregistrements corrigés et soumis de nouveau sans erreurs. **SISD/SIIR-SD :** Cet indicateur ne s'applique pas à l'Ontario et au Manitoba, car ces provinces ne répondent pas aux normes actuelles relatives aux données du SISD/SIIR-SD.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Taux d'erreurs d'incohérence et d'enregistrements rejetés en suspens		
Bases de données	BDCP/SNISA (SCD, chirurgie d'un jour, SU)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Nombre d'erreurs d'incohérence ou d'enregistrements rejetés en suspens dans la base de données après sa date de clôture		
Description du calcul	A ÷ B × 10 000, où A = nombre total d'enregistrements rejetés ou ayant généré des erreurs d'incohérence à la clôture de la base de données pour l'année de déclaration B = nombre total d'enregistrements à la clôture de la base de données (incluant ceux qui ont été rejetés) pour l'année de déclaration		
Description selon la base de données	**SNISA :** Lorsqu'un enregistrement soumis engendre une erreur d'incohérence, il est rejeté intégralement. Les enregistrements qui ne sont pas corrigés et soumis de nouveau sont exclus de la base de données ainsi que des rapports, des analyses et des indicateurs subséquents de l'ICIS. Les enregistrements rejetés en suspens sont des enregistrements qui ont engendré une erreur d'incohérence et qui n'ont pas été corrigés à la date de clôture (30 juin). **BDCP :** Lorsqu'un enregistrement comporte une erreur d'incohérence, cette dernière est remplacée par la valeur « Z » et le reste de l'enregistrement est conservé dans la base de données. L'ICIS encourage les établissements à soumettre des corrections pour remplacer la valeur « Z » par la bonne valeur. Les enregistrements qui n'ont pas passé l'étape des vérifications et qui n'ont pas été corrigés avant la date de clôture du 30 juin sont inclus dans le numérateur.		
Type de mesure	Par 10 000 enregistrements		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 10,0 par 10 000	Qualité des données moyennement compromise > 10,0-20,0 par 10 000	Qualité des données hautement compromise > 20,0 par 10 000
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur reflète le degré de conformité aux règles de collecte et de soumission de données. Il aide également à déterminer les données manquantes dans les bases de données.		

Exactitude et fiabilité

Utilisation, interprétation et limites (suite)	
Interprétation	Un taux élevé d'erreurs d'incohérence ou d'enregistrements rejetés en suspens peut indiquer qu'il faut améliorer le processus de correction des données. Voici quelques facteurs à examiner : le nombre de modifications apportées par les provinces et territoires à la base de données nationale; les programmes informatiques des fournisseurs; l'ampleur des vérifications d'erreurs d'incohérence dans les systèmes internes des provinces et territoires; la nécessité d'offrir davantage de formation aux codificateurs; le manque de personnel qui restreint la capacité d'un établissement à mettre en œuvre des initiatives de qualité des données. Les établissements devraient revoir les rapports d'erreurs d'incohérence en suspens, les relevés des corrections et des suppressions dans les abrégés et les fichiers d'erreurs détaillés de l'ICIS, et corriger leurs données tout au long de l'année.
Limites	Un faible taux d'erreurs ne garantit pas forcément l'exactitude de toutes les données. Par exemple, un problème de santé diagnostiqué peut être valide et passer les tests de vérification, mais présenter néanmoins une erreur de codification en raison du manque de données ou de la mauvaise interprétation des données dans le dossier clinique.

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Conformité aux exigences de soumission de données		
Bases de données	SISD/SIIR-SD, SNIUMP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Indique si les données reçues de la province ou du territoire sont conformes aux spécifications de soumission de la base de données et sont assujetties à des vérifications		
Description du calcul	Oui : Les données ont été soumises conformément aux exigences de soumission de la base de données. Partiellement : Les données nécessitent une intervention mineure de la part de l'ICIS pour être conformes aux spécifications de soumission de la base de données. Non : Les données n'ont pas été soumises conformément aux exigences de soumission de la base de données ou nécessitent d'importantes interventions manuelles de la part de l'ICIS.		
Description selon la base de données	**SISD/SIIR-SD :** La valeur *partiellement* ne s'applique pas, car les données sont soumises au système de production du SISD/SIIR-SD ou elles ne le sont pas. Les interventions manuelles ne sont pas possibles. **SNIUMP :** La conformité est évaluée selon le type de données soumises (demandes de remboursement et médicaments assurés).		
Type de mesure	Nominale		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	Oui		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise Oui	Qualité des données moyennement compromise Partiellement	Qualité des données hautement compromise Non
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur désigne les provinces et territoires dont les données sont soumises électroniquement conformément aux spécifications de soumission de la base de données. La soumission électronique des données favorise la soumission de données comparables entre provinces et territoires et n'exige aucune manipulation des données.		
Interprétation	**SNIUMP :** Dans le cas des provinces et territoires où les données soumises sur les médicaments assurés et la couverture ne respectent pas les exigences, la comparabilité des données sur la couverture est compromise.		
Limites	**SNIUMP :** Le Manitoba ne soumet pas de liste officielle des médicaments d'exception (Partie III) parmi les données sur les médicaments assurés. **SISD/SIIR-SD :** Le Manitoba ne soumet pas de données administratives. Par ailleurs, pour l'Ontario, il n'est pas toujours possible de coupler les données administratives et les données sur les évaluations, ce qui limite le calcul des indicateurs de qualité et des indices ainsi que de la répartition des épisodes.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage		
Bases de données	RCRA, RCITO, BDCP/BDMH (SCD), BDCP/BDMH/SNISA (chirurgie d'un jour), SISD/SIIR-SD, SNISA (SU), SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage d'enregistrements comportant un code postal du patient valide, par province ou territoire		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'enregistrements comportant un code postal valide B = nombre total d'enregistrements dans la base de données pour l'année de déclaration La méthode d'identification des codes postaux non valides repose sur le programme d'attribution des régions géographiques, conformément à la recommandation du Bureau de la gouvernance des données de référence de l'ICIS, ce qui permet d'attribuer des variables précises à différentes échelles géographiques et de signaler tout problème de qualité des données lié aux codes postaux, notamment • les codes postaux non soumis • les codes postaux non valides • les codes postaux ne pouvant pas être couplés (c.-à-d. ceux qui ne figurent pas dans le Fichier de conversion des codes postaux [FCCP] de Statistique Canada)		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 97,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 97,0 %-94,0 %	Qualité des données hautement compromise < 94,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur permet d'évaluer si les enregistrements d'une province ou d'un territoire figurant dans une base de données contiennent des codes postaux valides auxquels on peut attribuer une unité géographique normalisée (p. ex. une région sanitaire). L'absence de codes postaux valides limite la capacité d'effectuer des analyses fondamentales et de diffuser des données selon l'unité géographique ou selon des concepts dérivés de l'unité géographique, comme le statut socioéconomique.		
Interprétation	Un faible pourcentage pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques et politiques relatives à l'inscription des patients ou des dispensateurs.		
Limites	L'absence du code postal peut être acceptable dans certaines situations (p. ex. pour les personnes sans adresse fixe ou les résidents hors pays). Postes Canada peut créer et supprimer des codes postaux en tout temps. Toutefois, l'ICIS ne reçoit le FCCP mis à jour qu'une fois par année, de sorte que certains codes postaux valides pourraient être considérés comme non valides au moment de la production de rapports.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage		
Bases de données	SISLD/SIIR-SLD, RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou), RCITO, SDEPC, BDCP/BDMH (SCD), BDCP/BDMH/SNISA (chirurgie d'un jour), SISD/SIIR-SD, SNISA (SU), SNIUMP, SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements portant un numéro d'assurance maladie (NAM) valide, par province et territoire		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'enregistrements comportant un NAM valide B = nombre total d'enregistrements dans la base de données pour l'année de déclaration La méthode d'identification des NAM non valides est fondée sur la méthodologie normalisée de couplage de l'ICIS et concerne les NAM • manquants ou inconnus • de format incorrect • identiques pour l'enfant et la mère • utilisés à des fins administratives et donc non associés à une personne • reliés à plusieurs profils démographiques		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 98,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 98,0 %-95,0 %	Qualité des données hautement compromise < 95,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur évalue la mesure dans laquelle les enregistrements d'une base de données sont dotés d'un NAM unique qui pourrait servir au couplage de données, soit dans la base de données, soit avec d'autres bases de données aux fins d'analyses longitudinales. L'absence d'un NAM unique qui peut être couplé limite la possibilité de procéder au couplage entre bases de données en vue de suivre le patient tout au long du continuum de soins. **SDEPC :** Le NAM est également utilisé dans l'élaboration et l'application de méthodologies (p. ex. pondération et ajustements) visant à assurer la comparabilité des résultats. Il fournit en outre de l'information sur les groupes de patients (p. ex. soins obstétricaux, médicaux et chirurgicaux), ce qui permet de cibler les initiatives d'amélioration de la qualité.		
Interprétation	Un faible pourcentage pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques et politiques relatives à l'inscription des patients, les processus d'assignation des NAM aux nouveau-nés dans l'établissement, les problèmes liés à la saisie des données dans le système d'admission, de congé et de transfert et les processus d'assignation des NAM dans les ministères.		

Comparabilité et cohérence

Utilisation, interprétation et limites (suite)	
Limites	L'absence du NAM peut être acceptable dans certains cas (p. ex. les membres des Premières Nations ou des forces armées ou les résidents étrangers qui n'ont pas de NAM provincial ou territorial). Le Manitoba soumet des NAM chiffrés pour les personnes qui détiennent une assurance maladie du Manitoba et des NAM non chiffrés pour celles qui détiennent une assurance maladie d'une autre province ou d'un autre territoire. Cet indicateur ne tient donc pas compte de la disponibilité du NAM pour le couplage interprovincial dans les cas où un patient du Manitoba reçoit des traitements dans un hôpital hors du Manitoba. Dans ces cas, le couplage est impossible, puisque l'un des NAM est chiffré, et l'autre, non. Les résidents des autres provinces ou territoires qui reçoivent des services au Manitoba peuvent toutefois faire l'objet d'un couplage. Le **RCITO** reçoit des NAM non chiffrés du Québec et du Manitoba alors que les établissements et organismes de ces provinces transmettent des NAM chiffrés à la BDMH et à la BDCP, respectivement. Le couplage entre le RCITO et ces bases de données est donc impossible pour tous les cas du Québec et du Manitoba en raison de l'absence d'un numéro non significatif unique commun. Le **RCRA** reçoit des NAM non chiffrés du Québec, tandis que la BDCP et la BDMH reçoivent des données comportant des NAM partiellement chiffrés de cette province. Le couplage entre le RCRA et ces bases de données est donc impossible pour le Québec en raison de l'absence d'un numéro non significatif unique commun.

Actualité et ponctualité

Identification de l'indicateur			
Nom	Soumissions tardives : niveau de l'enregistrement		
Bases de données	SISLD, RCITO, SISD, SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Évaluation de l'actualité des données soumises à la base de données respective par la province ou le territoire		
Description du calcul	Le pourcentage des enregistrements soumis après la date limite de soumission A ÷ B × 100 %, où A = nombre d'enregistrements soumis après la date limite de soumission annuelle ou trimestrielle B = nombre total d'enregistrements soumis au cours de l'année ou du trimestre de déclaration		
Description selon la base de données	**SISLD :** Fondé sur les dates limites de soumission trimestrielle. Le nombre d'enregistrements inclus dans le numérateur et le dénominateur comprend des enregistrements d'admission, d'évaluation et de sortie. Date limite de soumission des données du quatrième trimestre = 31 mai de l'exercice précédent. Les données sont extraites de la base de données le lendemain. **RCITO :** Comprend les résultats pour 2 types de données de l'enregistrement d'inscription (dialyse et transplantation); fondé sur la date limite de soumission de fin d'année. **SISD :** Fondé sur les dates limites de soumission trimestrielle. Le nombre d'enregistrements inclus dans le numérateur et le dénominateur comprend des enregistrements d'admission, d'évaluation, de détails sur les services et de sortie. Date limite de soumission des données du quatrième trimestre = 31 mai de l'exercice précédent. Les données sont extraites de la base de données le lendemain. **SNIR :** Fondé sur les dates limites de soumission trimestrielle. Le nombre d'enregistrements inclus dans le numérateur et le dénominateur comprend seulement des enregistrements de sortie. Date limite de soumission des données du quatrième trimestre = 15 mai de l'exercice précédent. Remarque : Il n'est pas possible de soumettre des données tardivement dans la BDCP/BDMH et le SNISA, car ces bases de données ont une date de clôture, après laquelle les enregistrements ne peuvent être soumis pour l'année. Plusieurs des bases de données mentionnées ci-dessus sont longitudinales et demeurent ouvertes, ce qui permet de soumettre des données historiques en tout temps.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 5,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 5,0 %-20,0 %	Qualité des données hautement compromise > 20,0 %

Actualité et ponctualité

Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	La réception des données en temps opportun est importante pour la production des divers rapports et analyses. L'ICIS reçoit de nombreuses demandes d'intervenants qui souhaitent obtenir les plus récentes données disponibles, et les soumissions tardives de données du quatrième trimestre ont des répercussions directes sur la publication des produits de données dont les intervenants ont besoin, comme les rapports annuels. Dans le cas des bases de données qui produisent des rapports trimestriels sur les soumissions tardives (SISLD/SIIR-SLD, SISD/SIIR-SD et SNIR), tout enregistrement soumis après la date limite pour la soumission des données est exclu des rapports électroniques trimestriels détaillés produits par l'application de production. Le suivi de cet indicateur au fil du temps permet de cerner les problèmes potentiels de respect des délais de soumission et d'estimer la quantité de données qui ne sont pas incluses dans les rapports trimestriels ou annuels correspondants.
Interprétation	La valeur optimale est 0 %, ce qui indique que tous les enregistrements ont été soumis à la base de données avant la date limite de soumission de fin de trimestre ou d'exercice. Une valeur positive indique qu'une partie des données ont été soumises en retard. Si les données ne sont pas à jour, les demandeurs doivent obtenir les données actualisées d'autres sources. Pour examiner les soumissions tardives, il faudrait notamment vérifier si les échéances de soumission sont connues et évaluer le processus de soumission ainsi que la rapidité de la collecte de toutes les données dans un établissement.
Limites	Toutes les bases de données comprises dans cet indicateur demeurent ouvertes, et les données peuvent y être versées en tout temps, pourvu qu'elles soient conformes aux spécifications annuelles relatives au formatage. **RCITO :** Cet indicateur est basé sur le nombre d'enregistrements soumis en retard, même s'il manque des renseignements dans l'enregistrement. Les enregistrements manquants sont exclus du calcul. C'est pourquoi l'interprétation des résultats devrait reposer sur l'indicateur Degré de participation : organismes. Le RCITO travaille en collaboration avec les fournisseurs de données et accepte les soumissions tardives afin d'assurer l'intégralité des données déclarées.

Actualité et ponctualité

Identification de l'indicateur			
Nom	Soumissions tardives : niveau des fichiers		
Bases de données	BDCS, BDMOS, BDNM, SNIUMP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Évaluation de l'actualité des données soumises à la base de données respective par la province ou le territoire ou par l'organisme de réglementation		
Description du calcul	Nombre de jours qui se sont écoulés entre la date limite pour soumettre les fichiers et leur réception (c.-à-d. après la date limite)		
Description selon la base de données	**BDCS :** Comprend le nombre total de jours écoulés après la date limite de soumission annuelle et la date limite de resoumission annuelle. **BDMOS :** Comprend le nombre de jours écoulés 1 mois après la date limite de 6 mois depuis le début de la période d'inscription. **BDNM :** Comprend le nombre de jours écoulés après la date prévue de réception • des fichiers de données du quatrième trimestre (p. ex. Fichier 30, Fichier 35), soit le 1er avril pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba et la Saskatchewan et le 1er octobre pour les autres provinces et territoires, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut; • des fichiers de données annuelles agrégées (p. ex. les fichiers Annual Aggregate Alternative Payment Program et Annual Specialty Level Alternative Payment Program), soit le 31 janvier. **SNIUMP :** Comprend les résultats pour 2 types de données (demandes de remboursement et médicaments assurés). • La date limite de soumission des données sur les demandes de remboursement tombe plus d'un mois après la date de soumission convenue. • La date limite de soumission des données sur les médicaments assurés tombe plus de 3 mois (ou un autre laps de temps convenu) après la date de soumission.		
Type de mesure	Jours (dans le cas de la BDNM et de la BDCS) Pourcentage des fichiers (dans le cas du SNIUMP)		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise 0	Qualité des données moyennement compromise 1-29	Qualité des données hautement compromise ≥ 30
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	La réception des données en temps opportun est importante pour la production des divers rapports et analyses. L'ICIS reçoit de nombreuses demandes d'intervenants qui souhaitent obtenir les plus récentes données disponibles, et les soumissions tardives de données ont des répercussions directes sur la publication des produits de données dont les intervenants ont besoin, comme les rapports annuels.		
Interprétation	Pour examiner les valeurs supérieures à 0, il faudrait notamment vérifier si les échéances de soumission sont connues et évaluer le processus de soumission ainsi que la ponctualité concernant la collecte de toutes les données dans un établissement.		

Actualité et ponctualité

Utilisation, interprétation et limites (suite)	
Limites	**BDNM :** • Le retard de soumission des données au quatrième trimestre n'est pas calculé dans le cas du Fichier 25, puisque ce dernier est généralement soumis une fois l'an par une minorité de provinces et territoires. • Les provinces et territoires qui soumettent leurs données en fonction de la date de service doivent le faire dans les 6 mois suivant la fin du trimestre. • Les provinces et territoires qui soumettent leurs données en fonction de la date de paiement doivent le faire dans le mois suivant la fin du trimestre. **SNIUMP :** Dans les données sur les médicaments assurés, le nombre ou la fréquence des soumissions n'indique pas le nombre de changements apportés aux prestations. L'ICIS peut également recevoir des mises à jour par courriel, par bulletin ou par l'intermédiaire des sites Web des programmes. Un grand nombre d'interventions et d'opérations de formatage manuelles sont nécessaires avant que les mises à jour des données puissent être soumises à la base de données du SNIUMP. Les provinces et territoires qui soumettent des données sur les médicaments assurés et la couverture pour lesquelles une intervention manuelle considérable est nécessaire sont encouragés à fournir les données dans un format permettant une mise à jour rapide.

Indicateurs de la qualité propres à une base de données

Les indicateurs de la qualité propres à une base de données traitent des concepts de la qualité des données ne s'appliquant qu'à une base de données de l'ICIS en particulier.

Pertinence

Identification de l'indicateur			
Nom	Suppressions à l'échelle de l'organisme de résultats déjà publiés — Temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin		
Base de données	SNISA (SU)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des organismes dont les résultats de l'indicateur Temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin sont supprimés dans l'outil de production de rapports publics de l'ICIS Votre système de santé : En détail en raison de problèmes de qualité des données		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'organismes pour lesquels les résultats de l'indicateur Temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin sont supprimés en raison de problèmes de qualité des données B = nombre total d'organismes qui soumettent au SNISA des enregistrements des services d'urgence		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 5,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 5,0 %-50,0 %	Qualité des données hautement compromise > 50,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur peut servir à surveiller et améliorer la convivialité des données du SNISA pour la production de rapports publics. Un pourcentage élevé de suppressions à l'échelle des organismes des résultats recueillis aux fins de publication limite la comparabilité et l'utilité de l'information. L'indicateur Temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin mesure le temps écoulé entre la date et l'heure de triage ou la date et l'heure d'inscription (selon la première éventualité) et la date et l'heure de l'évaluation initiale du médecin au service d'urgence. Cette mesure permet de faire le suivi de la durée du séjour des patients à l'urgence et d'accroître l'efficacité et les résultats des soins aux patients.		

Pertinence

Utilisation, interprétation et limites (suite)	
Interprétation	Les résultats à l'échelle de l'organisme pour l'indicateur Temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin sont supprimés lorsque plus de 25 % des enregistrements admissibles n'ont pas pu servir au calcul de l'indicateur en raison de problèmes de qualité des données connus, comme des valeurs de champ manquantes ou inexactes ou des enregistrements manquants. Le temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin est calculé au moyen des éléments Date et heure d'inscription, Date et heure de triage et Date et heure de l'évaluation initiale du médecin. Les organismes devraient examiner les rapports électroniques partagés sur la qualité des données du SNISA de l'ICIS afin de surveiller la fréquence de valeurs inconnues déclarées pour ces éléments de données et corriger les données, s'il y a lieu, durant l'exercice financier pour faciliter leur ajout aux rapports publics.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Abrégés dont les coûts ont été établis : organismes déclarants		
Base de données	BDCCP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Mesure de la participation qui permet de vérifier si les établissements qui calculent les coûts le font pour tous leurs enregistrements cliniques		
Description du calcul	(A ÷ B) × 100, où A = nombre d'abrégés dont les coûts ont été établis et déclarés à la BDCCP B = nombre d'abrégés cliniques déclarés aux bases de données cliniques de l'ICIS par les établissements qui calculent les coûts Les résultats sont fournis séparément en ce qui concerne les données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée et sur les soins ambulatoires.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-50,0 %	Qualité des données hautement compromise < 50,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur indique si tous les abrégés cliniques soumis à l'ICIS par les établissements qui calculent les coûts font l'objet d'un calcul des coûts et sont soumis à la BDCCP. Il peut servir à déterminer les secteurs ou les établissements où le calcul des coûts n'est pas exhaustif.		
Limites	Cet indicateur compare le nombre d'abrégés dont les coûts ont été établis avec le nombre d'abrégés cliniques; il n'évalue pas l'exactitude des coûts soumis par chaque établissement qui calcule les coûts.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Clients évalués, services à domicile de longue durée		
Base de données	SISD		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des clients admis dans des services à domicile de longue durée qui ont été évalués au cours de l'exercice de déclaration		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre de clients uniques classés comme clients des services d'entretien ou de longue durée ayant été admis (des enregistrements d'admission ont été soumis) au cours de l'exercice de déclaration et pour lesquels, à la fin du quatrième trimestre de l'exercice de déclaration, une évaluation RAI-HC© a été soumise Remarque : Ce numérateur comprend les clients qui ont obtenu leur congé au cours de l'exercice de déclaration. B = nombre total de clients uniques classés comme clients des services d'entretien ou de longue durée ayant été admis (des enregistrements d'admission ont été soumis) au cours de l'exercice de déclaration		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 75,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 75,0 %-25,0 %	Qualité des données hautement compromise < 25,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur vise à déterminer si les pratiques d'évaluation de la province ou du territoire correspondent aux attentes de l'ICIS. Si un pourcentage élevé de clients sont évalués, mais que l'ICIS ne s'attend pas à recevoir une évaluation, il se peut que les règles de regroupements employées par la province ou le territoire diffèrent des normes de l'ICIS.		
Interprétation	Le calcul comprend les clients des services d'entretien ou de longue durée dont l'évaluation est attendue dans les 14 jours suivant leur admission aux services à domicile.		
Limites	La date de l'admission aux services à domicile (X6) sert à calculer le nombre de clients admis aux services à domicile de longue durée. La soumission de cette date n'est toutefois pas obligatoire dans le SISD. Terre-Neuve-et-Labrador ne la soumet pas, tout comme 2 régions sur 5 en Colombie-Britannique. Par conséquent, lorsque la date de l'admission aux services à domicile (X6) n'est pas disponible, le pourcentage des clients évalués est calculé à l'aide de la date d'ouverture du dossier (CC1). Les clients admis durant l'exercice précédent et évalués durant l'exercice en cours ne sont pas inclus dans le calcul de l'indicateur.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Cohérence de la soumission de données		
Base de données	BDCCP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Mesure de la fluctuation de la participation à la BDCCP des établissements qui calculent les coûts entre l'année précédente et l'année en cours		
Description du calcul	La diminution de la participation correspond au nombre d'établissements qui ont soumis des données pour l'année précédente, mais pas pour l'année en cours. Inversement, l'augmentation de la participation correspond au nombre d'établissements qui ont soumis des données pour l'année en cours, mais pas pour l'année précédente. Les résultats sont fournis séparément en ce qui concerne les données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée et sur les soins ambulatoires.		
Type de mesure	Nombre		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	Une diminution de la participation égale 0. Aucune valeur optimale pour une augmentation de la participation.		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise 0	Qualité des données moyennement compromise 1-5	Qualité des données hautement compromise ≥ 6
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	L'établissement des coûts est une activité qui nécessite beaucoup de ressources; il est donc important de connaître les établissements qui cessent de participer. Les données sur les coûts sont extrêmement utiles pour l'amélioration de la prise de décision locale et pour l'ICIS, qui les utilise dans le calcul de la pondération de la consommation des ressources et pour d'autres mesures. Par conséquent, il est essentiel de faire un suivi auprès des établissements afin de veiller à leur participation continue.		
Interprétation	Le nombre d'établissements est calculé au moyen de leurs numéros uniques pour la BDCP et le SNISA. Cet indicateur ne tient pas compte des changements dans la participation qui découlent de la fusion, de la division ou de la fermeture d'établissements, ou d'un changement de numéro aux fins de la déclaration.		
Limites	Cet indicateur ne fournit aucun renseignement au sujet des changements au volume des enregistrements relatifs à l'établissement des coûts en raison de changements à la participation.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Conformité aux exigences minimales de déclaration financière		
Base de données	BDCS		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Principalement une mesure du respect par les provinces et territoires des exigences minimales de déclaration financière des Normes sur les systèmes d'information de gestion (SIG)		
Description du calcul	Cet indicateur constitue la moyenne arithmétique des 2 composantes suivantes : • le pourcentage des dépenses qui sont conformes aux exigences minimales de déclaration • le pourcentage des revenus qui sont conformes aux exigences minimales de déclaration		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 75,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 75,0 %-65,0 %	Qualité des données hautement compromise < 65,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur permet d'évaluer si les dépenses et les revenus sont déclarés conformément aux exigences minimales de déclaration financière des Normes SIG.		
Interprétation	Le pourcentage des dépenses au titre des comptes principaux et secondaires qui sont des exigences minimales de déclaration fait état du pourcentage des dépenses déclarées à l'aide des comptes valides primaires et secondaires des Normes SIG et qui répondent aux exigences minimales de déclaration des Normes SIG. Le pourcentage des revenus au titre des comptes secondaires qui sont des exigences minimales de déclaration fait état du pourcentage des revenus qui ont été déclarés à l'aide des comptes valides secondaires des Normes SIG et qui répondent aux exigences minimales de déclaration des Normes SIG.		
Limites	Les résultats sont déterminés en fonction des exigences minimales de déclaration des Normes SIG et peuvent varier en fonction du couplage par la province ou le territoire de son plan comptable avec les Normes SIG.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Conformité aux exigences minimales de déclaration statistique de la BDCS pour les centres d'activité de base		
Base de données	BDCS		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Mesure du degré d'observation par les provinces et les territoires des exigences minimales de déclaration statistique des Normes SIG		
Description du calcul	L'indicateur constitue la moyenne pondérée (selon les dépenses) de certaines composantes : • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Unités de charge de travail (de tous les centres d'activité de soins aux patients) • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Heures rémunérées (de tous les centres d'activité) • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Jours de présence des patients hospitalisés (de tous les centres d'activité de soins aux patients hospitalisés, rapport d'hôpital) et les Jours de présence des résidents (de tous les centres d'activité communautaires résidentiels, rapport d'un organisme non hospitalier) • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Procédés, examens et interventions pour les services diagnostiques • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Visites en chirurgie pour les salles d'opération • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Visites en salle de réveil (Salle de réveil et Salle de réveil, chirurgie d'un jour) • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Visites en personne (services de soins ambulatoires) • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur les Jours de fréquentation (services thérapeutiques) • Le pourcentage des dépenses conformes respectant aussi les exigences de déclaration de données sur le Nombre approuvé de lits et de berceaux disponibles et dotés de personnel (rapport d'hôpital seulement)		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 80,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 80,0-50,0 %	Qualité des données hautement compromise < 50,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur sert à évaluer la déclaration des principaux éléments de données statistiques du SIG provenant des centres d'activité SIG correspondants, conformément aux exigences minimales de déclaration statistique de la BDCS.		
Limites	Les résultats peuvent varier en fonction du couplage par la province ou le territoire de son plan comptable avec les Normes SIG. Ils sont fondés seulement sur les données de la BDCS conformes aux exigences du plan comptable.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Déclaration des coûts des soins infirmiers pour les patients hospitalisés		
Base de données	BDCCP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des abrégés contenant les coûts pour les patients hospitalisés et dont le fichier analytique comprend les coûts des soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés ou au service d'urgence		
Description du calcul	(A ÷ B) × 100, où A = nombre d'abrégés de patients hospitalisés dont les coûts ont été déclarés dans un centre d'activité de soins infirmiers aux patients hospitalisés ou au service d'urgence B = nombre d'abrégés de patients hospitalisés soumis à la BDCCP		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-90,0 %	Qualité des données hautement compromise < 90,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur peut servir à s'assurer que les coûts des soins infirmiers sont régulièrement déclarés pour tous les abrégés de patients hospitalisés.		
Limites	Cet indicateur mesure le volume d'abrégés pour lesquels les coûts des soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés sont déclarés; il ne mesure pas l'exactitude de ces coûts ni l'exhaustivité des données sur les coûts contenues dans ces abrégés.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur	
Nom	Degré de participation : enregistrements contenant de l'information sur le diagnostic (couverture des données sur le diagnostic au service d'urgence)
Base de données	SNISA (SU)
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Pourcentage des visites à l'urgence dans les soumissions de données sur les services d'urgence au SNISA dont au moins un des champs suivants est rempli : Diagnostic de sortie du service d'urgence ou Problème principal
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'enregistrements des services d'urgence dont au moins un des champs suivants est rempli dans la base de données à sa clôture : Diagnostic de sortie du service d'urgence ou Problème principal B = nombre total d'enregistrements attendus au cours de l'année de déclaration Pour les provinces et territoires où la soumission est obligatoire, le dénominateur est basé sur les visites déclarées au SNISA et sur les enregistrements manquants connus. Pour les provinces et territoires qui procèdent à une soumission partielle, le dénominateur est basé sur les visites déclarées à la BDCS lors de l'exercice précédent. Le nombre total de visites aux services d'urgence peut varier d'un exercice à l'autre.
Type de mesure	Pourcentage
Évaluation de la qualité des données	
Valeur optimale	100
Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Les diagnostics de sortie du service d'urgence et les problèmes principaux sont importants : ils aident à comprendre les motifs des visites aux services d'urgence et sont utiles pour la gestion des programmes cliniques, la recherche et l'élaboration de politiques.
Interprétation	Un faible taux de déclaration des données pour cet indicateur peut refléter le degré de soumission des données sur les services d'urgence par province et territoire. Les établissements ne sont pas tenus de soumettre des données cliniques pour le niveau de soumission 1. En revanche, l'élément Liste des raisons de consultation ou Diagnostic de sortie du service d'urgence doit être saisi avec le niveau 2. Le champ Problème principal est obligatoire avec le niveau 3. La valeur de cet indicateur peut être plus basse dans le cas des provinces et territoires qui utilisent le niveau de soumission 1.
Limites	Un pourcentage élevé de valeurs valides ne garantit pas forcément l'exactitude de toutes les données. Cet indicateur s'applique à la fréquence de valeurs valides, mais ne permet pas de déterminer l'exactitude des données déclarées.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur	
Nom	Dépenses inscrites comme régionales
Base de données	BDCS
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Principalement une mesure des dépenses des provinces et territoires inscrites comme dépenses régionales et pouvant être allouées ou non à des organismes
Description du calcul	Le pourcentage des dépenses d'organismes régionaux ou d'autres organismes, mais inscrites comme dépenses régionales
Type de mesure	Pourcentage
Évaluation de la qualité des données	
Valeur optimale	0
Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Cet indicateur permet de détecter la présence de dépenses régionales pouvant être allouées ou non à des organismes, et leur ampleur relative. Il signale que la province ou le territoire pourrait accroître l'exactitude de ses données avant leur soumission à la BDCS.
Interprétation	Pourcentage des dépenses des organismes régionaux, ou d'autres organismes mais inscrites comme dépenses régionales, pouvant être allouées ou non à des organismes.
Limites	Les résultats sont déterminés en fonction des exigences minimales de déclaration des Normes SIG et peuvent varier en fonction du couplage par la province ou le territoire de son plan comptable avec les Normes SIG.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur	
Nom	Dépenses restantes dans les comptes provisoires
Base de données	BDCS
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Principalement une mesure du respect par les provinces et territoires des Normes SIG et les exigences minimales de déclaration de la BDCS.
Description du calcul	Proportion des dépenses restantes dans les comptes provisoires au moment de la soumission des données à la BDCS, exprimée en pourcentage des dépenses déclarées dans les comptes auxquels les dépenses des comptes provisoires doivent être attribuées
Type de mesure	Pourcentage
Évaluation de la qualité des données	
Valeur optimale	0
Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Cet indicateur permet de quantifier la proportion des dépenses restantes dans les comptes provisoires au moment de la soumission des données à la BDCS. L'exactitude des données pourrait être améliorée si les dépenses inscrites dans les comptes provisoires étaient réparties par l'organisme de services de santé déclarant ou encore la province ou le territoire avant la soumission des données à la BDCS. Lorsque l'ICIS répartit les dépenses dans les comptes provisoires au moyen d'une approche normalisée, les résultats pourraient ne pas refléter la répartition réelle.
Interprétation	Cet indicateur fait état du pourcentage des dépenses restantes dans les comptes provisoires au moment de la soumission de données à la BDCS. Une valeur supérieure à 0 signifie que la répartition des dépenses pourrait ne pas être aussi précise que si elle avait été effectuée par l'organisme de services de santé déclarant ou encore par la province ou le territoire, et que la province ou le territoire pourrait accroître sa conformité aux Normes SIG et aux exigences de déclaration de la BDCS.
Limites	Les résultats sont déterminés en fonction des exigences minimales de déclaration de la BDCS et peuvent varier en fonction du couplage par la province ou le territoire de son plan comptable avec les Normes SIG.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Disponibilité des données aux fins de calcul de la durée de séjour en chirurgie d'un jour		
Bases de données	BDCP/BDMH/SNISA (chirurgie d'un jour)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements de chirurgie d'un jour comportant les données valides nécessaires au calcul de la durée de séjour (DS) en chirurgie d'un jour		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'enregistrements de chirurgie d'un jour dans la base de données après sa clôture comportant les valeurs valides nécessaires pour calculer la DS en chirurgie d'un jour pour l'année de déclaration B = nombre total d'enregistrements de chirurgie d'un jour dans la base de données à sa clôture pour l'année de déclaration		
Description selon la base de données	Pour les enregistrements de chirurgie d'un jour de la BDCP et de la BDMH, la DS correspond à la différence en heures entre la date et l'heure d'admission et la date et l'heure de sortie. La DS en chirurgie d'un jour ne peut être calculée si l'heure d'admission ou de sortie est inconnue. Pour les enregistrements de chirurgie d'un jour du SNISA, la DS correspond à la différence en heures entre la date et l'heure de la décision concernant la sortie et la date et l'heure d'inscription ou de triage, selon la première éventualité et tant que la valeur est valide. La DS en chirurgie d'un jour ne peut être calculée si l'élément Heure de la décision concernant la sortie du patient ou au moins un des éléments de données Heure d'inscription ou Heure de triage est inconnu.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-90,0 %	Qualité des données hautement compromise < 90,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur peut servir à surveiller et améliorer l'exactitude et l'exhaustivité des données sur les chirurgies d'un jour dans la BDCP, la BDMH et le SNISA.		
Interprétation	Un faible taux de disponibilité des données nécessaires au calcul de la DS peut indiquer qu'il faut améliorer le processus de collecte de données ou la documentation clinique. Un taux élevé de valeurs *inconnues* lors de la déclaration des éléments de données servant au calcul de la DS a une incidence sur l'exactitude, la comparabilité et l'utilité de l'information provenant des données sur les chirurgies d'un jour.		
Limites	Un faible pourcentage de DS manquante ou non valide ne garantit pas forcément l'exactitude de toutes les données. Cet indicateur s'applique à la fréquence des valeurs connues.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Établissements ayant soumis des données incomplètes pour l'élément État comorbide avant l'admission		
Base de données	SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Nombre d'établissements participants ayant rempli l'élément État comorbide avant l'admission dans moins de 80 % des épisodes		
Description du calcul	A ÷ B, où A = le nombre d'établissements participants dont moins de 80 % des épisodes de soins soumis comportaient des données pour l'élément État comorbide avant l'admission B = le nombre total d'établissements participants		
Type de mesure	Ratio		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise 0,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 0,0 %-50,0 %	Qualité des données hautement compromise > 50,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Dans le SNIR, les états comorbides avant l'admission servent à consigner les problèmes de santé présents au moment de l'admission dans un établissement ou une unité de réadaptation et qui influeront sur la santé et l'état fonctionnel de la personne ainsi que sur les besoins en ressources pendant le séjour en réadaptation. Il peut être justifié de ne pas consigner d'état comorbide pour certains épisodes, mais la présence d'un grand nombre de valeurs vides pour cet élément de données indique de possibles problèmes de qualité des données et peut nuire à l'analyse.		
Interprétation	Une province ou un territoire où des établissements ne soumettent aucune donnée ou des données incomplètes pour l'élément État comorbide avant l'admission soulève des questions en ce qui concerne les pratiques de codification. Le seuil de 80 % a été établi à partir de l'analyse de la distribution des données disponibles sur les états comorbides avant l'admission. Une saisie plus exacte des états comorbides permettrait d'améliorer la qualité des données et les capacités d'analyse.		
Limites	Cet indicateur ne sert pas à déterminer si les établissements codifient tous les états comorbides avant l'admission pertinents. Dès qu'un établissement déclare au moins une comorbidité avant l'admission pour 80 % ou plus de ses épisodes, il n'est pas inclus dans le numérateur.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Intégralité des déclarations de décès		
Base de données	RCITO		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements de décès soumis par les établissements participants par rapport au nombre attendu, par province ou territoire		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre d'enregistrements de décès soumis par les établissements participants au cours de l'année de déclaration B = nombre total d'enregistrements de décès dans le RCITO (exercice clos le plus récent) On détermine le nombre d'enregistrements de décès dans la base de données (exercice clos le plus récent) en fonction des enregistrements de décès soumis et du couplage des enregistrements du RCITO avec ceux des patients hospitalisés en soins de courte durée et des personnes recevant des soins de longue durée ou des services à domicile. L'indicateur est calculé séparément pour les établissements de dialyse et les établissements de transplantation.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 90,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 90,0 %-80,0 %	Qualité des données hautement compromise < 80,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Le RCITO est une base de données longitudinale qui suit les patients de leur premier traitement pour insuffisance rénale ou transplantation autre que rénale jusqu'à leur décès. La saisie de renseignements complets sur les décès est essentielle à l'obtention d'information exacte sur les résultats pour les patients, une des principales utilisations des données du RCITO.		
Interprétation	Cet indicateur permet d'évaluer si les établissements soumettent une information complète sur les décès. Un faible pourcentage indique une sous-déclaration de ces données, ce qui entraîne une surestimation des statistiques de survie.		

Exactitude et fiabilité

Utilisation, interprétation et limites (suite)	
Limites	Un taux élevé de saisie ne garantit pas forcément l'intégralité de l'information relative à la mortalité. Les décès survenus en dehors de ces milieux de soins (patients hospitalisés en soins de courte durée et personnes recevant des soins de longue durée ou des services à domicile) peuvent donc faire l'objet d'une sous-déclaration. Les données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée ne rendent compte que des décès à l'hôpital. La disponibilité de l'information sur les personnes recevant des soins de longue durée ou des services à domicile se limite à certaines autorités compétentes. On trouvera de plus amples renseignements sur ces sources de données sur le site Web de l'ICIS. Les décès de patients ne sont pas connus dans certains cas (p. ex. le patient s'est retiré du traitement ou a déménagé dans une autre province). L'indicateur n'est pas disponible pour le Québec et le Manitoba. En effet, le RCITO reçoit des NAM non chiffrés du Québec et du Manitoba, tandis que les établissements et les organismes de ces provinces transmettent à l'ICIS des NAM chiffrés d'enregistrements de patients hospitalisés en soins de courte durée et de personnes recevant des soins de longue durée ou des services à domicile. Le couplage entre le RCITO et les enregistrements provenant de ces sources de données est impossible dans les cas du Québec et du Manitoba en raison de l'absence d'un identificateur commun du patient. En ce qui concerne les receveurs d'une transplantation, l'indicateur est également disponible pour les provinces qui n'effectuent pas de transplantations, mais qui offrent des soins de suivi après la transplantation (p. ex. un résident de Terre-Neuve-et-Labrador doit se rendre en Nouvelle-Écosse pour subir une transplantation, mais reçoit des soins de suivi dans sa province de résidence).

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Numéros d'identification des médicaments (DIN) inactifs		
Base de données	SNIUMP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des médicaments pour lesquels une province ou un territoire a accepté des demandes de remboursement plus de 2 ans après la date d'inactivité signalée par Santé Canada		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre de médicaments inactifs ou interrompus depuis 2 ans ou plus pour lesquels au moins un régime ou programme d'assurance médicaments a accepté une demande de remboursement B = nombre total de médicaments pour lesquels au moins un régime ou programme d'assurance médicaments a accepté une demande de remboursement		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0,0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 1,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 1,0 %-25,0 %	Qualité des données hautement compromise > 25,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur sert à évaluer si les données sur les demandes de remboursement du médicament font état du DIN actuellement publié par Santé Canada.		
Interprétation	Des valeurs supérieures à 0 % indiquent le pourcentage des DIN inactifs ou interrompus assurés qui sont admissibles à un remboursement. Une période de 2 ans est autorisée pour permettre l'écoulement des stocks dans les pharmacies et le remplacement des stocks par des médicaments dont le DIN est courant, et pour permettre aux clients de trouver un autre traitement, le cas échéant. Les données sur les demandes de remboursement associées à des médicaments qui ne sont plus sur le marché sont considérées comme inexactes et peuvent fausser l'analyse de l'utilisation.		
Limites	Les produits de santé naturels, tels que définis par Santé Canada, ont été supprimés de la Base de données des produits pharmaceutiques de Santé Canada en 2008; ils ne sont donc pas déclarés dans la base de données du SNIUMP. De ce fait, les produits de santé naturels ne sont pas pris en compte dans le calcul de cet indicateur.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur	
Nom	Population cible admissible au sondage dans les établissements participants
Base de données	SDEPC
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Proportion de patients admissibles au sondage dans les établissements participants (c.-à-d. population de référence d'où provient l'échantillon du sondage) comparativement au nombre total de patients admissibles dans l'ensemble des établissements de soins de courte durée de la province ou du territoire (c.-à-d. population d'intérêt). Remarque : Le nombre total de patients admissibles est déterminé au moyen du nombre de sorties de patients hospitalisés admissibles soumises à la BDCP. Critères d'admissibilité des patients : • être âgés de 18 ans ou plus au moment de l'admission • être en vie au moment de la sortie • avoir occupé un lit pour patient hospitalisé Une liste exhaustive des critères d'admissibilité et d'exclusion se trouve dans le Manuel de procédure du SEHPC.
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre de patients admissibles au sondage dans les établissements participants (c.-à-d. population de référence d'où provient l'échantillon du sondage) B = nombre total de patients admissibles au sondage dans l'ensemble des établissements de soins de courte durée de la province ou du territoire
Type de mesure	Pourcentage
Évaluation de la qualité des données	
Valeur optimale	100
Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Cet indicateur permet d'établir la proportion de patients admissibles au sondage dans les établissements participants comparativement au nombre total de patients admissibles dans la province ou le territoire (c.-à-d. établissements de soins de courte durée participants et non participants). Il indique la proportion de patients qui ont eu la possibilité de répondre au sondage.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Pourcentage des résidents n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation complète		
Base de données	SISLD		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des identificateurs uniques d'inscription pour lesquels des données de l'exercice de déclaration ont été soumises, qui auraient dû être accompagnés d'au moins une évaluation complète, mais pour lesquels aucune évaluation complète n'a été reçue		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'identificateurs uniques d'inscription qui auraient dû être accompagnés d'au moins une évaluation complète, mais pour lesquels aucune évaluation complète n'a été reçue B = nombre total d'identificateurs uniques d'inscription censés être accompagnés d'au moins une évaluation complète Cet indicateur exclut les résidents qui ont reçu leur congé avant que l'établissement ait commencé à soumettre des données au SISLD, qui ont reçu leur congé dans les 14 jours suivant leur admission, ou qui ont été admis dans les 14 jours suivant le 31 mars de l'année de déclaration, étant donné que ces résidents n'étaient pas censés faire l'objet d'une évaluation.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≤ 2,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 2,0 %-5,0 %	Qualité des données hautement compromise > 5,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur présente de l'information sur les résidents pour qui une évaluation RAI-MDS 2.0 © complète était censée être soumise au SISLD. Une évaluation complète doit être transmise dans les 14 jours suivant l'admission, puis un an après l'évaluation initiale.		
Interprétation	On présume pour les besoins de cet indicateur que les enregistrements d'évaluation complète attendus ne sont pas inclus dans la base de données pour l'une des raisons suivantes : ils n'ont jamais été remplis; ils ont été remplis, mais jamais soumis à l'ICIS; ils ont été rejetés, mais jamais soumis de nouveau.		
Limites	L'indicateur ne tient pas compte du respect de la remise ou non des évaluations complètes dans les délais prévus.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Non-réponse des établissements		
Base de données	SNIR		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Nombre d'établissements participants qui n'ont pas soumis d'enregistrements de client pour au moins un trimestre au cours duquel une soumission au SNIR était prévue		
Description du calcul	A ÷ B, où A = nombre d'établissements participants qui n'ont pas soumis d'enregistrements de client pour au moins un trimestre de déclaration, mais qui étaient censés le faire B = nombre d'établissements ayant soumis des données au SNIR durant l'exercice de déclaration		
Type de mesure	Ratio		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise 0,0 %	Qualité des données moyennement compromise > 0,0 %-20,0 %	Qualité des données hautement compromise > 20,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Ce résultat indique la proportion d'établissements de réadaptation participants d'une province ou d'un territoire qui soumettent des données au SNIR conformément aux attentes de l'ICIS. Le dénominateur utilisé pour cet indicateur représente le numérateur de l'indicateur Degré de participation; il prend uniquement en compte les établissements qui ont soumis des données durant l'exercice de déclaration.		
Interprétation	Une valeur supérieure à 0 indique qu'au moins un établissement participant au SNIR n'a pas soumis d'enregistrements de client pour au moins un trimestre de déclaration.		
Limites	L'indicateur ne précise pas les raisons possibles des niveaux sous-optimaux de soumission. Le manque de soumission de données attribué à la fermeture temporaire d'une unité de réadaptation peut avoir des conséquences différentes de celles du manque de ressources pour soumettre régulièrement les données au SNIR. L'indicateur mesure la non-participation des établissements. Les valeurs n'indiquent pas à quel point les établissements ont soumis des données sur une partie ou sur l'ensemble des clients en réadaptation.		

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur	
Nom	Taux de réponse
Base de données	SDEPC
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Pourcentage des sondages remplis (contenant une réponse à au moins une question)
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total de sondages remplis B = nombre total de patients admissibles sélectionnés pour le sondage (nombre de sondages envoyés − nombre de patients considérés comme inadmissibles après avoir été contactés) Critères d'admissibilité des patients : • être âgé de 18 ans ou plus au moment de l'admission • être en vie au moment de la sortie • avoir occupé un lit pour patient hospitalisé Une liste exhaustive des critères d'admissibilité et d'exclusion se trouve dans le Manuel de procédure du SEHPC.
Type de mesure	Pourcentage
Évaluation de la qualité des données	
Valeur optimale	Aucune valeur optimale (c.-à-d. taux de réponse visé) n'a encore été déterminée.
Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Cet indicateur sert à établir la proportion de patients admissibles ayant rempli un sondage. Les résultats permettent de déterminer la taille des échantillons.
Interprétation	Un faible taux de réponse peut entraîner un biais de non-réponse.
Limites	Un sondage est considéré comme étant rempli s'il contient une réponse à au moins une question. Il est donc possible que des informations soient manquantes. L'ICIS se penchera sur la définition de sondage rempli et pourrait la modifier dans les prochaines versions du présent manuel.

Exactitude et fiabilité

Identification de l'indicateur			
Nom	Taux d'exactitude des données sur les demandes de remboursement		
Base de données	SNIUMP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Différence en pourcentage entre les données inscrites au SNIUMP et les données que détient une province ou un territoire pour des éléments de données clés		
Description du calcul	(A − B) ÷ A × 100 %, où A = nombre total de demandes de remboursement et de patients et montant payé dans la base de données du SNIUMP pour l'année de déclaration B = nombre total de demandes de remboursement et de patients et montant payé dont dispose une province ou un territoire pour l'année de déclaration Les résultats relatifs au nombre de demandes de remboursement, au nombre de patients et au montant total payé sont fournis séparément.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	± 3,0		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise 0,0-± 3,0 %	Qualité des données moyennement compromise ± 3,1-5,0 %	Qualité des données hautement compromise ± 5,1 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur mesure la comparabilité entre le nombre de demandes de remboursement, le nombre de patients et le montant total payé par le régime ou le programme selon les données du SNIUMP, par rapport aux données correspondantes détenues par une province ou un territoire.		
Interprétation	Il faut analyser les différences marquées entre les données de la base de données du SNIUMP et celles de la province ou du territoire pour cerner les données qui ne peuvent être comparées et les sources de ces différences.		
Limites	Les listes de médicaments assurés et les demandes de remboursement administrées par un régime ou un programme non public (p. ex. programmes hospitaliers ou organismes de lutte contre le cancer) ne sont pas soumises à la base de données du SNIUMP. Les limites suivantes s'appliquent à certaines provinces : • **Île-du-Prince-Édouard :** Les demandes de remboursement payées par des régimes et programmes autres que les suivants ne sont pas soumises : Child in Care/Financial Assistance, Seniors Drug Cost Assistance, Diabetes Control, Family Health Benefits, High Cost Drugs, Nursing Home, Quit Smoking et Sexually Transmitted Diseases. Les demandes de remboursement des pensionnaires des résidences provinciales (c.-à-d. les centres de soins infirmiers publics) ne sont pas soumises. • **Alberta :** Les demandes de remboursement payées par des régimes et programmes autres que les suivants ne sont pas soumises : Non-Group Prescription Drug Coverage, Seniors and Alberta Widows' Pension et Palliative Care Drug. Les demandes de remboursement des résidents d'établissements de soins de longue durée ne sont pas soumises.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Autres modes de paiement clinique des médecins : données sur les autres modes de paiement à l'échelle de la spécialité		
Base de données	BDNM		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Indique si des données agrégées sur les autres modes de paiement sont accessibles au niveau de la spécialité dans la province ou le territoire		
Description du calcul	Oui : Des données agrégées sur les autres modes de paiement sont accessibles au niveau de la spécialité. Non : Des données sur les autres modes de paiement ne sont pas accessibles au niveau de la spécialité.		
Type de mesure	Nominale		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	Oui		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise Oui	Qualité des données moyennement compromise Sans objet	Qualité des données hautement compromise Non/soumission incomplète
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Les données agrégées sur les autres modes de paiement permettent de quantifier la proportion de la rémunération des médecins qui n'est pas encore comprise dans les indicateurs de la BDNM, lesquels sont calculés au moyen des données sur la rémunération à l'acte. Les données agrégées par spécialité sur les autres modes de paiement permettent à la BDNM de produire des rapports sur la rémunération totale des médecins à l'échelle provinciale pour des spécialités médicales précises plutôt que des rapports moins informatifs sur l'ensemble des spécialités.		
Interprétation	Sans les données agrégées par spécialité sur les autres modes de paiement, la BDNM ne peut produire que des rapports généraux sur les paiements pour l'ensemble des spécialités, et ne peut donc pas faire la distinction entre les spécialités les plus rémunérées et les moins rémunérées; la comparabilité entre provinces et territoires s'en trouve aussi restreinte.		
Limites	Les données agrégées sur les autres modes de paiement ne sont pas assez détaillées pour être intégrées aux données sur la rémunération à l'acte des médecins. Plusieurs provinces soumettent des données sur les autres modes de paiement des médecins qui peuvent être intégrées aux données sur la rémunération à l'acte. Par contre, pour les autres provinces, la non-disponibilité de telles données permet de déterminer la rémunération moyenne totale par médecin à l'échelle de la province seulement.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Autres modes de paiement clinique des médecins : données sur les autres modes de paiement à l'échelle des médecins		
Base de données	BDNM		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des données sur les autres modes de paiement clinique (autres que la rémunération à l'acte) soumises à l'échelle des médecins		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = somme de tous les paiements cliniques provenant des régimes d'assurance maladie et soumis pour chaque médecin, calculée à partir des données sur les autres modes de paiement B = total des paiements cliniques des autres modes de paiement provenant des régimes d'assurance maladie soumis, calculé à partir des données agrégées sur les autres modes de paiement		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %->0,0 %	Qualité des données hautement compromise 0,0 %/soumission incomplète
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Les données sur les autres modes de paiement clinique pour chaque médecin sont combinées aux données sur la rémunération à l'acte pour chaque médecin, ce qui permet de produire des rapports sur la rémunération clinique totale des médecins. Pour combiner ces données tout en conservant la comparabilité et la validité des indicateurs de la BDNM, il faut obtenir la totalité (100 %) des données sur les autres modes de paiement. Sans données sur les autres modes de paiement clinique pour chaque médecin, la BDNM ne peut produire que des rapports sur la rémunération à l'acte. Par conséquent, la comparabilité entre les provinces et territoires et la validité des indicateurs actuels de la BDNM sont compromises, car l'utilisation des autres modes de paiement pour le remboursement des médecins est actuellement à la hausse.		
Limites	Dans plusieurs provinces, les médecins reçoivent une partie de leur rémunération par d'autres modes de paiement clinique en tant que membres de groupes médicaux. Le groupe reçoit alors un paiement forfaitaire et le divise entre ses membres. Or, ces provinces ne fournissent aucune information sur les paiements de groupe que chaque médecin reçoit. Par conséquent, une certaine partie du montant total versé à chaque groupe au moyen d'autres modes de paiement clinique ne peut pas être intégrée aux données sur la rémunération à l'acte des médecins dans ces provinces.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Conformité aux exigences du plan comptable des Normes SIG		
Base de données	BDCCP		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des dépenses déclarées dans les comptes principaux des Normes SIG		
Description du calcul	(A ÷ B) × 100, où A = dépenses inscrites dans les comptes principaux des Normes SIG et déclarées à la BDCCP B = dépenses totales déclarées à la BDCCP Les résultats sont fournis séparément en ce qui concerne les données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée et sur les soins ambulatoires.		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-90,0 %	Qualité des données hautement compromise < 90,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur mesure la conformité des exigences de déclaration et correspond au pourcentage des dépenses déclarées à l'aide des comptes valides primaires des Normes SIG. Les dépenses déclarées dans des comptes non conformes aux exigences pourraient se trouver dans des comptes provisoires ou dans des comptes provinciaux qui n'ont pas été couplés avec le plan comptable des Normes SIG.		
Limites	Les résultats sont fondés sur le plan comptable des Normes SIG. Ils peuvent varier en fonction du couplage par la province ou le territoire de son plan comptable avec les Normes SIG.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement		
Base de données	BDNM		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Mesure qui indique si une province ou un territoire soumet des données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement pour la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement offerts		
Description du calcul	Oui : La province ou le territoire soumet des données sur la facturation des médecins pour chaque demande de remboursement. En cours : La province ou le territoire se prépare à répondre aux spécifications de la soumission de données à l'échelle des demandes de remboursement. Non : La province ou le territoire n'a jamais discuté officiellement de la collecte de données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement.		
Type de mesure	Nominale		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	Oui		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise Oui	Qualité des données moyennement compromise En cours	Qualité des données hautement compromise Sans objet
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Les données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement peuvent servir à coupler les données sur l'utilisation des services des médecins à d'autres données sur les soins de santé, ce qui permet de brosser un portrait plus complet des soins de santé au Canada. Les données à l'échelle des demandes de remboursement améliorent la comparabilité des indicateurs provinciaux et territoriaux liés à la rémunération des médecins et à l'utilisation des services.		
Interprétation	La mention « En cours » indique que des discussions sont en cours ou que la soumission est envisagée, mais que des données n'ont pas encore été soumises.		
Limites	Les données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement soumises par diverses provinces ne sont pas normalisées. Des modifications sont nécessaires pour rendre ces données compatibles avec celles d'autres bases de données et avec les données historiques de la BDNM. L'ICIS n'a pas encore entamé de pourparlers avec certaines provinces au sujet de la soumission de données à l'échelle des demandes de remboursement.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Numéro de produit présent dans l'International Prosthesis Library		
Bases de données	RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des numéros de produit des prothèses soumis au RCRA ou à la BDCP qui peuvent faire l'objet d'un couplage avec l'International Prosthesis Library (IPL) dans le but de déterminer les caractéristiques d'une prothèse		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre de numéros de produit soumis pour l'exercice de déclaration pouvant être directement couplés avec l'IPL pour obtenir les caractéristiques précises d'une prothèse B = nombre de produits soumis au cours de l'exercice de déclaration		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 90,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 90,0 %-80,0 %	Qualité des données hautement compromise < 80,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur évalue la mesure dans laquelle les numéros de produit soumis peuvent servir à effectuer des couplages avec l'IPL dans le but de relever les caractéristiques d'une prothèse, comme le matériau, la taille ou le mode de fixation. Ces données sont utilisées pour étudier les caractéristiques d'une prothèse qui influent sur les résultats de la chirurgie ou les tendances d'utilisation, par exemple.		
Interprétation	De faibles valeurs indiquent qu'il y a peu de couplages possibles entre les données soumises et celles de l'IPL, ce qui réduit la capacité d'utiliser les données sur les produits pour effectuer des analyses sur les caractéristiques d'une prothèse (voir la section Limites).		
Limites	L'IPL propriété de l'International Society of Arthroplasty Registries, contient des renseignements normalisés sur les caractéristiques des prothèses qui proviennent de registres d'arthroplastie de partout dans le monde et de membres de l'industrie; le contenu est mis à jour régulièrement. Le Canada n'y participe pas. Certaines raisons, dont les suivantes, pourraient expliquer l'impossibilité de coupler les numéros de produit : • Numéro de produit valide, mais ne figurant pas encore dans la version la plus récente de l'IPL, qui repose sur les efforts conjugués des registres y soumettant des données; • Champ de numéro de produit non valide en raison de la présence d'une valeur *inconnue*; • Numéro de produit jugé non valide dans le cadre du processus de validation de l'ICIS (p. ex. erreur au moment de la saisie manuelle; l'ICIS recommande l'utilisation d'un lecteur de codes à barres). Remarque : Les codes d'articles internationaux (GTIN) soumis dans le champ de numéro de produit sont exclus à la fois du numérateur et du dénominateur, car des données conformes à cette norme d'identification des produits ne sont pas disponibles à l'heure actuelle dans la bibliothèque de prothèses.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Rémunération totale		
Base de données	BDNM		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage du total des paiements cliniques provenant des régimes d'assurance maladie soumis par les médecins		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = somme de tous les paiements cliniques provenant des régimes d'assurance maladie versés à chaque médecin qui sont soumis à la BDNM, au moyen des soumissions trimestrielles à la BDNM (Fichier 30 et Fichier 50) et des soumissions sur les autres modes de paiement B = total de tous les paiements cliniques aux médecins provenant des régimes d'assurance maladie soumis à la BDNM, au moyen des données soumises chaque trimestre à la BDNM (Fichier 30 et Fichier 50) et des soumissions sur les autres modes de paiement		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-> 0,0 %	Qualité des données hautement compromise 0,0 %/soumission incomplète
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Grâce aux données sur les paiements versés à chaque médecin, la BDNM peut produire des rapports sur le total des paiements plutôt que de se limiter à l'analyse de la rémunération à l'acte. Remarque : Les représentants des ministères de la Santé des provinces et territoires siégeant au Groupe consultatif de la BDNM de l'ICIS ont demandé à celui-ci d'obtenir l'information disponible sur les autres modes de paiement pour chaque médecin auprès de chaque ministère provincial de la Santé pour • l'intégrer aux données sur la rémunération à l'acte des médecins et produire des rapports sur la rémunération totale; • calculer les indicateurs essentiels aux ministères de la Santé des provinces et territoires tels que les paiements moyens par médecin et les équivalents temps plein; • faciliter le groupement de l'utilisation des services, dans la mesure du possible.		
Interprétation	Une couverture inférieure à 100 % compromet la comparabilité des résultats des indicateurs de la BDNM entre les provinces et territoires.		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Soumission de données au niveau de l'enregistrement		
Base de données	BDMOS		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Indique si des données sur la main-d'œuvre de la santé sont soumises au niveau de l'enregistrement.		
Description du calcul	R : Des données sur la main-d'œuvre de la santé sont soumises au niveau de l'enregistrement A : Des données agrégées sur la main-d'œuvre de la santé sont soumises		
Type de mesure	Nominale		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	R		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise R	Qualité des données moyennement compromise A	Qualité des données hautement compromise Aucunes données soumises
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Les données sur la main-d'œuvre de la santé au niveau de l'enregistrement permettent de produire des analyses et des rapports plus détaillés sur les caractéristiques démographiques et géographiques, la formation et l'emploi. Les données au niveau de l'enregistrement peuvent également être couplées aux fins d'analyse longitudinale (nombre d'infirmières intégrant et quittant la profession [entrées et sorties] au cours d'une année donnée, par exemple).		

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur	
Nom	Sous-déclaration potentielle des jours en niveau de soins alternatif (NSA)
Base de données	BDCP (SCD)
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Pourcentage des patients hospitalisés en soins de courte durée susceptibles d'avoir connu des jours NSA, mais pour lesquels aucun jour NSA n'a été déclaré par la province ou le territoire
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = cas NSA possibles selon les critères de sélection ci-dessous B = (nombre de patients hospitalisés en soins de courte durée dont la DS en NSA est de plus de 0) + A Hospitalisations en soins de courte durée susceptibles d'être des cas NSA, mais pour lesquelles aucun jour NSA n'a été consigné : • La durée calculée du séjour (DS calculée) est supérieure à la durée prévue du séjour (DPS)* ajustée selon les groupes de maladies analogues (GMA) et • l'état à la sortie est 20 (Service d'urgence et soins ambulatoires), 30 (Soins en hébergement), 40 (Foyer de groupe ou logement supervisé), 04 (Domicile avec services de soutien ou orientation) ou 90 (Établissement correctionnel) et • le service principal n'est pas 99 (NSA) et • le service de transfert n'est pas 99 (NSA) et • il s'agit de cas typiques ou à séjour prolongé (indicateur de cas atypique pour le calcul de la PCR [patients hospitalisés] 00 ou 10). Exclusions : • Hôpitaux du Québec, puisque les données du Québec ne figurent pas dans la BDCP • Patientes en soins obstétricaux (CCP 13 et 14), puisque leur cheminement clinique est différent de celui des autres patients hospitalisés • Patients en soins pédiatriques (moins de 17 ans), puisque le concept de statut NSA chez les enfants n'est pas largement reconnu ni codifié • Diagnostics de santé mentale sélectionnés en vue de créer une population hospitalière type (code de diagnostic principal F10 à F99) **Remarques** * Les GMA sont attribués à 3 groupes de DPS en fonction de leur DPS moyenne : 1. 1 à 5 jours 2. Plus de 5 jours, mais moins de 10 jours 3. 10 jours ou plus • Le nombre de jours associé au 75e percentile de la DS totale en jours moins la DPS en jours de tous les cas NSA connus d'un même groupe de DPS est appliqué à tous les GMA de ce groupe.
Type de mesure	Pourcentage

Comparabilité et cohérence

Évaluation de la qualité des données	
Valeur optimale	0
Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	L'ICIS a publié des lignes directrices cliniques pour favoriser la désignation rapide et précise des NSA en soins de courte durée aux patients hospitalisés. La déclaration exacte des NSA est essentielle à la surveillance et à l'amélioration de l'accès aux services, du cheminement des patients et des résultats des soins de courte durée. Les données sur les NSA sont largement utilisées à chaque niveau du système de santé et dans tous les milieux de soins de courte durée et de longue durée. La soumission de données complètes sur les NSA par les provinces et territoires favorise la production de rapports pancanadiens instructifs et facilite la comparaison entre établissements, régions et provinces.
Limites	Un faible pourcentage de DS manquante ou non valide a peu d'incidence sur le calcul. La méthodologie actuelle ne prend pas en compte l'état clinique ou la complexité des cas qui seraient censés avoir une DS prolongée en soins de courte durée.

Comparabilité et cohérence

Identification de l'indicateur			
Nom	Taux de réévaluation		
Base de données	SISD/SIIR-SD		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des clients ayant déjà fait l'objet d'une évaluation et qui avaient été réévalués au cours du même épisode de soins dans un intervalle 1. de 12 mois ou moins (date d'échéance prévue dans les normes provinciales et territoriales) 2. supérieur à 15 mois		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre de clients ayant déjà fait l'objet d'une évaluation et qui ont été réévalués au cours du même épisode de soins dans un intervalle 1. de 12 mois ou moins (date d'échéance prévue dans les normes provinciales et territoriales) 2. supérieur à 15 mois B = nombre total de clients évalués au cours de l'exercice de déclaration qui avaient déjà été évalués au cours du même épisode de soins		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100 (de 12 mois ou moins); 0 (supérieur à 15 mois)		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise	Qualité des données moyennement compromise	Qualité des données hautement compromise
12 mois ou moins	≥ 75,0 %	< 75,0 %-50,0 %	< 50,0 %
Supérieur à 15 mois	≤ 5,0 %	> 5,0 %-20,0 %	> 20,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Les évaluations de routine aident à faire le suivi des changements dans l'état de santé des clients et favorisent la planification des soins offerts aux personnes au sein de l'organisme de soins de santé. L'intervalle entre les évaluations a une incidence sur les résultats des produits d'aide à la décision qui facilitent la comparaison des résultats entre provinces et territoires. Il est important de savoir dans quelle mesure les clients sont réévalués dans l'intervalle prévu de 12 mois.		
Interprétation	Un taux de réévaluation plus élevé dans l'intervalle prévu de 12 mois donnera une indication plus précise des changements dans l'état de santé des clients. Tout pourcentage dans la sous-catégorie « supérieur à 15 mois » représente le volume d'évaluations exclues du calcul des indicateurs de la qualité des services à domicile.		
Limites	On ignore dans quelle mesure les évaluateurs peuvent modifier l'intervalle de réévaluation dans chaque province ou territoire. Il n'est pas toujours possible de coupler les données administratives que soumet l'Ontario au SISD/SIIR-SD et les données sur les évaluations, ce qui empêche le calcul du taux de réévaluation dans cette province; on ne peut pas toujours déterminer si 2 évaluations données appartiennent à un même épisode de soins.		

Actualité et ponctualité

Identification de l'indicateur			
Nom	Disponibilité des données au 31 mai (date de clôture)		
Bases de données	BDCP (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements (services d'urgence, chirurgie d'un jour, patients hospitalisés en soins de courte durée) finalisés (c.-à-d. soumis et corrigés s'il y a lieu) au plus tard le 31 mai de l'exercice de déclaration		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'enregistrements des services d'urgence/de chirurgie d'un jour/de patients hospitalisés en soins de courte durée dont la date de la dernière modification du dossier tombe au plus tard le 31 mai de l'exercice de déclaration B = nombre total d'enregistrements des services d'urgence/de chirurgie d'un jour/de patients hospitalisés en soins de courte durée à la clôture de la base de données		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 95,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 95,0 %-80,0 %	Qualité des données hautement compromise < 80,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Cet indicateur évalue l'état d'avancement de la soumission à la BDCP ou au SNISA des données sur les services d'urgence/chirurgies d'un jour/patients hospitalisés en soins de courte durée en vue de la date de clôture cible. Les utilisateurs de données préfèrent appuyer leurs décisions stratégiques sur les données disponibles les plus récentes. Ainsi, l'ICIS reçoit de nombreuses demandes concernant les plus récentes données disponibles. Les données en cours d'exercice sur les services d'urgence/chirurgies d'un jour/patients hospitalisés en soins de courte durée figurent dans les rapports électroniques et le Portail de l'ICIS, ce qui permet d'établir des comparaisons.		
Interprétation	Les données de la BDCP et du SNISA sont soumises à l'ICIS en tout temps. Le 31 mai est la date cible de clôture des bases de données à l'échelle du pays. Il s'agit d'une amélioration d'un mois par rapport à la date de clôture actuelle du 30 juin (sauf pour l'Ontario qui observe déjà cette date cible). Cet indicateur, intégré en 2014-2015, mesure les progrès réalisés en vue de cette date limite. Les provinces et territoires obtenant moins de 100 % pourraient devoir changer leurs pratiques afin de respecter la nouvelle date limite. Ils devraient envisager de vérifier les processus de codification et de saisie de l'information, dont la performance des fournisseurs, les problèmes liés au personnel, la disponibilité des dossiers, l'intégralité des dossiers à la sortie des patients, la charge de travail (nouveaux mandats de collecte de données) et les processus de fin de mois. Bien que la date limite de soumission soit un mois après la dernière date de sortie, on ne s'attend pas à ce que l'exactitude de données soit perturbée par ce changement.		
Limites	Cet indicateur ne peut être calculé pour le Québec parce que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ne soumet à la BDMH qu'un seul fichier annuel sur les sorties des patients hospitalisés, après la date de clôture de sa base de données provinciale.		

Actualité et ponctualité

Identification de l'indicateur			
Nom	Disponibilité des données dans les 3 mois suivant la sortie		
Bases de données	BDCP (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements (services d'urgence, chirurgie d'un jour, patients hospitalisés en soins de courte durée) finalisés (soumis et corrigés s'il y a lieu) dans les 3 mois suivant la sortie/décision concernant la sortie du patient		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'enregistrements des services d'urgence/de chirurgie d'un jour/de patients hospitalisés en soins de courte durée pour lesquels le laps de temps écoulé entre la date de sortie et la date de la dernière modification du dossier est de moins de 3 mois B = nombre total d'enregistrements des services d'urgence/de chirurgie d'un jour/de patients hospitalisés en soins de courte durée à la clôture de la base de données		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 75,0 %	Qualité des données moyennement compromise < 75,0 %-25,0 %	Qualité des données hautement compromise < 25,0 %
Utilisation, interprétation et limites			
Utilisation	Les utilisateurs de données préfèrent appuyer leurs décisions stratégiques sur les données disponibles les plus récentes. Ainsi, l'ICIS reçoit de nombreuses demandes concernant les plus récentes données disponibles. Les données en cours d'exercice sur les patients hospitalisés en soins de courte durée figurent dans les rapports électroniques, le Portail de l'ICIS et l'outil Web Votre système de santé, ce qui permet d'établir des comparaisons.		
Interprétation	La soumission tardive des données pour l'année en cours influe sur l'exhaustivité des rapports et des produits de l'ICIS, comme les rapports électroniques et le Portail de l'ICIS. Il est à noter que ce sont les provinces et territoires eux-mêmes, ainsi que divers établissements, qui ont demandé l'amélioration de l'actualité; ils estiment en effet que les données fournies en temps opportun sont essentielles aux analyses comparatives (p. ex. la disponibilité des données pour l'année en cours dans l'outil Votre système de santé : En profondeur et le Portail de l'ICIS).		
Limites	La resoumission des données à des fins de correction peut expliquer un faible pourcentage de données finalisées en cours d'exercice. Les corrections soumises à la BDCP 3 mois après la sortie peuvent avoir une incidence sur l'actualité des données finalisées. L'ICIS encourage les établissements à examiner leurs rapports sur la qualité des données et à soumettre les corrections dans les plus brefs délais.		

Actualité et ponctualité

Identification de l'indicateur			
Nom	Disponibilité des données dans les 60 jours après la fin du trimestre		
Bases de données	BDCP (SCD), BDCP/SNISA (chirurgie d'un jour), SNISA (SU)		
Description et calcul de l'indicateur			
Description	Pourcentage des enregistrements (services d'urgence, chirurgie d'un jour, patients hospitalisés en soins de courte durée) finalisés (c.-à-d. soumis et corrigés s'il y a lieu) dans les 60 jours après la fin du trimestre, par trimestre		
Description du calcul	A ÷ B × 100 %, où A = nombre total d'enregistrements (services d'urgence, chirurgie d'un jour, patients hospitalisés en soins de courte durée) d'un trimestre donné, où la date de la dernière modification du dossier tombe au plus tard dans les 60 jours après la fin du trimestre • T1 (sorties en avril-juin) : 31 août • T2 (sorties en juillet-septembre) : 30 novembre • T3 (sorties en octobre-décembre) : 28 février (ou 29) • T4 (sorties en janvier-mars) : 31 mai B = nombre total d'enregistrements à la date de clôture d'un trimestre donné		
Type de mesure	Pourcentage		
Évaluation de la qualité des données			
Valeur optimale	100		
Plage de résultats	Qualité des données peu ou non compromise ≥ 75,0 % pour tous les trimestres	Qualité des données moyennement compromise ≥ 75,0 % pour 3 des 4 trimestres	Qualité des données hautement compromise Tout autre résultat

Actualité et ponctualité

Utilisation, interprétation et limites	
Utilisation	Cet indicateur permet d'évaluer l'actualité des données en cours d'exercice et rend compte des progrès réalisés en ce qui a trait à la soumission en temps opportun de données uniformes (services d'urgence, chirurgies d'un jour, patients hospitalisés en soins de courte durée) à la BDCP ou au SNISA. Les utilisateurs de données préfèrent appuyer leurs décisions stratégiques sur les données disponibles les plus récentes. Ainsi, l'ICIS reçoit de nombreuses demandes concernant les plus récentes données disponibles. Les données en cours d'exercice sur les patients hospitalisés en soins de courte durée figurent dans les rapports électroniques, le Portail de l'ICIS et l'outil Web Votre système de santé, ce qui permet d'établir des comparaisons.
Interprétation	Certaines difficultés généralement associées aux processus de collecte des données au début de chaque exercice pourraient avoir une incidence sur l'actualité des résultats pour le premier trimestre (T1). La soumission tardive des données pour l'année en cours influe sur l'exhaustivité des rapports et des produits de l'ICIS, comme les rapports électroniques et le Portail de l'ICIS. Il est à noter que ce sont les provinces et territoires eux-mêmes, ainsi que divers établissements, qui ont demandé l'amélioration de l'actualité; ils estiment en effet que les données fournies en temps opportun sont essentielles aux analyses comparatives (p. ex. la disponibilité des données pour l'année en cours dans l'outil Votre système de santé : En profondeur et le Portail de l'ICIS).
Limites	La resoumission des données à des fins de correction peut expliquer un faible pourcentage des données finalisées en cours d'exercice. Les corrections soumises à la BDCP plus de 60 jours après la fin du trimestre ont une incidence sur l'actualité des données finalisées. L'ICIS encourage les établissements à examiner leurs rapports sur la qualité des données et à soumettre les corrections dans les plus brefs délais.

Accessibilité et clarté

Identification de l'indicateur	
Nom	Erreurs d'incohérence en suspens — diagnostic et intervention
Base de données	BDCP (SCD)
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Nombre d'erreurs d'incohérence en suspens dans les éléments de données de diagnostic et d'intervention après la clôture de la base de données
Description du calcul	A ÷ B, où A = nombre total d'erreurs d'incohérence dans les éléments de données de diagnostic et d'intervention (qui n'ont pas passé l'étape des vérifications et n'ont pas été corrigées avant la date de clôture du 30 juin de l'année de déclaration); les éléments de données comprennent le code de diagnostic, le code d'intervention, l'attribut d'état, l'attribut de lieu et l'attribut d'étendue) B = nombre d'erreurs d'incohérence dans n'importe quel élément de données (celles qui n'ont pas passé l'étape des vérifications et n'ont pas été corrigées à la date de clôture du 30 juin de l'année de déclaration); il s'agit du même numérateur (A) que celui utilisé pour l'indicateur Taux d'erreurs d'incohérence en suspens
Type de mesure	Ratio
Évaluation de la qualité des données	
Valeur optimale	0/0
Utilisation, interprétation et limites	
Interprétation	Un nombre élevé d'erreurs dans ces champs peut indiquer la nécessité d'améliorer les processus de collecte ou de correction des données cliniques saisies dans les éléments de données de diagnostic et d'intervention. Voici quelques facteurs à examiner : le nombre de modifications apportées par les provinces et territoires dans les champs relatifs au diagnostic ou aux interventions (des provinces et territoires effectuent plus de modifications que d'autres); les programmes informatiques des fournisseurs; l'ampleur des vérifications d'erreurs d'incohérence dans les systèmes internes des provinces et territoires; la nécessité d'offrir davantage de formation aux codificateurs; le manque de personnel qui restreint la capacité d'un établissement de mettre en œuvre des initiatives de qualité des données. L'ICIS envoie aux établissements des rapports sur les erreurs d'incohérence dans les jours qui suivent la soumission des données et les encourage à consulter ces rapports et à passer en revue et corriger les données le plus rapidement possible tout au long de l'année.
Limites	Un faible taux d'erreurs ne garantit pas forcément l'exactitude de toutes les données. Par exemple, le code de diagnostic peut être valide et passer l'étape de vérification, mais être incorrect en raison de dossiers incomplets ou du besoin en formation des codificateurs. Des provinces et territoires effectuent davantage de vérifications que d'autres dans les éléments de données de diagnostic ou d'intervention, ce qui compromet la comparabilité des résultats entre les provinces et territoires. L'ICIS peut clairement cerner les erreurs signalées quant à cet indicateur au moyen de vérifications.

Enregistrements de référence

BDCCP (données sur les coûts des patients)

Degré de participation : enregistrements* 11
Enregistrements rejetés en raison de vérification avec rejet* 18
Abrégés dont les coûts ont été établis : organismes déclarants 32
Cohérence de la soumission de données 34
Conformité aux exigences du plan comptable des Normes SIG 53
Déclaration des coûts des soins infirmiers pour les patients hospitalisés 37

BDCP/BDMH (données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée)

Degré de participation : enregistrements* 11
Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage* 23
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Taux d'erreurs d'incohérence et d'enregistrements rejetés en suspens* 20
Disponibilité des données au 31 mai (date de clôture) 61
Disponibilité des données dans les 3 mois suivant la sortie 62
Disponibilité des données dans les 60 jours après la fin du trimestre 63
Erreurs d'incohérence en suspens — diagnostic et intervention 65
Sous-déclaration potentielle des jours en niveau de soins alternatif (NSA) 58

BDCP/BDMH/SNISA (données sur les chirurgies d'un jour)

Degré de participation : enregistrements* 11
Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage* 23
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Taux d'erreurs d'incohérence et d'enregistrements rejetés en suspens* 20
Disponibilité des données au 31 mai (date de clôture) 61
Disponibilité des données aux fins de calcul de la durée de séjour en chirurgie d'un jour 41
Disponibilité des données dans les 3 mois suivant la sortie 62
Disponibilité des données dans les 60 jours après la fin du trimestre 63

BDCS (données financières et statistiques)

Soumissions tardives : niveau des fichiers* 28
Conformité aux exigences minimales de déclaration financière 35
Conformité aux exigences minimales de déclaration statistique de la BDCS pour les centres d'activité de base 36
Dépenses inscrites comme régionales 39
Dépenses restantes dans les comptes provisoires 40

BDNM (données sur les paiements des médecins et l'utilisation des services)

Caractéristiques manquantes ou inconnues à l'échelle de l'élément de données* 8
Données démographiques non valides ou incohérentes* 15
Soumissions tardives : niveau des fichiers* 28
Autres modes de paiement clinique des médecins : données sur les autres modes de paiement à l'échelle de la spécialité 51
Autres modes de paiement clinique des médecins : données sur les autres modes de paiement à l'échelle des médecins 52
Données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement 54
Rémunération totale 56

RCITO (données sur les transplantations d'organes)

Caractéristiques manquantes ou inconnues à l'échelle de l'élément de données* 8
Degré de participation : organismes* 13
Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage* 23
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Enregistrement longitudinal manquant* 16
Soumissions tardives : niveau de l'enregistrement* 26
Intégralité des déclarations de décès 43

RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou)

Degré de participation : enregistrements* 11
Degré de participation : organismes* 13
Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage* 23
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Participation confirmée* 6
Numéro de produit présent dans l'International Prosthesis Library 55

SDEPC (données sur l'expérience des patients en soins de courte durée)

Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Participation confirmée* 6
Population cible admissible au sondage dans les établissements participants 46
Taux de réponse 49

SISD (données sur les services à domicile)

Conformité aux exigences de soumission de données* 22
Degré de participation : organismes* 13
Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage* 23
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Enregistrements rejetés en raison de vérification avec rejet* 18
Participation confirmée* 6
Soumissions tardives : niveau de l'enregistrement* 26
Clients évalués, services à domicile de longue durée 33
Taux de réévaluation 60

SISLD (données sur les soins de longue durée et les soins continus)

Degré de participation : organismes* 13
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Données démographiques non valides ou incohérentes* 15
Enregistrement longitudinal manquant* 16
Enregistrements rejetés en raison de vérification avec rejet* 18
Participation confirmée* 6
Soumissions tardives : niveau de l'enregistrement* 26
Pourcentage des résidents n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation complète 47

SNIR (données sur la réadaptation pour patients hospitalisés)

Caractéristiques manquantes ou inconnues à l'échelle de l'élément de données* 8
Degré de participation : organismes* 13
Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage* 23
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Enregistrement longitudinal manquant* 16
Enregistrements rejetés en raison de vérification avec rejet* 18
Participation confirmée* 6
Soumissions tardives : niveau de l'enregistrement* 26
Établissements ayant soumis des données incomplètes pour l'élément État comorbide avant l'admission 42
Non-réponse des établissements 48

SNISA (données sur les services d'urgence)

Caractéristiques manquantes ou inconnues à l'échelle de l'élément de données* 8
Degré de participation : enregistrements* 11
Disponibilité du code postal du patient aux fins de couplage* 23
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Participation confirmée* 6
Taux d'erreurs d'incohérence et d'enregistrements rejetés en suspens* 20
Degré de participation : enregistrements contenant de l'information sur le diagnostic (couverture des données sur le diagnostic au service d'urgence) 38
Disponibilité des données au 31 mai (date de clôture) 61
Disponibilité des données dans les 3 mois suivant la sortie 62
Disponibilité des données dans les 60 jours après la fin du trimestre 63
Suppressions à l'échelle de l'organisme de résultats déjà publiés — Temps d'attente au service d'urgence jusqu'à l'évaluation du médecin 30

SNIUMP (données sur les médicaments d'ordonnance)

Caractéristiques manquantes ou inconnues à l'échelle de l'élément de données* 8
Conformité aux exigences de soumission de données* 22
Disponibilité du numéro d'assurance maladie aux fins de couplage* 24
Données démographiques non valides ou incohérentes* 15
Soumissions tardives : niveau des fichiers* 28
Numéros d'identification des médicaments (DIN) inactifs 45
Taux d'exactitude des données sur les demandes de remboursement 50

Remarque
Les indicateurs en caractères gras et suivis d'un astérisque (*) sont les principaux indicateurs de la qualité des données. Ils traitent des concepts fondamentaux de la qualité s'appliquant à plusieurs bases de données et pouvant être mesurés de la même manière.

Glossaire des termes

Dimensions de la qualité des données employées à l'ICIS

Exactitude et fiabilité	Mesure dans laquelle l'information décrit correctement et uniformément la réalité qu'elle est censée mesurer.
Accessibilité et clarté	Mesure dans laquelle l'information et les documents connexes sont facilement accessibles et présentés de façon claire et compréhensible.
Comparabilité et cohérence	Mesure dans laquelle l'information est cohérente au fil du temps et à l'échelle des dispensateurs et peut être facilement combinée à d'autres sources.
Pertinence	Mesure dans laquelle l'information répond aux besoins actuels et futurs des utilisateurs.
Actualité et ponctualité	Mesure dans laquelle l'information est actuelle et diffusée à temps.

Liste des sigles et acronymes

Bases de données

Sigle ou acronyme de la base de données	Nom de la base de données	Contenu
BDCCP	Base de données canadienne sur les coûts par patient	Données sur les coûts des patients : • soins de courte durée aux patients hospitalisés • soins ambulatoires • soins autres que de courte durée
BDCP/BDMH	Base de données sur les congés des patients/Base de données sur la morbidité hospitalière	Données sur les patients hospitalisés en soins de courte durée Données sur les chirurgies d'un jour Données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou (BDCP); certaines provinces déclarent ces données au RCRA
BDCS	Base de données canadienne SIG	Données financières et statistiques : • données hospitalières • données d'organismes non hospitaliers

Sigle ou acronyme de la base de données	Nom de la base de données	Contenu
BDMOS	Base de données sur la main-d'œuvre de la santé	Personnel infirmier réglementé
BDNM	Base de données nationale sur les médecins	Données sur les paiements des médecins et l'utilisation des services
RCITO	Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes	Données sur le remplacement d'organes : • dialyse • transplantations • dons d'organe
RCRA	Registre canadien des remplacements articulaires	Données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou (certaines provinces déclarent ces données à la BDCP)
SDEPC	Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens	Données sur l'expérience des patients : • soins de courte durée aux patients hospitalisés
SISD/SIIR-SD	Système d'information sur les services à domicile/Système d'information intégré interRAI — services à domicile	Données sur les services à domicile
SISLD/SIIR-SLD	Système d'information sur les soins de longue durée/Système d'information intégré interRAI — soins de longue durée en établissement	Données sur les soins de longue durée et les soins continus : • soins à l'hôpital • soins en hébergement
SNIR	Système national d'information sur la réadaptation	Données sur la réadaptation des patients hospitalisés
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires	Données sur les services d'urgence • données sur les chirurgies d'un jour
SNIUMP	Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits	Données sur les médicaments d'ordonnance : • demandes de remboursement de médicaments • liste de médicaments

Annexe

Mesures contextuelles

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Instrument d'évaluation	Instrument utilisé pour évaluer les résidents des établissements participants	SISLD/SIIR-SLD	Aucune
Nombre total de résidents	Nombre d'identificateurs uniques d'inscription de résidents qui ont été admis ou évalués dans un établissement ou qui en sont sortis	SISLD/SIIR-SLD	Selon la province ou le territoire, la participation au SISLD/SIIR-SLD est facultative, ou encore la mise en œuvre est en cours (voir Participation confirmée et Degré de participation). Dans ce cas, les valeurs ne représentent pas le nombre total de résidents en soins de longue durée de la province ou du territoire. Les comparaisons par habitant ne sont pas possibles, car cet indicateur ne tient pas compte du nombre d'habitants d'une province ou d'un territoire.
Type d'établissement de soins de longue durée	Type d'établissement de soins de longue durée, d'établissement hospitalier ou de soins en hébergement; désigne le secteur faisant l'objet d'une déclaration pour une province ou un territoire en particulier	SISLD/SIIR-SLD	Il existe des variations selon la province ou le territoire dans les populations desservies dans un milieu de soins. Certains hôpitaux soumettent des données sur les lits désignés pour des soins de longue durée à la BDCP plutôt que des évaluations au SISLD/SIIR-SLD.
Interventions attendues avec données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou	Nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou soumises à la BDCP, à la BDMH et au SNISA	RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou)	Les données du RCRA sont fondées sur la date de la chirurgie, tandis que celles de la BDCP et de la BDMH tiennent compte de la date de la sortie. Comparativement au RCRA, la BDCP et la BDMH comprennent, dans une période de déclaration, des données supplémentaires pour les chirurgies pratiquées au cours de l'exercice précédent, mais à la suite desquelles la sortie des patients a eu lieu pendant l'exercice en cours. Toutefois, le RCRA comprend des données supplémentaires dans la même période de déclaration pour les chirurgies qui ont eu lieu, mais à la suite desquelles la sortie des patients aura lieu au cours d'une future année de la BDCP et de la BDMH.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Interventions soumises avec données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou	Nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou avec données sur les prothèses utilisées soumises à la BDCP ou au RCRA	RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou)	La BDCP accepte les données sur les prothèses pour un maximum de 2 remplacements de la hanche ou du genou par abrégé.
Nombre d'hôpitaux participants	Nombre total de numéros d'hôpitaux soumettant des données à la BDCS	BDCS	Chaque province et territoire communique à l'ICIS la liste des établissements dont il est responsable et qui correspondent à cette définition; par conséquent, l'évaluation de la qualité des données fournies par les hôpitaux d'une province ou d'un territoire est tributaire de l'exhaustivité de ces listes.
Pourcentage des dépenses totales déclarées à la BDCS (hôpitaux et organismes autres que les hôpitaux)	Pourcentage des dépenses totales provinciales ou territoriales liées aux dépenses des hôpitaux et d'organismes autres que les hôpitaux	BDCS	Les pourcentages des secteurs hospitaliers et non hospitaliers peuvent varier considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre. Cette variation peut refléter une différence entre le taux de services hospitaliers et non hospitaliers offerts dans une même province ou un même territoire, ou encore une différence de déclaration des données financières.
Nombre de nouveaux enregistrements	Nombre total de nouvelles inscriptions de dialyse, de transplantation d'organes et de donneurs d'organes (vivants et décédés) au sein des établissements participants	RCITO	Les patients qui reçoivent une greffe à l'extérieur du Canada nécessitent généralement des soins de suivi. Ces cas sont saisis dans le RCITO lorsqu'ils sont repérés. La participation au RCITO est facultative, et les établissements peuvent choisir de déclarer uniquement certains de leurs patients. Depuis 2014, les patients qui subissent une transplantation peuvent avoir plus d'un enregistrement au cours d'une année donnée, ce qui peut limiter légèrement la comparabilité des données avec celles des années précédentes. Remarque : La répartition des données provinciales et territoriales des donneurs d'organes vivants ou décédés est déterminée en fonction du lieu de résidence du patient.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Nombre d'abrégés dont les coûts ont été établis	Nombre d'abrégés dont les données sur les coûts par patients hospitalisés en soins de courte durée et soins ambulatoires ont été établies	BDCCP	Cet indicateur est une mesure des abrégés acceptés seulement; il ne tient pas compte des abrégés qui ne satisfont pas aux critères de vérification de la BDCCP.
Nombre d'établissements participants	Nombre d'établissements qui soumettent des données sur les coûts des soins aux patients hospitalisés en soins de courte durée, en soins ambulatoires et en soins autres que de courte durée	BDCCP	Dans le cas des organismes à plusieurs établissements et des établissements qui soumettent des données à la BDCP, au SNISA et à toute autre base de données cliniques sur les soins autres que de courte durée, il se peut que plus d'un établissement participe. Pour les données sur les soins autres que de courte durée, il est possible qu'un même établissement soit compté 2 fois s'il soumet des données sur les coûts pour plus d'un type de soins autres que de courte durée. Cet indicateur ne peut pas être comparé de façon directe avec le nombre d'hôpitaux participant à la BDCS, car les données financières sont soumises à la BDCS à l'échelle de l'organisme et à l'échelle de l'établissement pour ce qui est de la BDCCP.
Nombre d'établissements participants	Nombre d'établissements ciblés par le SEHPC qui ont soumis des abrégés de patients hospitalisés à la BDCP	SDEPC	Certains hôpitaux communautaires de petite taille n'effectuent pas le SEHPC en raison de leur faible volume de sorties.
Fréquence du sondage	Fréquence de réalisation du SEHPC par un organisme source	SDEPC	Le cycle et la fréquence du sondage ne sont pas prescrits, mais il est recommandé aux hôpitaux participants de réaliser le sondage le plus souvent possible et de soumettre les données à l'ICIS dès que l'organisme ou le fournisseur termine ses activités de collecte et de traitement des données. Par conséquent, la fréquence de réalisation du sondage diffère d'une province ou d'un territoire à l'autre. Il peut être mené régulièrement ou au cours d'une période donnée, ce qui a une incidence sur le nombre de sondages remplis.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Exercice le plus récent	Les données disponibles (pour l'exercice financier complet le plus récent) aux fins d'évaluation au moment du présent rapport	SDEPC	Les provinces et territoires en sont à différentes étapes de mise en œuvre. Par conséquent, ils peuvent avoir soumis des années différentes de données.
Nombre d'enregistrements du sondage soumis au SDEPC	Le nombre d'enregistrements du sondage soumis à l'ICIS au cours de l'exercice financier prédéfini (ou pertinent)	SDEPC	Il s'agit du nombre d'enregistrements du sondage reçus, et non du nombre de sondages remplis. Remarque : Les hôpitaux ne sont pas tenus de soumettre un nombre minimum de questionnaires remplis.
Organismes participants (par groupes semblables)	Il s'agit du nombre d'organismes qui soumettent des données au SDEPC, réunis par groupes semblables. À des fins de comparaison, les groupes sont formés à l'aide d'une méthode réunissant les établissements qui présentent des caractéristiques semblables sur le plan de la structure et des patients. Les hôpitaux sont définis comme des établissements d'enseignement s'ils ont obtenu le statut officiel d'établissement d'enseignement du ministère provincial compétent ou s'ils sont désignés comme hôpital d'enseignement dans la soumission de leur ministère provincial à la Base de données canadienne SIG. Les hôpitaux sans vocation d'enseignement sont classés dans des groupes d'hôpitaux communautaires semblables (grand, moyen ou petit) selon le volume et la complexité des cas. (http://indicatorlibrary.cihi.ca/download/attachments/1114135/M%C3%A9thodologie%20des%20groupes%20semblables_FR.pdf)	SDEPC	Aucune

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Méthode d'échantillonnage	Type d'échantillonnage utilisé par l'organisme pour le cycle de sondage visé : • recensement • échantillon aléatoire simple • échantillon aléatoire stratifié proportionnel • échantillon aléatoire stratifié non proportionnel	SDEPC	Les hôpitaux comptant moins de 1 200 sorties admissibles par exercice financier doivent faire une tentative de recensement.
Mode de réalisation du sondage	Le mode de réalisation du sondage décrit la méthode employée pour mener le sondage auprès des répondants. Il peut varier selon l'objectif de la collecte de données. Le SDEPC peut être réalisé par téléphone, en ligne ou par la poste.	SDEPC	Le mode de réalisation du sondage peut avoir une incidence sur le taux de réponse.
Source des données de l'ICIS	Base de données à laquelle la province ou le territoire s'est engagé à soumettre ses enregistrements de chirurgie d'un jour Base de données à laquelle les provinces/territoires soumettent leurs enregistrements sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou	BDCP/BDMH/ SNISA RCRA/BDCP (données sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou)	Comme la définition de ce qu'est un enregistrement de chirurgie d'un jour diffère selon la province ou le territoire, les critères utilisés pour le classifier peuvent aussi varier.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Nombre d'enregistrements	Nombre total d'enregistrements soumis sur les services d'urgence/chirurgie d'un jour/ patients hospitalisés en soins de courte durée	BDCP/BDMH/ SNISA	Comme la définition de ce qu'est un enregistrement d'un patient hospitalisé en soins de courte durée ou d'une chirurgie d'un jour diffère selon la province ou le territoire, les critères utilisés pour le classifier peuvent aussi varier. **Patients hospitalisés en soins de courte durée :** Les données de la BDCP comprennent les enregistrements sur les mortinaissances et les donneurs décédés. Celles de la BDMH (Québec) comprennent les enregistrements sur les donneurs décédés, mais pas ceux sur les mortinaissances. **Chirurgie d'un jour :** Les enregistrements sont définis en fonction du code de compte du centre d'activité des Normes SIG et doivent être soumis au niveau 3. **Services d'urgence :** Les enregistrements sont soumis en fonction des niveaux de soumission 1 à 3. Les enregistrements des services d'urgence correspondent à des visites déclarées au moyen d'un code de centre d'activité des Normes SIG. Ils comprennent les visites aux services d'urgence de même que les chirurgies d'un jour et les consultations cliniques planifiées qui ont lieu dans un service d'urgence.
Nombre de clients des services à domicile	Nombre d'identificateurs uniques de clients qui ont été admis, ont été évalués, ont reçu des services à domicile ou ont obtenu leur congé	SISD/SIIR-SD	Si la mise en œuvre pour une province ou un territoire n'est pas complète ou que la province ou le territoire ne soumet pas d'enregistrements au SISD/SIIR-SD pour ses clients des services à domicile de courte durée (soins de courte durée, de réadaptation ou de fin de vie), le nombre ne sera pas représentatif du total des clients traités dans la province ou le territoire. Les comparaisons par habitant ne sont pas possibles, car cet indicateur ne tient pas compte du nombre d'habitants ni des critères d'admission des services à domicile d'une province ou d'un territoire.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Nombre de clients des services à domicile de longue durée admis	Nombre d'identificateurs uniques de clients admis et classés comme clients des services d'entretien et de soutien de longue durée selon leur état de santé et l'évaluation de leurs besoins	SISD/SIIR-SD	Les provinces ou territoires peuvent avoir différentes interprétations de la définition des groupes clients de l'ICIS. Pour les données non conformes aux spécifications de l'ICIS (non soumises aux vérifications avec rejet), l'ICIS a établi des correspondances entre les descriptions des groupes clients soumises par la province ou le territoire et les normes du SISD/SIIR-SD. La date de l'admission aux services à domicile (X6) sert à calculer le nombre de clients des services à domicile de longue durée admis. La soumission de cette date n'est toutefois pas obligatoire dans le SISD/SIIR-SD. Terre-Neuve-et-Labrador ne la soumet pas, tout comme 3 régions sur 5 en Colombie-Britannique. Par conséquent, lorsque la date de l'admission aux services à domicile (X6) n'est pas disponible, on utilise plutôt la date d'ouverture du dossier (CC1).
Accessibilité des données d'évaluation à l'accueil	Indication de la disponibilité ou non des données d'évaluation à l'accueil interRAI©	SISD/SIIR-SD	Cet indicateur ne vise pas à déterminer la couverture des données d'évaluation à l'accueil, mais plutôt l'accessibilité de l'information. La soumission partielle des données d'évaluation à l'accueil sera prise en compte, car l'information est soumise au SISD/SIIR-SD par la province ou le territoire.
Intervalle de réévaluation provincial ou territorial	Laps de temps que les provinces et territoires fixent pour la réévaluation des clients	SISD/SIIR-SD	Pour l'ensemble des provinces et territoires qui soumettent à la base de données du SISD/SIIR-SD, la période de réévaluation est d'un an.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Nombre d'inscriptions	Nombre de membres du personnel infirmier réglementé s'étant inscrits pour obtenir un permis d'exercice actif auprès de l'organisme de réglementation concerné au cours des 6 premiers mois de l'année d'inscription, et nombre de ces inscriptions déclarées à la BDMOS	BDMOS	Pour favoriser l'actualité des rapports, l'ICIS recueille les données avant la fin de la période d'inscription, dont la date varie en fonction de la profession et de la province ou du territoire. Les membres du personnel infirmier qui s'inscrivent entre la date limite et la fin de la période d'inscription ne sont pas inclus dans la BDMOS. Les analyses effectuées chaque année par l'ICIS indiquent que moins de 5 % des membres du personnel infirmier réglementé s'inscrivent après les 6 premiers mois de la période d'inscription. Pour de plus amples renseignements sur le sous-dénombrement et le surdénombrement, consultez *Le personnel infirmier au Canada, 2020 — notes méthodologiques* sur le site Web de l'ICIS (icis.ca).
Nombre d'établissements qui ont soumis des données	Nombre total d'établissements qui ont déclaré des visites aux services d'urgence	SNISA (SU)	Cet indicateur porte uniquement sur le nombre d'établissements (et non le nombre d'enregistrements) qui ont soumis des données au SNISA.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Nombre de régimes d'assurance médicaments qui ont soumis des données	Nombre de régimes et programmes qui soumettent des données sur les demandes de remboursement, les listes de médicaments assurés et la couverture pour l'année civile de déclaration	SNIUMP	Idéalement, tous les régimes et programmes publics d'assurance médicaments devraient soumettre des données sur les demandes de remboursement, les listes de médicaments assurés et la couverture, et leur valeur devrait être la même. Un nombre restreint de provinces et territoires soumettent les demandes de remboursement des médicaments achetés dans des pharmacies communautaires, qu'il s'agisse de demandes auprès d'un régime public ou privé. Les listes de médicaments assurés et les demandes de remboursement administrées par des programmes hospitaliers ou des organismes de lutte contre le cancer ne sont pas soumises au SNIUMP. Les limites suivantes s'appliquent selon la province : • **Alberta :** Les données sur la couverture et les demandes de remboursement payées par des régimes et programmes autres que Non-Group Prescription Drug Coverage, Seniors and Alberta Widows' Pension et Palliative Care Drug ne sont pas incluses. • **Île-du-Prince-Édouard :** Les données sur la couverture et les demandes de remboursement payées par des régimes et programmes autres que Child in Care/Financial Assistance, Seniors Drug Cost Assistance, Diabetes Control, Family Health Benefits, High Cost Drugs, Nursing Home, Quit Smoking et Sexually Transmitted Diseases ne sont pas soumises.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Nombre de demandes de remboursement soumises (en millions)	Nombre d'enregistrements de demandes de remboursement uniques (en millions) soumis pour l'année civile de déclaration	SNIUMP	Les données sur les demandes de remboursement sont soumises dans un certain délai (la durée varie selon la province ou le territoire) afin qu'il soit possible de rendre compte des changements et des rectifications effectués avant la soumission. Il se peut que les rectifications et les changements effectués plus de 3 mois après la soumission d'une demande de remboursement ne soient pas recueillis, à moins que la province ou le territoire ne soumette un fichier corrigé. Les données ne seront pas corrigées après une année, à moins que l'incidence de la correction ne soit jugée importante. Les limites suivantes s'appliquent selon la province : • **Alberta :** Les demandes de remboursement des résidents d'établissements de soins de longue durée ne sont pas soumises. • **Île-du-Prince-Édouard :** Les demandes de remboursement des pensionnaires des résidences provinciales (c.-à-d. les centres de soins infirmiers publics) sont couvertes en vertu de l'Institutional Pharmacy Program. Les demandes de remboursement de ces pensionnaires ne sont pas soumises.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Disponibilité des données provenant de SIM	Mesure indiquant si la province ou le territoire soumet des données sur les médicaments à l'échelle des demandes de remboursement qui proviennent de systèmes d'information sur les médicaments (SIM)	SNIUMP	Les données sur les médicaments à l'échelle des demandes de remboursement provenant de SIM peuvent servir à dresser un portrait plus exhaustif de la situation des médicaments d'ordonnance au Canada. Elles peuvent en outre améliorer la comparabilité des indicateurs provinciaux et territoriaux liés à l'utilisation des médicaments d'ordonnance. Les données sur les médicaments à l'échelle des demandes de remboursement provenant de SIM qui sont soumises par les provinces ne sont pas normalisées et contiennent des données sur les coûts de demandes non réglées. L'ICIS n'a pas encore entamé de pourparlers avec certaines autorités compétentes au sujet de la soumission de ce type de données. Description du calcul : • Oui : La province ou le territoire soumet des données à l'échelle des demandes de remboursement provenant de SIM. • En cours : La province ou le territoire se prépare à répondre aux exigences de soumission de données à l'échelle des demandes de remboursement provenant de SIM. *En cours* indique que les discussions ou la mise en œuvre sont entamées, mais que la soumission de données n'a pas encore commencé. • Non : Aucune discussion officielle avec la province ou le territoire n'a encore eu lieu au sujet de la collecte de données à l'échelle des demandes de remboursement provenant de SIM.

Mesure contextuelle	Description	Rapport	Limites
Nombre de lits dans les établissements participants	Nombre total de lits de réadaptation en service dans les établissements soumettant des données, à la lumière des déclarations dans chaque profil d'établissement	SISLD/SIIR-SLD, SNIR	Les établissements des provinces et territoires où la participation au SNIR est facultative ne déclarent parfois qu'une partie des clients en réadaptation. Une unité de 20 lits, par exemple, peut ne soumettre au SNIR que des données sur la section d'orthopédie qui compte 5 lits. Il se peut également que des établissements ou des unités condamnent provisoirement certains lits au cours d'une année en raison de travaux ou d'un manque d'effectifs, par exemple. Les établissements ne sont pas tenus d'informer l'ICIS de ces fermetures provisoires. Ainsi, le nombre de lits déclaré ici ne fait pas nécessairement état de toutes les activités qui ont eu lieu dans le secteur de la réadaptation pour patients adultes hospitalisés dans les établissements participants.
Nombre d'épisodes complets dans le SNIR	Nombre total d'épisodes complets (évaluations des admissions et des sorties jumelées)	SNIR	Les établissements des provinces et territoires où la participation au SNIR est facultative ne déclarent parfois qu'une partie des clients en réadaptation. Les valeurs ne représentent pas nécessairement le nombre total d'épisodes en réadaptation associés aux patients adultes hospitalisés par province et territoire.

aide@icis.ca

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

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

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

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

23730-1122