

## Qualité des données : mission principale

Le défi de toute organisation présentant de l'information statistique consiste à s'assurer que la qualité de l'information convient à ce pour quoi elle est prévue et que les utilisateurs des données disposent de bons renseignements sur la qualité des données. À cette fin, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi un programme global et systématique de qualité des données. Il s'applique à toutes les banques de données et comporte la mise en œuvre et la surveillance continue d'un cadre de la qualité des données, ainsi que des études spéciales portant sur des enjeux précis.

Dans ce contexte et en raison de la taille, de la couverture et de l'importance de la Base de données sur les congés des patients (DAD), l'ICIS a entrepris de mettre en place une méthode globale pour traiter de la qualité des données dans la DAD. Dans le but d'obtenir les commentaires des utilisateurs et des fournisseurs de données, nous faisons circuler un sommaire des activités qui visent toutes à améliorer l'opportunité de la DAD. Nous sommes décidés à être aussi transparents que possible dans notre approche à la qualité des données et à présenter des rapports d'étape réguliers sur nos activités.

En résumé, d'ici 2004, nous aurons complété un certain nombre d'activités et l'information connexe sera affichée sur notre site Web ([www.icis.ca](http://www.icis.ca)). En fait, certaines activités sont déjà terminées. En voici quelques-unes :

- On a remanié les vérifications des données de la DAD et les activités sont en cours pour redévelopper les groupes de maladies analogues, la pondération de la consommation des ressources et le degré de complexité à la suite de la soumission de données pancanadiennes au moyen de la CIM-10-CA/CCI.
- On a publié une description des processus d'assurance de la qualité dans nos bases de données sur les hospitalisations.
- On a publié les résultats combinés de l'an 1 et de l'an 2 d'une étude pancanadienne de seconde saisie des données qui évaluait les pratiques de codification dans les hôpitaux de soins de courte durée.
- On publiera les résultats de l'application du cadre de la qualité des données de l'ICIS à nos bases de données sur les hospitalisations (janvier 2003).
- Au début de 2003, on publiera les résultats des études des écarts dans les pratiques de codification et les recommandations qui en découlent entourant l'uniformisation.

### Nouvelles vérifications

Les nouvelles vérifications améliorées issues du remaniement de la DAD pendant l'exercice 2000-2001 ont déjà été mises en œuvre dans les premières soumissions des provinces qui ont adopté la CIM-10-CA/CCI en 2001. L'adoption de la CIM-10-CA/CCI donnera lieu à des changements à certains produits à valeur ajoutée de l'ICIS, comme les groupes de maladies analogues (ou CMG<sup>MD</sup>), la pondération de la consommation des ressources (ou RIW<sup>MD</sup>) et le degré de complexité (ou PLx<sup>MD</sup>). Ces produits seront remaniés en profondeur à compter de 2003. Les détails des changements seront publiés au printemps 2003.

### Étude de seconde saisie des données

Au cours des deux dernières années, l'ICIS a mené une étude de seconde saisie des données qui a révélé un coefficient d'objectivité élevé dans les pratiques de codification pour la plupart des éléments de données de la DAD. On a relevé quelques éléments à améliorer et on a déjà pris des mesures pour accroître l'uniformité des pratiques de codification pour ces éléments. La phase II de l'étude de seconde saisie des données est en cours; elle porte principalement sur d'autres éléments de données et l'incidence sur le degré de complexité. Les résultats seront connus en 2003. L'étude constitue une étape importante vers l'enrichissement de l'information sur la santé en précisant les améliorations à apporter à la DAD et aux directives et normes de codification de l'ICIS. Un document téléchargeable qui décrit les résultats est actuellement affiché sur le site Web de l'ICIS. (*suite à la page 4*)

## Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé

### Président

**M. Michael Decter**  
Lawrence Decter Investment Counsel Inc.  
(Toronto, Ontario)

### RÉGION 1—Colombie-Britannique et Yukon

**D<sup>r</sup> Penny Ballem**  
Sous-ministre, B.C. Ministry of Health  
(Victoria, Colombie-Britannique)

**M. Rick Roger**  
Président-directeur général, Vancouver Island  
Health Authority  
(Victoria, Colombie-Britannique)

### RÉGION 2—Prairies, T. N.-O. et Nunavut

**D<sup>r</sup> Brian Postl**  
Président-directeur général, Winnipeg Regional  
Health Authority  
(Winnipeg, Manitoba)

**M<sup>me</sup> Sheila Weatherill**  
Présidente-directrice générale, Capital  
Health Authority  
(Edmonton, Alberta)

### RÉGION 3—Ontario

**M. Colin Andersen**  
Sous-ministre délégué, ministère de la Santé et des  
Soins de longue durée  
(Toronto, Ontario)

**D<sup>r</sup> Michael Guerriere**  
Président-directeur général,  
HealthLink Clinical Data Network Inc.  
(Toronto, Ontario)

### RÉGION 4—Québec

**M. David Levine**  
Président-directeur général  
Régie régionale de la santé et des services  
sociaux de Montréal-Centre  
(Montréal, Québec)

**M. Laurent Boisvert**  
Adjoint au vice-président exécutif  
Affaires clinico-administratives  
Association des hôpitaux du Québec  
(Montréal, Québec)

### RÉGION 5—Atlantique

**M. Rory Francis**  
Sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,  
Province de l'Île-du-Prince-Édouard  
(Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard)

**D<sup>r</sup> Thomas F. Ward**  
Sous-ministre, Nova Scotia Department of Health  
(Halifax, Nouvelle-Écosse)

### Canada-membre à titre particulier

**M. Tom Closson**  
Vice-président du Conseil d'administration de l'ICIS  
Président-directeur général, University  
Health Network  
(Toronto, Ontario)

**D<sup>r</sup> Cameron Mustard**  
Président, Institut de recherche sur le travail et  
la santé  
(Toronto, Ontario)

### Santé Canada

**M. Ian Green**  
Sous-ministre de la Santé  
(Ottawa, Ontario)

### Statistique Canada

**M. Ivan Fellegi**  
Statisticien en chef du Canada  
(Ottawa, Ontario)

En date de janvier 2003

## Message du président

# L'information sur la santé : essentielle pour bâtir l'avenir



**A**u cours des deux dernières années, les Canadiens ont pu bénéficier de plusieurs rapports commandés sur l'avenir des soins de santé au pays. Les rapports ont alimenté le débat sur la façon de maintenir et d'améliorer notre système de santé. Ce ne sont là que quelques questions qu'on envisage. Les prochains mois apporteront une certaine clarté et détermineront les points communs pour progresser.

**Le secteur privé doit-il assumer un rôle accru?**

**Doit-on investir plus d'argent?**

**Si oui, dans quoi?**

**L'accès pour les régions rurales et éloignées?**

**Les services diagnostiques?**

**Les soins primaires?**

**Les soins à domicile?**

**Les médicaments d'ordonnance et plus particulièrement  
la protection contre les « coûts exorbitants »?**

Il reste que certaines choses sont éminemment claires. Les dollars additionnels doivent acheter le changement et l'information sur la santé doit occuper une place de plus en plus importante si le système de santé veut répondre aux préoccupations des Canadiens, comme les temps d'attente, l'accès aux soins et leur qualité.

À l'heure où nous continuons à renforcer notre système de santé, l'ICIS continuera à faire participer les intervenants à des dialogues essentiels et à travailler à la production de données et d'analyses qui sont nécessaires pour répondre à des questions clés. Réponses dont les cliniciens et les décisionnaires ont besoin pour mettre au point des stratégies pour aller de l'avant.

Dans ce contexte, nous accorderons encore plus d'importance à la collecte et à la dissémination de données pertinentes et opportunes qui éclaireront la prise de décisions, tout en respectant bien sûr les pratiques rigoureuses de respect de la vie privée. De même, à mesure que nous progresserons, nous porterons une attention particulière à la qualité des données... la matière première de l'analyse et des preuves.

À cette fin, nous attendons avec impatience l'occasion d'élargir et d'enrichir notre rôle de noyau de l'information sur la santé au Canada et de ressource précieuse et fiable sur laquelle le système de santé et les Canadiens peuvent compter.

**Richard C. Alvarez, président-directeur général**

## Le Conference board du Canada rend hommage au Conseil d'administration

Lors d'une cérémonie d'apparat qui a eu lieu le 29 janvier à Toronto, l'ICIS a reçu le prix national 2003 du Conference Board du Canada/Spencer Stuart pour la gouvernance — organismes sans but lucratif. Créé en 2001, ce prix national est remis chaque année à un organisme en reconnaissance de son caractère novateur éprouvé et de son excellence dans la gouvernance.

« Je suis heureux et fier d'accepter ce prix spécial au nom du Conseil d'administration de l'ICIS », a dit Michael Decter, président du Conseil d'administration. « Nous sommes très fiers de ce que nous avons réussi à accomplir dans un laps de temps relativement court. Cela démontre à quel point il est important d'être à l'écoute de nos intervenants et de travailler en collaboration avec le personnel pour répondre à leurs besoins. »

En décernant le prix, le Conference Board du Canada a écrit « le gagnant dans la catégorie des organismes sans but lucratif, l'Institut canadien d'information sur la santé, est un exemple unique d'un modèle de gouvernance et de conseil d'administration qui a su intégrer les besoins de multiples intervenants et

produire des résultats respectables dans un secteur critique aux prises avec des difficultés majeures. Établi en 1994 par les ministres de la Santé du Canada, le conseil d'administration équilibré et diversifié montre clairement la voie à un organisme dont le rôle prend de l'ampleur partout au pays. »

« Au cours des dernières années, grâce à l'orientation stratégique solide de notre Conseil d'administration sous la direction hors pair de Michael Decter et au partenariat avec Statistique Canada, nous avons réalisé des progrès importants à plusieurs égards », a indiqué Richard Alvarez, président-directeur général de l'ICIS. « Nous n'aurions pu y arriver sans la collaboration continue de nos intervenants et les efforts non démentis de notre personnel. »

### Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Serge Taillon, directeur, Relations avec les clients et communications  
Tél. : (613) 241-7860  
Télé. : (613) 241-8120  
Courriel : staillon@cihi.ca

## Les dépenses de santé devraient avoir dépassé 110 milliards de dollars en 2002

En décembre, l'ICIS a publié son rapport annuel détaillé sur les dépenses de santé *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2002*. Ce rapport présente un aperçu des dépenses de santé par source de financement et par affectation de fonds; une nouvelle analyse qui compare certaines mesures pour le Canada et 11 pays de l'OCDE dont les limites dans les comptes de santé sont similaires; et un point de mire analytique sur les dépenses de santé des hôpitaux selon leur fonction et leur type de 1976 à 1999.

En 2000, on a consacré 97,4 milliards de dollars aux soins de santé au Canada. Les dépenses totales de santé devraient avoir connu une croissance de 8,4 % en 2001 pour s'élever à 105,6 milliards, et de 6,6 % en 2002 pour atteindre 112,2 milliards. On estime que les dépenses totales de santé par habitant auront été de l'ordre de 3 164 \$ en 2000, de 3 395 \$ en 2001 et de 3 572 \$ en 2002. Les dépenses de santé devraient avoir représenté 9,8 % du produit intérieur brut canadien en 2002.

On estime que le secteur public a déboursé 70,8 % (69 milliards de dollars) des dépenses totales de santé en 2000 et le secteur privé, 29,2 % (28,4 milliards). Ces chiffres devraient demeurer relativement stables en 2001 et en 2002.

En 2000, 32,1 % des dépenses totales de santé au Canada (31,2 milliards de dollars) ont été consacrés aux hôpitaux. La deuxième catégorie en importance était les médicaments prescrits et non prescrits. La part des dépenses totales en médicaments est passée du niveau le plus bas de 8,4 % à la fin des années 1970 à 15,4 % en 2001. En 2002, les dépenses en médicaments devraient avoir atteint 18,1 milliards de dollars, soit 16,2 % des dépenses totales. Quant aux dépenses en services médicaux, elles devraient avoir été de l'ordre de 15 mil-

liards, une hausse de 7,1 % par rapport à 2001.

Le point de mire analytique sur les dépenses des hôpitaux combine les données du Rapport annuel des établissements de santé – Hôpitaux de Statistique Canada, de la Base de données canadienne SIG (BDCS) et les dépenses de santé déclarées à la Base de données sur les dépenses nationales de santé. Ces sources de données ont servi à calculer les estimations des dépenses par centre d'activité et par type de dépenses de 1976 à 1999. L'analyse révèle une baisse marquée dans la part des dépenses des hôpitaux consacrées aux services de soutien et de soins infirmiers aux patients hospitalisés. La part allouée à l'administration a connu une hausse à la fin des années 1990 et celle consacrée aux soins ambulatoires et aux soins d'urgence a augmenté régulièrement depuis le début des années 1980. Les salles d'opération et les services diagnostiques et thérapeutiques ont conservé une part relativement stable des budgets des hôpitaux.



### Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Geoff Ballinger, gestionnaire, Dépenses de santé  
Tél. : (613) 241-7860, poste 4017  
Télé. : (613) 241-8120  
Courriel : gballinger@cihi.ca

## Qualité des données : mission principale *(suite de la page 1)*

### Application du cadre de la qualité des données

En 2002, nous avons terminé l'application du cadre de la qualité des données de l'ICIS à la DAD et nous avons partagé les résultats avec notre Comité directeur pour la DAD et la Base de données sur la morbidité. Un plan d'action visant à répondre aux recommandations de l'évaluation sera mis en œuvre et l'information pertinente sur la qualité des données sera largement diffusée aux utilisateurs des données.

La codification des abrégés sur les sorties a été identifiée comme une question associée à la qualité des données au cours des derniers mois. Les résultats d'une étude spéciale et les conclusions de l'étude de seconde saisie des données de la DAD révèlent des écarts dans les pratiques de codification. En octobre 2002, l'ICIS a annoncé la suspension temporaire du degré de complexité — un outil qui sert à différencier les degrés de complexité des patients dans notre base de données sur les hospitalisations — à cause des écarts dans la codification qui en ont fait un outil sur lequel on ne peut compter lorsqu'on l'utilise avec les indicateurs d'efficacité (p. ex. durée prévue du séjour et RIW). L'ICIS mène une étude approfondie des ques-

tions de codification, dont un projet qui porte sur les degrés de complexité, et collabore avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé pour définir les prochaines étapes.

En décembre 2002, on a consulté le Comité directeur de la DAD/BDMH, les hôpitaux et les fournisseurs de systèmes de saisie de données sur les plans de remaniement du degré de complexité. On a formé un comité formé d'experts nationaux et internationaux en matière de méthodologies des groupes clients. Le comité donnera des conseils sur l'amélioration des pratiques d'assurance de la qualité pour les données sur les hospitalisations et sur le remaniement du degré de complexité. M. Tom Closson, président-directeur général du University Health Network de Toronto, dirige le comité.

### Vous pouvez en apprendre davantage sur la qualité des données de la DAD en consultant le site Web de l'ICIS à

[www.icis.ca](http://www.icis.ca), ou encore auprès de Nizar Ladak, directeur, Information sur les services de santé (nladak@cihi.ca) ou de André Lalonde, directeur, Planification et soutien des opérations (alalonde@cihi.ca).

## Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

En septembre 2001, les ministres de la Santé ont annoncé leur appui à une approche à plusieurs facettes afin d'améliorer la gestion des produits pharmaceutiques, dont la mise sur pied du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP). L'objectif du SNIUMP est de fournir « des analyses critiques des tendances en matière de prix, d'utilisation et de coûts. Ainsi, le système de santé canadien disposera de renseignements plus complets et exacts sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance et sur les sources d'augmentation des coûts. En outre, les médecins et les pharmaciens auront de meilleurs renseignements au moment d'offrir des soins aux patients. »<sup>1</sup>

En février 2002, le gouvernement fédéral a accordé du financement à l'ICIS pour lui permettre de poursuivre ses efforts en vue de fournir de l'information améliorée sur la santé et les soins de santé au Canada. Les montants attribués permettront à l'ICIS d'assumer ses responsabilités vis-à-vis le SNIUMP, ce qui comprend l'élaboration et la mise en œuvre d'une base de données sur les réclamations de médicaments

ICIS et le CEPMB travaillent de pair afin d'établir et de maintenir le SNIUMP :

- LICIS, gestionnaire du SNIUMP, est responsable de l'élaboration et du maintien des normes, de la collecte, de l'épuration et du traitement des données, de la production de rapports normalisés (incluant des rapports sur le Web), du traitement des demandes spéciales et de la production d'études analytiques.
- Le CEPMB est chargé de mener des études analytiques.
- Les deux organismes uniront parfois leurs ressources pour produire des rapports et des études analytiques.

prescrits pouvant accepter les données des régimes publics d'assurance-médicaments et la production de rapports. Santé Canada a aussi financé le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) afin qu'il puisse poursuivre son rôle dans la production d'études analytiques axées sur les besoins en information des programmes de médicaments.

Le mandat du comité de direction du SNIUMP est de conseiller l'ICIS et le CEPMB au sujet de l'élaboration, de l'orientation et des priorités des études analytiques, ainsi que de l'orientation stratégique du SNIUMP. De plus, il constitue un mécanisme permettant aux intervenants de faire des suggestions sur l'amélioration du SNIUMP et de soulever des questions sur le système aux fins d'étude et de résolution en vue d'assurer la pertinence du système et de répondre aux besoins en information des principaux intéressés.

Toutes les provinces (sauf le Québec), le Yukon et certains programmes fédéraux de médicaments sont actuellement associés au projet.

Un système d'information qui accueillera les données des régimes publics de partout au pays sera une première étape importante dans le développement d'un dépôt national de données sur les médicaments prescrits au Canada.

### Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Lynn Brousseau, gestionnaire, Utilisation des médicaments et santé mentale

Tél. : (613) 241-7860

Télec. : (613) 241-8120

Courriel : lbrousseau@cihi.ca

<sup>1</sup> Réunion des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, le 26 septembre 2001.

## La base de données du SNISA prend encore de l'ampleur

Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé a fermé sa base de données en juillet 2002 pour l'exercice 2001-2002.

Au moment de la fermeture, la base de données contenait environ 4,8 millions d'enregistrements représentant l'activité dans les urgences en Ontario, de même que certaines données de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique. La base de données de l'exercice 2001-2002 constitue la première année complète de données pour le SNISA. LICIS a eu recours à ces données pour produire ses premiers rapports comparatifs électroniques sur les soins ambulatoires qui ont été publiés en octobre et en novembre 2002.

Tous les établissements qui ont signé une entente de services peuvent avoir accès aux rapports électroniques du SNISA. Ces rapports permettent aux clients de choisir leur propre groupe comparatif d'établissements. Ces rapports sont très robustes et informatifs et ils ont fait l'objet d'une démonstration auprès du personnel administratif des soins infirmiers dans les urgences de l'Ontario. La réponse a été des plus positives en ce qui concerne les données disponibles; on reconnaît comment elles peuvent servir à faire des changements opérationnels et à améliorer les services d'urgence. LICIS publiera la prochaine série de rapports électroniques du SNISA en février 2003; ils contiendront les données des six premiers mois de l'exercice 2002-2003.

En novembre 2002, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a demandé aux hôpitaux de déclarer

leurs données sur la chirurgie d'un jour au SNISA plutôt qu'à la Base de données sur les congés des patients (DAD) à compter du 1<sup>er</sup> avril 2003. De plus, les consultations ambulatoires associées au cancer, à la dialyse rénale et au cathétérisme cardiaque doivent être déclarées au SNISA à partir du 1<sup>er</sup> avril 2003. Par conséquent, LICIS recevra plus de 9 millions d'enregistrements pour la base de données de l'exercice 2003-2004.

LICIS aide également une région de l'Île-du-Prince-Édouard qui s'appête à soumettre ses données au 1<sup>er</sup> avril 2003, reçoit actuellement les données d'un nouvel établissement régional en Colombie-Britannique et collabore avec d'autres établissements et d'autres provinces intéressés à commencer la collecte des données au moyen du SNISA.

---

### Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Paula Freedman, coordonnatrice du SNISA  
Tél. : (416) 481-2002  
Télé. : (416) 481-2950  
Courriel : pfreedman@cihi.ca

**Vous pouvez obtenir plus de renseignements à [nacrs@cihi.ca](mailto:nacrs@cihi.ca). L'ICIS publiera le manuel 2003 du SNISA en PDF et en HTML en février 2003. En décembre 2002, les fournisseurs ont reçu les spécifications pour le produit 2003. Il importe de souligner qu'on a limité les changements afin d'assurer la continuité dans les données pour les clients du SNISA.**

## Améliorer la santé des Canadiens

### Rapport vedette de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

En décembre 2003, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) lancera un rapport national d'envergure — *Améliorer la santé des Canadiens*.

L'automne dernier, le Conseil de l'ISPC a approuvé une stratégie de communications en matière d'affaires publiques, marquant ainsi le début des travaux associés à la quatrième fonction de l'ISPC — contribuer à l'élaboration de rapports sur les déterminants de la santé. La production et le lancement d'un rapport national d'envergure tous les deux ans est au cœur de cette stratégie de communications. Ce rapport de l'ISPC complétera les rapports de l'ICIS sur le rendement du système de santé et ceux de Statistique Canada sur l'état de santé de la population canadienne.

Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens* s'attardera à présenter les principales tendances associées à la santé de la population, à analyser leur incidence politique et à préciser les options d'actions qui pourraient améliorer la santé. Les faits, plus précisément sur ce qui fonctionne, sur ce qui ne fonctionne pas et sur ce qui demande plus de travail pour améliorer les preuves dont nous disposons, seront l'élément moteur du rapport.

On a créé un groupe consultatif d'experts dont le rôle est de donner des conseils sur le développement du rapport. Les membres du groupe sont des experts en santé de la population qui viennent d'organisations de politiques et de recherche, de centres et de départements de santé publique/municipaux, d'or-

ganisations non gouvernementales et de ministères des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La première réunion du Groupe consultatif d'experts se tiendra à Toronto en janvier 2003.

On a proposé un certain nombre de questions prioritaires pour le rapport. Au cours de la dernière année, le programme d'analyse des politiques de l'ISPC a concentré ses efforts sur les thèmes suivants : pauvreté, santé des peuples autochtones et obésité. Parmi les autres questions relevées, mentionnons la répartition des revenus, le développement de l'enfant et du jeune enfant.

Dans le cadre d'une stratégie concertée, une série de publications ainsi que des relations extérieures et avec les médias viendront appuyer le rapport *Améliorer la santé des Canadiens*. À plus long terme, on mettra au point un site Web interactif pour appuyer un réseau de santé de la population.

---

### Pour plus de renseignements, communiquez avec :

David Hay, gestionnaire, Rapports de l'ISPC sur la santé de la population  
Tél. : (613) 241-7860, poste 4042  
Télé. : (613) 241-8120  
Courriel : dhay@cihi.ca  
Site Web : [www.icis.ca](http://www.icis.ca) (voir Initiative sur la santé de la population canadienne)

# Normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI — Leur origine

L'adoption pancanadienne de la CIM-10-CA et de la CCI en tant que normes de classification pour la soumission des données sur la morbidité à la DAD a été l'élément moteur de l'élaboration de normes et de directives de codification. L'ICIS a créé un comité consultatif national sur la codification afin d'orienter le processus.

L'ICIS a été l'hôte de la première réunion du Comité consultatif en mars 2001 à Toronto. Selon le mandat du Comité, son rôle est de conseiller l'ICIS sur l'élaboration et l'enrichissement continu des règles et des directives de codification au moyen de la CIM-10-CA et de la CCI. Le comité est formé d'un représentant de chaque province et territoire désigné par le comité provincial ou territorial sur la qualité de la codification ou par le ministère de la Santé. À l'heure actuelle, les trois territoires et neuf provinces participent au Comité.

Les normes canadiennes de codification sont fondées sur les règles et les directives de l'Organisation mondiale de la Santé pour la codification de la mortalité et la morbidité qui doivent être utilisées avec la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision, 1993. Les normes canadiennes de codification ne tiennent compte que des pratiques pour la codification qui contribuent à la déclaration des données canadiennes agrégées et des données interprovinciales et interterritoriales.

La première édition des normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI (anciennement Directives de codification pour la CIM-10-CA et la CCI, volume 5) a été publiée pour coïncider avec la publication et l'adoption de la CIM-10-CA/CCI, version 2001 pour l'exercice 2001-2002. Cette première édition était constituée d'une section générale et des sections propres aux chapitres de la CIM-10-CA. La section générale contient les règles internationales, la norme cana-

dienne de longue date pour le typage des diagnostics, l'utilisation et la sélection des codes de la CCI. Les sections propres aux chapitres de la CIM-10-CA présentent des scénarios de cas qui illustrent l'application des normes pour la sélection des codes.

Les normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI sont mises à jour annuellement pour assurer leur pertinence continue. Pendant l'année, au moyen des soumissions au service de l'ICIS d'interrogation sur la codification et des initiatives provinciales et territoriales sur la qualité des données, on identifie les sections qui doivent être élargies ou améliorées. L'équipe de l'ICIS prépare des normes provisoires et les soumet aux membres du Comité aux fins de distribution et de révision dans leur secteur de compétence. Seules les normes ayant été approuvées à l'unanimité par les provinces et les territoires participants sont considérées comme canadiennes et incluses dans ce document. La troisième édition, qui englobera 193 entrées, sera disponible en français et en anglais en mars 2003 pour sa mise en œuvre au cours de l'exercice 2003-2004.



## Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Lori Moskal, conseillère, Classifications  
Tél. : (613) 241-7860, poste  
Télec. : (613) 241-8120  
Courriel : lmoskal@cihi.ca

## ICIS directions CIHI

**ICIS directions CIHI** est publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Depuis 1994, cet organisme pancanadien sans but lucratif œuvre à améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en fournissant une information de qualité sur la santé.

Le mandat de l'Institut est de coordonner le développement et l'entretien d'un système commun d'information sur la santé au Canada. À cette fin, l'ICIS fournit en temps opportun l'information appropriée et nécessaire en vue d'introduire des politiques de santé avisées, de gérer avec efficacité le système de santé canadien et de sensibiliser le public aux facteurs qui influent sur la santé.

**Rédacteur en chef :** Serge Taillon

**Rédactrice :** Judy Brown

**Collaborateurs :** Richard Alvarez, Lynn Brousseau, Paula Freedman, Chad Gyorf-Dyke, David Hay, Nizar Ladak, André Lalonde, Mea Renahan et Serge Taillon.

Si vous avez des commentaires ou des questions, communiquez en français ou en anglais avec la :

**Rédactrice, ICIS directions**  
377, rue Dalhousie, bureau 200  
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Tél. : (613) 241-7860  
Télec. : (613) 241-8120  
Courriel : communications@cihi.ca  
Site Web : www.icis.ca



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

*This publication is also available in English.*