

# Décès à l'hôpital (RNMH)

Nom	Décès à l'hôpital (RNMH)
Nom abrégé ou autre nom	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)
Description	Ratio entre le nombre réel de décès hospitaliers dans une région ou un hôpital et le nombre prévu de décès en fonction des types de patients traités dans une région ou un hôpital Pour plus de détails, consultez le document <a href="#">Notes méthodologiques générales</a> .
Interprétation	Un faible résultat est favorable. Le RNMH est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps.
Dimension du cadre de PSS	Extrants du système de santé : Services pertinents et efficaces
Nature des besoins	Aller mieux
Couverture géographique	Toutes les provinces
Niveau de déclaration et désagrégation	National, Provincial et territorial, Régional, Établissement
Résultats de l'indicateur	<a href="#">Accès aux résultats des indicateurs sur Votre système de santé : En détail</a>

## Identification de l'indicateur

Nom	Décès à l'hôpital (RNMH)
Nom abrégé ou autre nom	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Ratio entre le nombre réel de décès hospitaliers dans une région ou un hôpital et le nombre prévu de décès en fonction des types de patients traités dans une région ou un hôpital Pour plus de détails, consultez le document <a href="#">Notes méthodologiques générales</a> .
Calcul : description	Ratio entre le nombre réel de décès hospitaliers et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections associées à environ 80 % de la mortalité hospitalière Unité d'analyse : hospitalisation
Calcul : affectation géographique	Endroit où les services sont offerts
Calcul : type de mesure	Ratio
Calcul : ajustement	Covariables utilisées pour l'ajustement selon les risques: Pour chaque groupe de diagnostics du RNMH, le modèle de régression logistique tient compte de l'âge, du sexe, du groupe relatif à la durée du séjour, de la catégorie d'admission (urgent et non urgent), du groupe de comorbidités (indice de Charlson) et des transferts en tant que variables indépendantes.
Calcul : méthode d'ajustement	Régression logistique

### Description :

Décès prévus, ou nombre de décès qui seraient survenus dans un hôpital ou une région si la mortalité de ces patients avait été la même que la mortalité de patients similaires dans tout le pays, selon l'année de référence (2012-2013)

### Inclusions :

1. Sortie entre le 1<sup>er</sup> avril d'une année donnée et le 31 mars de l'année suivante
2. Admission dans un établissement de soins de courte durée (type d'établissement = 1)
3. Sortie avec un groupe de diagnostics d'intérêt (c.-à-d. l'un des groupes de diagnostics responsables d'environ 80 % des décès hospitaliers, à l'exclusion des patients en soins palliatifs)
4. Âge à l'admission : entre 29 jours et 120 ans
5. Sexe inscrit : homme ou femme
6. Séjour d'une durée maximale de 365 jours consécutifs
7. Catégorie d'admission : urgent/très urgent ou non urgent (Catégorie d'admission = U ou L)

**Dénominateur Exclusions :**

1. Donneur décédé ou mortinaissance (État à la sortie = 08 ou 09)
2. Départ volontaire ou non-retour à la suite d'un congé temporaire (État à la sortie = 06, 12, 61\*, 62\*, 65\*, 66\*, 67\*)
3. Enregistrements avec le code G93.81 (mort neurologique) de la CIM-10-CA à titre de diagnostic principal
4. Enregistrement dont le diagnostic principal (DxP) est soins palliatifs (CIM-10-CA : Z51.5). (Dans le cas des données du Québec, Z51.5 codifié comme un DxP ou un cancer (C00-C97) codifié comme un DxP et Z51.5 codifié dans tout champ de diagnostic secondaire).
5. Cas d'aide médicale à mourir (AMAM) :
  - Données de 2016-2017 à 2017-2018 seulement :  
État à la sortie = 07 (décès à l'hôpital) ET un des codes suivants :
    - Préfixe J (dans tout champ)
    - 3 codes de la CCI (tous codifiés sur le même abrégé) : 1.ZZ.35.HA-P7, 1.ZZ.35.HA-P1, 1.ZZ.35.HA-N3
    - Données de 2018-2019 et des années suivantes : État à la sortie = 73

**Remarque**

\*Données de 2018-2019 et des années suivantes

**Description :**

Décès observés, ou nombre réel de décès hospitaliers survenus dans un hôpital ou une région

**Inclusions :**

Décès (État à la sortie = 07, 72\*, 74\*)

**Numérateur****Remarque**

\*Données de 2018-2019 et des années suivantes

**Exclusions :**

Mêmes critères que pour le dénominateur

**Contexte, interprétation et points de référence**

Le RNMH est un indicateur de performance qui permet aux hôpitaux de mesurer et de surveiller leurs progrès en matière de qualité des soins.

**Justification**

Depuis la conception et la première publication du RNMH par l'ICIS, de nombreux hôpitaux et dispensateurs de soins de santé de partout au Canada l'intègrent à leurs efforts soutenus d'amélioration des soins.

Le RNMH peut être utilisé pour suivre les changements globaux dans la mortalité attribuable à un large éventail de facteurs, notamment les changements apportés à la qualité et à la sécurité des soins offerts.

**Interprétation**

Un faible résultat est favorable. Le RNMH est surtout utile pour suivre la performance d'un même hôpital au fil du temps.

**Dimension du cadre de PSS**

Extrants du système de santé : Services pertinents et efficaces

**Nature des besoins**

Aller mieux

**Objectifs et points de référence**

Sans objet

**Références**Alexandrescu R, Jen MH, Bottle A, Jarman B, Aylin P. Logistic versus hierarchical modeling: an analysis of a statewide inpatient sample. *J Am Coll Surg* 2011;213(3):392-401.Bottle A, Jarman B, Aylin P. Hospital standardized mortality ratios: sensitivity analyses on the impact of coding. *Health Serv Res* 2011;46(6pt1):1741-1761.Bottle A, Jarman B, Aylin P. Strengths and weaknesses of hospital standardised mortality ratios. *BMJ* 2011;342:c7116.Breslow NE, Day NE. *Statistical Methods in Cancer Research: Volume II: The Design and Analysis of Cohort Studies*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1987.Jarman B, Gault S, Alves B et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ* 1999;318(7197):1515-1520.Jarman B, Bottle A, Aylin P, Browne M. Monitoring changes in hospital standardised mortality ratios. *BMJ* 2005;330(7487):329.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. *Am J Epidemiol* 2011;173(6):676-682.**Disponibilité des sources de données et résultats****Sources des données**

BDCP, BDMH

**Type d'année :**

Exercice

**Années de données disponibles****Première année de données disponibles :**

2013

**Dernière année de données disponibles :**

2017

**Couverture géographique**

Toutes les provinces

Niveau de déclaration et désagrégation National, Provincial et territorial, Régional, Établissement

Mise à jour des résultats

Fréquence de mise à jour Deux fois par an

**Outil Web :**

Résultats de Votre système de santé : En détail

l'indicateur

**URL :**

[Accès aux résultats des indicateurs sur Votre système de santé : En détail](#)

Changements apportés en février 2015 à la méthodologie du RNMH :

Mises à jour 1. Les résultats du RNMH sont calculés en fonction d'un point de référence à jour à partir des données de 2012-2013. Le point de référence précédent était calculé à partir des données de 2009-2010.

2. L'épreuve de signification statistique se base sur les comparaisons avec la moyenne nationale (et non avec 100).

Énoncé de qualité

Mises en garde et limites En adoptant le projet de loi C-14 en juin 2016, le Canada a décriminalisé l'aide médicale à mourir (AMAM). Par conséquent, les cas d'aide médicale à mourir sont exclus du calcul du RNMH pour l'ensemble des provinces et territoires qui soumettent des données à la BDCP. Toutefois, en raison de différences dans la collecte des données, il est impossible d'exclure les cas d'aide à mourir des résultats du Québec. L'effet de cette disparité n'est pas encore pleinement mesuré, mais elle devrait avoir une légère incidence sur la comparabilité entre provinces.

Problèmes

relatifs à

l'établissement

des tendances

Sans objet

L'expérience moyenne des hôpitaux canadiens est établie à 100, en fonction des données recueillies en 2012-2013. Les résultats du RNMH sont comparés à la moyenne nationale actuelle. Un RNMH plus élevé que la moyenne nationale indique que le taux de mortalité d'un hôpital est supérieur au taux moyen. Un RNMH plus bas que la moyenne nationale indique que le taux de mortalité d'un hôpital est inférieur au taux moyen.

Commentaires Vous trouverez de plus amples renseignements dans les Notes techniques et autres ressources liées au RNMH : <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/qualite-des-soins-et-resultats/ratio-normalise-de-mortalite-0>

Les résultats des indicateurs sont aussi disponibles dans

- [le site Votre système de santé : En bref](#)
- [l'outil Votre système de santé : En profondeur](#), mis à jour tous les mois à partir des données de 2013-2014