



Projet de production de rapports sur les hôpitaux
canadiens — notes techniques des indicateurs cliniques

Mars 2013

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

1	À propos du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens	1
	Pour en savoir plus	1
2	Objectif des notes techniques	1
3	Quoi de neuf?.....	2
	Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission : temps d'attente à l'échelle de l'ensemble des établissements.....	3
	Actualisation des données	3
4	Sources de données	4
5	Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour	5
	Étape 1 : Choix des enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour.....	5
	Étape 2 : Application des critères d'inclusion et d'exclusion (le cas échéant)	7
6	Méthodologies de regroupement	8
7	Former des épisodes de soins : couplage des cas entre les hôpitaux.....	8
	Couplage des enregistrements	9
8	Méthodologie des groupes semblables.....	9
	Changements apportés aux groupes semblables dans la présente diffusion de données ...	10
9	Élaboration d'indicateurs.....	11
10	Interprétation des résultats.....	11
11	Ajustement selon les risques	12
12	Règle de suppression	15
13	Cote de performance	15
	Attribution d'une cote de performance au cours d'un exercice	16
14	Indicateurs : efficacité (qualité et résultats).....	18
	i. Mortalité hospitalière dans les 5 jours suivant une chirurgie majeure.....	18
	ii. Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde	22
	iii. Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral	26
	iv. Réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde.....	29
	v. Réadmission dans les 28 jours suivant un accident vasculaire cérébral	32
	vi. Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche.....	35
	vii. Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou	39
	viii. Réadmission générale dans les 30 jours	43
	ix. Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux	46

x.	Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins	50
xi.	Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux	54
xii.	Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux	58
15	Indicateurs : sécurité des patients.....	62
i.	Fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients âgés (65 ans ou plus).....	62
ii.	Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins médicaux	65
iii.	Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins chirurgicaux ..	69
iv.	Traumatisme obstétrical — accouchement vaginal avec instrument	73
v.	Traumatisme obstétrical — accouchement vaginal sans instrument	77
16	Indicateurs : pertinence et accessibilité	81
i.	Taux de césariennes excluant les accouchements avant terme et les grossesses multiples.....	81
ii.	Accouchement vaginal après césarienne	83
iii.	Coronarographie à la suite d'un infarctus aigu du myocarde	86
iv.	Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission : temps d'attente à l'échelle de l'ensemble des établissements.....	90
	Annexe A : Liste des groupes de patients selon la CCP et la version 2011 de la GMA+	95
	Annexe B : Diagramme — réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, chirurgicaux et médicaux et des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins	97
	Annexe C : Typage des diagnostics	99
	Annexe D : Codes des centres d'activité des Normes SIG pour la chirurgie d'un jour	101
	Annexe E : Enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour, données de l'AACRS de 2007-2008 à 2009-2010.....	103
	Annexe F : Résumé des changements apportés aux indicateurs.....	105
	Annexe G : Indice de Charlson	109

1 À propos du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens

En mettant au point le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a voulu créer un ensemble d'indicateurs de performance comparables et normalisés permettant d'évaluer les hôpitaux des provinces et des territoires participants.

Le projet vise à :

- donner accès à des indicateurs comparatifs qui favorisent la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux canadiens;
- appuyer les membres de la haute direction et du conseil dans la planification stratégique et l'établissement des priorités;
- permettre aux gestionnaires chargés de l'amélioration de la qualité d'assurer le suivi des améliorations et des résultats découlant des initiatives axées sur la qualité afin de dégager des tendances en matière de performance au fil du temps;
- permettre aux hôpitaux de se comparer à d'autres hôpitaux de même catégorie (p. ex. les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires, les petits hôpitaux) par rapport à la moyenne provinciale, au sein de leur régie régionale de la santé et entre les provinces et territoires.

L'aspect clinique de ce projet concerne les quatre grandes dimensions de la performance du système de santé : l'efficacité, la sécurité des patients, la pertinence et l'accessibilité.

L'ensemble des provinces et des territoires participant au PPRHC.

Pour en savoir plus

Pour de plus amples renseignements sur le PPRHC, veuillez écrire à rapportshopitaux@icis.ca.

2 Objectif des notes techniques

L'objectif des notes techniques est de fournir aux utilisateurs les détails d'ordre méthodologique qui sous-tendent les indicateurs du PPRHC afin qu'ils puissent mieux comprendre les résultats de ces indicateurs. Veuillez prendre note que des notes techniques distinctes ont été préparées pour les indicateurs cliniques et financiers de ce projet.

3 Quoi de neuf?

La présente section résume les principaux changements apportés aux indicateurs cliniques du PPRHC en vue de la mise à jour de mars 2013.

Veuillez prendre note qu'une icône « NOUVEAU » a été ajoutée aux sections du document ayant fait l'objet d'une modification méthodologique. Voici les modifications méthodologiques qui ont été apportées dans la publication de données :

- En 2011-2012, la Base de données sur les congés des patients (BDGP) a introduit la valeur valide « 9999 » pour les heures inconnues d'admission et de sortie, ce qui a causé une augmentation du nombre d'enregistrements pour lesquels l'heure était manquante ou inconnue. Les indicateurs cliniques du PPRHC excluent tous les enregistrements de la BDGP relatifs aux patients hospitalisés pour lesquels l'heure d'admission ou de sortie correspond au code 9999, et ce, dans le cadre des critères d'exclusion non cliniques. En revanche, ils incluent les enregistrements relatifs aux chirurgies d'un jour dont l'heure d'admission ou de sortie était inconnue (voir la section Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).
- Modification de la méthodologie utilisée pour calculer l'indicateur [Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission : temps d'attente à l'échelle de l'ensemble des établissements](#). Consultez la section ci-dessous portant sur cet indicateur pour obtenir des précisions.
- Modification de la définition de « reprise » pour les indicateurs [Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche](#) et [Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou](#).
- Modification de la définition d'« enregistrement de soins palliatifs » au Québec pour les indicateurs [Réadmission générale dans les 30 jours \(suivant des soins obstétricaux, chirurgicaux et médicaux](#) ainsi que des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins).
- Retrait de la limite d'âge (105 ans) pour les indicateurs suivants :
 - [Mortalité hospitalière dans les 5 jours suivant une chirurgie majeure](#)
 - [Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde](#)
 - [Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral](#)
 - [Réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde](#)
 - [Réadmission dans les 28 jours suivant un accident vasculaire cérébral](#)
 - [Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche](#)
 - [Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou](#)
 - [Fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients âgés \(65 ans ou plus\)](#)
 - [Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins médicaux](#)
 - [Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins chirurgicaux](#)

- Coronarographie à la suite d'un infarctus aigu du myocarde
- Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission : temps d'attente à l'échelle de l'ensemble des établissements

Consultez les sections portant sur les indicateurs qui vous intéressent pour obtenir tous les détails. De plus, l'[annexe F](#) comporte un résumé complet de tous les changements apportés aux indicateurs.

Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission : temps d'attente à l'échelle de l'ensemble des établissements

Dans le but d'uniformiser les méthodologies des indicateurs semblables à l'ICIS, la méthodologie utilisée pour calculer cet indicateur a été modifiée de la façon suivante :

- Il ne doit pas s'écouler plus de 28 jours entre la date d'admission pour l'hospitalisation de référence et la date d'admission pour l'hospitalisation associée à la chirurgie (l'ancienne méthodologie ne comprenait pas de limite quant au nombre de jours).
- Les données de l'exercice en cours et des exercices antérieurs sont utilisées pour déterminer les cas de référence (l'ancienne méthodologie ne tenait compte que des données de l'exercice en cours).
- Le critère d'exclusion des enregistrements liés à une admission ayant eu lieu à la fin de l'exercice (le 16 mars ou après cette date) n'est plus en vigueur.
- La limite d'âge (105 ans) a été retirée.
- Un nouveau critère d'exclusion a été ajouté : un événement de fracture de la hanche est exclu si une autre fracture de la hanche est codifiée comme un diagnostic posé après l'admission dans l'enregistrement de l'hospitalisation de référence ou l'enregistrement de chirurgie, peu importe la catégorie d'admission.

En plus d'avoir été calculé pour les nouvelles données de 2011-2012, cet indicateur a été recalculé pour 2009-2010 et 2010-2011.

Actualisation des données

Résultats des indicateurs pour 2011-2012

Les résultats des indicateurs pour 2011-2012 sont maintenant disponibles dans l'outil électronique public.

Données du Québec

Les données du Québec sont incluses dans neuf indicateurs cliniques (voir tableau ci-dessous).

Indicateur	Exercices pour lesquels les données sont disponibles
Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche	2008-2009, 2009-2010, 2010-2011
Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou	2008-2009, 2009-2010, 2010-2011
Réadmission générale dans les 30 jours	2009-2010, 2010-2011
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux	2009-2010, 2010-2011
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux	2009-2010, 2010-2011
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins	2009-2010, 2010-2011
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux	2009-2010, 2010-2011
Taux de césariennes excluant les accouchements avant terme et les grossesses multiples	2008-2009, 2009-2010, 2010-2011
Accouchement vaginal après césarienne	2008-2009, 2009-2010, 2010-2011

Tous les indicateurs susmentionnés ont été récemment calculés pour l'exercice 2010-2011 du Québec.

En raison de la finalisation des données, les utilisateurs pourraient remarquer de légères différences dans les résultats par établissement, par groupe semblable, par province et à l'échelle nationale pour 2010-2011 et 2011-2012.

4 Sources de données

En 2011-2012, la plupart des hôpitaux participants ont soumis des données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour à la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS. En 2010-2011, les hôpitaux du Québec ont soumis des données à MED-ÉCHO; MED-ÉCHO a ensuite soumis les données à l'ICIS, qui les a intégrées à la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). De plus, veuillez noter qu'avant 2010-2011, les données sur les chirurgies d'un jour de l'Alberta étaient soumises au système d'information sur les soins ambulatoires de l'Alberta (AACRS), puis transmises à l'ICIS par les Services de santé de l'Alberta. Consultez l'[annexe E](#) pour de plus amples renseignements.

Les données ne provenant pas de la BDGP ont été converties au format de la BDGP pour les besoins du PPRHC et regroupées selon les protocoles standards de l'ICIS. Néanmoins, certains écarts demeurent en raison des différences entre les définitions et normes de collecte de données des hôpitaux qui soumettent des données à la BDGP et celles des hôpitaux qui n'en soumettent pas.

Les résultats des indicateurs cliniques sont fondés sur les données des patients décédés, sortis contre l'avis de leur médecin ou ayant obtenu leur congéⁱ de 2007-2008 à 2011-2012ⁱⁱ. Les résultats provenant de postes de soins infirmiers, de cliniques indépendantes de chirurgie d'un jour ou d'établissements de dépistage du cancer sont exclus de toute moyenne relative aux indicateurs cliniques. Les résultats provenant d'hôpitaux pédiatriques sont exclus de toute moyenne relative aux indicateurs cliniques, sauf pour les indicateurs suivants : [Réadmission générale dans les 30 jours](#), [Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux](#), [Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux](#), [Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux](#) et [Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins](#).

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

Les cas de soins de courte durée et de chirurgies d'un jour admissibles sont détectés de la façon suivante :

Étape 1 : Choix des enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour

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

	Critères	Codes
Inclusion	Enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour, données de la BDCP	Code du type d'établissement* = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)
Exclusion	Mortinaissances et donneurs décédés Enregistrements en double possibles	Code de catégorie d'admission = S ou R Les enregistrements en double sont exclus lorsque les éléments de données suivants sont identiques : province de l'établissement, numéro d'établissement, numéro d'assurance-maladie, date de naissance, sexe, code postal du patient, date d'admission, heure d'admission, date de sortie, heure de sortie, diagnostic principal et intervention principale

Remarque

* Le code du type d'établissement est une variable de l'ICIS qui indique le type de soins offerts par un établissement (p. ex. soins de courte durée, chirurgies d'un jour ou soins subaigus).

- i. Veuillez prendre note que les abrégés du SNISA sont fondés sur les admissions et non sur les sorties.
ii. L'exercice débute le 1^{er} avril et se termine le 31 mars de l'année suivante. Les patients décédés, sortis contre l'avis de leur médecin ou ayant obtenu leur congé au cours de l'exercice en question sont inclus dans le calcul des indicateurs.

Tableau 1B : Enregistrements possibles de chirurgie d'un jour, données du SNISA

	Critères	Codes
Inclusion	<p>Centres d'activité de chirurgie d'un jour de l'Ontario</p> <p>Laboratoires de cathétérisme cardiaque de l'Ontario et de l'Alberta</p> <p>Centres d'activités de chirurgie d'un jour de la Nouvelle-Écosse</p> <p>Centres d'activités de chirurgie d'un jour de l'Alberta</p> <p>Interventions planifiées au service d'urgence de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Yukon, du Manitoba et de l'Alberta</p> <p>Interventions d'intérêt effectuées dans des établissements sans service d'urgence et qui ne correspondent à aucun des critères ci-dessus</p>	<p>Consultez l'annexe D</p> <p>Centres d'activité des Normes SIG 7*3403700 ou 7*4155500</p> <p>Consultez l'annexe D</p> <p>Consultez l'annexe D</p> <p>Centres d'activité des Normes SIG 7*3100000, 7*3102000, 7*3104000, 7*3106000, 7*3102500 ou 7*3107000</p> <p>ET</p> <p>INDICATEUR DE VISITE AU SERVICE D'URGENCE = 0</p> <p>Hystérectomie : Code de la CCI 1.RM.89, 1.RM.91 ou 1.RM.87 dont l'attribut d'étendue = SU</p> <p>Prostatectomie : Code de la CCI 1.QT.59 ou 1.QT.87</p> <p>Intervention coronarienne percutanée (ICP) : Code de la CCI 1.IJ.50.^, 1.IJ.57.GQ.^ ou 1.IJ.54.GQ-AZ</p> <p>Pontage aortocoronarien : Code de la CCI 1.IJ.76</p> <p>Arthroplastie de la hanche : Code de la CCI 1.VA.53.^</p> <p>Arthroplastie du genou : Code de la CCI 1.VG.53.^</p> <p>Angiographie : Code de la CCI 3.IP.10.VX</p> <p>Cholécystectomie : Code de la CCI 1.OD.89.^</p> <p>Travail et accouchement : Code de la CCI 5.MD.50.^, 5.MD.51.^, 5.MD.52.^, 5.MD.53.^, 5.MD.54.^, 5.MD.56.^, 5.MD.57.^, 5.MD.58.^, 5.MD.59.^ ou 5.MD.60.^</p>
Exclusion	<p>Tous les enregistrements en double possibles</p>	<p>Les enregistrements en double des exercices précédant 2011-2012 sont exclus lorsque les éléments de données suivants sont identiques : numéro de dossier, numéro d'assurance-maladie, date d'inscription et heure d'inscription. Pour les enregistrements de l'Alberta, des variables supplémentaires ont été utilisées pour déceler les enregistrements en double possibles : le code de diagnostic, le code d'intervention, le code du centre d'activité des Normes SIG et le numéro du dispensateur.</p> <p>En 2011-2012, une liste commune de variables a été utilisée pour déceler les enregistrements en double dans le SNISA : numéro de dossier, numéro d'assurance-maladie, date d'inscription et heure d'inscription, numéro des soins ambulatoires de l'établissement, sexe, issue de la visite, problème principal, intervention principale et code du centre d'activité des Normes SIG.</p> <p>Type de dispensateur = M et Code de service du dispensateur = (00000 à 01003, 01012, 01013)</p>

NOUVEAU

NOUVEAU

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

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

Remarques

* Le code du type d'établissement est une variable de l'ICIS qui indique le type de soins offerts par un établissement (p. ex. soins de courte durée, chirurgies d'un jour ou soins subaigus).

Le Québec ne soumet pas de données sur la date de naissance, le code postal du patient ou l'intervention principale.

Étape 2 : Application des critères d'inclusion et d'exclusion (le cas échéant)

Tableau 2A : Critères non cliniques

	Critères
Inclusion	Sexe enregistré comme homme ou femme (Sexe = M ou F) Numéro d'assurance-maladie unique valide
Exclusion	Enregistrements qui comportent une date de naissance non valide* Enregistrements qui comportent une date ou une heure d'admission non valide [†] Enregistrements qui comportent une date ou une heure de sortie non valide [‡] Enregistrements où le Canada (CA) est indiqué comme province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie

Remarques

* Cette exclusion ne s'applique pas aux enregistrements du Québec, car cette province ne soumet pas de données sur la date de naissance.

† La date ou l'heure d'inscription est utilisée pour les enregistrements du SNISA.

‡ La date ou l'heure de la décision concernant la sortie du patient est utilisée pour les enregistrements du SNISA. Comme un grand nombre d'enregistrements du SNISA comprennent une heure de décision non valide, ces enregistrements ne sont pas exclus. Une heure de décision a plutôt été attribuée selon la durée moyenne des séjours consignés dans le SNISA. En 2011-2012, l'équipe de la BDCP a mis en place la valeur valide « 9999 » pour les heures d'admission et de sortie *inconnues*. Pour les enregistrements de chirurgie d'un jour de la BDCP dont l'heure d'admission et de sortie affiche la valeur *inconnu*, la méthode d'estimation du SNISA a été utilisée.

Tableau 2B : Critères d'exclusion cliniques

	Critères	Codes de la CIM-10-CA
Exclusion	Enregistrements dans lesquels l'un des diagnostics suivants a été inscrit sans égard à l'emplacement :	
	Cancer	C00-C97, Z51.0 ou Z51.1
	VIH	B24, Z21, R75 ou O98.7
	Traumatisme	<p>Un des codes de cause externe suivants :</p> <p>V01-V99, W00-W23, W25-W27, W30, W31, W33-W40, W44, W45, W50-W60, W64-W70, W73-W77, W81, W83-W84, W85-W99, X00-X09, X10-X19, X20-X29, X30, X31, X33-X38, X51, X53, X54, X57, X60-X84, X85-Y09, Y35.0-Y35.4, Y35.6, Y35.7 ou Y36</p> <p>ET</p> <p>Au moins un code S ou T, mais non un des codes suivants : S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T090, T110, T130, T140, T201, T205, T211, T215, T221, T225, T231, T235, T241, T245, T251, T255, T291, T295, T301, T305, T33, T350, T900, T36-T65, T96, T97, T78 ou T80-T88</p>

6 Méthodologies de regroupement

Lors de la sortie d'un patient d'un hôpital, des renseignements concernant les soins qu'il a reçus sont inscrits dans un abrégé et soumis de façon électronique à l'ICIS. L'ICIS utilise ensuite certains de ces renseignements pour regrouper les patients hospitalisés dans une catégorie clinique principale (CCP) et dans un groupe de maladie analogue (GMA). Les CCP et les GMA sont ensuite utilisés pour regrouper les patients semblables en ce qui a trait aux caractéristiques cliniques à des fins d'analyse.

Veuillez prendre note que toutes les données cliniques ont été regroupées à l'aide de la méthodologie de regroupement conçue pour l'année de données.

7 Former des épisodes de soins : couplage des cas entre les hôpitaux

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

- Une admission dans un établissement de soins de courte durée ou dans une unité de chirurgie d'un jour a lieu dans les six heures suivant la sortie d'un autre établissement de soins de courte durée ou d'une autre unité de chirurgie d'un jour, que le transfert ait été codifié ou non.

- Une admission dans un établissement de soins de courte durée ou dans une unité de chirurgie d'un jour a lieu dans les 6 à 12 heures suivant la sortie d'un autre établissement de soins de courte durée ou d'une autre unité de chirurgie d'un jour, et le transfert est codifié pour au moins une des hospitalisations ou des visites.

Couplage des enregistrements

Dans le PPRHC, tous les enregistrements de la BDCP contenant des données valides aux champs sur le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance, le sexe, la date d'admission et la date de sortie sont couplés dans l'ensemble des provinces. Il en va de même pour les données sur les chirurgies d'un jour tirées du SNISA. Un enregistrement de soins de courte durée ou de chirurgie d'un jour d'un établissement est couplé à l'enregistrement correspondant d'un autre établissement au moyen de la comparaison du numéro d'assurance-maladie chiffré et de la date de naissance du patient.

La méthodologie utilisée dans le cadre du PPRHC permet un couplage à l'échelle du Canada, à l'exception du Québec et du Manitoba. Les données de ces provinces ne peuvent être couplées qu'à l'intérieur de la province même en raison du format de soumission des numéros d'assurance-maladie.

Puisqu'il est impossible de coupler les patients transférés du Québec et du Manitoba ou vers ces provinces, les résultats des hôpitaux qui effectuent régulièrement de tels transferts pourraient être modifiés. Ainsi, les hôpitaux qui transfèrent régulièrement des patients vers le Manitoba ou le Québec pour une intervention cardiaque sembleront afficher un taux plus élevé de patients réadmis dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) et un taux plus faible de coronarographies à la suite d'un IAM. Ce problème touche particulièrement la zone 4 du Nouveau-Brunswick, puisque les patients de cette zone sont souvent transférés au Québec. Ces taux doivent donc être interprétés avec prudence.

8 Méthodologie des groupes semblables

La répartition des hôpitaux dans des groupes semblables, c'est-à-dire des catégories d'hôpitaux de soins de courte durée présentant des caractéristiques semblables sur le plan de la structure et des patients, vise à faciliter l'établissement de comparaisons normalisées. On en distingue deux catégories : le groupe semblable personnalisé et le groupe semblable standard.

Le **groupe semblable personnalisé**, qui fait partie du produit final de l'outil électronique, permet aux utilisateurs de choisir des entités comparables en fonction de la capacité de l'hôpital, de la complexité des soins, des interventions et des ressources à l'aide des caractéristiques suivantes :

- Total des cas pondérés de patients hospitalisés
- Pondération de la consommation moyenne des ressources pour les cas typiques
- Durée moyenne prévue du séjour des cas typiques
- Nombre total de lits disponibles et dotés de personnel

Les groupes semblables normalisés ont été élaborés à partir des résultats d'analyses documentaires et de consultations avec des spécialistes internes et externes. Selon les données de 2008-2009, les hôpitaux ont été répartis parmi quatre groupes semblables normalisés : T (Enseignement), H1 (Communautaire — grand), H2 (Communautaire — moyen) et H3 (Communautaire — petit).

Un établissement est considéré comme un hôpital d'enseignement lorsqu'il est membre à part entière de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Les membres de l'ACISU sont soit des hôpitaux d'enseignement indépendants dotés de leur propre structure de gouvernance, soit des réseaux d'hôpitaux ou des complexes régionaux gouvernés par une régie régionale (ou provinciale) de la santé. Les membres de l'ACISU se distinguent particulièrement par les partenariats officiels qu'ils établissent avec les universités, où ils offrent une formation médicale aux premier, deuxième et troisième cycles¹. Pour certaines provinces, le site Web de l'ACISU identifie des réseaux régionaux plutôt que des hôpitaux comme étant membres à part entière. Pour ces provinces, nous avons vérifié sur les sites Web des hôpitaux si ceux-ci se déclaraient eux-mêmes comme des membres à part entière de l'ACISU. Les hôpitaux du Québec désignés comme des hôpitaux d'enseignement par leur ministère provincial et selon les caractéristiques d'admissibilité approuvées par l'ACISU n'ont pas eu à être désignés comme tels par l'ACISU pour être considérés comme des hôpitaux d'enseignement. La liste d'hôpitaux d'enseignement découlant de ce processus a ensuite été vérifiée à l'interne par d'autres sections de l'ICIS et à l'externe auprès de l'ACISU et de personnes-ressources locales.

Les hôpitaux sans vocation d'enseignement sont répartis parmi les groupes semblables d'hôpitaux communautaires de grande, moyenne ou petite taille selon leurs volumes (cas de patients hospitalisés, total des cas pondérés et jours en hospitalisation). Un hôpital fait partie du groupe H1 s'il répond à deux des trois critères suivants :

- Plus de 8 000 cas de patients hospitalisés
- Plus de 10 000 cas pondérés
- Plus de 50 000 jours en hospitalisation

Les hôpitaux qui ne correspondent pas à ces critères font partie du groupe H2 ou H3, selon leur total de cas pondérés (H2 : 2 000 ou plus; H3 : moins de 2 000). Les cas limites ont été étudiés et répartis de nouveau en fonction de leurs moyennes sur de nombreuses années. Le groupe semblable d'un hôpital comptant plusieurs établissements est déterminé par l'établissement dont le groupe semblable est le plus élevé selon la hiérarchie suivante, du plus élevé au moins élevé : T, H1, H2, H3.

Changements apportés aux groupes semblables dans la présente diffusion de données

Veillez prendre note que dans la diffusion de données actuelle, le Children's and Women's Health Centre of British Columbia fera partie du groupe semblable Enseignement; ce changement a été apporté pour tous les exercices. En conséquence, les moyennes des groupes semblables Communautaire — grand et Enseignement pour les exercices précédents pourraient légèrement changer.

9 Élaboration d'indicateurs

Pour déterminer les indicateurs cliniques les plus pertinents pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux canadiens, l'équipe des Rapports sur les hôpitaux de l'ICIS a effectué un examen approfondi des indicateurs existants à l'aide de la documentation révisée par les pairs. L'objectif de cet examen était de déterminer quelles mesures possibles de la performance et des conditions cliniques des hôpitaux sont considérées comme importantes par d'autres sources dans le domaine. Cet examen et les commentaires de spécialistes du domaine ont permis de retenir des indicateurs possibles en fonction de certains critères : faisabilité, fiabilité scientifique, pertinence et possibilité d'intervention ou d'amélioration par les hôpitaux.

L'équipe a également mené une analyse contextuelle d'une variété d'organismes, d'outils et de projets nationaux et internationaux de mesure de la performance des hôpitaux, comme l'Agency for Healthcare Research and Quality, les Programs for Assessment of Technology in Health, les rapports sur les hôpitaux de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et le projet d'analyses comparatives de l'ICIS et de la firme Hay Group. Afin de mieux orienter la sélection des indicateurs, l'équipe a également envoyé à des intervenants un sondage visant à évaluer les besoins en information stratégique.

La liste d'indicateurs possibles et la méthodologie proposée ont fait l'objet de discussions avec les spécialistes internes et externes afin que les indicateurs retenus soient pertinents, faciles à interpréter et exploitables. Au cours de la phase d'élaboration, nous avons discuté des résultats préliminaires avec des spécialistes, des chercheurs et des cliniciens afin de perfectionner la méthodologie des indicateurs et d'assurer sa validité apparente. Les indicateurs sont exclus lorsqu'une faible disponibilité des données nous empêche de les mesurer, même s'ils pourraient fournir des données importantes et pertinentes.

En raison de changements dans la codification de la classification et les méthodologies de regroupement, les indicateurs font l'objet d'améliorations sur une base annuelle.

Faites parvenir vos suggestions et commentaires par courriel à l'adresse rapportsopitaux@icis.ca.

10 Interprétation des résultats

L'utilisation des indicateurs de la performance des hôpitaux à titre de tests de dépistage est la meilleure qu'on puisse en faire. Ces résultats ne constituent pas une évaluation définitive de la performance d'un hôpital, mais ils peuvent être le point de départ d'un processus d'amélioration puisqu'ils permettent de cibler des points à surveiller et à améliorer.

11 Ajustement selon les risques

Lorsqu'on compare les résultats selon les hôpitaux, il est important de prendre en considération les différences dans les caractéristiques des patients, qui peuvent varier entre les établissements; sans ajustement, les différences entre les groupes de patients peuvent fausser la comparaison des données. L'ajustement en fonction des risques est une méthode utilisée pour neutraliser les caractéristiques des patients pouvant influencer sur les résultats des soins de santé. Elle améliore la comparabilité des hôpitaux, une fois l'influence préexistante des groupes de patients contrée.

Les modèles de régression statistique, une méthode indirecte de normalisation de l'ajustement selon les risques, ont servi à l'ajustement des caractéristiques des patients selon les risques. Les facteurs de risque neutralisés en fonction de l'indicateur sont l'âge, le sexe et certains diagnostics de comorbidité avant l'admission. Ces facteurs de risque ont été retenus en fonction d'une analyse documentaire, de données cliniques et de consultations auprès de groupes de spécialistes, selon les principes de pertinence, de viabilité (c'est-à-dire un nombre suffisant d'événements) et de disponibilité des données. Les facteurs de risque doivent être inscrits à titre d'affections significatives avant l'admission sur l'abrégé du patient pour qu'ils soient pris en considération dans l'ajustement selon les risques. Dans le cas des indicateurs de réadmission suivant certains problèmes médicaux (p. ex. la réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde ou un accident vasculaire cérébral), les diagnostics ont été signalés à titre de facteurs de risque s'ils avaient été inscrits comme affections avant l'admission sur l'un des enregistrements des épisodes de soins des patients. Quant à tous les autres indicateurs, les facteurs de risque ont été signalés si les affections avaient été inscrites comme diagnostics avant l'admission sur l'enregistrement sur lequel le résultat ou le dénominateur avait été inscrit.

Dans l'ensemble, le modèle de régression logistique a été utilisé, sauf dans les situations où le taux de résultats des indicateurs était faible (inférieur à 1 %). Dans ces situations, le modèle de régression de Poisson a été utilisé, car il génère des valeurs plus précises pour les résultats liés aux situations rares. Les coefficients obtenus à partir de ces modèles de régression ont servi à calculer la probabilité d'un résultat pour chaque dénominateur. Ces résultats ont ensuite été rassemblés selon les hôpitaux (ou selon d'autres niveaux de déclaration comme les régions, les provinces ou les groupes semblables) afin de permettre le calcul du nombre prévu de cas pour chaque résultat. Le taux ajusté selon les risques résulte de la division du nombre observé de cas par le nombre prévu de cas, puis de la multiplication du résultat par la moyenne canadienne.

La formule est la suivante :

$$\text{Taux ajusté selon les risques} = \frac{\text{cas observés}}{\text{cas prévus}} \times \text{moyenne du Canada}$$

Où

Cas observés = nombre réel d'événements (cas inclus dans le numérateur, comme le nombre réel de décès).

Cas prévus = nombre prévu d'événements ajusté selon la répartition des facteurs de risque parmi les hôpitaux (ou les régions et les provinces, entre autres). Les coefficients dérivés en fonction des modèles de régression sont obtenus à partir des données de chaque exercice, ce qui permet de calculer le nombre prévu de cas.

Moyenne du Canada = taux au sein de la population de référence ou taux canadien moyen pour l'ensemble des provinces et des territoires pour chaque exercice (nombre total de cas du numérateur à l'échelle nationale divisé par le nombre total de cas du dénominateur à l'échelle nationale, multiplié par 100, si l'indicateur est exprimé sous forme de taux par tranche de 100 ou multiplié par 1 000, s'il est exprimé sous forme de taux par tranche de 1 000).

De plus, des limites d'intervalle de confiance (IC) de 95 % pour les taux ajustés selon les risques ont été calculées au moyen de la formule de Daly pour des limites d'intervalle de confiance exactes selon la loi de Poisson². Les formules permettant de calculer les limites inférieures (LCI) et supérieures (LCS) de l'intervalle de confiance de 95 % sont les suivantes :

Calcul des limites de confiance inférieure et supérieure pour le numérateur :

$$LCI_{\text{numérateur}} = \text{GAMINV}(0,025, \text{numérateur})$$

$$LCS_{\text{numérateur}} = \text{GAMINV}(0,975, \text{numérateur} + 1)$$

Calcul des limites de confiance pour un taux ajusté :

$$LCI_{\text{taux ajusté}} = (LCI_{\text{numérateur}} / \text{nombre prévu}) \times \text{moyenne du Canada}$$

$$LCS_{\text{taux ajusté}} = (LCS_{\text{numérateur}} / \text{nombre prévu}) \times \text{moyenne du Canada}$$

Où

Numérateur = nombre observé de cas pour un niveau de déclaration donné (p. ex. site hospitalier, hôpital, groupe semblable, province, région ou groupe semblable par province)

Nombre prévu = nombre prévu de cas

Moyenne du Canada = taux au sein de la population de référence ou taux canadien moyen pour l'ensemble des provinces et des territoires pour chaque exercice

Remarques

La méthode de calcul de Poisson utilise la loi gamma inversée.

Lorsque la LCS est supérieure à la valeur maximale possible de l'indicateur, elle est remplacée par la valeur maximale possible. Par exemple, si un indicateur est calculé par 100 cas et que la LCS est supérieure à 100, sa valeur est remplacée par 100. De même, si un indicateur est calculé par 1 000 cas et que la LCS est supérieure à 1 000, sa valeur est remplacée par 1 000. Par ailleurs, si le taux ajusté selon les risques est égal à 0, la LCI connexe est également établie à 0.

L'intervalle de confiance vise à faciliter l'interprétation. L'étendue de l'intervalle de confiance illustre le degré de variabilité du taux. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %). Les taux ajustés selon les risques associés à des intervalles de confiance qui ne comprennent pas la moyenne du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents de la moyenne du Canada.

Les taux ajustés selon les risques sont calculés à l'échelle des hôpitaux, des régions d'administration de la santé et des provinces et territoires. Les taux ajustés selon les risques des régions et des provinces sont constitués de données agrégées à l'échelle des hôpitaux.

Il est important de souligner que dans cette méthode indirecte de normalisation de l'ajustement selon les risques, le niveau de performance prévu d'un établissement est fondé sur la performance de tous les établissements puisque le nombre de cas prévu est calculé selon des modèles de régression qui tiennent compte de tous les cas provenant de tous les hôpitaux. Par ailleurs, les modèles d'ajustement selon les risques ne peuvent pas éliminer toutes les différences dans les caractéristiques des patients selon les hôpitaux puisqu'ils ne tiennent pas compte de l'ensemble des influences préalables à l'admission. Si on ne les prend pas en considération dans cet ajustement (en raison de leur viabilité, par exemple), les hôpitaux dont les patients sont les plus malades, souffrent de maladies rares ou ont besoin de soins très spécialisés peuvent obtenir de piètres résultats. Il est donc recommandé de comparer les résultats ajustés selon les risques des hôpitaux à la moyenne du Canada.

La section [Indicateurs cliniques — tableaux de données ajustées selon les risques](#) fournit des renseignements sur les moyennes du Canada, les particularités des modèles (coefficients et valeurs prédictives) et les codes de la CIM-10-CA utilisés pour signaler les facteurs de risque. De plus, veuillez consulter l'[annexe C](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les types de diagnostics utilisés pour calculer les indicateurs et les ajuster en fonction des risques.

Références

1. Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). About our Members-Members. <http://www.acao.org/?members>. Dernière modification en 2013. Consulté le 9 avril 2010.
2. Daly L. Simple SAS macros for the calculation of exact binomial and Poisson confidence limits. *Computers in Biology & Medicine*. Septembre 1992;22(5):351-361.

12 Règle de suppression

À des fins de protection de la vie privée et de déclaration publique, une règle de suppression est appliquée aux résultats des indicateurs selon les définitions indiquées ci-dessous.

- Les taux sont supprimés de la déclaration publique si le dénominateur de l'indicateur est inférieur à 5.
- Les taux sont classés comme taux de faible volume (instables) si le dénominateur de l'indicateur est inférieur à 50 ou si la valeur prévue est inférieure à 1 et le numérateur, supérieur à 0.
- Les taux sont considérés comme stables s'ils ne satisfont à aucun des critères ci-dessus.

Remarque importante : Les taux de faible volume (instables) doivent être interprétés avec prudence et ne devraient pas être comparés avec les taux stables.

13 Cote de performance

La cote de performance permet à un hôpital de trouver d'autres hôpitaux dont les pratiques l'aideraient à cerner les secteurs à améliorer. De plus, elle permet d'accroître la collaboration et de suivre les progrès des initiatives d'amélioration.

Les résultats de la cote de performance clinique de 2011-2012 ne sont pas disponibles. En outre, les résultats de la cote de performance de 2010-2011 pour les indicateurs Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche et Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou n'incluent pas les données du Québec. (Veuillez noter que l'inclusion des données du Québec modifierait les résultats de tous les établissements de l'ensemble des provinces et territoires.)

Une cote de performance a été antérieurement attribuée aux sept indicateurs de l'efficacité clinique suivants :

- Mortalité hospitalière dans les 5 jours suivant une chirurgie majeure (2007-2008 à 2010-2011)
- Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (2007-2008 à 2010-2011)
- Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (2007-2008 à 2010-2011)
- Réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (2007-2008 à 2010-2011)
- Réadmission dans les 28 jours suivant un accident vasculaire cérébral (2007-2008 à 2010-2011)

- Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche (2007-2008 à 2010-2011 pour les hôpitaux à l'extérieur du Québec, et 2008-2009 et 2009-2010 pour les hôpitaux du Québec)
- Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou (2007-2008 à 2010-2011 pour les hôpitaux à l'extérieur du Québec, et 2008-2009 et 2009-2010 pour les hôpitaux du Québec)

La cote de performance a été calculée pour un exercice et pour tous les exercices. La méthode a été élaborée en fonction des taux stables et des taux de faible volume. Veuillez consulter la section [Règle de suppression](#) pour connaître la définition des taux stables et des taux de faible volume.

Attribution d'une cote de performance au cours d'un exercice

Les taux des hôpitaux ajustés selon les risques ont été comparés à un intervalle de performance pour chaque indicateur. Un taux supérieur à l'intervalle de performance est signe d'une meilleure performance. L'**intervalle de performance** est défini comme l'écart entre la **performance moyenne** et le **75^e percentile de la performance**.

- **Performance moyenne** : moyenne des données de chaque indicateur sur trois ans (2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010) pour l'ensemble des hôpitaux.
- **75^e percentile de l'intervalle de performance** : 25^e percentile des taux des indicateurs sur trois ans (2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010) pour l'ensemble des hôpitaux affichant un taux stable.

Attribution de la cote de performance

Taux stable :

- **Supérieur à l'intervalle de performance** : Le taux de l'hôpital ajusté selon les risques est égal ou supérieur au 75^e percentile de l'intervalle de performance.
- **Dans l'intervalle de performance** : Le taux de l'hôpital ajusté selon les risques se situe entre la performance moyenne et le 75^e percentile de l'intervalle de performance.
- **Inférieur à l'intervalle de performance** : Le taux de l'hôpital ajusté selon les risques est inférieur à la performance moyenne.

Taux de faible volume :

- **Supérieur à l'intervalle de performance** : Le taux de l'hôpital ajusté selon les risques est égal ou supérieur à la performance moyenne.
- **Inférieur à l'intervalle de performance** : Le taux de l'hôpital ajusté selon les risques est inférieur à la performance moyenne.

Remarque : Un taux bas est souhaitable pour tous les indicateurs auxquels on attribue une cote de performance. En effet, une valeur inférieure à ces indicateurs est signe d'une meilleure performance.

Le tableau suivant présente l'intervalle de la cote de performance utilisé dans la diffusion publique des résultats du PPRHC en avril 2012. **Veillez prendre note que la cote de performance n'a pas été calculée pour la mise à jour publique des données du PPRHC de mars 2013.**

Intervalle de la cote de performance							
	Réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (taux par 100)	Réadmission dans les 28 jours suivant un accident vasculaire cérébral (taux par 100)	Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche (taux par 100)	Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou (taux par 100)	Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (taux par 100)	Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (taux par 100)	Mortalité hospitalière dans les 5 jours suivant une chirurgie majeure (taux par 1 000)
75^e percentile de l'intervalle de performance	9,52	5,12	2,09	2,28	6,39	13,37	5,81
Performance moyenne	11,66	7,09	3,53	3,44	8,26	16,87	10,08

14 Indicateurs : efficacité (qualité et résultats)

i. Mortalité hospitalière dans les 5 jours suivant une chirurgie majeure

Définition

Cet indicateur mesure le taux de décès à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les cinq jours suivant une chirurgie majeure.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre de décès à l'hôpital dans les cinq jours suivant une chirurgie majeure sur 1 000 cas de chirurgie majeure.
- **Dénominateur** : Hospitalisations avec chirurgie majeure effectuée entre le 1^{er} avril et le 25 mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où un décès est survenu à l'hôpital dans les cinq jours suivant une chirurgie majeure.

Remarques

Les chirurgies majeures incluses dans le dénominateur doivent avoir été pratiquées dans le cadre d'une hospitalisation.

Cet indicateur relie les patients à l'échelle des établissements. Par exemple, si un patient a subi une chirurgie majeure dans l'établissement A, puis a été immédiatement transféré à l'établissement B, où aucun GMA de chirurgie majeure n'a été codifié, et que le patient meurt deux jours plus tard, le dénominateur et le numérateur sont attribués à l'hôpital A, alors qu'aucun dénominateur ni numérateur n'est attribué à l'hôpital B.

Le décès à l'hôpital peut survenir entre le 1^{er} avril et le 31 mars de l'exercice.

Justification

Le volume d'interventions chirurgicales pratiquées chaque année est considérable¹. On estime que chaque année, à l'échelle mondiale, une chirurgie majeure est effectuée pour 25 personnes vivantes¹. Les complications au cours des soins chirurgicaux sont devenues une cause importante de mortalité²; c'est pourquoi la sécurité des chirurgies, en plus d'être considérée comme une préoccupation majeure en matière de santé publique, a été l'un des premiers aspects choisis dans le cadre du Défi mondial pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la Santé.

Des études ont prouvé l'importance de l'évaluation préopératoire de l'état du patient et des risques qu'il court²⁻⁴, de la gestion peropératoire de la chirurgie et de l'anesthésie²⁻⁴ et du soutien postopératoire pour la prévention des décès résultant de la chirurgie^{3,4}. Bien qu'il soit impossible de prévenir tous les décès, la déclaration et la comparaison des taux de mortalité liés aux chirurgies majeures peuvent accroître la sensibilisation à la sécurité des chirurgies et inciter les hôpitaux à examiner leurs processus de soins avant, pendant et immédiatement après une chirurgie afin de déceler les possibilités d'amélioration de la qualité.

Bien qu'on utilise couramment la mortalité dans les 30 jours pour la déclaration de la mortalité hospitalière⁴⁻⁷, la période de 5 jours a été choisie afin de saisir les décès qui surviennent peu de temps après une chirurgie majeure. Ce critère relatif au temps est fondé sur la durée médiane du séjour après une chirurgie majeureⁱⁱⁱ.

iii. Obtenue à partir des données de 2007-2008 de la BDCP de l'ICIS.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Décès à l'hôpital (toutes causes confondues) survenus dans un établissement de soins de courte durée dans les cinq jours suivant une chirurgie majeure	Code de l'état à la sortie = 07 (décès) ET Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET (Date de sortie) – (Date d'intervention, GMA) ≤ 5 jours
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Toutes les chirurgies majeures pratiquées dans un établissement de soins de courte durée entre le 1 ^{er} avril et le 25 mars de l'exercice	Chirurgie majeure définie dans le cadre de la liste de la GMA+ (voir l' annexe A) ET Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET Date de la chirurgie majeure = entre le 1 ^{er} avril et le 25 mars
Dénominateur		
	Critères	Codes
Exclusion	<p> Patients âgés de 19 ans ou moins à l'admission</p> <p>Date de chirurgie manquante ou non valide</p> <p>Critères non cliniques</p>	<p>Âge (en années) sur l'enregistrement de la chirurgie majeure ≤ 19</p> <p>Date d'intervention, GMA = « . » ou 01JAN9999</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 12 juillet 2008;372(9633):139-144.
2. Organisation mondiale de la Santé. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf. Dernière modification en 2009. Consulté le 26 juillet 2010.
3. Goldhill DR. Preventing surgical deaths: critical care and intensive care outreach services in the postoperative period. [Revue] [71 réf.]. *British Journal of Anaesthesia*. Juillet 2005;95(1):88-94.
4. Rossi M, Iemma D. Patients with comorbidities: what shall we do to improve the outcome. *Minerva Anestesiologica*. Mai 2009;75(5):325-327.
5. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*. Janvier 2004;42(1):4-12.
6. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 23 octobre 2002;288(16):1987-1993.
7. Englesbe MJ, Fan Z, Baser O, Birkmeyer JD. Mortality in medicare patients undergoing surgery in July in teaching hospitals. *Annals of Surgery*. Juin 2009;249(6):871-876.

ii. Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Définition

Cet indicateur mesure le taux de décès à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une admission dans un hôpital de soins de courte durée en raison d'un premier infarctus aigu du myocarde (IAM).

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de décès à l'hôpital sur 100 épisodes d'admission pour un premier IAM.
- **Dénominateur** : Épisodes d'admission pour un premier IAM entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où un décès est survenu à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission pour un IAM.

Remarques

Les épisodes d'IAM inclus dans le dénominateur doivent être des cas de patients hospitalisés avec un diagnostic d'IAM dès l'admission.

Pour les épisodes de soins multihôpitaux, le décès doit avoir été attribué à l'hôpital où le patient a été admis au début de l'épisode (enregistrement de référence).

Lorsqu'un patient est admis plus d'une fois à l'hôpital pour un IAM au cours de l'exercice, seul le premier épisode est inclus dans le dénominateur.

Les épisodes d'IAM chez les patients ayant déjà été hospitalisés pour un IAM au cours des 12 derniers mois sont exclus (contrôlés).

Justification

L'IAM, ou crise cardiaque, est une des manifestations de la maladie cardiaque, laquelle constitue non seulement la deuxième principale cause des décès au Canada (après le cancer¹), mais également l'une des 10 plus importantes au monde². Au cours des dernières décennies, les progrès réalisés dans le traitement de l'IAM l'ont rendu facilement traitable³. Des directives cliniques ont été créées afin d'aider les dispensateurs de soins de santé à prendre des décisions cliniques de façon à améliorer la qualité des soins cardiovasculaires⁴⁻⁶.

De plus, des mesures de la performance fondées sur les directives cliniques actuelles ont été élaborées afin d'évaluer les trois aspects du concept de la qualité des soins selon Donabedian : 1) la structure des soins, comme la formation et l'expérience des dispensateurs ainsi que les plans de traitement et de sortie; 2) le processus de soins; 3) les résultats des soins prodigués⁷. Il a été établi que la mesure et le suivi des résultats pour les patients sont des éléments essentiels à l'amélioration de la qualité^{3,6}. Par ailleurs, on a observé une relation entre la réduction du taux de mortalité chez les patients ayant subi un IAM et l'amélioration des processus de soins^{8,9}.

Les décès ne sont pas tous évitables. Néanmoins, la mortalité ajustée selon les risques dans les 30 jours suivant un IAM est considérée comme une mesure appropriée des soins dispensés aux patients qui en ont subi un^{3, 10} et pourrait être utilisée pour définir les possibilités d'amélioration des résultats pour les patients.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Décès à l'hôpital (toutes causes confondues) survenus dans un établissement de soins de courte durée dans les 30 jours suivant une admission pour un IAM	Code de l'état à la sortie = 07 (décès) ET Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET (Date de sortie sur l'enregistrement du décès) – (Date d'admission sur l'enregistrement pour l'IAM) ≤ 30 jours
Dénominateur (épisode de référence)		
	Critères	Codes
Inclusion	Admissions urgentes à l'hôpital pour un premier IAM au cours des 11 premiers mois de l'exercice ET IAM	Code de catégorie d'admission = U ET Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET Date d'admission = entre le 1 ^{er} avril et le 1 ^{er} mars ET a) Un IAM (CIM-10-CA : I21.^ ou I22.^) est codifié comme diagnostic de type M, mais non également de type 2 OU b) Un autre diagnostic est codifié comme type M, mais également comme type 2, et un diagnostic d'IAM est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2) OU c) Une coronaropathie (CIM-10-CA : I25.0, I25.1^, I25.8 ou I25.9) est codifiée comme diagnostic de type M et l'IAM est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2) ET Une intervention de revascularisation est codifiée comme : • Intervention coronarienne percutanée (CCI : 1.IJ.50^^, 1.IJ.57.GQ^^ ou 1.IJ.54.GQ.AZ*) ou • Pontage, artères coronaires (CCI : 1.IJ.76^^)

Dénominateur (épisode de référence)		
	Critères	Codes
<p>Exclusion</p> <p>NOUVEAU</p>	Autre IAM dans les 12 derniers mois	Admissions pour un IAM (CIM-10-CA : I21.^ ou I22.^) codifié comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y dans les 12 mois précédant la date d'admission sur l'enregistrement de référence pour l'IAM
	Patients âgés de 19 ans ou moins à l'admission	Âge (en années) sur l'enregistrement de référence de l'IAM ≤ 19
	Critères non cliniques	Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Remarque

* Le code 1.IJ.54.GQ-AZ de la CCI a été désactivé en 2009. Il a été utilisé dans les calculs pour 2007-2008 et 2008-2009 seulement.

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Statistique Canada. Leading Causes of Death in Canada, 2009. <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/84-215-x2012001-eng.htm>. Dernière modification en 2012. Consulté le 4 octobre 2012.
2. Organisation mondiale de la Santé. Fact Sheet: The Top 10 Causes of Death. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf. Dernière modification en 2008. Consulté le 21 juillet 2010.
3. Tu JV, Khalid L, Donovan LR, Ko DT, Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team, Société canadienne de cardiologie. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. [Revue] [22 réf.]. *Canadian Medical Association Journal*. 21 octobre 2008;179(9):909-915.
4. Welsh RC, Travers A, Huynh T, Cantor WJ, Groupe de travail de la Société canadienne de cardiologie. Canadian Cardiovascular Society Working Group: Providing a perspective on the 2007 focused update of the American College of Cardiology and American Heart Association 2004 guidelines for the management of ST elevation myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiology*. Janvier 2009;25(1):25-32.

5. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration With the Canadian Cardiovascular Society endorsed by the American Academy of Family Physicians: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, Writing on Behalf of the 2004 Writing Committee. [Erratum publié dans *Circulation*. 12 février 2008;117(6):e162]. *Circulation*. 15 janvier 2008; 117(2):296-329.
6. Spertus JA, Eagle KA, Krumholz HM, et al. American College of Cardiology and American Heart Association methodology for the selection and creation of performance measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *Circulation*. 5 avril 2005;111(13):1703-1712.
7. Spertus JA, Radford MJ, Every NR, et al. Challenges and opportunities in quantifying the quality of care for acute myocardial infarction: summary from the Acute Myocardial Infarction Working Group of the American Heart Association/American College of Cardiology First Scientific Forum on Quality of Care and Outcomes Research in Cardiovascular Disease and Stroke. *Circulation*. 1^{er} avril 2003;107(12):1681-1691.
8. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Inpatient Safety Indicators: Quality of Care in Hospitals-Volume, Mortality, and Utilization. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V31/iqi_guide_v31.pdf. Dernière modification le 3 décembre 2007. Consulté le 16 octobre 2012.
9. Peterson ED, Roe MT, Mulgund J, et al. Association between hospital process performance and outcomes among patients with acute coronary syndromes. *JAMA*. 26 avril 2006;295(16):1912-1920.
10. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to develop performance measures for ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction): developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians and the American College of Emergency Physicians: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Hospital Medicine. *Circulation*. 9 décembre 2008;118(24):2596-2648.

iii. Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Définition

Cet indicateur mesure le taux de décès à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant l'admission dans un hôpital de soins de courte durée en raison d'un premier accident vasculaire cérébral (AVC).

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de décès à l'hôpital sur 100 épisodes d'admission pour un premier AVC.
- **Dénominateur** : Épisodes d'admission pour un premier AVC entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où un décès est survenu à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission pour un AVC.

Remarques

Les épisodes d'AVC inclus dans le dénominateur doivent être des cas de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC dès l'admission.

Pour les épisodes de soins multihôpitaux, le décès a été attribué à l'hôpital où le patient a été admis au début de l'épisode (enregistrement de référence).

Lorsqu'un patient est admis plus d'une fois à l'hôpital pour un AVC au cours de l'exercice, seul le premier épisode est inclus dans le dénominateur.

Les épisodes d'AVC chez les patients ayant déjà été hospitalisés pour un AVC au cours des 12 derniers mois sont exclus (contrôlés).

Justification

Les AVC et les autres maladies cérébrovasculaires, qui font partie des 10 principales causes de décès au monde¹, représentent la troisième cause de mortalité en importance au Canada².

L'amélioration des soins pour les victimes d'AVC, devenue une priorité, a mené à la création de groupes d'experts visant la mise au point de directives, de pratiques exemplaires et de mesures de la performance à cet égard³⁻⁵. Certains processus de soins influent sur la mortalité dans les 30 jours suivant un AVC. En effet, la mise sur pied d'une équipe interdisciplinaire axée sur les AVC^{3,4,6}, l'utilisation de l'imagerie cérébrale pour mener des tests diagnostiques et la lutte contre les hémorragies intracérébrales^{3,4} permettent de réduire la mortalité.

Les décès ne sont pas tous évitables. Néanmoins, un examen du taux de mortalité dans les 30 jours suivant un AVC pourrait permettre de cerner des possibilités d'amélioration des processus de soins pour les victimes d'AVC^{6,7}.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Décès à l'hôpital (toutes causes confondues) survenus dans un établissement de soins de courte durée dans les 30 jours suivant une admission pour un AVC	Code de l'état à la sortie = 07 (décès) ET Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET (Date de sortie sur l'enregistrement du décès) – (Date d'admission sur l'enregistrement pour l'AVC) ≤ 30 jours
Dénominateur (épisode de référence)		
	Critères	Codes
Inclusion	Admissions urgentes à l'hôpital pour un premier AVC au cours des 11 premiers mois de l'exercice ET AVC	Code de catégorie d'admission = U ET Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET Date d'admission = entre le 1 ^{er} avril et le 1 ^{er} mars ET a) Un AVC (CIM-10-CA : de I60 à I64) est codifié comme diagnostic de type M, mais non également de type 2 OU b) Un autre diagnostic est codifié comme type M, mais également comme type 2, et un diagnostic d'AVC est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2) OU c) Une rééducation (CIM-10-CA : Z50.1 ou de Z50.4 à Z50.9) est codifiée comme diagnostic de type M et l'AVC est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2)

Dénominateur (épisode de référence)		
	Critères	Codes
Exclusion	Autre AVC dans les 12 derniers mois	Admission pour un AVC (CIM-10-CA : de I60 à I64) codifié comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y dans les 12 mois précédant la date d'admission sur l'enregistrement de référence pour l'AVC
NOUVEAU	Patients âgés de 19 ans ou moins à l'admission	Âge (en années) sur l'enregistrement de référence pour l'AVC ≤ 19
	Critères non cliniques	Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Fact Sheet: The Top 10 Causes of Death. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf. Dernière modification en 2008. Consulté le 21 juillet 2010.
2. Statistique Canada. Leading Causes of Death in Canada, 2009. <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/84-215-x2012001-eng.htm>. Dernière modification en 2012. Consulté le 4 octobre 2012.
3. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et la Fondation des maladies du cœur du Canada : La Stratégie Canadienne de santé cardiovasculaire. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care: 2006. <http://www.canadianstrokestrategy.ca/eng/resourcestools/documents/StrokeStrategyManual.pdf>. Dernière modification en 2007. Consulté le 21 juillet 2010.
4. Broderick J, Connolly S, Feldmann E, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults: 2007 update: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, High Blood Pressure Research Council, and the Quality of Care and Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 16 octobre 2007;116(16):e391-e413.
5. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Fondation des maladies du cœur du Canada : La Stratégie Canadienne de santé cardiovasculaire. Performance Measurement Manual 2008. http://www.canadianstrokestrategy.ca/eng/resourcestools/documents/CSS_Performance_Manual_2008.pdf. Dernière modification en 2008. Consulté le 26 juillet 2010.
6. Saposnik G, Hill MD, O'Donnell M, et al. Variables associated with 7-day, 30-day, and 1-year fatality after ischemic stroke. *Stroke*. Août 2008;39(8):2318-2324.
7. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Inpatient Safety Indicators: Quality of Care in Hospitals-Volume, Mortality, and Utilization. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V31/iqi_guide_v31.pdf. Dernière modification le 3 décembre 2007. Consulté le 16 octobre 2012.

iv. Réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 28 jours suivant la sortie après un épisode de soins lié à un IAM.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes d'IAM.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode d'IAM entre le 1^{er} avril et le 3 mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 28 jours suivant la sortie après un épisode d'IAM.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur doivent être des cas de patients hospitalisés dès l'admission, le diagnostic d'intérêt ayant été posé au cours de la première hospitalisation de l'épisode de soins.

Pour les épisodes de soins multihôpitaux, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

La réadmission doit apparaître au dossier du patient hospitalisé à titre d'admission urgente.

Les patients peuvent figurer au dénominateur plus d'une fois s'ils ont vécu plusieurs épisodes d'IAM entre le 1^{er} avril et le 3 mars de l'exercice.

Justification

Divers facteurs, comme une mauvaise planification des congés¹ et le manque de soins de suivi opportuns², peuvent influencer sur les taux de réadmission à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou évitables qui ont lieu dans les quelque 30 jours suivant la sortie peut être utile pour étudier la qualité des soins dans les hôpitaux³ et, combiné à d'autres indicateurs, peut fournir des renseignements supplémentaires⁴. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Il a été démontré que fournir une rétroaction aux hôpitaux au sujet de leur performance, notamment sur les taux de réadmission, est à l'origine d'initiatives liées à la qualité des soins⁶. Puisque le PPRHC publiera des résultats à jour chaque année, les hôpitaux pourront effectuer un suivi continu des répercussions de leurs initiatives liées à la qualité sur leurs taux de réadmission.

La réadmission à l'hôpital suivant un IAM s'est révélée nuisible pour la qualité de vie des patients et des membres de leur famille⁷. Des études indiquent que les taux de réadmission après un premier IAM sont plus faibles lorsque les pratiques de gestion des risques cardiaques sont efficaces, comme en témoigne le recours approprié aux évaluations initiales en service d'urgence, aux interventions précoces et aux pharmacothérapies⁸.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas de patients d'abord hospitalisés</p> <p>ET</p> <p>Réadmissions dans les 28 jours suivant la sortie</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie sur le dernier enregistrement de l'épisode de soins) ≤ 28 jours</p>
Exclusion	Admissions non urgentes	Catégorie d'admission = L
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas de patients d'abord hospitalisés pour un diagnostic d'IAM</p> <p>ET</p> <p>Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1^{er} avril et le 3 mars de l'exercice</p> <p>ET</p> <p>IAM</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1^{er} avril et le 3 mars</p> <p>ET</p> <p>a) Un IAM (CIM-10-CA : I21.^ ou I22.^) est codifié comme diagnostic de type M, mais non également de type 2</p> <p>OU</p> <p>b) Un autre diagnostic est codifié comme type M, mais également comme type 2, et un diagnostic d'IAM est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2)</p> <p>OU</p> <p>c) Une coronaropathie (CIM-10-CA : I25.0, I25.1^, I25.8 ou I25.9) est codifiée comme diagnostic de type M et l'IAM est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2)</p> <p>ET</p> <p>Une intervention de revascularisation est codifiée comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention coronarienne percutanée (CCI : 1.IJ.50^^, 1.IJ.57.GQ^^ ou 1.IJ.54.GQ.AZ*) ou • Pontage, artères coronaires (CCI : 1.IJ.76^^)

Dénominateur		
	Critères	Codes
<p>Exclusion</p> <p>NOUVEAU</p>	Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire	Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)
	Patients âgés de 19 ans ou moins à l'admission	Âge (en années) sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins ≤ 19
	Critères cliniques et non cliniques	Consultez les tableaux 2A et 2B de la section 5 (Détection des données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Remarque

* Le code 1.IJ.54.GQ-AZ de la CCI a été désactivé en 2009. Il a été utilisé dans les calculs pour 2007-2008 et 2008-2009 seulement.

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur. Dans certaines provinces et certains territoires, le taux de réadmission inclut les réadmissions planifiées.

Références

1. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. [Revue] [83 réf.] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000313; PMID: 14973952]. *Cochrane Database of Systematic Reviews (1):CD000313, 2010. 2010;(1):CD000313.*
2. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. Septembre 2010;5(7):392-397.
3. Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*. Novembre 2006;44(11):972-981.
4. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. [Revue] [39 réf.]. *New Zealand Medical Journal*. 13 février 2009;122(1289):63-70.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.
6. Tu JV, Cameron C. Impact of an acute myocardial infarction report card in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care*. Avril 2003;15(2):131-137.
7. Robertson KA, Kayhko K, Kekki P. Re-hospitalizations after myocardial infarction on Prince Edward Island: analysis of the reasons. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003;13(1):16-20.

8. Stukel TA, Alter DA, Schull MJ, Ko DT, Li P. Association between hospital cardiac management and outcomes for acute myocardial infarction patients. *Medical Care*. Février 2010;48(2):157-165.

v. Réadmission dans les 28 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 28 jours suivant la sortie après un épisode de soins lié à un AVC.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes d'AVC.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode d'AVC entre le 1^{er} avril et le 3 mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 28 jours suivant la sortie après un épisode d'AVC.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur doivent être des cas de patients hospitalisés dès l'admission, le diagnostic d'intérêt ayant été posé au cours de la première hospitalisation de l'épisode de soins.

Pour les épisodes de soins multihôpitaux, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

La réadmission doit apparaître au dossier du patient hospitalisé à titre d'admission urgente.

Les patients peuvent figurer au dénominateur plus d'une fois s'ils ont vécu plusieurs épisodes d'AVC entre le 1^{er} avril et le 3 mars de l'exercice.

Justification

Divers facteurs, comme une mauvaise planification des congés¹ et le manque de soins de suivi opportuns², peuvent influencer sur les taux de réadmission à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou évitables qui ont lieu dans les quelque 30 jours suivant la sortie peut être utile pour étudier la qualité des soins dans les hôpitaux³ et, combiné à d'autres indicateurs, peut fournir des renseignements supplémentaires⁴. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Il a été démontré que fournir une rétroaction aux hôpitaux au sujet de leur performance, notamment sur les taux de réadmission, est à l'origine d'initiatives liées à la qualité des soins⁶. Puisque le PPRHC publiera des résultats à jour chaque année, les hôpitaux pourront effectuer un suivi continu des répercussions de leurs initiatives liées à la qualité sur leurs taux de réadmission.

Les résultats pour les patients ayant subi un AVC peuvent être influencés par de nombreux facteurs, dont l'âge, le statut socioéconomique et le type d'établissement où le patient est admis⁷. Un lien entre les divers niveaux de soins de suivi et les taux de réadmission suivant un AVC a également été observé. Par exemple, une étude a révélé que le taux de réadmission dans les 30 jours suivant un AVC variait selon les professionnels de la santé, probablement en raison des écarts dans leur recours aux évaluations de la déglutition et à la réadaptation⁸.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas de patients d'abord hospitalisés	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)
	ET Réadmissions dans les 28 jours suivant la sortie	ET (Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie sur le dernier enregistrement de l'épisode de soins) ≤ 28 jours
Exclusion	Admissions non urgentes	Catégorie d'admission = L
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas de patients d'abord hospitalisés pour un diagnostic d'AVC	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)
	ET Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1 ^{er} avril et le 3 mars de l'exercice	ET Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1 ^{er} avril et le 3 mars
	ET AVC	ET a) Un AVC (CIM-10-CA : de I60 à I64) est codifié comme diagnostic de type M, mais non également de type 2 OU b) Un autre diagnostic est codifié comme type M, mais également comme type 2, et un diagnostic d'AVC est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2) OU c) Une rééducation (CIM-10-CA : Z50.1 ou de Z50.4 à Z50.9) est codifiée comme diagnostic de type M et l'AVC est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2)

Dénominateur		
	Critères	Codes
<p>Exclusion</p> <p>NOUVEAU</p>	Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire	Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)
	Patients âgés de 19 ans ou moins à l'admission	Âge (en années) sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins ≤ 19
	Critères cliniques et non cliniques	Consultez les tableaux 2A et 2B de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. [Revue] [83 réf.] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000313; PMID: 14973952]. *Cochrane Database of Systematic Reviews (1):CD000313, 2010.* 2010;(1):CD000313.
2. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. Septembre 2010;5(7):392-397.
3. Halfon P, Eggli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*. Novembre 2006;44(11):972-981.
4. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. [Revue] [39 réf.]. *New Zealand Medical Journal*. 13 février 2009;122(1289):63-70.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.
6. Tu JV, Cameron C. Impact of an acute myocardial infarction report card in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care*. Avril 2003;15(2):131-137.
7. Saposnik G, Cote R, Phillips S, et al. Stroke outcome in those over 80: a multicenter cohort study across Canada. *Stroke*. Août 2008;39(8):2310-2317.
8. Smith MA, Liou JI, Frytak JR, Finch MD. 30-day survival and rehospitalization for stroke patients according to physician specialty. *Cerebrovascular Diseases*. 2006;22(1):21-26.

vi. Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 90 jours suivant la sortie après un épisode de soins lié à une arthroplastie non urgente de la hanche.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes d'arthroplastie non urgente de la hanche.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode d'arthroplastie de la hanche entre le 1^{er} avril et le 31 décembre de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 90 jours suivant la sortie après un épisode de soins lié à une arthroplastie non urgente de la hanche.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur peuvent être des cas de patients hospitalisés ou de chirurgie d'un jour dès l'admission, l'intervention d'intérêt ayant été pratiquée au cours de la première hospitalisation de l'épisode.

Pour les épisodes de soins multihôpitaux, les réadmissions ont été attribuées au premier hôpital dans lequel l'intervention a été pratiquée.

Selon nos experts cliniques, certains problèmes, comme des complications mécaniques, des infections ou des réactions inflammatoires, sont plus susceptibles d'apparaître après un mois. Afin de saisir ces cas, le délai relatif aux réadmissions a été fixé à 90 jours.

Les données du Québec sont incluses dans les résultats de 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011.

Justification

Selon de récentes statistiques, les remplacements articulaires figurent parmi les interventions non urgentes les plus courantes au Canada, et leur fréquence s'accroît rapidement¹. Des données probantes révèlent que les réadmissions imprévues dans le mois suivant une arthroplastie de la hanche sont très souvent attribuables à des complications relatives à l'intervention², comme une infection, un hématome, une dislocation non traumatique et l'enflure du côté touché².

On a également constaté des taux d'incidence élevés concernant les complications (p. ex. les infections profondes et les dislocations) survenues dans les trois mois suivant une arthroplastie de la hanche³.

Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁴. L'étude des taux de réadmission à l'hôpital après une chirurgie permettrait de mieux comprendre la qualité des soins⁵ ainsi que les processus de soins^{6,7} d'un établissement.

Il a été démontré que fournir une rétroaction aux hôpitaux au sujet de leur performance, notamment sur les taux de réadmission, est à l'origine d'initiatives liées à la qualité des soins⁸. Puisque le PPRHC publiera des résultats à jour chaque année, les hôpitaux pourront effectuer un suivi continu des répercussions de leurs initiatives liées à la qualité sur leurs taux de réadmission.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas de patients d'abord hospitalisés	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)
	ET	ET
	Réadmissions dans les 28 jours suivant la sortie	(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie suivant l'épisode de soins liés à l'arthroplastie de la hanche) ≤ 28 jours
	OU	OU
	Enregistrements indiquant qu'un des états suivants s'est manifesté dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche :	(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie suivant l'épisode de soins liés à l'arthroplastie de la hanche) ≤ 90 jours
		ET
		Un des codes suivants de la CIM-10-CA (codifié comme diagnostic de type M mais non de type 2, sauf indication contraire)
	Complication mécanique :	
	• Complication mécanique d'une prothèse de la hanche	T84.03
	Infection et réaction inflammatoire :	
• Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la hanche	T84.53	
Fracture osseuse après mise en place d'un implant	M96.6 (avec Y83.1 codifié comme diagnostic de type 9)	
Lésions des nerfs :		
• Autres affections du système nerveux post-intervention	G97.8	
• Affection du système nerveux post-intervention, sans précision	G97.9	

Numérateur		
	Critères	Codes
CCI (interventions non abandonnées seulement)		
	Reprises* : Arthroplastie de la hanche dont l'attribut de situation est Reprise (du même côté que l'arthroplastie)	CCI : 1.VA.53.^ avec attribut de situation = R (à l'exclusion du code 1.VA.53.LA-SL-N)
	Retrait d'un appareil* (du même côté que l'arthroplastie)	CCI : 1.VA.55.^
Exclusion	Admissions non urgentes	Catégorie d'admission = L
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas associés à une admission non urgente dans un établissement de soins de courte durée ou de chirurgie d'un jour	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)
	ET	ET
	Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1 ^{er} avril et le 31 décembre	Code de catégorie d'admission = L
	ET	ET
	Arthroplasties de la hanche	Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1 ^{er} avril et le 31 décembre
		ET
		CCI : 1.VA.53.^ (à l'exclusion de 1.VA.53.LA-SL-N)
Exclusion	Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire	Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)
	Patients âgés de moins de 40 ans à l'admission	Âge (en années) sur l'enregistrement pour l'arthroplastie de la hanche < 40
	Arthroplasties de la hanche abandonnées ou reprises	Attribut de situation = A ou R
		OU
		CIM-10-CA : T84.03 (de type M ou 1, mais non 2) ou T84.53 (de type M ou 1, mais non 2) avec le code de la CCI 1.VA.53.^
	Critères cliniques et non cliniques	Consultez les tableaux 2A et 2B de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Remarque

* Seules les interventions non abandonnées sont comprises dans ces interventions.

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Hospitalizations, Early Revisions, and Infections Following Joint Replacement Surgery. https://secure.cihi.ca/free_products/joint_complications_aib_e.pdf. Dernière modification en 2008. Consulté le 16 octobre 2012.
2. Cullen C, Johnson DS, Cook G. Re-admission rates within 28 days of total hip replacement. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. Septembre 2006;88(5):475-478.
3. Phillips CB, Barrett JA, Losina E, et al. Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism, and deep infection during the first six months after elective total hip replacement. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*. Janvier 2003;85-A(1):20-26.
4. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.
5. Courtney ED, Ankrett S, McCollum PT. 28-Day emergency surgical re-admission rates as a clinical indicator of performance. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. Mars 2003;85(2):75-78.
6. Bozic KJ, Maselli J, Pekow PS, Lindenauer PK, Vail TP, Auerbach AD. The influence of procedure volumes and standardization of care on quality and efficiency in total joint replacement surgery. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*. 17 novembre 2010;92(16):2643-2652.
7. Riggs RV, Roberts PS, Aronow H, Younan T. Joint replacement and hip fracture readmission rates: impact of discharge destination. *Pm & R*. Septembre 2010;2(9):806-810.
8. Tu JV, Cameron C. Impact of an acute myocardial infarction report card in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care*. Avril 2003;15(2):131-137.

vii. Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 90 jours suivant la sortie après un épisode de soins lié à une arthroplastie non urgente du genou.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes d'arthroplastie non urgente du genou.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode d'arthroplastie du genou entre le 1^{er} avril et le 31 décembre de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 90 jours suivant la sortie après un épisode de soins lié à une arthroplastie du genou.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur peuvent être des cas de patients hospitalisés ou de chirurgie d'un jour dès l'admission, l'intervention d'intérêt ayant été pratiquée au cours de la première hospitalisation de l'épisode.

Pour les épisodes de soins multihôpitaux, les réadmissions ont été attribuées au premier hôpital où l'intervention a été pratiquée.

Selon nos experts cliniques, certains problèmes, comme des complications mécaniques, des infections ou des réactions inflammatoires, sont plus susceptibles d'apparaître après un mois. Afin de saisir ces cas, le délai relatif aux réadmissions a été fixé à 90 jours.

Les données du Québec sont incluses dans les résultats de 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011.

Justification

Les remplacements articulaires figurent parmi les interventions non urgentes les plus courantes au Canada, et leur fréquence s'accroît rapidement¹. Selon des spécialistes, certains résultats post-chirurgicaux, comme les infections, sont souvent liés à la qualité des soins fournis au cours du premier remplacement articulaire¹. L'étude des taux de réadmission à l'hôpital après une chirurgie permettrait de mieux comprendre la qualité des soins² ainsi que les processus de soins³ d'un établissement.

Il a été démontré que fournir une rétroaction aux hôpitaux au sujet de leur performance, notamment sur les taux de réadmission, est à l'origine d'initiatives liées à la qualité des soins⁴. Puisque le PPRHC publiera des résultats à jour chaque année, les hôpitaux pourront effectuer un suivi continu des répercussions de leurs initiatives liées à la qualité sur leurs taux de réadmission. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas de patients d'abord hospitalisés	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)
	<p>ET</p> <p>Réadmissions dans les 28 jours suivant la sortie</p> <p>OU</p> <p>Enregistrements indiquant qu'un des états suivants s'est manifesté dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou :</p> <p>Complication mécanique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complication mécanique d'une prothèse du genou <p>Infection et réaction inflammatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du genou <p>Fracture osseuse après mise en place d'un implant</p> <p>Lésions des nerfs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres affections du système nerveux post-intervention • Affection du système nerveux post-intervention, sans précision 	<p>ET</p> <p>(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie suivant l'épisode d'arthroplastie du genou) ≤ 28 jours</p> <p>OU</p> <p>(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie suivant l'épisode d'arthroplastie du genou) ≤ 90 jours</p> <p>ET</p> <p>Un des codes suivants de la CIM-10-CA (codifié comme diagnostic de type M mais non de type 2, sauf indication contraire)</p> <p>T84.04</p> <p>T84.54</p> <p>M96.6 (avec Y83.1 codifié comme diagnostic de type 9)</p> <p>G97.8</p> <p>G97.9</p>
CCI (interventions non abandonnées seulement)		
	Reprises* : Arthroplastie du genou dont l'attribut de situation est Reprise (du même côté que l'arthroplastie)	CCI : 1.VG.53.^ avec attribut de situation = R (à l'exclusion du code 1.VG.53.LA-SL-N)
	Retrait d'un appareil* (du même côté que l'arthroplastie)	CCI : 1.VG.55.^
Exclusion	Admissions non urgentes	Catégorie d'admission = L

Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas associés à une admission non urgente dans un établissement de soins de courte durée ou de chirurgie d'un jour</p> <p>ET</p> <p>Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1^{er} avril et le 31 décembre</p> <p>ET</p> <p>Arthroplasties du genou</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)</p> <p>ET</p> <p>Catégorie d'admission = L</p> <p>ET</p> <p>Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1^{er} avril et le 31 décembre</p> <p>ET</p> <p>CCI : 1.VG.53.^ (à l'exclusion de 1.VG.53.LA-SL-N)</p>
Exclusion	<p>Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire</p> <p>NOUVEAU</p> <p>Patients âgés de moins de 40 ans à l'admission</p> <p>NOUVEAU</p> <p>Arthroplasties du genou abandonnées ou reprises</p> <p>Critères cliniques et non cliniques</p>	<p>Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)</p> <p>Âge (en années) sur l'enregistrement pour l'arthroplastie du genou < 40</p> <p>Attribut de situation = A ou R</p> <p>OU</p> <p>CIM-10-CA : T84.04 (de type M ou 1, mais non 2) ou T84.54 (de type M ou 1, mais non 2) avec le code de la CCI 1.VG.53.^</p> <p>Consultez les tableaux 2A et 2B de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour)</p>

Remarque

* Seules les interventions non abandonnées sont comprises dans ces interventions.

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Hospitalizations, Early Revisions, and Infections Following Joint Replacement Surgery. https://secure.cihi.ca/free_products/joint_complications_aib_e.pdf. Dernière modification en 2008. Consulté le 16 octobre 2012.
2. Courtney ED, Ankrett S, McCollum PT. 28-Day emergency surgical re-admission rates as a clinical indicator of performance. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. Mars 2003;85(2):75-78.
3. Phillips CB, Barrett JA, Losina E, et al. Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism, and deep infection during the first six months after elective total hip replacement. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*. Janvier 2003;85-A(1):20-26.
4. Tu JV, Cameron C. Impact of an acute myocardial infarction report card in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care*. Avril 2003;15(2):131-137.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.

viii. Réadmission générale dans les 30 jours

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 30 jours suivant la sortie après des épisodes de soins pour les groupes de patients suivants :

- a) Soins obstétricaux;
 - b) Soins pour patients âgés de 19 ans ou moins;
 - c) Soins chirurgicaux pour adultes;
 - d) Soins médicaux pour adultes.
- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes.
 - **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode de soins obstétricaux, de soins pour patients âgés de 19 ans ou moins, de soins chirurgicaux pour adultes ou de soins médicaux pour adultes entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice. Le diagramme à l'[annexe B](#) illustre comment chaque épisode de référence a été défini.
 - **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 30 jours suivant la sortie.

Remarques

Cet indicateur mesure le taux de réadmission global pour les groupes de patients ci-dessus.

Les épisodes de soins sont attribués à un de ces groupes de patients selon la hiérarchie suivante : 1) soins obstétricaux; 2) soins pour patients âgés de 19 ans ou moins; 3) soins chirurgicaux pour adultes; 4) soins médicaux pour adultes.

Les épisodes inclus dans le dénominateur peuvent commencer ou se terminer dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour; par contre, les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour sont exclus.

Pour les épisodes de soins qui ont donné lieu à un transfert, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

Les patients peuvent figurer au dénominateur plus d'une fois s'ils ont vécu plusieurs épisodes de soins entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.

La réadmission doit apparaître au dossier du patient hospitalisé à titre d'admission urgente et elle ne peut être comptée qu'une seule fois.

Des renseignements détaillés sur les groupes de patients sont fournis ci-dessous.

Justification

Divers facteurs, comme une mauvaise planification des congés¹ et le manque de soins de suivi opportuns², peuvent influencer sur les taux de réadmission à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou évitables qui ont lieu dans les quelque 30 jours suivant la sortie peut être utile pour étudier la qualité des soins dans les hôpitaux³ et, combiné à d'autres indicateurs, peut fournir des renseignements supplémentaires⁴. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs, comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation de programmes communautaires efficaces de gestion des maladies, peuvent influencer sur les taux de réadmission. Bien que les réadmissions imprévues ne puissent pas toutes être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmission.

Méthode de calcul

Cet indicateur mesure le taux de réadmission global pour les groupes de patients en soins obstétricaux, en soins pour patients âgés de 19 ans ou moins, en soins chirurgicaux pour adultes et en soins médicaux pour adultes, ce qui correspond au cumul des indicateurs de ces quatre groupes de patients. La valeur globale prévue de cet indicateur équivaut à la somme des valeurs prévues de chacun des quatre groupes de patients. Consultez la section ajustement selon les risques pour plus de renseignements sur le calcul des niveaux agrégés.

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. [Revue] [83 réf.] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000313; PMID: 14973952]. *Cochrane Database of Systematic Reviews (1):CD000313, 2010. 2010;(1):CD000313.*
2. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. Septembre 2010;5(7):392-397.
3. Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*. Novembre 2006;44(11):972-981.
4. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. [Revue] [39 réf.]. *New Zealand Medical Journal*. 13 février 2009;122(1289):63-70.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.

ix. Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins obstétricaux.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes de soins obstétricaux.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode de soins obstétricaux entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 30 jours suivant la sortie.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur peuvent commencer ou se terminer dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour; par contre, les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour sont exclus.

Pour les épisodes de soins qui ont donné lieu à un transfert, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

Les patients peuvent figurer au dénominateur plus d'une fois s'ils ont vécu plusieurs épisodes de soins entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.

La réadmission doit apparaître au dossier du patient hospitalisé à titre d'admission urgente et elle ne peut être comptée qu'une seule fois.

Justification

Divers facteurs, comme une mauvaise planification des congés¹ et le manque de soins de suivi opportuns², peuvent influencer sur les taux de réadmission à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou évitables qui ont lieu dans les quelque 30 jours suivant la sortie peut être utile pour étudier la qualité des soins dans les hôpitaux³ et, combiné à d'autres indicateurs, peut fournir des renseignements supplémentaires⁴. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs, comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation de programmes communautaires efficaces de gestion des maladies, peuvent influencer sur les taux de réadmission. Bien que les réadmissions imprévues ne puissent pas toutes être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmission.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Épisodes concernant des patients d'abord hospitalisés</p> <p>ET</p> <p>Réadmissions dans les 30 jours suivant la sortie</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie sur le dernier enregistrement de l'épisode de référence) ≤ 30 jours</p>
Exclusion	<p>Admissions non urgentes</p> <p>Admissions pour accouchement</p> <p>Admissions pour maladie mentale</p> <p>Admissions pour chimiothérapie comme diagnostic principal</p> <p>Tous les enregistrements : Admissions pour soins palliatifs comme diagnostic principal</p> <p>Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs</p>	<p>Catégorie d'admission = L</p> <p>CIM-10-CA : O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98-O99, dont le sixième caractère est 1 ou 2</p> <p>OU</p> <p>Z37</p> <p>CCP = 17</p> <p>CIM-10-CA : Z51.1 de type M</p> <p>CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>ET</p> <p>Z51.5</p>

NOUVEAU

Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas de patients d'abord hospitalisés ou admis en chirurgie d'un jour</p> <p>ET</p> <p>Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice</p> <p>ET</p> <p>Épisodes comprenant des soins obstétricaux à des patients hospitalisés</p> <p>Femmes</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)</p> <p>ET</p> <p>Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars</p> <p>ET</p> <p>Présence d'au moins un enregistrement dont la CCP = 13 et le code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>Sexe = F</p>
Exclusion	<p>Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire</p> <p>Épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour (les épisodes doivent comprendre des soins aux patients hospitalisés)</p> <p>Épisodes comprenant des soins de santé mentale à des patients hospitalisés</p> <p>Tous les enregistrements : Épisodes comprenant des soins palliatifs à des patients hospitalisés comme diagnostic principal</p> <p>Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs</p> <p>Critères non cliniques</p>	<p>Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)</p> <p>Code du type d'établissement ≠ 1 pour les enregistrements du début ET de la fin de l'épisode</p> <p>Présence d'au moins un enregistrement dont la CCP = 17 et le code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>ET</p> <p>Z51.5</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>

NOUVEAU

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. [Revue] [83 réf.] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000313; PMID: 14973952]. *Cochrane Database of Systematic Reviews (1):CD000313, 2010.* 2010;(1):CD000313.
2. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. Septembre 2010;5(7):392-397.
3. Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*. Novembre 2006;44(11):972-981.
4. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. [Revue] [39 réf.]. *New Zealand Medical Journal*. 13 février 2009;122(1289):63-70.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.

x. Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins pour patients âgés de 19 ans ou moins.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes de soins de patients âgés de 19 ans ou moins.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode de soins pour patients âgés de 19 ans ou moins entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 30 jours suivant la sortie.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur peuvent commencer ou se terminer dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour; par contre, les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour sont exclus.

Pour les épisodes de soins qui ont donné lieu à un transfert, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

La réadmission doit apparaître au dossier du patient hospitalisé à titre d'admission urgente.

Les patients peuvent figurer au dénominateur plus d'une fois s'ils ont vécu plusieurs épisodes de soins entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.

Justification

Divers facteurs, comme une mauvaise planification des congés¹ et le manque de soins de suivi opportuns², peuvent influencer sur les taux de réadmission à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou évitables qui ont lieu dans les quelque 30 jours suivant le congé peut être utile pour étudier la qualité des soins dans les hôpitaux³ et, combiné à d'autres indicateurs, peut fournir des renseignements supplémentaires⁴. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs, comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation de programmes communautaires efficaces de gestion des maladies, peuvent influencer sur les taux de réadmission. Bien que les réadmissions imprévues ne puissent pas toutes être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmission.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Épisodes concernant des patients d'abord hospitalisés ET Réadmissions dans les 30 jours suivant la sortie	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET (Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie sur le dernier enregistrement de l'épisode de référence) ≤ 30 jours
Exclusion	Admissions non urgentes Admissions pour accouchement Admissions pour maladie mentale Admissions pour chimiothérapie comme diagnostic principal Tous les enregistrements : Admissions pour soins palliatifs comme diagnostic principal Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs	Catégorie d'admission = L CIM-10-CA : O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98-O99, dont le sixième caractère est 1 ou 2 OU Z37 CCP = 17 CIM-10-CA : Z51.1 comme diagnostic de type M CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M ET Z51.5
		
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas de patients d'abord hospitalisés ou admis en chirurgie d'un jour ET Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1 ^{er} avril et le 1 ^{er} mars de l'exercice ET Épisodes comprenant des soins à des patients hospitalisés âgés de 19 ans ou moins	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour) ET Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1 ^{er} avril et le 1 ^{er} mars ET Âge ≤ 19 et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)

Dénominateur			
	Critères	Codes	
<p>Exclusion</p> <p>Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire</p> <p>Épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour (les épisodes doivent comprendre des soins aux patients hospitalisés)</p> <p>Épisodes comprenant des soins en santé mentale à des patients hospitalisés</p> <p>Épisodes comprenant des soins obstétricaux à des patients hospitalisés</p> <p>Épisodes concernant des nouveau-nés</p> <p>Tous les enregistrements : Épisodes comprenant des soins palliatifs à des patients hospitalisés comme diagnostic principal</p> <p>Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs</p> <p>Critères non cliniques</p>		<p>Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)</p> <p>Code du type d'établissement ≠ 1 pour les enregistrements du début ET de fin de l'épisode</p> <p>CCP = 17 et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>CCP = 13 et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>Catégorie d'admission = N</p> <p>CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>ET</p> <p>Z51.5</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>	

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. [Revue] [83 réf.] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000313; PMID: 14973952]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1):CD000313, 2010. 2010;(1):CD000313.
2. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. Septembre 2010;5(7):392-397.
3. Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*. Novembre 2006;44(11):972-981.
4. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. [Revue] [39 réf.]. *New Zealand Medical Journal*. 13 février 2009;122(1289):63-70.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.

xi. Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins chirurgicaux pour adultes.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes de soins chirurgicaux pour adultes.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode de soins chirurgicaux pour adultes entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 30 jours suivant la sortie.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur peuvent commencer ou se terminer dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour; par contre, les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour sont exclus.

Pour les épisodes de soins qui ont donné lieu à un transfert, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

La réadmission doit apparaître au dossier du patient hospitalisé à titre d'admission urgente.

Les patients peuvent figurer au dénominateur plus d'une fois s'ils ont vécu plusieurs épisodes de soins entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.

Justification

Divers facteurs, comme une mauvaise planification des congés¹ et le manque de soins de suivi opportuns², peuvent influencer sur les taux de réadmission à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou évitables qui ont lieu dans les quelque 30 jours suivant le congé peut être utile pour étudier la qualité des soins dans les hôpitaux³ et, combiné à d'autres indicateurs, peut fournir des renseignements supplémentaires⁴. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs, comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation de programmes communautaires efficaces de gestion des maladies, peuvent influencer sur les taux de réadmission. Bien que les réadmissions imprévues ne puissent pas toutes être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmission.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Épisodes concernant des patients d'abord hospitalisés</p> <p>ET</p> <p>Réadmissions dans les 30 jours suivant la sortie</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie sur le dernier enregistrement de l'épisode de référence) ≤ 30 jours</p>
Exclusion	<p>Admissions non urgentes</p> <p>Admissions pour accouchement</p> <p>Admissions pour maladie mentale</p> <p>Admissions pour chimiothérapie comme diagnostic principal</p> <p>Tous les enregistrements : Admissions pour soins palliatifs comme diagnostic principal</p> <p>Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs</p>	<p>Catégorie d'admission = L</p> <p>CIM-10-CA : O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98-O99, dont le sixième caractère est 1 ou 2</p> <p>OU</p> <p>Z37</p> <p>CCP = 17</p> <p>CIM-10-CA : Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>ET</p> <p>Z51.5</p>
NOUVEAU		
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas de patients d'abord hospitalisés ou admis en chirurgie d'un jour</p> <p>ET</p> <p>Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice</p> <p>ET</p> <p>Épisodes comprenant des soins chirurgicaux à des patients hospitalisés</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)</p> <p>ET</p> <p>Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars</p> <p>ET</p> <p>Code de partition des CCP = I (intervention) et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p>

Dénominateur			
	Critères	Codes	
<p>Exclusion</p> <p>Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire</p> <p>Épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour (les épisodes doivent comprendre des soins aux patients hospitalisés)</p> <p>Épisodes comprenant des soins en santé mentale à des patients hospitalisés</p> <p>Épisodes comprenant des soins obstétricaux à des patients hospitalisés</p> <p>Patients âgés de 19 ans ou moins</p> <p>Tous les enregistrements : Épisodes comprenant des soins palliatifs à des patients hospitalisés comme diagnostic principal</p> <p>Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs</p> <p>Critères non cliniques</p>		<p>Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)</p> <p>Code du type d'établissement ≠ 1 pour les enregistrements du début ET de la fin de l'épisode</p> <p>CCP = 17 et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>CCP = 13 et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>Âge (en années) ≤ 19</p> <p>CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>ET</p> <p>Z51.5</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>	

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. [Revue] [83 réf.] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000313; PMID: 14973952]. *Cochrane Database of Systematic Reviews (1):CD000313, 2010.* 2010;(1):CD000313.
2. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. Septembre 2010;5(7):392-397.
3. Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*. Novembre 2006;44(11):972-981.
4. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. [Revue] [39 réf.]. *New Zealand Medical Journal*. 13 février 2009;122(1289):63-70.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.

xii. Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux

Définition

Cet indicateur mesure le taux de réadmissions urgentes dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins médicaux pour adultes.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de réadmissions urgentes sur 100 épisodes de soins médicaux pour adultes.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un épisode de soins médicaux pour adultes entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une réadmission urgente s'est produite dans les 30 jours suivant la sortie.

Remarques

Les épisodes inclus dans le dénominateur peuvent commencer ou se terminer dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour; par contre, les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour sont exclus.

Pour les épisodes de soins qui ont donné lieu à un transfert, les réadmissions ont été attribuées au dernier hôpital duquel le patient a obtenu son congé avant sa réadmission.

La réadmission doit apparaître au dossier du patient hospitalisé à titre d'admission urgente.

Les patients peuvent figurer au dénominateur plus d'une fois s'ils ont vécu plusieurs épisodes de soins entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice.

Justification

Divers facteurs, comme une mauvaise planification des congés¹ et le manque de soins de suivi opportuns², peuvent influencer sur les taux de réadmission à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou évitables qui ont lieu dans les quelque 30 jours suivant le congé peut être utile pour étudier la qualité des soins dans les hôpitaux³ et, combiné à d'autres indicateurs, peut fournir des renseignements supplémentaires⁴. Les données des États-Unis indiquent que les réadmissions à l'hôpital engendrent une part importante des coûts des soins de santé⁵.

Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs, comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation de programmes communautaires efficaces de gestion des maladies, peuvent influencer sur les taux de réadmission. Bien que les réadmissions imprévues ne puissent pas toutes être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmission.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Épisodes concernant des patients d'abord hospitalisés</p> <p>ET</p> <p>Réadmissions dans les 30 jours suivant la sortie</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>(Date d'admission sur l'enregistrement pour la réadmission) – (Date de sortie sur le dernier enregistrement de l'épisode de référence) ≤ 30 jours</p>
Exclusion	<p>Admissions non urgentes</p> <p>Admissions pour accouchement</p> <p>Admissions pour maladie mentale</p> <p>Admissions pour chimiothérapie comme diagnostic principal</p> <p>Tous les enregistrements : Admissions pour soins palliatifs comme diagnostic principal</p> <p>Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs</p>	<p>Catégorie d'admission = L</p> <p>CIM-10-CA : O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98-O99, dont e sixième caractère est 1 ou 2</p> <p>OU</p> <p>Z37</p> <p>CCP = 17</p> <p>CIM-10-CA : Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>ET</p> <p>Z51.5</p>

NOUVEAU

Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas de patients d'abord hospitalisés ou admis en chirurgie d'un jour</p> <p>ET</p> <p>Date de fin de l'épisode (date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins) située entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'exercice</p> <p>ET</p> <p>Épisodes comprenant des soins médicaux à des patients hospitalisés</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ou A (chirurgie d'un jour)</p> <p>ET</p> <p>Date de sortie inscrite sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars</p> <p>ET</p> <p>Code de partition des CCP = D (diagnostic) et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p>
Exclusion	<p>Épisodes qui se terminent par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou, à partir de 2008-2009, un non-retour d'un congé temporaire</p> <p>Épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour (les épisodes doivent comprendre des soins aux patients hospitalisés)</p> <p>Épisodes comprenant des soins en santé mentale à des patients hospitalisés</p> <p>Épisodes comprenant des soins obstétricaux à des patientes hospitalisées</p> <p>Patients âgés de 19 ans ou moins</p> <p>Épisodes comprenant des soins chirurgicaux pour adultes à des patients hospitalisés</p> <p>Tous les enregistrements : Épisodes comprenant des soins palliatifs à des patients hospitalisés comme diagnostic principal</p> <p>Enregistrements du Québec : Admissions pour cancer comme diagnostic principal avec un diagnostic de soins palliatifs</p> <p>NOUVEAU</p> <p>Critères non cliniques</p>	<p>Code de l'état à la sortie inscrit sur l'enregistrement à la fin de l'épisode de soins = 06 (sortie contre l'avis du médecin), 07 (décès) ou, à partir de 2008-2009, 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)</p> <p>Code du type d'établissement ≠ 1 pour les enregistrements du début ET de la fin de l'épisode</p> <p>CCP = 17 et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>CCP = 13 et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>Âge (en années) ≤ 19</p> <p>Code de partition des CCP = I (intervention) et code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>CIM-10-CA (tous les enregistrements) : Z51.5 comme diagnostic de type M</p> <p>CIM-10-CA (enregistrements du Québec) : C00-C97, Z51.0 ou Z51.1 comme diagnostic de type M</p> <p>ET</p> <p>Z51.5</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. [Revue] [83 réf.] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000313; PMID: 14973952]. *Cochrane Database of Systematic Reviews (1):CD000313, 2010.* 2010;(1):CD000313.
2. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. Septembre 2010;5(7):392-397.
3. Halfon P, Egli Y, Pretre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*. Novembre 2006;44(11):972-981.
4. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. [Revue] [39 réf.]. *New Zealand Medical Journal*. 13 février 2009;122(1289):63-70.
5. Friedman B, Basu J. The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research & Review*. Juin 2004;61(2):225-240.

15 Indicateurs : sécurité des patients

i. Fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients âgés (65 ans ou plus)

Définition

Cet indicateur mesure le taux de fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients de 65 ans ou plus hospitalisés en soins de courte durée.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre de fractures de la hanche à l'hôpital sur 1 000 cas de patients hospitalisés.
- **Dénominateur** : Sorties de patients de 65 ans ou plus des soins de courte durée.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur et associés à une fracture de la hanche après l'admission.

Justification

Les fractures de la hanche à l'hôpital demeurent un enjeu important pour la sécurité des patients. En effet, près de 1 patient âgé (65 ans ou plus) sur 1 000 subit une fracture de la hanche après avoir été admis dans un hôpital de soins de courte durée canadien^{1, iv}. Le taux et le risque de chute causant une fracture de la hanche augmentent avec l'âge des patients^{1, 2}. La déficience cognitive^{2, 4}, la démarche instable ou le manque d'équilibre^{2, 3}, la faiblesse³ et la prise de certains médicaments^{2, 3} comptent parmi les autres facteurs de risque connus.

Les fractures de la hanche peuvent non seulement avoir des répercussions importantes sur l'autonomie et la qualité de vie des patients âgés^{2, 5}, mais elles sont aussi associées à des séjours plus longs et à des coûts de soins de santé accrus lorsqu'elles surviennent en milieu hospitalier^{2, 4}. Les chutes des patients représentent donc un important problème pour la gestion des risques dans les hôpitaux. De nombreuses chutes et leurs conséquences pourraient être évitées si l'on connaissait et décelait les facteurs de risque connus^{2, 3, 6}.

Cet indicateur vise à aider les hôpitaux à évaluer leurs efforts de prévention; des taux élevés doivent servir à cibler les points à améliorer.

iv. Fondé sur les données de 2000-2001 à 2002-2003 de la Base de données sur les congés des patients, à l'exclusion des patients du Québec et du Manitoba.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas inclus dans le dénominateur où un diagnostic de fracture de la hanche a été posé après l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fracture du col du fémur • Fracture intertrochantérienne • Fracture du trochanter non précisée • Fracture sous-trochantérienne 	<p>L'un des codes suivants de la CIM-10-CA codifiés comme type 2 :</p> <p>S72.0^ S72.10^ S72.19^ S72.2^</p>
Exclusion	<p>Autres accidents et complications précisés au cours d'actes médicaux et chirurgicaux</p> <p>OU</p> <p>Fracture osseuse après mise en place d'un implant, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque d'ostéosynthèse</p>	<p>L'un des codes S indiqués ci-dessus et le code Y65.8 comme diagnostic de type 9</p> <p>OU</p> <p>M96.6 codifié comme diagnostic de type 2</p>
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Sorties d'un établissement de soins de courte durée	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)
Exclusion	<p> Patients âgés de moins de 65 ans à l'admission</p> <p>Critères non cliniques</p>	<p>Âge (en années) < 65</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détection des données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Références

1. Pulcins I, Wan E^v. In-hospital hip fractures in Canada: using information to improve patient safety. *Healthcare Quarterly*. 2004;7(4):25-27.
2. Corsinovi L, Bo M, Ricauda AN, et al. Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. Juillet 2009;49(1):142-145.
3. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. [Revue] [100 réf.]. *Age & Ageing*. Mars 2004;33(2):122-130.
4. Salgado RI, Lord SR, Ehrlich F, Janji N, Rahman A. Predictors of falling in elderly hospital patients. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. Mai 2004;38(3):213-219.
5. Ziden L, Wenestam CG, Hansson-Scherman M. A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clinical Rehabilitation*. Septembre 2008;22(9):801-811.
6. Johal KS, Boulton C, Moran CG. Hip fractures after falls in hospital: a retrospective observational cohort study. *Injury*. Février 2009;40(2):201-204.

v. Le nom de l'auteur a été mal orthographié dans la publication d'origine. Il devrait être « E. Wen ».

ii. Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins médicaux

Définition

Cet indicateur mesure le taux d'événements indésirables liés aux soins infirmiers pour tous les patients en soins médicaux. Les événements indésirables suivants sont inclus dans l'indicateur :

- a) Infections des voies urinaires;
- b) Ulcères de décubitus;
- c) Fractures à l'hôpital;
- d) Pneumonies.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre d'événements indésirables liés aux soins infirmiers sur 1 000 sorties de patients ayant reçu des soins médicaux.
- **Dénominateur** : Hospitalisations en soins de courte durée pour les patients ayant reçu des soins médicaux.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur et associés à au moins un événement indésirable.

Remarques

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle norme de codification des affections post-intervention, le 1^{er} avril 2009, la saisie des données sur les pneumonies post-admission s'est améliorée. Par conséquent, il se peut que les hôpitaux constatent une légère augmentation de leur taux d'événements indésirables pour 2009-2010. Pour en savoir plus sur la nouvelle norme de codification des affections post-intervention, veuillez consulter le chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes des *Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI*.

Selon nos analyses, environ 90 % de ces événements indésirables surviennent chez les patients âgés de 55 ans ou plus; c'est pourquoi l'indicateur englobe les personnes de 55 ans ou plus.

Justification

Une étude sur les événements indésirables a permis d'estimer à 70 000 le nombre d'événements indésirables évitables survenant annuellement dans les hôpitaux canadiens¹. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres études, les événements indésirables sont des incidents causés par la gestion médicale et non par les complications liées à une affection¹⁻³.

Selon les conclusions de certaines études, les événements indésirables font augmenter les coûts des soins aux patients^{4, 5}, et la dotation en personnel infirmier, en particulier, est associée aux événements indésirables comme les pneumonies⁶, les infections des voies urinaires^{6, 7}, les ulcères de décubitus⁷ et les chutes à l'hôpital^{7, 8}.

Bien que le personnel infirmier ne soit pas seul responsable des événements indésirables survenant à l'hôpital, beaucoup estiment qu'il existe un lien solide entre la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients^{9, 10}. Le présent indicateur peut aider les hôpitaux à déceler les éventuels problèmes sur le plan des soins infirmiers. Une enquête et une analyse approfondies fondées sur les résultats de l'indicateur peuvent mener à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas inclus dans le dénominateur et associés à au moins un événement indésirable lié aux soins infirmiers, codifié comme un diagnostic de type 2 relatif à l'une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection des voies urinaires, siège non précisé • Ulcères de pression : ulcère de décubitus • Fractures à l'hôpital <ul style="list-style-type: none"> – Fracture de l'épaule et du bras – Fracture de l'avant-bras – Fracture au poignet et à la main – Fracture du fémur – Fracture de la jambe, y compris la cheville (comprend la malléole) – Fracture du pied, sauf la cheville – Fractures de plusieurs parties d'un membre supérieur – Fractures de plusieurs parties d'un membre inférieur – Fractures de plusieurs parties des deux membres supérieurs – Fractures de plusieurs parties des deux membres inférieurs – Fractures de plusieurs parties des membres supérieurs – Fracture d'un membre supérieur, niveau non précisé – Fracture d'un membre inférieur, niveau non précisé • Pneumonie : pneumonie non virale 	<p>L'un des codes suivants de la CIM-10-CA comme diagnostic de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> N39.0 L89.^ S42.^ S52.^ S62.^ S72.^ S82.^ S92.^ T02.2^ T02.3^ T02.4^ T02.5^ T02.6^ T10.^ T12.^ J13, J14, J15.^, J16.^, J18.^, J85.1 ou J69.0

Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Patients hospitalisés</p> <p>ET</p> <p>Patients assignés au groupe de patients en soins médicaux (selon la CCP)</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>Fondés sur les groupes de patients des CCP (consultez l'annexe A)</p>
Dénominateur		
	Critères	Codes
Exclusion	<p> Patients âgés de moins de 55 ans à l'admission</p> <p>Critères non cliniques</p>	<p>Âge (en années) < 55</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Les taux élevés ou faibles obtenus à cet indicateur doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent résulter de pratiques de codification non uniformes d'un hôpital à l'autre au moment de la déclaration des événements indésirables post-admission à la BDCP.

Références

1. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 25 mai 2004;170(11):1678-1686.
2. Organisation mondiale de la Santé. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf. Dernière modification en 2005. Consulté le 3 août 2010.
3. Kellogg VA, Havens DS. Adverse events in acute care: an integrative literature review. [Revue] [100 réf.]. *Research in Nursing & Health*. Octobre 2003;26(5):398-408.
4. Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*. Mars 2003;52(2):71-79.
5. Pappas SH. The cost of nurse-sensitive adverse events. *Journal of Nursing Administration*. Mai 2008;38(5):230-236.
6. Needleman J, Buerhaus PI, Stewart M, Zelevinsky K, Mattke S. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality?. [Erratum publié dans Health Aff (Millwood)]. Mars-avril 2006; 25(2):571]. *Health Affairs*. Janvier 2006;25(1):204-211.
7. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care*. Janvier 2003;41(1):142-152.
8. Blegen MA, Vaughn TE, Goode CJ. Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*. Janvier 2001;31(1):33-39.
9. White P, Hall ML. Chapter 6: Patient Safety Outcomes. In : Doran DM, dir. *Nursing Sensitive Outcomes: State of the Science*. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Pub.; 2003;211-242.
10. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Staffing for Safety: A Synthesis of the Evidence on Nurse Staffing and Patient Safety. http://www.chsrf.ca/Migrated/pdf/researchReports/commissionedResearch/staffing_for_safety_policy_synth_e.pdf. Dernière modification en 2006. Consulté le 16 octobre 2012.

iii. Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins chirurgicaux

Définition

Cet indicateur mesure le taux d'événements indésirables liés aux soins infirmiers pour tous les patients en soins chirurgicaux. Les événements indésirables suivants sont inclus dans cet indicateur :

- a) Infections des voies urinaires;
- b) Ulcères de décubitus;
- c) Fractures à l'hôpital;
- d) Pneumonies.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre d'événements indésirables liés aux soins infirmiers sur 1 000 sorties de patients ayant reçu des soins chirurgicaux.
- **Dénominateur** : Hospitalisations en soins de courte durée pour les patients ayant reçu des soins chirurgicaux.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur et associés à au moins un événement indésirable.

Remarques

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle norme de codification des affections post-intervention, le 1^{er} avril 2009, la saisie des données sur les pneumonies post-admission s'est améliorée. Par conséquent, il se peut que les hôpitaux constatent une légère augmentation de leur taux d'événements indésirables pour 2009-2010. Pour en savoir plus sur la nouvelle norme de codification des affections post-intervention, veuillez consulter le chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes des *Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI*.

Selon nos analyses, environ 90 % de ces événements indésirables surviennent chez les patients âgés de 55 ans ou plus; c'est pourquoi l'indicateur englobe les personnes âgées de 55 ans ou plus.

Justification

Une étude sur les événements indésirables a permis d'estimer à 70 000 le nombre d'événements indésirables évitables survenant annuellement dans les hôpitaux canadiens¹. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres études, les événements indésirables sont des incidents causés par la gestion médicale et non par les complications liées à une affection¹⁻³.

Selon les conclusions de certaines études, les événements indésirables font augmenter les coûts des soins aux patients^{4, 5}, et la dotation en personnel infirmier, en particulier, est associée aux événements indésirables comme les pneumonies⁶, les infections des voies urinaires^{6, 7}, les ulcères de décubitus⁷ et les chutes à l'hôpital^{7, 8}.

Bien que le personnel infirmier ne soit pas seul responsable des événements indésirables survenant à l'hôpital, beaucoup estiment qu'il existe un lien solide entre la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients^{9, 10}. Le présent indicateur peut aider les hôpitaux à déceler les éventuels problèmes sur le plan des soins infirmiers. Une enquête et une analyse approfondies fondées sur les résultats de l'indicateur peuvent mener à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas inclus dans le dénominateur et associés à au moins un événement indésirable lié aux soins infirmiers, codifié comme un diagnostic de type 2 relatif à l'une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection des voies urinaires, siège non précisé • Ulcères de pression : ulcère de décubitus • Fractures à l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> – Fracture de l'épaule et du bras – Fracture de l'avant-bras – Fracture au poignet et à la main – Fracture du fémur – Fracture de la jambe, y compris la cheville (comprend la malléole) – Fracture du pied, sauf la cheville – Fractures de plusieurs parties d'un membre supérieur – Fractures de plusieurs parties d'un membre inférieur – Fractures de plusieurs parties des deux membres supérieurs – Fractures de plusieurs parties des deux membres inférieurs – Fractures de plusieurs parties des membres supérieurs – Fracture d'un membre supérieur, niveau non précisé – Fracture d'un membre inférieur, niveau non précisé • Pneumonie : pneumonie non virale 	<p>L'un des codes suivants de la CIM-10-CA codifié comme diagnostic de type 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> N39.0 L89.^ S42.^ S52.^ S62.^ S72.^ S82.^ S92.^ T02.2^ T02.3^ T02.4^ T02.5^ T02.6^ T10.^ T12.^ J13, J14, J15.^, J16.^, J18.^, J85.1 ou J69.0

Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Patients hospitalisés</p> <p>ET</p> <p>Patients assignés au groupe de patients en soins chirurgicaux (selon la CCP)</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>Fondés sur les groupes de patients des CCP (consultez l'annexe A)</p>
Exclusion	<p> Patients âgés de moins de 55 ans à l'admission</p> <p>Critères non cliniques</p>	<p>Âge (en années) < 55</p> <p>Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).</p>

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Les taux élevés ou faibles obtenus à cet indicateur doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent résulter de pratiques de codification non uniformes d'un hôpital à l'autre au moment de la déclaration des événements indésirables post-admission à la BDCP.

Références

1. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 25 mai 2004;170(11):1678-1686.
2. Organisation mondiale de la Santé. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf. Dernière modification en 2005. Consulté le 3 août 2010.
3. Kellogg VA, Havens DS. Adverse events in acute care: an integrative literature review. [Revue] [100 réf.]. *Research in Nursing & Health*. Octobre 2003;26(5):398-408.
4. Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*. Mars 2003;52(2):71-79.
5. Pappas SH. The cost of nurse-sensitive adverse events. *Journal of Nursing Administration*. Mai 2008;38(5):230-236.
6. Needleman J, Buerhaus PI, Stewart M, Zelevinsky K, Mattke S. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality?. [Erratum publié dans Health Aff (Millwood)]. Mars-avril 2006;25(2):571]. *Health Affairs*. Janvier 2006;25(1):204-211.

7. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care*. Janvier 2003;41(1):142-152.
8. Blegen MA, Vaughn TE, Goode CJ. Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*. Janvier 2001;31(1):33-39.
9. White P, Hall ML. Chapter 6: Patient Safety Outcomes. In : Doran DM, dir. *Nursing Sensitive Outcomes: State of the Science*. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Pub.; 2003;211-242.
10. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Staffing for Safety: A Synthesis of the Evidence on Nurse Staffing and Patient Safety. http://www.chsrf.ca/Migrated/pdf/researchReports/commissionedResearch/staffing_for_safety_policy_synth_e.pdf. Dernière modification en 2006. Consulté le 16 octobre 2012.

iv. Traumatisme obstétrical — accouchement vaginal avec instrument

Définition

Cet indicateur mesure le taux de traumatismes obstétricaux (déchirures du quatrième degré ou plus graves) lors d'accouchements vaginaux avec instrument.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre de traumatismes obstétricaux sur 100 accouchements vaginaux avec instrument.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un accouchement vaginal avec instrument.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur et associés à un traumatisme obstétrical.

Remarque

Suivant les données cliniques et les résultats d'une analyse documentaire, l'indicateur a été restreint aux déchirures du quatrième degré et aux traumatismes obstétricaux graves, comme les déchirures vaginales hautes et les traumatismes des organes pelviens. Les déchirures du quatrième degré ou plus nécessitent une réparation chirurgicale et sont souvent associées à des complications chroniques¹.

Justification

Les traumatismes obstétricaux sont parmi les événements indésirables les plus courants au Canada². Dans les hôpitaux canadiens (à l'exclusion de ceux du Québec), environ 9 100 traumatismes obstétricaux ont été déclarés chaque année entre 2003 et 2006². Ce type de traumatisme peut entraîner des séjours plus longs chez les mères² et des complications chroniques comme l'incontinence fécale³ et les prolapsus utérins⁴.

Parmi les facteurs de risque des traumatismes obstétricaux, mentionnons notamment un fœtus de grande taille, un accouchement prématuré, une grossesse prolongée, un travail prolongé, l'âge de la mère et l'extraction avec épisiotomie^{2, 5, 6}. L'utilisation d'instruments lors d'un accouchement vaginal est l'un des plus importants facteurs de risque de traumatisme obstétrical pouvant être modifié^{2, 6}. De 2003-2004 à 2005-2006, on a eu recours à des instruments dans environ 15 % des accouchements vaginaux au Canada (à l'exclusion du Québec)². Cependant, grâce à une formation appropriée et le respect des lignes directrices sur les pratiques exemplaires lors des accouchements vaginaux avec instrument, les hôpitaux peuvent réduire le risque de traumatisme obstétrical.

Les indicateurs de traumatismes obstétricaux visent à signaler les points à améliorer et permettent de cibler les processus de soins devant être évalués à l'échelle de l'hôpital.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas inclus dans le dénominateur et associés à au moins un traumatisme obstétrical (toute affection ou intervention incluse dans la liste suivante) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déchirure obstétricale du périnée, du quatrième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Déchirure obstétricale du col de l'utérus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Déchirure obstétricale vaginale haute isolée, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Autres lésions obstétricales des organes pelviens, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Réparation chirurgicale, postpartum, d'une lacération obstétricale : <ul style="list-style-type: none"> – Lacération obstétricale du corps de l'utérus – Lacération obstétricale récente du col lors d'un accouchement par voie basse – Déchirure, lacération obstétricale récente de la vessie et de l'urètre – Déchirure, lacération obstétricale récente du rectum et du sphincter externe de l'anus 	<p>L'un des codes suivants de la CIM-10-CA, codifié comme diagnostic de type M ou 1 seulement</p> <p>O70.301</p> <p>O71.301</p> <p>O71.401</p> <p>O71.501</p> <p>Codes de la CCI :</p> <p>5.PC.80.JH</p> <p>5.PC.80.JJ</p> <p>5.PC.80.JR</p> <p>5.PC.80.JQ et l'un des codes de diagnostic de déchirure ou de lésion ci-dessus, codifié comme diagnostic de type M ou 1</p>
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Accouchement vaginal dans le cadre d'une hospitalisation</p> <p>ET</p> <p>Codes d'accouchement</p> <p>ET</p> <p>Accouchement vaginal avec instrument</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98-O99, dont le sixième caractère est 1 ou 2</p> <p>OU</p> <p>Le code Z37, peu importe sa position</p> <p>ET</p> <p>Code de la CCI : 5.MD.53^{^^}, 5.MD.54^{^^}, 5.MD.55^{^^}, 5.MD.56.NN, 5.MD.56.PC, 5.MD.56.NR, 5.MD.56.PF, 5.MD.56.NW ou 5.MD.56.PJ</p>

Dénominateur		
	Critères	Codes
Exclusion	Patientes âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans à l'admission	Âge (en années) < 13 ou > 64
	Césariennes	5.MD.60.^
	Interventions d'avortement ou grossesses se terminant par un avortement	CCI : 5.CA.88.^, 5.CA.89.^ ou 5.CA.93.^
	Critères non cliniques	OU CIM-10-CA : Z37 ET O00-O08 Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Les données révèlent que certaines provinces et certains territoires présentent un taux beaucoup plus élevé de déchirures obstétricales comparativement à d'autres. Une exploration des données et une discussion approfondies ont permis de déterminer que cette incohérence pourrait résulter de l'utilisation de codes inappropriés dans les cas documentés de diagnostics de déchirures vaginales mineures et de déchirures péri-urétrales (codes O71.401 et O71.501). L'ICIS a consulté la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) à ce sujet. L'index alphabétique et la table analytique de la version 2009 de la CIM-10-CA ont ensuite été mis à jour afin que ces deux types de déchirures soient classifiées adéquatement et de façon uniforme. Par conséquent, le taux de déchirures obstétricales sera davantage comparable.

Références

1. Nichols CM, Lamb EH, Ramakrishnan V. Differences in outcomes after third- versus fourth-degree perineal laceration repair: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Juin, 534;193(2):530-534.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Patient Safety in Canada: An Update. https://secure.cihi.ca/free_products/Patient_Safety_AIB_EN_070814.pdf. Dernière modification en 2007.
3. Martinez Hernandez MP, Villanueva SE, Jaime ZM, Sandoval Munro RD, Rocha Ramirez JL. Endoanal sonography in assessment of fecal incontinence following obstetric trauma. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. Décembre 2003;22(6):616-621.
4. Mailhot T. Uterine Prolapse. eMedicine. <http://www.emedicine.com/emerg/topic629.htm>. Dernière modification en 2009. Consulté le 22 juillet 2010.
5. Grobman WA, Feinglass J, Murthy S. Are the Agency for Healthcare Research and Quality obstetric trauma indicators valid measures of hospital safety? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Septembre 2006;195(3):868-874.
6. Dandolu V, Chatwani A, Harmanli O, Floro C, Gaughan JP, Hernandez E. Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. *International Urogynecology Journal*. Juillet 2005;16(4): 304-307.

v. Traumatisme obstétrical — accouchement vaginal sans instrument

Définition

Cet indicateur mesure le taux de traumatismes obstétricaux (déchirures du quatrième degré ou plus graves) lors d'accouchements vaginaux sans instrument.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre de traumatismes obstétricaux sur 100 accouchements vaginaux sans instrument.
- **Dénominateur** : Sorties à la suite d'un accouchement vaginal sans instrument.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur et associés à un traumatisme obstétrical, en fonction des codes de diagnostic ou d'intervention.

Remarque

Suivant les données cliniques et les résultats d'une analyse documentaire, l'indicateur a été restreint aux déchirures du quatrième degré et aux traumatismes obstétricaux graves, comme les déchirures vaginales hautes et les traumatismes des organes pelviens. Les déchirures du quatrième degré ou plus nécessitent une réparation chirurgicale et sont souvent associées à des complications chroniques¹.

Justification

Les traumatismes obstétricaux sont parmi les événements indésirables les plus courants au Canada². Dans les hôpitaux canadiens (à l'exclusion de ceux du Québec), environ 9 100 traumatismes obstétricaux ont été déclarés chaque année entre 2003 et 2006². Ce type de traumatisme peut entraîner des séjours plus longs chez les mères² et des complications chroniques comme l'incontinence fécale³ et les prolapsus utérins⁴.

Parmi les facteurs de risque des traumatismes obstétricaux, mentionnons notamment un fœtus de grande taille, un accouchement prématuré, une grossesse prolongée, un travail prolongé, l'âge de la mère, l'extraction avec épisiotomie et l'utilisation d'instruments^{2, 5, 6}.

Les indicateurs de traumatismes obstétricaux visent à signaler les points à améliorer et permettent de cibler les processus de soins devant être évalués à l'échelle de l'hôpital.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas inclus dans le dénominateur et associés à au moins un traumatisme obstétrical (toute affection ou intervention incluse dans la liste suivante) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déchirure obstétricale du périnée, du quatrième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Déchirure obstétricale du col de l'utérus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Déchirure obstétricale vaginale haute isolée, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Autres lésions obstétricales des organes pelviens, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum • Réparation chirurgicale, postpartum, d'une lacération obstétricale : <ul style="list-style-type: none"> – Lacération obstétricale du corps de l'utérus – Lacération obstétricale récente du col lors d'un accouchement par voie basse – Déchirure, lacération obstétricale récente de la vessie et de l'urètre – Déchirure, lacération obstétricale récente du rectum et du sphincter externe de l'anus 	<p>L'un des codes suivants de la CIM-10-CA, codifié comme diagnostic de type M ou 1 seulement</p> <p>O70.301</p> <p>O71.301</p> <p>O71.401</p> <p>O71.501</p> <p>Codes de la CCI :</p> <p>5.PC.80.JH</p> <p>5.PC.80.JJ</p> <p>5.PC.80.JR</p> <p>5.PC.80.JQ et l'un des codes de diagnostic de déchirure ou de lésion ci-dessus, codifié comme diagnostic de type M ou 1</p>
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Accouchement vaginal dans le cadre d'une hospitalisation</p> <p>ET</p> <p>Codes d'accouchement</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98-O99, dont le sixième caractère est 1 ou 2</p> <p>OU</p> <p>Code Z37, peu importe sa position</p>

Dénominateur		
	Critères	Codes
Exclusion	Patientes âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans à l'admission	Âge (en années) < 13 ou > 64
	Accouchements avec instrument	Code de la CCI : 5.MD.53 ^{^^} , 5.MD.54 ^{^^} , 5.MD.55 ^{^^} , 5.MD.56.NN, 5.MD.56.PC, 5.MD.56.NR, 5.MD.56.PF, 5.MD.56.NW ou 5.MD.56.PJ
	Toutes les césariennes	5.MD.60. ^{^^}
	Interventions d'avortement ou grossesses se terminant par un avortement	CCI : 5.CA.88. ^{^^} , 5.CA.89. ^{^^} ou 5.CA.93. ^{^^}
	Critères non cliniques	OU CIM-10-CA : Z37 ET O00-O08 Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Note explicative

Un taux bas est souhaitable pour cet indicateur.

Les données révèlent que certaines provinces et certains territoires présentent un taux beaucoup plus élevé de déchirures obstétricales comparativement à d'autres. Une exploration des données et une discussion approfondies ont permis de déterminer que cette incohérence pourrait résulter de l'utilisation de codes inappropriés dans les cas documentés de diagnostics de déchirures vaginales mineures et de déchirures péri-urétrales (codes O71.401 et O71.501). L'ICIS a consulté la SOGC à ce sujet. L'index alphabétique et la table analytique de la version 2009 de la CIM-10-CA ont ensuite été mis à jour afin que ces deux types de déchirures soient classifiées adéquatement et de façon uniforme. Par conséquent, le taux de déchirures obstétricales sera plus comparable.

Références

1. Nichols CM, Lamb EH, Ramakrishnan V. Differences in outcomes after third- versus fourth-degree perineal laceration repair: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Juin, 534;193(2):530-534.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Patient Safety in Canada: An Update. https://secure.cihi.ca/free_products/Patient_Safety_AIB_EN_070814.pdf. Dernière modification en 2007.
3. Martinez Hernandez MP, Villanueva SE, Jaime ZM, Sandoval Munro RD, Rocha Ramirez JL. Endoanal sonography in assessment of fecal incontinence following obstetric trauma. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. Décembre 2003;22(6):616-621.
4. Mailhot T. Uterine Prolapse. eMedicine. <http://www.emedicine.com/emerg/topic629.htm>. Dernière modification en 2009. Consulté le 22 juillet 2010.
5. Grobman WA, Feinglass J, Murthy S. Are the Agency for Healthcare Research and Quality obstetric trauma indicators valid measures of hospital safety? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Septembre 2006;195(3):868-874.
6. Dandolu V, Chatwani A, Harmanli O, Floro C, Gaughan JP, Hernandez E. Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. *International Urogynecology Journal*. Juillet 2005; 16(4):304-307.

16 Indicateurs : pertinence et accessibilité

i. Taux de césariennes excluant les accouchements avant terme et les grossesses multiples

Définition

Cet indicateur mesure le taux d'accouchements par césarienne, à l'exclusion des accouchements avant terme et des grossesses multiples.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre de césariennes sur 100 accouchements.
- **Dénominateur** : Hospitalisations durant lesquelles un accouchement a été enregistré, à l'exclusion des accouchements avant terme et des naissances multiples.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur et associés à un accouchement par césarienne.

Remarque

Les données du Québec sont incluses dans les résultats de 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011.

Justification

Cet indicateur est un complément de l'indicateur Taux de césariennes. Les accouchements avant terme et les naissances multiples font partie des indications principales de la césarienne¹⁻³. Il se peut que les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires présentent un taux plus élevé de tels cas complexes. L'exclusion de ces cas de l'analyse permettra d'offrir aux hôpitaux un portrait plus précis de leur taux de césariennes et d'accroître la comparabilité des taux entre les hôpitaux.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas inclus dans le dénominateur et associés à un accouchement par césarienne non pratiqué hors hôpital	CCI : 5.MD.60.^ et indicateur hors hôpital ≠ Y
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Accouchements à l'hôpital ET Codes d'accouchement	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET CIM-10-CA : O10-O16, O21-O26, O28-O37, O40-O46, O48, O60-O75, O85-O92, O95 ou O98-O99, dont le sixième caractère est 1 ou 2 OU Z37

Dénominateur		
	Critères	Codes
Exclusion	Interventions d'avortement ou grossesses se terminant par un avortement	CCI : 5.CA.88.^, 5.CA.89.^ ou 5.CA.93.^
		OU
	Grossesses multiples	CIM-10-CA : Z37 ET O00-O08
	Accouchements avant terme	CIM-10-CA : O30^^
	Patientes âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans à l'admission	CIM-10-CA : O60^^
	Âge (en années) < 13 ou > 64	
	Critères non cliniques	Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détection des données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Note explicative

Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à surveiller les pratiques cliniques. Il est implicitement entendu que des taux faibles signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Canadian Perinatal Health Report, 2008 Edition. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-eng.pdf>. Dernière modification en 2008.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2009*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
3. Millar WJ, Nair C, Wadhera S. Declining cesarean section rates: a continuing trend? *Health Reports*. 1917;8(1):17-24.

ii. Accouchement vaginal après césarienne

Définition

Cet indicateur mesure le taux de femmes accouchant par voie vaginale après avoir subi une césarienne lors d'un accouchement précédent.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission. L'indicateur est exprimé en nombre d'accouchements vaginaux sur 100 accouchements avec antécédents de césarienne.
- **Dénominateur** : Hospitalisations pour accouchement avec antécédents de césarienne.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur et associé à un accouchement vaginal après césarienne.

Remarque

Les données du Québec sont incluses dans les résultats de 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011.

Justification

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus fréquentes chez les Canadiennes. On y a actuellement recours dans plus de 25 % des accouchements¹. En 2007-2008, environ 80 % des femmes ayant des antécédents de césarienne ont accouché par césarienne¹. Le taux croissant de césariennes pratiquées chez les Canadiennes est préoccupant, puisque cette intervention est associée à un risque accru de morbidité maternelle^{2,3} et est plus coûteuse que l'accouchement par voie vaginale⁴. En 2008, en réaction à l'augmentation du nombre de naissances par césarienne au Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié une déclaration de principe afin de promouvoir l'accouchement normal dans les hôpitaux canadiens⁵.

Selon la SOGC, les données disponibles sont suffisantes pour démontrer que l'accouchement vaginal chez les femmes ayant déjà accouché par césarienne (accouchement vaginal après césarienne, ou AVAC) est sécuritaire et donne de bons résultats⁶. Les AVAC réussis sont associés à des antécédents d'accouchement vaginal spontané (antérieur à la première césarienne), à un âge maternel inférieur à 40 ans, à un poids à la naissance de moins de 4 000 grammes et à l'absence de facteurs de risques connus de morbidité maternelle, comme l'obésité, des antécédents de dystocie et les césariennes répétées⁷. Le risque le plus important chez les femmes qui tentent d'accoucher par voie vaginale après une césarienne est la rupture utérine, qu'on estime survenir dans 0,7 % à 1,3 % des cas^{7,8}.

Les taux normaux canadiens d'AVAC et de césariennes sont encore incertains; il est donc essentiel de comparer les taux au fil du temps et entre les hôpitaux pour mieux comprendre les habitudes de pratique et les résultats pour les mères.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas inclus dans le dénominateur et associés à un accouchement par voie vaginale après une césarienne	CIM-10-CA : O75.701
Exclusion	Accouchements par césarienne	CCI : 5.MD.60.^
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Accouchements dans le cadre d'une hospitalisation ET Enregistrement d'un accouchement avec des antécédents de césarienne : <ul style="list-style-type: none"> • Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure • Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI • Échec de l'épreuve de travail après une césarienne 	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée) ET Code de la CIM-10-CA, peu importe sa position : O34.201 O75.701 O66.401
Exclusion	Patientes âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans à l'admission Interventions d'avortement ou grossesses se terminant par un avortement Critères non cliniques	Âge (en années) < 13 ou > 64 CCI : 5.CA.88.^, 5.CA.89.^ ou 5.CA.93.^ OU CIM-10-CA : Z37 ET O00-O08 Consultez le tableau 2A de la section 5 (Détecter les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Note explicative

Il est implicitement entendu que des taux élevés signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2009*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
2. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*. Mai 2004;103(5:Pt 1):t-12.
3. Liu S, Liston RM, Joseph KS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*. 13 février 2007;176(4):455-460.
4. Institut canadien d'information sur la santé. *Giving Birth in Canada: The Costs*. Ottawa, ON : ICIS; 2006.
5. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, Association canadienne des sages-femmes, Collège des médecins de famille du Canada et Société de la médecine rurale du Canada. Joint Policy Statement on Normal Childbirth. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 221. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30(12):1163-1165.
6. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. SOGC Clinical Practice Guidelines: Guidelines for Vaginal birth After Previous Caesarean Birth. <http://www.sogc.org/guidelines/public/155E-CPG-February2005.pdf>. Dernière modification en 2005.
7. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. [Revue] [32 réf.]. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Septembre 2008;199(3):224-231.
8. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *New England Journal of Medicine*. 16 décembre 2004;351(25):2581-2589.

iii. Coronarographie à la suite d'un infarctus aigu du myocarde

Définition

Cet indicateur mesure le taux de coronarographie au cours des épisodes de soins chez les patients hospitalisés pour un premier infarctus aigu du myocarde (IAM).

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'épisode de soins. L'indicateur est exprimé en nombre de coronarographies pratiquées sur 100 épisodes d'admission pour un premier IAM.
- **Dénominateur** : Premiers épisodes d'IAM survenus au cours d'un exercice.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une coronarographie a été pratiquée au cours du même épisode de soins.

Remarques

Pour les épisodes de soins multihôpitaux, le cas du dénominateur est attribué à l'hôpital où le patient a été admis au début de l'épisode.

S'il y a eu plus d'un épisode de soins pour IAM chez un même patient au cours d'un exercice, seul le premier épisode d'IAM est comptabilisé.

Les épisodes inclus dans le dénominateur doivent être des cas de patients hospitalisés dès l'admission, le diagnostic d'intérêt ayant été posé au cours de la première hospitalisation de l'épisode de soins.

Les épisodes d'IAM chez les patients ayant déjà été hospitalisés pour IAM au cours des 12 derniers mois sont exclus (contrôlés).

Justification

La coronarographie renseigne sur la structure de l'anatomie coronarienne, ce qui peut être très utile pour évaluer la gravité de l'état de santé¹ des patients atteints de maladies cardiaques et orienter leur prise en charge de manière adéquate².

La coronarographie est recommandée chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI, soit la forme la plus grave d'IM) et souffrant d'une instabilité électrique cardiaque ou hémodynamique. Elle est également recommandée chez les candidats à la revascularisation (intervention coronarienne percutanée ou pontage aortocoronarien) et à la réparation chirurgicale d'une rupture septale ventriculaire³. Chez les patients n'ayant pas subi de STEMI et les patients angineux qui présentent un risque élevé, les stratégies diagnostiques effractives comme l'angiographie précoce sont généralement préférables^{4, 5}. Les délais avant l'angiographie sont associés à un risque accru d'événements indésirables et à des séjours plus longs chez les patients qui présentent un risque élevé et qui n'ont pas subi de STEMI⁶.

Il se peut que l'angiographie ne convienne pas à tous les patients ayant subi un IAM; les dispensateurs de soins de santé doivent prendre la décision en fonction des risques et des bienfaits pour le patient en tenant compte de ses caractéristiques et de son état de santé^{2, 4}. Bien que notre indicateur dans sa forme actuelle n'établisse pas de distinction entre les patients ayant subi un STEMI et les autres patients, les hôpitaux peuvent s'en servir comme point de départ d'un examen approfondi de la pertinence de cette technique diagnostique.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas où une coronarographie a été pratiquée au cours du même épisode de soins	Code de la CCI : 3.IP.10.VX
Dénominateur (épisode de référence)		
	Critères	Codes
Inclusion	Épisodes où le cas d'IAM a commencé dans le cadre d'une hospitalisation	Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)
	ET	ET
	Admissions pour un premier IAM au cours de l'exercice courant	Date d'admission entre le 1 ^{er} avril et le 31 mars de l'exercice
	ET	ET
	IAM	L'un des critères suivants : a) Un IAM (CIM-10-CA : I21.^ ou I22.^) est codifié comme diagnostic de type M, mais non également de type 2
		OU
		b) Un autre diagnostic est codifié comme type M, mais également comme type 2, et un diagnostic d'IAM est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2)
		OU
		c) Une coronaropathie (CIM-10-CA : I25.0, I25.1, I25.8 ou I25.9) est codifiée comme diagnostic de type M et l'IAM est codifié comme type 1 (ou type W, X ou Y, mais non également comme type 2)
		ET
		Une intervention de revascularisation est codifiée comme :
		<ul style="list-style-type: none"> • Intervention coronarienne percutanée (CCI : 1.IJ.50^^, 1.IJ.57.GQ^^ ou 1.IJ.54.GQ.AZ*) ou • Pontage, artères coronaires (CCI : 1.IJ.76^^)

Dénominateur (épisode de référence)		
	Critères	Codes
	Exclusion Autre IAM dans les 12 derniers mois	Admissions pour un IAM (CIM-10-CA : I21.^ ou I22.^ codifié comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y) dans les 12 mois précédant la date d'admission sur l'enregistrement de référence pour l'IAM
	Patients âgés de 19 ans ou moins à l'admission	Âge (en années) sur l'enregistrement de référence pour l'IAM ≤ 19
	Critères non cliniques	Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).

Remarque

* Le code 1.IJ.54.GQ-AZ de la CCI a été désactivé en 2009. Il a été utilisé dans les calculs pour 2007-2008 et 2008-2009 seulement.

Note explicative

Il est implicitement entendu que des taux élevés signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, des taux très élevés devraient être examinés de près, car ils peuvent être signe de surutilisation.

Références

1. Lange RA, Hillis LD. Cardiology patient pages. Diagnostic cardiac catheterization. *Circulation*. 6 mai 2003;107(17):e111-e113.
2. King SB, III, Smith SC, Jr., Hirshfeld JW, Jr., et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Writing on Behalf of the 2005 Writing Committee.[Erratum publié dans *Circulation*. 12 février 2008;117(6):e161]. *Circulation*. 15 janvier 2008;117(2):261-295.
3. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction).[Erratum publié dans *Circulation*. 19 avril 2005;111(15):2013]. *Circulation*. 3 août 2004;110(5):588-636.
4. Hoenig MR, Doust JA, Aroney CN, Scott IA. Early invasive versus conservative strategies for unstable angina & non-ST-elevation myocardial infarction in the stent era. [Revue] [95 réf.] [Update in *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD004815; PMID: 20238333]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3):CD004815, 2006. 2006;(3):CD004815.

5. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine.[Erratum publié dans J Am Coll Cardiol. 4 mars 2008;51(9):974]. *Journal of the American College of Cardiology*. 14 août 2007; 50(7):e1-e157.
6. Swanson N, Montalescot G, Eagle KA, et al. Delay to angiography and outcomes following presentation with high-risk, non-ST-elevation acute coronary syndromes: results from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Heart*. Mars 2009;95(3):211-215.

iv. Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission : temps d'attente à l'échelle de l'ensemble des établissements

NOUVEAU

Définition

Cet indicateur mesure la proportion de chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant la première admission à l'échelle de l'ensemble des établissements.

- **Unité d'analyse** : L'unité de mesure de cet indicateur est l'admission ou des admissions multiples. L'indicateur est exprimé en nombre de chirurgies pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission sur 100 chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche.
- **Dénominateur** : Cas de patients hospitalisés associés à une fracture de la hanche préadmission et à une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
- **Numérateur** : Cas inclus dans le dénominateur où une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche a été pratiquée dans les 48 heures suivant l'admission.

Remarques

Dans les cas où le calcul du temps d'attente inclut des séjours dans plus d'un hôpital, le temps d'attente total est attribué à l'hôpital où la chirurgie a été pratiquée.

Dans les cas où la chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche n'a pas été pratiquée durant l'hospitalisation de référence, les enregistrements sont couplés selon les critères suivants :

- L'hospitalisation de référence et l'hospitalisation associée à la chirurgie ont le même code de diagnostic de fracture de la hanche à quatre caractères de la CIM-10-CA.
- Il s'est écoulé 28 jours ou moins entre la date d'admission pour l'hospitalisation de référence et la date d'admission pour l'hospitalisation associée à la chirurgie.
- Les enregistrements d'hospitalisation comprenant un diagnostic de fracture de la hanche et une chirurgie connexe (hospitalisation associée à la chirurgie) sont d'abord sélectionnés, conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous. Ensuite, on détermine l'hospitalisation de référence.

Justification

Bien que le taux de fractures de la hanche ajusté selon l'âge au Canada ait diminué au cours des dernières années, le nombre absolu de fractures de la hanche continue d'augmenter en raison des changements dans la répartition de la population selon l'âge¹. En 2005, les dirigeants provinciaux et territoriaux ont déterminé que le temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche était prioritaire et l'ont inscrit sur la liste des délais de référence à l'échelle nationale, en précisant que le temps d'attente pour ce type de chirurgie devrait être inférieur à 48 heures².

Selon de nombreuses données probantes, les chirurgies pratiquées plus de 48 heures après l'admission sont associées à de moins bons résultats (comparativement à celles pratiquées en deçà du délai de 48 heures), en particulier en ce qui a trait à la durée du séjour à l'hôpital^{3, 4}, à la douleur autodéclarée⁴, à la mortalité dans les 30 jours⁵ et à la mortalité dans l'année⁵. En calculant le délai pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche, les hôpitaux ont l'occasion d'effectuer un suivi et d'améliorer l'accès à ce service de soins de santé.

Méthode de calcul

Numérateur		
	Critères	Codes
Inclusion	Cas inclus dans le dénominateur où une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche a été pratiquée dans les 48 heures suivant l'admission de référence	(Date et heure de la chirurgie) – (Date et heure de l'admission à la suite d'une fracture de la hanche) < 48 heures
Dénominateur		
	Critères	Codes
Inclusion	<p>Cas associés à une admission urgente ou très urgente dans un établissement de soins de courte durée</p> <p>ET</p> <p>Diagnostic de fracture de la hanche préadmission</p> <p>ET</p> <p>Chirurgie pratiquée à la suite d'une fracture de la hanche (fixation de l'articulation de la hanche, implantation d'un appareil interne à l'articulation de la hanche, fixation du fémur ou implantation d'un appareil interne au bassin)</p>	<p>Code du type d'établissement = 1 (soins de courte durée)</p> <p>ET</p> <p>Code de catégorie d'admission = U</p> <p>ET</p> <p>Codes de la CIM-10-CA</p> <p>a) S72.0^, S72.1^ ou S72.2^ codifié comme diagnostic de type M, mais non également de type 2;</p> <p>OU</p> <p>b) Un autre diagnostic est codifié comme type M et comme type 2, et S72.0^, S72.1^ ou S72.2^ est codifié comme type 1, W, X ou Y, mais non également comme type 2;</p> <p>OU</p> <p>c) Code de convalescence ou de rééducation (Z50.1, Z50.8, Z50.9, Z54.0, Z54.4, Z54.7, Z54.8 ou Z54.9) codifié comme diagnostic de type M, et S72.0^, S72.1^ ou S72.2^ codifié comme type 1, W, X ou Y, mais non comme type 2</p> <p>ET</p> <p>CCI : 1.VA.74.^, 1.VA.53.^, 1.VC.74^^ ou 1.SQ.53^^ avec attribut de situation ≠ A et indicateur hors hôpital ≠ Y</p> <p>Remarque : La chirurgie devrait être signalée à titre de chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche seulement lorsqu'un code de diagnostic de fracture de la hanche (critère a, b ou c ci-dessus) figure sur le même enregistrement d'hospitalisation.</p>

Dénominateur		
	Critères	Codes
Exclusion	Date d'intervention non valide pour la chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche	Date de l'intervention = manquante ou 01JAN9999
	Heure d'intervention non valide pour la chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche	Heure de l'intervention = manquante ou 9999
	Sortie contre l'avis du médecin ou non-retour d'un congé temporaire	Code d'état à la sortie = 06 (patient sorti contre l'avis du médecin) ou 12 (patient qui n'est pas revenu d'un congé temporaire)
	Patients âgés de moins de 65 ans à l'admission	Âge (en années) < 65
	Critères non cliniques	Consultez le tableau 2A de la section 5 (Déterminer les données sur les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour).
	Événements de fracture de la hanche où une autre fracture de la hanche est codifiée comme un diagnostic posé après l'admission dans l'enregistrement de l'hospitalisation de référence ou l'enregistrement de chirurgie, peu importe la catégorie d'admission	Code de catégorie d'admission = U ou L ET Code de la CIM-10-CA S72.0 [^] , S72.1 [^] ou S72.2 [^] comme diagnostic de type 2 sur l'enregistrement de l'hospitalisation initiale ou l'enregistrement de chirurgie

Note explicative

Un taux élevé est souhaitable pour cet indicateur. Veuillez prendre note que cet indicateur mesure le temps d'attente dans l'ensemble des établissements. Dans les cas où les patients sont transférés d'un hôpital à un autre pour subir la chirurgie, le temps passé dans le premier hôpital (ou les premiers hôpitaux) avant l'intervention est inclus dans le calcul du temps d'attente total. En raison de la complexité de la méthodologie, il se peut que les hôpitaux soient incapables de reproduire les résultats de cet indicateur avec leurs propres données.

Références

1. Leslie WD, O'Donnell S, Jean S, et al. Trends in hip fracture rates in Canada. *JAMA*. 26 août 2009;302(8):883-889.
2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. First Ever Common Benchmarks Will Allow Canadians to Measure Progress in Reducing Wait Times. <http://news.ontario.ca/archive/en/2005/12/12/First-ever-common-benchmarks-will-allow-Canadians-to-measure-progress-in-reducin.html>. Dernière modification en 2005. Consulté le 16 octobre 2012.
3. Khan SK, Kalra S, Khanna A, Thiruvengada MM, Parker MJ. Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291,413 patients. [Revue] [59 réf.]. *Injury*. Juillet 2009;40(7):692-697.
4. Orosz GM, Magaziner J, Hannan EL, et al. Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. *JAMA*. 14 avril 2004;291(14):1738-1743.
5. Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. [Revue] [28 réf.]. *Canadian Journal of Anaesthesia*. Mars 2008;55(3):146-154.

Annexe A : Liste des groupes de patients selon la CCP et la version 2011 de la GMA+

Groupe de patients en soins médicaux

Partition des diagnostics de la CCP comprenant des patients qui ne font pas également partie du groupe de patients en obstétrique (CCP 13), du groupe relatif aux nouveau-nés et aux patients néonataux (CCP 14) ou du groupe de patients en santé mentale (CCP 17).

Groupe de patients en soins chirurgicaux

Partition des diagnostics de la CCP comprenant des patients qui ne font pas également partie du groupe de patients en obstétrique (CCP 13), du groupe relatif aux nouveau-nés et aux patients néonataux (CCP 14) ou du groupe de patients en santé mentale (CCP 17).

Groupe de patients en soins obstétricaux (grossesse et accouchement)

CCP = 13

Groupe de patients relatif aux nouveau-nés et aux patients néonataux

CCP = 14

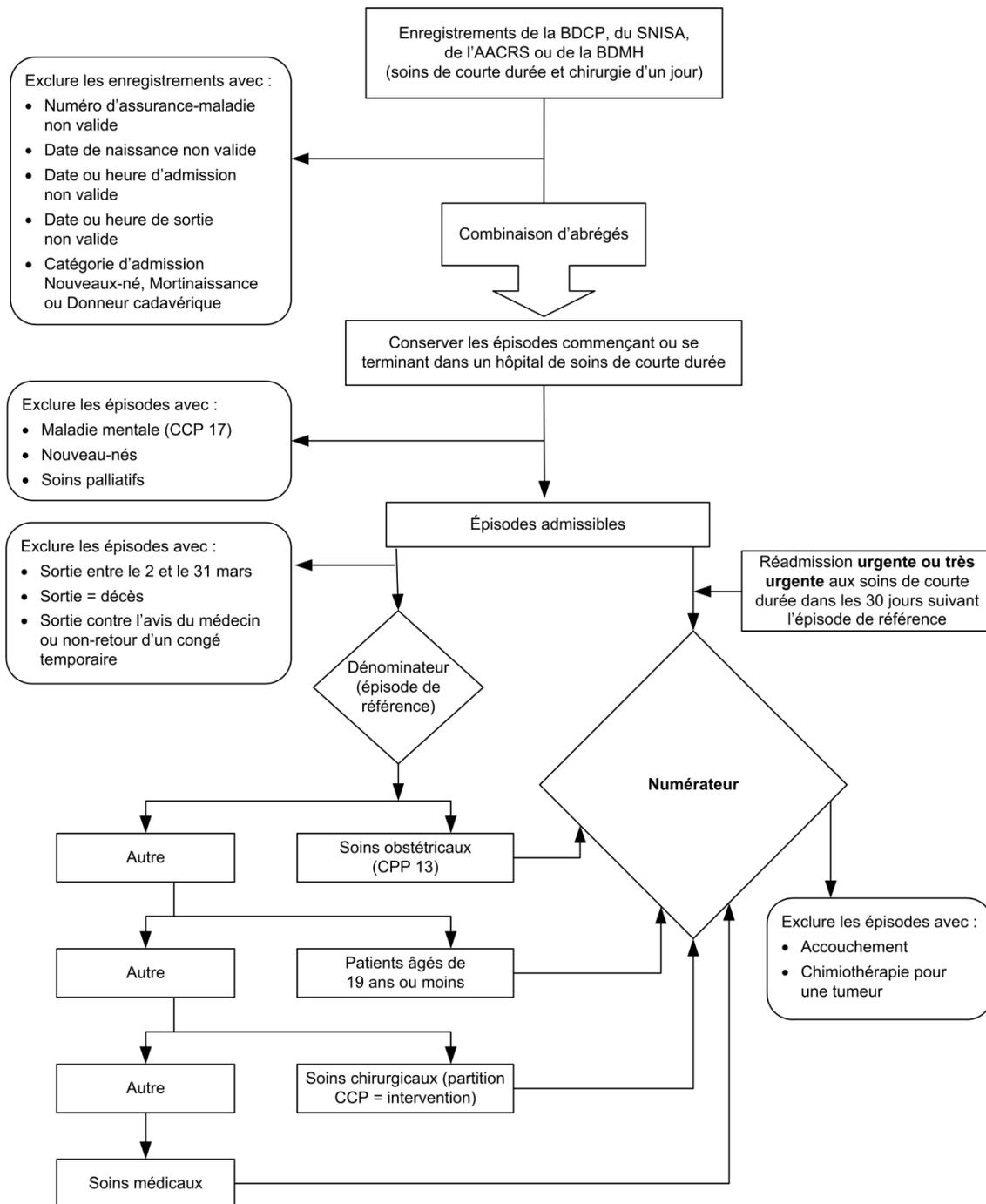
Groupe de patients en santé mentale

CCP = 17

Groupe de patients en chirurgie majeure

Les GMA suivants ne comprennent que les codes de la GMA+ 2011 liés à des interventions chirurgicales majeures : 001, 002, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 012, 071, 072, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 160, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 181, 182, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 270, 271, 272, 273, 274, 300, 302, 303, 305, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 326, 420, 421, 422, 450, 451, 452, 453, 454, 462, 500, 501, 503, 504, 611, 612, 710, 725, 726, 727, 729, 730, 731, 732, 733, 735

Annexe B : Diagramme — réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, chirurgicaux et médicaux et des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins



Annexe C : Typage des diagnostics

Type de diagnostic*	Description
M	Diagnostic ou affection responsable du séjour du patient à l'hôpital. Si ces affections sont multiples, celle qui est considérée comme la cause de la majeure partie du séjour ou qui nécessite la plus grande utilisation des ressources doit être choisie.
1	Affection qui était présente avant l'admission.
C	Type de diagnostic attribué par l'ICIS aux enregistrements du Québec seulement et qui désigne une affection qui existait avant l'admission ou un diagnostic secondaire.
2	Affection qui se manifeste après l'admission.
W, X, Y	Affection associée au premier, deuxième ou troisième transfert de service.

Remarque

* Types de diagnostics utilisés avec les indicateurs du PPRHC.

Annexe D : Codes des centres d'activité des Normes SIG pour la chirurgie d'un jour

	Ontario	Nouvelle-Écosse
2007-2008	7*260**, 7*262, 7*265**, 7*34020, 7*34025**, 7*34055 (* = 1, 2 ou 3; ** = séries)	712600000, 722600000, 712602000, 712602500, 712603000, 712604000, 712604500, 712606000, 712606500, 712607000, 712609900, 713402000, 713402500, 713402520, 713403500, 713403700, 713405500
2008-2009	7*260**, 7*262, 7*265**, 7*34025**, 7*34055 (* = 1, 2 ou 3; ** = séries)	712600000, 722600000, 712602000, 712602500, 712603000, 712604000, 712604500, 712606000, 712606500, 712607000, 712609900, 713402000, 713402500, 713402520, 713403500, 713403700, 713405500
2009-2010	7*260**, 7*262, 7*265, 7*34055, 7*360, 7*362, 7*365, 7*369 (* = 1, 2 ou 3; ** = séries)	712600000, 722600000, 712602000, 712602500, 712603000, 712604000, 712604500, 712606000, 712606500, 712607000, 712609900, 712650000, 712652000, 712654000, 712656000, 713403500, 713403700, 713405500, 713600000, 713620000, 713650000, 713670000, 713671000, 713672000, 713690000
	Ontario, Nouvelle-Écosse et Alberta	
2010-2011	7*2600000, 7*2602000, 7*2602500, 7*2604000, 7*2604500, 7*2606000, 7*2606500, 7*2607000, 7*2620000, 7*2650000, 7*2652000, 7*2654000, 7*2656000, 7*3600000, 7*3620000, 7*3650000, 7*3670000, 7*3690000, 7*3960000, 7*3405500, 7*2603000, 7*2960000	

Annexe E : Enregistrements possibles de soins de courte durée et de chirurgie d'un jour, données de l'AACRS de 2007-2008 à 2009-2010

	Critères	Codes
Inclusion	Enregistrements de chirurgies d'un jour	Codes de l'ACCS inférieurs à 100, sauf les codes d'imagerie diagnostique 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 85, 86, 87, 88 et 89
	Enregistrements de soins cardiaques	Codes de l'ACCS de 201 à 220 (cardiologie)
Inclusion	Interventions d'intérêt effectuées ailleurs qu'au service d'urgence ou que dans un centre de soutien social et communautaire et qui ne correspondent à aucun des critères ci-dessus	Hystérectomie : codes de la CCI 1.RM.89, 1.RM.91 et 1.RM.87 (dont l'attribut d'étendue = SU)
		Prostatectomie : codes de la CCI 1.QT.59 et 1.QT.87
		Intervention coronarienne percutanée (ICP) : codes de la CCI 1.IJ.50.^, 1.IJ.57.GQ.^ et 1.IJ.54.GQ-AZ
		Pontage aortocoronarien : code de la CCI 1.IJ.76
		Arthroplastie de la hanche : code de la CCI 1.VA.53.^
		Arthroplastie du genou : code de la CCI 1.VG.53.^
		Angiographie : code de la CCI 3.IP.10.VX
		Cholécystectomie : code de la CCI 1.OD.89.^
		Travail et accouchement : codes de la CCI 5.MD.50.^, 5.MD.51.^, 5.MD.52.^, 5.MD.53.^, 5.MD.54.^, 5.MD.56.^, 5.MD.57.^, 5.MD.58.^, 5.MD.59.^ et 5.MD.60.^
		Exclusion
Services fournis par téléphone	Enregistrements attribués au code de l'ACCS 2082 : Mode of Service—Telephone	

Annexe F : Résumé des changements apportés aux indicateurs

Efficacité (qualité et résultats)	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Mortalité hospitalière dans les 5 jours suivant une chirurgie majeure					
Indice de Charlson mis à jour (modèle d'ajustement en fonction des facteurs de risque). Veuillez consulter l' annexe G pour de plus amples renseignements.	P	P	P	P	P
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Réadmission dans les 28 jours suivant un accident vasculaire cérébral					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Définition de « reprise » améliorée	—	—	—	—	A
Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Définition de « reprise » améliorée	—	—	—	—	A
Réadmission générale dans les 30 jours					
Définition d'« enregistrement de soins palliatifs » modifiée au Québec pour les indicateurs Réadmission générale dans les 30 jours (suivant des soins obstétricaux, chirurgicaux et médicaux et des soins aux patients de 19 ans ou moins)	—	—	—	—	A

Remarques

P signifie que la modification a été apportée dans une publication de données précédente, pour l'année de données précisée.

A signifie que la modification a été apportée dans la publication de données actuelle, pour l'année de données précisée.

— signifie ne s'applique pas.

Sécurité des patients	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients âgés (65 ans ou plus)					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins médicaux					
Groupe de patients en soins médicaux fondés sur les CCP au lieu des GMA	P	P	P	P	P
N'exclut plus les patients atteints du VIH ou d'un cancer et ceux qui ont subi un traumatisme	P	P	P	P	P
Le cancer est ajouté en tant que facteur de risque au modèle d'ajustement en fonction des risques	P	P	P	P	P
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins chirurgicaux					
Groupe de patients en soins chirurgicaux fondés sur les CCP au lieu des GMA	P	P	P	P	P
N'exclut plus les patients atteints du VIH ou d'un cancer et ceux qui ont subi un traumatisme	P	P	P	P	P
Le cancer est ajouté en tant que facteur de risque au modèle d'ajustement en fonction des risques	P	P	P	P	P
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Traumatisme obstétrical — accouchement vaginal avec instrument					
Aucun changement	—	—	—	—	—
Traumatisme obstétrical — accouchement vaginal sans instrument					
Aucun changement	—	—	—	—	—

Remarques

P signifie que la modification a été apportée dans une publication de données précédente, pour l'année de données précisée.

A signifie que la modification a été apportée dans la publication de données actuelle, pour l'année de données précisée.

— signifie ne s'applique pas.

Pertinence et accessibilité	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Taux de césariennes excluant les accouchements avant terme et les grossesses multiples					
Aucun changement	—	—	—	—	—
Accouchement vaginal après césarienne					
Aucun changement	—	—	—	—	—
Coronarographie à la suite d'un infarctus aigu du myocarde					
Limite d'âge retirée	—	—	—	—	A
Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission : temps d'attente à l'échelle de l'ensemble des établissements					
Modification importante de la méthodologie (y compris le retrait de la limite d'âge)	—	—	A	A	A

Remarques

A signifie que la modification a été apportée dans la publication de données actuelle, pour l'année de données précisée.

— signifie ne s'applique pas.

Autres changements	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Patients en soins médicaux					
Désormais fondé sur les CCP au lieu des GMA	P	P	P	P	P
Patients en soins chirurgicaux					
Désormais fondé sur les CCP au lieu des GMA	P	P	P	P	P

Remarque

P signifie que la modification a été apportée dans une publication de données précédente, pour l'année de données précisée.

Annexe G : Indice de Charlson

Il a été prouvé que l'indice de Charlson, une note globale de comorbidité largement utilisée en recherche clinique, est étroitement lié à la mortalité. La méthodologie Quan1 utilise les états comorbides suivants dans le calcul de l'indice de Charlson pour chaque enregistrement. Les états comorbides de chaque groupe ne sont comptés qu'une seule fois (p. ex. si les codes I43 et I50 figurent sur l'abrégié, la note sera 2). Si les états comorbides de différents groupes figurent sur l'abrégié, leurs pondérations seront additionnées (p. ex. si I50 et F00 figurent sur l'abrégié, la note sera 4)².

Description	Codes de la CIM-10-CA et de la CCI utilisés dans le calcul du ratio normalisé de mortalité hospitalière (définitions d'origine)	Pondération
Infarctus du myocarde	I21, I22, I252	0
Insuffisance cardiaque congestive	I099, I255, I420, I425, I426, I427, I428, I429, I43*, I50, P290	2
Maladie vasculaire périphérique	I70, I71, I731, I738, I739, I771, I790*, I792*, K551, K558, K559, Z958, Z959	0
Maladie cérébrovasculaire	G45, G46*, H340, I60 à I67, I68*, I69	0
Démence	F00*, F01, F02, F03, F051, G30, G311	2
Maladie pulmonaire obstructive chronique	I278, I279, J40, J41, J42, J43, J44, J45, J46, J47, J60, J61, J62, J63, J64, J65, J66, J67, J684, J701, J703	1
Maladies rhumatoïdes	M05, M06, M315, M32, M33, M34, M351, M353, M360*	1
Ulcère digestif	K25, K26, K27, K28	0
Maladie hépatique bénigne	B18, K700, K701, K702, K703, K709, K713, K714, K715, K717, K73, K74, K760, K762, K763, K764, K768, K769, Z944	2
Diabète sans insuffisance organique	E100, E101, E106, E109, E110, E111, E116, E119, E130, E131, E136, E139, E140, E141, E146, E149	0
Diabète avec insuffisance organique	E102, E103, E104, E105, E107, E112, E113, E114, E115, E117, E132, E133, E134, E135, E137, E142, E143, E144, E145, E147	1
Hémiplégie et paraplégie	G041, G114, G801, G802, G81, G82, G830, G831, G832, G833, G834, G839	2
Néphropathie	I120, I131, N032, N033, N034, N035, N036, N037, N052, N053, N054, N055, N056, N057, N18, N19, N250, Z490, Z491, Z492, Z940, Z992	1
Maladie hépatique modérée ou grave	I850, I859, I864, I982*, K704, K711, K721, K729, K765, K766, K767	4
Infection par le VIH	B24, O987	4
Cancer primitif	C0, C1, C20, C21, C22, C23, C24, C25, C26, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C39, C40, C41, C43, C45, C46, C47, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, C6, C70, C71, C72, C73, C74, C75, C76, C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C97	2
Cancer métastatique	C77, C78, C79, C80	6

Remarques

Dans les provinces autres que le Québec, seuls les diagnostics de types 1 et (W, X et Y, mais pas 2) servent au calcul de l'indice de Charlson, avec les exceptions suivantes :

- Le diagnostic de type 3 est également utilisé pour tous les codes de diabète;
- Seul le diagnostic de type 3 est utilisé pour les codes à astérisque (*).

Dans les cas du Québec, seuls les diagnostics de types 1, C et (W, X et Y, mais pas 2) servent au calcul de l'indice de Charlson.

En raison de différences dans la collecte des données, il est impossible de distinguer les comorbidités (type de diagnostic 1 de la BDCP) des diagnostics secondaires (type de diagnostic 3 de la BDCP) au Québec. Par conséquent, une probabilité plus élevée est attribuée dans le modèle de régression logistique pour les patients du Québec inscrits dans la BDMH et les résultats des hôpitaux québécois ne sont pas comparables à ceux du reste du Canada. La répartition de l'indice de Charlson a été modifiée pour les patients du Québec afin que ceux affichant des indices plus élevés soient inclus dans les groupes liés à un indice plus bas. L'indice de Charlson a été calculé pour le Québec pour les indicateurs de réadmission générale et les indicateurs de réadmission suivant des soins obstétricaux, chirurgicaux et médicaux ainsi que des soins pour patients âgés de 19 ans ou moins.

La répartition est la suivante :

Groupe de Charlson	Indice de Charlson dans les groupes, BDCP	Indice de Charlson dans les groupes, BDMH, Québec
0	0	0 et 1
1	1 et 2	2, 3 et 4
2	3 et plus	5 et plus

Références

1. Quan H, Li B, Couris CM, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *American Journal of Epidemiology*. 15 mars 2011;173(6):676-682.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/HSMR_TECH_NOTES_201202_en.pdf. Dernière modification en 2012. Consulté le 16 octobre 2012.

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

Tous droits réservés.

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

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

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

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

ISBN 978-1-77109-176-3 (PDF)

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens — notes techniques des indicateurs cliniques, mars 2013*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

This publication is also available in English under the title *Canadian Hospital Reporting Project Technical Notes—Clinical Indicators, March 2013*.

ISBN 978-1-77109-175-6 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

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

ICIS Toronto

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

ICIS Victoria

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

ICIS Montréal

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

ICIS St. John's

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

www.icis.ca

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information