



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

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
2	Élaboration des indicateurs .....	1
3	Sources de données .....	2
4	Points à prendre en considération pour le Québec.....	3
5	Unité d'analyse.....	3
	Annexe A : Méthodologie relative aux indicateurs 2010-2011 .....	5
	Annexe B : Méthodologie des groupes semblables.....	23
	Annexe C : Résultats des indicateurs agrégés.....	25



# 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 offrir des indicateurs de performance des hôpitaux comparables et normalisés au sein des provinces et territoires participants.

Le projet vise à :

- fournir 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 les 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 et les petits hôpitaux), à la moyenne provinciale ou territoriale, au sein de leur régie régionale de la santé et entre les provinces et territoires.

Les indicateurs financiers portent sur deux dimensions de la performance du système de santé : l'efficacité et la productivité.

## 2 Élaboration des indicateurs

Afin de déterminer les indicateurs financiers les plus pertinents pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux canadiens, l'ICIS a entamé un examen approfondi de la documentation portant notamment sur plus de 200 ratios de la performance financière des hôpitaux.

Les 48 ratios financiers les plus fréquemment utilisés ont été compilés et présentés dans une enquête à un groupe multidisciplinaire formé d'experts et d'intervenants dans le domaine de la santé financière des hôpitaux canadiens.

Après d'intenses discussions et un examen approfondi par les membres du groupe d'experts, le nombre d'indicateurs financiers utilisés dans le PPRHC a été réduit à 14, dont 10 ont été retenus pour la diffusion publique. Les résultats de 4 de ces indicateurs ne sont pas disponibles pour le moment.

Jusqu'ici, les résultats des 6 indicateurs suivants ont été diffusés :

### **Efficienne**

1. Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales — pourcentage des dépenses totales de l'entité juridique consacrées aux services administratifs, tels que les finances et les ressources humaines
2. Coût par cas pondéré — ratio entre les dépenses totales en soins de courte durée pour patients hospitalisés et le nombre de cas pondérés de patients hospitalisés pour lesquels l'hôpital a fourni des soins de courte durée (nouvelle méthodologie pour la présente diffusion)

### **Productivité**

1. Total des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés — ratio entre le total des heures travaillées et des heures de services achetés du personnel de l'unité de soins infirmiers pour patients hospitalisés et le total des cas pondérés de patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée et des soins aux malades chroniques)
2. Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic — ratio entre le total des heures travaillées et des heures de services achetés du personnel des services de diagnostic et le total des cas pondérés de patients hospitalisés, ajusté selon l'activité liée aux patients hospitaliers
3. Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique — ratio entre le total des heures travaillées et des heures de services achetés du personnel de laboratoire clinique et le total des cas pondérés de patients hospitalisés, ajusté selon l'activité liée aux patients hospitaliers
4. Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie — ratio entre le total des heures travaillées et des heures de services achetés du personnel de pharmacie et le total des cas pondérés de patients hospitalisés, ajusté selon l'activité liée aux patients hospitaliers

## **3 Sources de données**

Les indicateurs ont été calculés à partir des données soumises à la Base de données canadienne SIG (BDCS). La BDCS contient de l'information financière et statistique provenant des hôpitaux et des données limitées provenant des régions sanitaires du Canada. Les données sont recueillies conformément aux *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG), cadre normalisé permettant d'obtenir des données financières et statistiques et d'établir des rapports sur le fonctionnement quotidien des organismes de services de santé.

Les données provenant de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) ont également été utilisées pour le dénominateur des indicateurs Coût par cas pondéré, Total des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés, Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic, Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique et Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie. La BDCP contient des données démographiques, administratives et cliniques sur les sorties des hôpitaux (soins de courte durée, soins aux malades chroniques et réadaptation) et sur les chirurgies d'un jour au Canada.

## 4 Points à prendre en considération pour le Québec

Il est à noter que la province de Québec recueille les données financières et statistiques selon le *Manuel de gestion financière*, une norme qui est différente des Normes SIG utilisées dans le reste du Canada (à l'exclusion du Nunavut). Par conséquent, un exercice de mise en correspondance a été réalisé pour inclure les données du Québec dans le calcul des indicateurs comparables.

## 5 Unité d'analyse

Les hôpitaux canadiens ne disposent pas du même statut juridique. Dans certaines situations, les hôpitaux sont l'entité juridique alors que dans d'autres, ils opèrent sous la réglementation d'une autorité sanitaire. Les autorités sanitaires peuvent comprendre des organismes de services de santé autres que de courte durée.

En Ontario et au Yukon, l'entité juridique est un hôpital. Dans le cas de l'Ontario, du Québec et du Yukon, les indicateurs sont représentés comme un groupe régional d'entités juridiques individuelles englobant des hôpitaux.

Les dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales sont calculées au moyen de l'entité juridique considérée comme l'unité d'analyse dans le but d'assurer l'uniformité des services saisis dans les centres d'activité de services administratifs. Par conséquent, seuls les coûts hospitaliers sont inclus pour les provinces et territoires où l'entité juridique est un hôpital; les coûts d'autres organismes de services de santé sont inclus pour les provinces et territoires où l'entité juridique comprend d'autres organismes de services de santé.

Les autres indicateurs sont calculés à l'échelle de chaque hôpital, quelle que soit l'entité juridique. Il s'agit des indicateurs suivants : Coût par cas pondéré, Total des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés, Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic, Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique et Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie.





# Annexe A : Méthodologie relative aux indicateurs 2010-2011

## 1. Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales

Les dépenses administratives mesurent l'efficacité d'un établissement. Cet indicateur représente le pourcentage des dépenses totales de l'entité juridique qui ont été consacrées à des services administratifs tels que les finances et les ressources humaines.

### Définition

Coût des services administratifs,  
des services financiers, des ressources humaines  
et des communications (après recouvrements)

---

Dépenses totales (après recouvrements)

### Comptes des Normes SIG

Le numérateur inclut toutes les dépenses liées aux centres d'activité des services administratifs, des services financiers, des ressources humaines et des communications, après recouvrements. Les comptes des Normes SIG utilisés au numérateur comprennent les comptes principaux 7\* 1 10, 7\* 1 15, 7\* 1 20 et 7\* 1 30, de même que les comptes secondaires financiers 1 2\* et 3\* à 9\*.

Le dénominateur inclut toutes les dépenses après recouvrements. Les comptes des Normes SIG utilisés au dénominateur comprennent les comptes principaux, 7\* et 8\*, de même que les comptes secondaires financiers 1 2\* et 3\* à 9\*.

Les recouvrements externes sont débités afin que seules les dépenses de l'hôpital soient prises en compte; les recouvrements internes sont exclus pour enrayer l'effet des activités internes telles que les transferts entre les services.

### Interprétation

Un pourcentage élevé indique que les coûts administratifs constituent une grande partie des dépenses hospitalières d'une région; un faible pourcentage indique que les coûts administratifs représentent une petite partie des dépenses hospitalières d'une région. Prenez note que la structure de l'entité juridique varie selon les provinces et territoires. Par exemple, cet indicateur est calculé à l'échelle de l'hôpital en Ontario et au Yukon, tandis que dans les autres provinces et territoires, il inclut les hôpitaux et d'autres organismes de services de santé.

## 2. Coût par cas pondéré

L'indicateur Coût par cas pondéré (CPCP) mesure le rapport coût-efficacité d'un hôpital quant à sa capacité à fournir des soins de courte durée aux patients hospitalisés. Il compare les dépenses totales d'un hôpital pour les patients hospitalisés en soins de courte durée avec le nombre de cas pondérés de patients hospitalisés qui ont reçu des soins de courte durée. On obtient ainsi le total des dépenses moyennes engagées par l'hôpital pour le traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée.

### Définition

$$\frac{\text{Total des coûts des patients hospitalisés}}{\text{Total des cas pondérés}}$$

### Méthodologie

*Veillez noter que les ajustements apportés particulièrement aux données du Québec aux fins de calcul sont expliqués ci-dessous.*

Des ajustements précis sont apportés aux données du Québec mises en correspondance avec les Normes SIG dans le but d'harmoniser davantage les pratiques de déclaration de cette province à celles d'autres provinces et territoires. Les dépenses liées à l'amortissement de l'équipement, déclarées dans les données du Québec à titre de montants non répartis, sont regroupées dans les centres d'activité des Normes SIG à l'aide des données provenant des provinces et territoires qui participent aux Normes SIG.

Au Québec, la cotisation de l'employeur au régime de retraite est fournie directement par le gouvernement de cette province. Par conséquent, cette partie des dépenses n'est pas incluse dans les données de la province. Les provinces et territoires qui se conforment aux pratiques des Normes SIG déclarent cette dépense sous le compte financier secondaire 3 \*\* 44 (Régime provincial de pensions). Les estimations des cotisations de chaque organisme pour chaque centre d'activité, calculées à partir de l'information fournie par le Québec, ont été utilisées dans l'analyse des coûts par cas pondéré.

Conformément aux pratiques des Normes SIG mises en application dans les autres provinces et territoires, les données du Québec virées sous les comptes provisoires ont été réparties dans des centres de coûts d'amortissement.

## Calcul des coûts totaux

1. La première étape est de déterminer les coûts totaux pour les patients hospitalisés de chaque hôpital qui soumet des données à la BDCS. La majorité des dépenses déclarées à la BDCS sont utilisées dans ce calcul, à l'exception de certaines dépenses dans les soumissions des hôpitaux qui doivent être enlevées pour faciliter la comparabilité des valeurs du CPCP. Les ajustements suivants sont effectués :

Compte secondaire financier	Description	Mesure
1 20 1 21 1 22	Recouvrements provenant de sources externes Recouvrements au sein de l'entité juridique Recouvrements internes	Débiter des dépenses
3 10 85	Heures rémunérées, personnel de gestion et de soutien opérationnel, Autres indemnités de cessation d'emploi	Exclure
3 50 85	Heures rémunérées, personnel producteur d'unités, Autres indemnités de cessation d'emploi	
3 90	Heures rémunérées, personnel médical	Exclure
9 50 20	Amortissement, non réparti, améliorations des terrains <sup>i</sup>	Exclure
9 50 40	Amortissement non réparti, bâtiments <sup>i</sup>	Exclure
9 50 60	Amortissement, non réparti, équipement de service des bâtiments <sup>i</sup>	Exclure
9 55	Intérêts sur éléments de passif à long terme	Exclure

Les données du Québec comprennent le coût des produits sanguins, qui n'est pas déclaré par les autres provinces et territoires. Ces données ont été regroupées sous un centre d'activité spécial, retiré de l'ensemble des données aux fins de la présente analyse.

2. Une fois ces ajustements effectués, tous les coûts restant des hôpitaux doivent être assignés à un des trois regroupements des coûts suivants :

- Coûts pour les patients hospitalisés — Coûts engagés dans les soins directs aux patients hospitalisés.
- Coûts pour les autres patients — Coûts engagés dans les soins directs aux autres patients de l'hôpital, comme les clients.
- Coûts non reliés aux patients — Coûts engagés dans les activités non reliées aux soins des patients.

Afin de bien allouer les coûts hospitaliers de la BDCS à ces regroupements de coûts, les coûts dans les centres d'activité sont assignés au regroupement de coûts le plus adéquat. Cette tâche s'effectue principalement avec les cinq premiers chiffres (niveau 3) du centre d'activité, malgré que la tâche puisse devenir compliquée pour les centres d'activité dont les services sont reliés à plus d'un regroupement de coûts.

i. L'amortissement non réparti est parfois inclus comme compte secondaire financier 9 50 00, donc la portion qui s'applique à l'amélioration des terrains, aux bâtiments et à l'équipement de service des bâtiments ne peut pas être vérifiée. À l'échelle nationale, l'ICIS a établi que 70 % de l'amortissement non réparti déclaré s'applique à ce type de biens; alors ce pourcentage est exclu et seuls les coûts associés à l'équipement principal non réparti serviront aux fins d'allocation.

Pour décrire comment ces coûts sont déterminés, les centres d'activité et de comptabilité seront groupés en sept sections logiques et traités séparément. Ces sections sont :

- Unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés
- Salles d'opération et de réveil
- Services d'urgence
- Centres d'activité des soins ambulatoires précisés
- Centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques
- Centres d'activité de soins aux autres patients
- Centres d'activité et de comptabilité restants

La section suivante décrit comment les coûts dans chacune de ces sept sections seront alloués aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés, de coûts pour les autres patients et de coûts non reliés aux patients.

#### a) Unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés

La grande majorité des coûts déclarés pour les unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés devraient être des coûts pour les patients hospitalisés. Toutefois, d'autres activités à l'endroit des patients sont parfois déclarées dans les unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés sous la forme de charge de travail ou de visites.

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
71 2 10	Unité de soins infirmiers en médecine	Oui	Potentiellement	Non
71 2 20	Unité de soins infirmiers en chirurgie	Oui	Potentiellement	Non
71 2 30	Unité de soins infirmiers, soins médicaux et chirurgicaux combinés	Oui	Potentiellement	Non
71 2 40	Unité de soins intensifs	Oui	Potentiellement	Non
71 2 50	Unité de soins infirmiers en obstétrique	Oui	Potentiellement	Non
71 2 70	Unité de soins infirmiers en pédiatrie	Oui	Potentiellement	Non
71 2 75	Unité de soins infirmiers en santé mentale et en toxicomanie	Oui	Potentiellement	Non
71 2 80	Unité de soins infirmiers de réadaptation physique	Oui	Potentiellement	Non
71 2 90	Unité de soins infirmiers palliatifs	Oui	Potentiellement	Non

Pour déterminer le montant de dépenses qui devraient être allouées au regroupement de coûts pour les autres patients, tous les centres d'activité ci-dessus déclarant des visites d'autres patients doivent être identifiés. Les données de ces centres d'activité sont traitées à l'aide d'un algorithme en deux phases visant à déterminer une allocation appropriée pour le regroupement de coûts pour les autres patients.

**Phase 1 :** Tous les centres d'activité de soins infirmiers aux patients hospitalisés qui déclarent une charge de travail passent par une régression linéaire statistique qui utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante ainsi que l'exercice et le centre d'activité comme variables indépendantes.

Tous les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre la charge de travail totale et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. Leur allocation au regroupement de coûts pour les autres patients est calculée en fonction de leur proportion de la charge de travail déclarée par catégorie de bénéficiaires de services.

**Phase 2 :** Tous les centres d'activité de soins infirmiers aux patients hospitalisés qui déclarent les visites et la charge de travail des autres patients passent par trois modèles de régression linéaire statistique consécutifs. Seuls les centres d'activité qui réussissent un modèle passent au modèle suivant. Les variables indépendantes pour chaque modèle sont l'exercice fiscal et le centre d'activité. Les variables dépendantes sont :

- i) Charge de travail pour les autres patients par visite des autres patients
- ii) Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par unité de charge de travail
- iii) Portion des dépenses ajustées selon le taux de rémunération par visite des autres patients

Les centres d'activité qui réussissent les trois régressions sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les trois variables et sont utilisés pour calculer un coût national par visite d'autres patients. Ce coût national est ensuite adapté à chaque province ou territoire pour refléter ses propres taux de rémunération et est multiplié par les visites d'autres patients de chaque centre d'activité qui a échoué à la Phase 1.

Les centres d'activité qui ont déclaré une charge de travail et des visites dans des catégories de bénéficiaires de services qui se contredisent sont jugés représenter 100 % des dépenses pour les patients hospitalisés.

Les données du Québec qui sont mises en correspondance avec les centres d'activité de soins infirmiers aux patients hospitalisés des Normes SIG comprendraient uniquement les coûts pour les patients hospitalisés et sont toutes attribuées au regroupement de coûts pour les patients hospitalisés. Les données du Québec mises en correspondance avec le centre d'activité Unité de soins infirmiers en obstétrique (71 2 50\*) font cependant exception à cette règle. Ces centres d'activité sont sélectionnés selon leur raisonnable à partir d'un modèle de régression statistique linéaire qui utilise l'exercice comme variable indépendante et le coût par personne traitée dans le centre d'activité comme variable dépendante. Les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les dépenses et les personnes traitées. Leur allocation aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction du volume de patients traités par catégorie de bénéficiaires de services. Dans le cas des centres d'activité qui échouent la régression, on utilise un pourcentage de répartition provincial fondé sur les centres d'activité qui ont réussi la régression.

## b) Salles d'opération et de réveil

Il est raisonnable pour la section Salles d'opération et de réveil de contenir un mélange de dépenses reliées aux patients hospitalisés et aux autres patients.

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
71 2 60	Salle d'opération	Oui	Potentiellement	Non
71 2 62	Salles d'opération et de réveil combinées	Oui	Potentiellement	Non
71 2 65	Salle de réveil	Oui	Potentiellement	Non
71 3 60	Chirurgie d'un jour, salle d'opération	Potentiellement	Oui	Non
71 3 62	Chirurgie d'un jour, salles d'opération et de réveil combinées	Potentiellement	Oui	Non
71 3 65	Chirurgie d'un jour, salle de réveil	Potentiellement	Oui	Non
71 3 69	Salles d'opération et de réveil combinées et soins préopératoires et postopératoires, chirurgie d'un jour	Potentiellement	Oui	Non

Pour déterminer le montant des dépenses qui devraient être allouées au regroupement de coûts pour les autres patients dans ces centres d'activité, seront identifiés tous les centres d'activité énumérés ci-dessus qui ont déclaré une charge de travail n'entraînant pas de conflit dans la catégorie de bénéficiaires de services avec les statistiques sur l'activité reliée au service. Les données de ces centres d'activité sont traitées à l'aide d'un algorithme en deux étapes visant à déterminer l'allocation appropriée pour le regroupement de coûts pour les autres patients.

**Phase 1 :** Tous les centres d'activité de salles d'opération et de salles de réveil qui déclarent une charge de travail passent par une régression linéaire statistique qui utilise les dépenses ajustées selon le taux de rémunération par unité de charge de travail du centre d'activité comme variable dépendante ainsi que l'exercice et le centre d'activité comme variables indépendantes. Les régressions sont menées séparément pour les salles d'opération et les salles de réveil.

Tous les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre la charge de travail totale et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. Leur allocation au regroupement de coûts pour les autres patients est calculée en fonction de leur proportion de la charge de travail déclarée par catégorie de bénéficiaires de services. Une proportion nationale des activités pour les patients hospitalisés et les autres patients en fonction des centres d'activité qui ont réussi la régression est appliquée aux centres d'activité qui ont échoué la régression et n'ont pas déclaré de statistiques sur l'activité reliée au service dans le centre d'activité. Cette moyenne nationale est également utilisée pour les centres d'activité dont la charge de travail entraînait un conflit dans la catégorie de bénéficiaires de services en raison des statistiques sur l'activité reliée au service, ainsi que pour les centres d'activité ne comportant pas de charge de travail ou d'activité reliée au service.

**Phase 2 :** Pour les centres d'activité de salles d'opération et de salles de réveil qui ont déclaré des visites en chirurgie, en salle de réveil ou en personne, sans toutefois déclarer de charge de travail, les estimations de coûts nationales ajustées selon le taux de rémunération sont alors calculés pour une visite en chirurgie, en salle de réveil et en personne. Ces estimations sont ensuite appliquées à l'activité reliée au service des centres d'activité qui sont admis à la phase 2 pour calculer l'allocation du regroupement de coûts pour les autres patients.

Les données du Québec mises en correspondance avec les centres d'activité de salles d'opération sont attribuées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients à partir d'un modèle de régression statistique linéaire qui utilise l'exercice comme variable indépendante et les heures en chirurgie comme variable dépendante. Les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les dépenses et les heures en chirurgie. Leur allocation aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction du volume d'heures en chirurgie par catégorie de bénéficiaires de services. Dans le cas des centres d'activité qui échouent la régression, on utilise un pourcentage de répartition provincial fondé sur les centres d'activité qui ont réussi la régression.

### c) Service d'urgence

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
71 3 10	Service d'urgence	Potentiellement	Oui	Non

Un centre d'activité des services d'urgence peut contenir des données sur le volume de patients hospitalisés, tel que reflété par les statistiques sur l'activité reliée au service « jour(s) de présence des patients hospitalisés » et « visites en personne – patient hospitalisé ». Pour estimer le coût de ces volumes, les données sont traitées dans un algorithme à deux phases.

**Phase 1 :** Une régression linéaire statistique est appliquée aux centres d'activité de services d'urgence qui déclarent une charge de travail. Cette régression utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante ainsi que l'exercice, le centre d'activité et la cohorte hospitalière comme variables indépendantes. Les centres d'activité qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de services pour allouer les dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

**Phase 2 :** Pour les centres d'activité des services d'urgence qui déclarent les activités reliées aux services aux patients hospitalisés sans déclarer de charge de travail, ou pour les charges de travail qui entraînent un conflit avec l'activité reliée au service en raison de la catégorie de bénéficiaires de services déclarée, les estimations de coûts nationales ajustées selon le taux de rémunération sont alors calculées pour les jours de présence des patients hospitalisés, les visites des patients hospitalisés et les visites des « autres patients ». Ces estimations sont multipliées par les volumes d'activité reliée au service des centres d'activité qui ne déclarent pas la charge de travail de façon appropriée afin de calculer la proportion de l'activité des patients hospitalisés par rapport à l'activité totale. Cette proportion est ensuite comparée aux dépenses totales du centre d'activité, permettant d'attribuer les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Les centres d'activité des services d'urgence qui n'ont pas déclaré d'activité liée au service ou de charge de travail sont jugés représenter 100 % des dépenses liées aux autres patients.

Les données du Québec mises en correspondance avec les centres d'activité des services d'urgence des Normes SIG comprennent uniquement les coûts pour les autres patients et sont toutes attribuées au regroupement de coûts pour les autres patients.

#### d) Centres d'activité des soins ambulatoires précisés

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
71 3 40	Soins spécialisés de jour et de nuit	Potentiellement	Oui	Non
71 3 50	Cliniques spécialisées	Potentiellement	Oui	Non
71 3 55	Cabinets de consultation des cliniques	Potentiellement	Oui	Non
71 3 67	Soins préopératoires et postopératoires, chirurgie d'un jour	Potentiellement	Oui	Non

D'autres centres d'activité des soins ambulatoires peuvent contenir des données sur le volume de patients hospitalisés tel que reflété par les statistiques sur l'activité liée au service « jour(s) de présence des patients hospitalisés » et « visites en personne – patient hospitalisé ». Pour estimer les coûts de ces volumes, les centres d'activité des soins ambulatoires précisés ci-dessus sont passés dans un algorithme à deux phases.

**Phase 1 :** Une régression linéaire statistique est appliquée aux centres d'activité des soins ambulatoires précisés qui déclarent une charge de travail. Cette régression utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante ainsi que l'exercice et le centre d'activité comme variables indépendantes. Les centres d'activité qui réussissent la régression utilisent leur propre charge de travail par catégorie de bénéficiaires de service pour allouer les dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

**Phase 2 :** Pour les centres d'activité de cette liste qui déclarent une activité liée au service aux patients hospitalisés sans charge de travail ou pour les charges de travail qui entraînent un conflit avec l'activité liée au service de la catégorie de bénéficiaires de services, les estimations de coûts nationales ajustées selon le taux de rémunération sont calculées pour les visites et les jours de présence des patients hospitalisés. Ces estimations sont multipliées par les volumes d'activité liée au service des centres d'activité qui ne déclarent pas la charge de travail de façon appropriée pour calculer la proportion de l'activité des patients hospitalisés par rapport à l'activité totale. Cette proportion est ensuite comparée aux dépenses totales du centre d'activité, permettant d'attribuer les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Les centres d'activité dans cette liste qui n'ont pas déclaré d'activité liée au service ou de charge de travail sont jugés contenir 100 % de leurs dépenses comme étant reliées aux autres patients. Les données du Québec mises en correspondance avec les centres d'activité de soins ambulatoires des Normes SIG comprennent uniquement des coûts pour les autres patients et sont attribuées au regroupement de coûts pour les autres patients.



## e) Centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
71 4 05	Soins infirmiers diagnostiques et thérapeutiques	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 10	Laboratoire clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 15	Imagerie médicale	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 20	Onco-radiologie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 25	Laboratoires d'électrodiagnostic	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 30	Laboratoires de cardiologie non effractive et laboratoires vasculaires	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 35	Services d'inhalothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 40	Pharmacie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 45	Nutrition clinique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 50	Physiothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 55	Ergothérapie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 60	Audiologie et orthophonie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 65	Aspect technique de la réadaptation	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 70	Travail social	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 75	Psychologie	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 76	Consultation génétique	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 80	Services de la pastorale	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 85	Thérapie par les loisirs	Potentiellement	Potentiellement	Non
71 4 90	Milieu thérapeutique de l'enfance	Potentiellement	Potentiellement	Non

Il est attendu que la plupart (sinon la totalité) des centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques serviront les populations de patients hospitalisés et d'autres patients. Pour déterminer le montant des dépenses dans ces centres d'activité qui devraient être allouées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients, tous les centres d'activité dans le tableau ci-dessus sont passés dans un algorithme à trois phases.

**Phase 1 :** Une régression linéaire statistique est appliquée à tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques qui déclarent une charge de travail. Cette régression utilise le coût par unité de charge de travail ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et la cohorte hospitalière comme variable indépendante. Cette régression est effectuée pour chaque type de centre d'activité diagnostique et thérapeutique. Tous les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre la charge de travail et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. L'allocation des centres d'activité aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction de leur proportion de la charge de travail déclarée par catégorie de bénéficiaires de services.

**Phase 2 :** Une régression linéaire statistique est appliquée à tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques qui déclarent une activité reliée au service. Cette régression utilise le coût par unité d'activité reliée au service ajusté selon le taux de rémunération comme variable dépendante et la cohorte hospitalière comme variable indépendante. En outre, la régression est effectuée pour chaque type de centre d'activité diagnostique et thérapeutique. Tous les centres d'activité qui réussissent la régression de la Phase 2 sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre l'activité reliée au service et les dépenses ajustées selon le taux de rémunération. Les centres d'activité qui n'étaient pas admissibles à la Phase 1 ou qui ont échoué cette dernière utilisent leur valeur de l'activité reliée au service pour allouer les dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients par catégorie de bénéficiaires de services.

**Phase 3 :** Trois modèles consécutifs de régression linéaire statistique sont appliqués à tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques qui déclarent une activité reliée au service et une charge de travail, où uniquement les centres d'activité qui réussissent un modèle avancé au modèle suivant. Les modèles sont comme suit :

- i) Charge de travail pour les autres patients par activité reliée au service pour les autres patients
- ii) Dépenses ajustées selon le taux de rémunération par unité totale de charge de travail
- iii) Portion des dépenses ajustées selon le taux de rémunération par activité reliée au service pour les autres patients

Les centres d'activité qui réussissent les trois régressions sont utilisés pour calculer le pourcentage national moyen de la charge de travail pour les patients hospitalisés par rapport à la charge de travail totale. Ce pourcentage est appliqué à chaque centre d'activité qui a échoué aux phases 1 et 2 pour déterminer l'allocation des dépenses dans les regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients.

Les données du Québec mises en correspondance avec la plupart des centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques des Normes SIG sont également attribuées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients à partir de modèles de régression. On utilise essentiellement les statistiques propres à chaque centre d'activité. Dans chaque modèle et chaque centre d'activité, on utilise l'exercice comme variable indépendante et le coût par statistique comme variable dépendante. Les centres d'activité qui réussissent cette régression sont jugés aptes à démontrer une relation raisonnable entre les dépenses et la statistique. Leur allocation aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients est calculée en fonction du volume de statistiques par catégorie de bénéficiaires de services. Dans le cas des centres d'activité qui échouent la régression, on utilise des modèles de régression basés sur d'autres types de statistiques. Lorsqu'un centre d'activité échoue tous les modèles de régression, on utilise un pourcentage moyen de patients hospitalisés calculé à partir des données du Québec regroupées sous tous les centres d'activité qui ont réussi la régression selon le modèle initial.

## f) Centres d'activité de soins aux autres patients

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
71 2 76	Unité de soins infirmiers de longue durée en santé mentale	Non	Oui	Non
71 2 96	Services chirurgicaux impartis	Non	Oui	Non
71 3 14	Services de santé par téléphone	Non	Oui	Non
71 3 20	Services d'information sur les poisons et les médicaments	Non	Oui	Non
71 3 96	Services de chirurgie d'un jour impartis	Non	Oui	Non
<b>Tous les comptes 71 5*</b>	Services de santé communautaires	Non	Oui	Non

Tous les autres centres d'activité reliés aux soins aux patients dans le domaine des soins infirmiers, des soins ambulatoires et des services diagnostiques et thérapeutiques sont assignés au regroupement de coûts pour les autres patients.

## g) Autres coûts hospitaliers

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
71 7*	Recherche	Non	Non	Oui
<b>Tous les comptes 71 8*, sauf 71 8 40</b> <b>Formation interne</b>	Enseignement	Non	Non	Oui
<b>Tous les comptes 71 9*</b>	Non réparti	Non	Non	Oui

Toutes les dépenses incluses dans ces centres d'activité sont allouées au regroupement de coûts non reliés aux patients.

Numéro de compte	Description	Coûts pour les patients hospitalisés	Coûts pour les autres patients	Coûts non reliés aux patients
<b>Tous les comptes 71 1*</b>	Services administratifs et de soutien	Répartition	Répartition	Répartition
71 8 40*	Formation interne	Répartition	Répartition	Non
<b>Tous les comptes 81 9*</b>	Non réparti	Répartition	Répartition	Répartition

## h) Centres d'activité et de comptabilité restants

Pour ces centres d'activité, les coûts sont alloués dans les regroupements de coûts en vertu des étapes 5, 6 et 7.

3. Pour les hôpitaux dont les données cliniques sur les patients en santé mentale peuvent être séparées (p. ex. lorsqu'un numéro d'établissement distinct est utilisé dans la BDCP, lorsque les données sont déclarées à une autre base de données ou lorsque l'établissement dispense uniquement des services de santé mentale), il faut déplacer le total des coûts liés à l'unité de soins infirmiers en santé mentale et en toxicomanie (71 2 75) au regroupement de coûts pour

les autres patients. Pour l'ensemble des centres d'activité liés aux services diagnostiques et thérapeutiques (71 4\*) de ces mêmes hôpitaux, il faut déterminer la portion des dépenses du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés qui est consacrée aux patients hospitalisés en santé mentale (en fonction de la proportion des dépenses pour les patients hospitalisés en santé mentale par rapport aux dépenses totales du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés) et déplacer cette portion dans le regroupement de coûts pour les autres patients. Ce calcul vise à déterminer les coûts des soins de courte durée par cas pondéré. Lorsque les données financières ou les données cliniques pour les services de santé mentale ne peuvent pas être séparées, l'existence de certaines dépenses en santé mentale et des cas pondérés de santé mentale qui y sont associés ne devraient pas représenter une différence matérielle pour les coûts par cas pondéré.

4. Pour les hôpitaux dont les données cliniques sur les patients en réadaptation peuvent être séparées (p. ex. lorsqu'un numéro d'établissement distinct est utilisé dans la BDCP, lorsque les données sont déclarées à une autre base de données ou lorsque l'établissement dispense uniquement des services de réadaptation), il faut déplacer le total des coûts déclarés liés à l'unité de soins infirmiers de réadaptation physique (71 2 80) au regroupement des coûts pour les autres patients. Pour tous les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques (71 4\*) de ces mêmes hôpitaux, il faut déterminer la portion des dépenses du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés qui est consacrée aux patients hospitalisés en réadaptation (en fonction de la proportion des dépenses pour les patients hospitalisés en réadaptation par rapport aux dépenses totales du regroupement de coûts pour les patients hospitalisés) et déplacer cette portion dans le regroupement de coûts pour les autres patients. Ce calcul vise à déterminer les coûts des soins de courte durée par cas pondéré. Lorsque les données financières ou les données cliniques des services de réadaptation ne peuvent pas être séparées, l'existence de certaines dépenses en réadaptation et des cas pondérés en réadaptation qui y sont associés ne devraient pas représenter une différence matérielle pour les coûts par cas pondéré.
5. Les dépenses des centres d'activité des services administratifs et de soutien (71 1\*) sont redistribuées dans les trois regroupements de coûts en fonction de la portion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de chaque hôpital par rapport aux dépenses totales de l'hôpital.
6. Les dépenses du centre de comptabilité (81 9\*) et de sa portion de 71 1\* sont redistribuées dans les trois regroupements de coûts en fonction de la portion des dépenses totales dans le regroupement de coûts de chaque hôpital par rapport aux dépenses totales de l'hôpital.
7. Les dépenses liées à la formation interne (71 8 40\*) sont allouées aux regroupements de coûts pour les patients hospitalisés et les autres patients en fonction de la portion de chacun de ces regroupements de coûts par rapport à leur somme combinée à l'échelle des hôpitaux, avant l'allocation 711 et 819 aux étapes 5 et 6.
8. Calculer le total des coûts du regroupement des patients hospitalisés. Le chiffre obtenu servira à déterminer le coût par cas pondéré.

## Calcul des cas pondérés

1. Obtenir le nombre total de cas pondérés de patients hospitalisés en soins de courte durée, en réadaptation et en santé mentale.
2. Supprimer les cas pondérés de patients hospitalisés en santé mentale dans les hôpitaux qui ont des coûts appariés des patients hospitalisés dans le centre d'activité 71 2 75 (c.-à-d. ceux qui déclarent des données sur les patients hospitalisés en santé mentale au SIOSM ou à la BDCP au moyen d'un numéro d'établissement unique à ces patients).
3. Supprimer les cas pondérés de patients hospitalisés en réadaptation dans les hôpitaux qui ont des coûts appariés des patients hospitalisés dans le centre d'activité 71 2 80 (c.-à-d. ceux qui déclarent des données sur les patients en réadaptation au SNIR ou à la BDCP au moyen d'un numéro d'établissement unique à ces patients).

## Calcul du coût par cas pondéré

1. Apparier le coût imputable aux patients hospitalisés et les données relatives aux cas pondérés pour chaque hôpital.
2. Calculer le coût par cas pondéré.

$$\text{Coût par cas pondéré} = \frac{\text{Total des coûts des patients hospitalisés}}{\text{Total des cas pondérés}}$$

Veillez prendre note que les cas pondérés utilisés dans ces méthodologies sont regroupés au moyen de la méthodologie de regroupement GMA+ 2012, la plus récente méthodologie des groupes de maladies analogues de l'ICIS au moment de la diffusion.

## Interprétation

Un coût par cas pondéré élevé indique que le coût de traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée est relativement élevé et un coût par cas pondéré bas, que le coût de traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée est relativement faible.

Veillez noter que cet indicateur a été ajusté pour tenir compte de la complexité des cas grâce à l'utilisation des cas pondérés dans le dénominateur.

### 3. Total des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés

Cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires à tout le personnel (à l'exception du personnel médical) des services infirmiers des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

#### Définition

Total des heures travaillées et des heures de  
services achetés en soins infirmiers aux patients hospitalisés  
(à l'exclusion des soins de longue durée et des soins aux malades chroniques)

---

Total des cas pondérés de patients hospitalisés

#### Comptes des Normes SIG

Les codes de compte SIG utilisés au numérateur comprennent le compte principal 7\* 2 (sauf 7\*2 76 et 7\*2 92), de même que les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée pour patients hospitalisés (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour.

**Remarque :** Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services de santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services de santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

#### Interprétation

Toutes choses étant égales par ailleurs, une valeur plus faible indique une plus grande efficacité.

## 4. Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic

Cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires à tout le personnel (à l'exception du personnel médical) des services de diagnostic des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

### Définition

Total des heures travaillées et des heures de services achetés  
dans le service de diagnostic (ajustées en fonction des activités  
reliées aux patients hospitalisés)

---

Total des cas pondérés de patients hospitalisés

### Comptes des Normes SIG

Les codes de compte SIG utilisés au numérateur comprennent les comptes principaux 7\* 4 05, 7\* 4 15, 7\* 4 25 et 7\* 4 30, de même que les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée pour patients hospitalisés (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour.

**Remarque :** Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services de santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services de santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

### Interprétation

Toutes choses étant égales par ailleurs, une valeur plus faible indique une plus grande efficacité.

## 5. Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique

Cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires à tout le personnel (à l'exception du personnel médical) des unités de laboratoire des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

### Définition

Total des heures travaillées et des heures de  
services achetés dans le service de laboratoire clinique  
(ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)

---

Total des cas pondérés de patients hospitalisés

### Comptes des Normes SIG

Les codes de compte SIG utilisés au numérateur comprennent le compte primaire 7\* 4 10, de même que les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliées aux centres d'activité de laboratoire clinique sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée pour patients hospitalisés (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour.

**Remarque :** Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services de santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services de santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

### Interprétation

Toutes choses étant égales par ailleurs, une valeur plus faible indique une plus grande efficacité.



## 6. Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie

Cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires à tout le personnel (à l'exception du personnel médical) des centres d'activité des pharmacies des hôpitaux pour générer un cas pondéré.

### Définition

$$\frac{\text{Total des heures travaillées et des heures de services achetés dans le service de pharmacie (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

### Comptes des Normes SIG

Les codes de compte SIG utilisés au numérateur comprennent le compte primaire 7\* 4 40, de même que les comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10 et 3 50 90.

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité reliée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée aux centres d'activité de pharmacie sont utilisées. Si ces données sont également non disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Veuillez prendre note que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée pour patients hospitalisés (obtenu à partir de la BDCP), à l'exception de la chirurgie d'un jour.

**Remarque :** Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services de santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services de santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

### Interprétation

Toutes choses étant égales par ailleurs, une valeur plus faible indique une plus grande efficacité.



## Annexe B : Méthodologie des groupes semblables

L'objectif de la répartition des hôpitaux dans des groupes semblables est de faciliter l'établissement de comparaisons normalisées selon des catégories d'hôpitaux de soins de courte durée présentant des caractéristiques semblables sur le plan de la structure et des patients.

Les groupes semblables normalisés ont été élaborés selon des analyses documentaires et des consultations auprès de spécialistes internes et externes. Les hôpitaux ont été répartis parmi quatre groupes semblables normalisés : T (hôpital d'enseignement), H1 (grand hôpital communautaire), H2 (hôpital communautaire de taille moyenne) et H3 (petit hôpital communautaire).

Un établissement est considéré comme 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 comptant plusieurs établissements. Les membres offrent des programmes cliniques allant des soins de santé primaires aux services de santé très spécialisés et sont dirigés 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, auxquelles ils offrent de la formation médicale aux premier, deuxième et troisième cycles.

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

Un hôpital qui ne correspond pas à ces critères fait partie du groupe H2 ou H3, selon son 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.

Veillez noter que les données financières relatives aux hôpitaux comptant plusieurs établissements n'offrent aucun renseignement détaillé sur le regroupement des entités comparables pour chaque établissement.



## Annexe C : Résultats des indicateurs agrégés

### Moyenne pondérée des indicateurs de performance

Toutes les valeurs moyennes des indicateurs sont des moyennes pondérées pour les hôpitaux participants. On applique la pondération en calculant la valeur de l'indicateur : la somme de tous les numérateurs est divisée par celle de tous les dénominateurs. Pour obtenir la valeur moyenne des indicateurs provinciaux ou territoriaux, on divise la somme de tous les numérateurs des établissements provinciaux ou territoriaux par celle de tous les dénominateurs des mêmes établissements, excluant les valeurs extrêmes. Pour obtenir la valeur moyenne des indicateurs nationaux, on divise la somme de tous les numérateurs des établissements par celle de tous les dénominateurs de ces établissements, excluant les valeurs extrêmes. Il peut arriver que des résultats d'indicateurs soient supprimés en raison de problèmes de qualité des données; ces résultats sont toutefois utilisés dans le calcul de la moyenne.

En ce qui concerne les indicateurs calculés à l'échelle des hôpitaux, les valeurs agrégées se composent uniquement des résultats des hôpitaux de soins de courte durée. Par exemple, l'indicateur agrégé à l'échelle régionale est la moyenne de tous les hôpitaux de soins de courte durée d'une même région.

Quant aux indicateurs calculés à l'échelle régionale, les valeurs agrégées peuvent comprendre certains services autres que de courte durée. Par exemple, l'indicateur lié aux services administratifs est calculé à l'échelle de l'entité juridique — qui correspond dans certains cas à une régie régionale de la santé — et donc inclura les dépenses engagées par des organismes qui dispensent des soins de santé autres que de courte durée.

### Méthode de détermination des valeurs extrêmes

Une valeur extrême est définie comme une valeur d'indicateur supérieure ou inférieure à une plage déterminée de valeurs acceptables. Aux fins de ce document, la plage des valeurs acceptables est calculée comme suit :

$$1^{\text{er}} \text{ quartile (25}^{\text{e}} \text{ percentile)} - 1,5 \times \text{IQR sur } 3^{\text{e}} \text{ quartile} \\ (75^{\text{e}} \text{ percentile)} + 1,5 \times \text{IQR}$$

où IQR correspond à l'intervalle interquartile.

Les valeurs situées en dehors de cette plage sont soigneusement examinées. Elles ne sont pas prises en compte dans l'analyse ultérieure ni dans les moyennes pondérées, sauf si une raison impérieuse justifie de les garder.

## Règles de suppression des valeurs extrêmes (moyennes nationales, provinciales, territoriales et régionales)

Les remarques suivantes s'appliquent aux moyennes régionales, provinciales, territoriales et nationales qui sont publiées.

- Pour les indicateurs propres aux hôpitaux, les valeurs sont retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables.
- Pour les indicateurs propres aux régions (comprenant les dépenses administratives dans certaines entités juridiques), les valeurs sont retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables.

Puisque l'Ontario et le Québec n'ont pas d'entités régionales semblables à celles des autres provinces et territoires, leurs données sont retirées à l'échelle des hôpitaux et des centres de santé et de services sociaux, respectivement. Les résultats obtenus suite à ce retrait de données sont ensuite groupés en valeurs régionales pour les provinces et territoires concernés.

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](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-178-7 (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 financiers, mars 2013*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

This publication is also available in English under the title *Canadian Hospital Reporting Project Technical Notes—Financial Indicators, March 2013*. ISBN 978-1-77109-177-0 (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