



Base de données canadienne SIG

INDICATEURS DU RENDEMENT FINANCIER DES HÔPITAUX

1999-2000 à 2001-2002



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

Base de données canadienne SIG

**Indicateurs du rendement financier
des hôpitaux**

1999-2000 à 2001-2002

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris des photocopies, les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages d'un article de magazine ou de journal, ou lors d'une émission.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-348-0 (PDF)

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

^{MD} Marque déposée de l'Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title: *Canadian MIS Database, Hospital Financial Performance Indicators, 1999-2000 to 2000-2001*
ISBN 1-55392-347-2 (PDF)

Base de données canadienne SIG
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux,
1999-2000 à 2001-2002

Table des matières

Remerciements.....	i
Faits saillants	iii
Résumé.....	v
Introduction	1
Section 1 : Les hôpitaux au Canada	5
Total des dépenses des hôpitaux	5
Section 2 : Caractéristiques du système	7
Restructuration des hôpitaux.....	8
Données statistiques et financières des hôpitaux.....	11
Section 3 : Indicateurs de rendement financier	21
Viabilité financière – Marge totale.....	23
Liquidités – Ratio du fonds de roulement	24
Efficacité de l'établissement.....	25
Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales.....	25
Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales	26
Coût par cas pondéré	28
Répartition des ressources humaines	31
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées (heures de soins aux patients)	31
Heures travaillées par cas pondéré	31
Gestion des immobilisations	34
Âge moyen de l'équipement.....	34
Conclusions	36
Recommandations	37
Annexe A – Notes méthodologiques	A-1
Annexe B – Méthode relative aux indicateurs de rendement	B-1
Annexe C – Valeurs des indicateurs régionaux par province et territoire, 2001-2002.....	C-1
Annexe D – Valeurs des indicateurs régionaux par province et territoire, 2000-2001.....	D-1
Annexe E – Valeurs des indicateurs nationaux par province et territoire, 1999-2000 à 2000-2001	E-1

Base de données canadienne SIG
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux,
1999-2000 à 2001-2002

Table des matières (suite)

Liste des figures

Figure 1.	Dépenses totales des hôpitaux, en dollars constants de 1997, Canada, 1975 à 2003	5
Figure 2.	Part des hôpitaux dans les dépenses totales de santé, Canada, 1975 à 2003	6
Figure 3.	Prévisions des dépenses totales de santé selon l'affectation des fonds, Canada, 2003	6
Figure 4.	Marge totale par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	23
Figure 5.	Ratio du fonds de roulement, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	24
Figure 6.	Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	26
Figure 7.	Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	27
Figure 8.	Coût par cas pondéré, par province et territoire, 2000-2001.....	30
Figure 9.	Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activités de soins aux patients, en pourcentage du nombre total d'heures travaillées, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002 ...	31
Figure 10.	Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré, par province et territoire, 2000-2001	32
Figure 11.	Heures travaillées personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques, par cas pondéré, par province et territoire, 2000-2001	33
Figure 12.	Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques, par cas pondéré, par province et territoire, 2000-2001	33
Figure 13.	Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies, par cas pondéré, par province et territoire, 2000-2001.....	34
Figure 14.	Âge moyen de l'équipement, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	35

Base de données canadienne SIG
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux,
1999-2000 à 2001-2002

Table des matières (suite)

Liste des tableaux

Tableau 1.	Moyenne nationale de la valeur des indicateurs, 1999-2000 à 2001-2002	vi
Tableau 2.	Nombre d'hôpitaux et structures organisationnelles régionales, selon la province et le territoire, 1999-2000 à 2003-2004	7
Tableau 3.	Changement dans le nombre d'hôpitaux au Canada, 1995-1996 à 2001-2002	8
Tableau 4.	Changement dans le nombre de lits d'hôpital approuvés au Canada, 1995-1996 à 2001-2002	9
Tableau 5.	Hôpitaux par type de service, 1995-1996 à 2001-2002	9
Tableau 6.	Nombre d'hôpitaux par province et territoire et du Canada, 1995-1996 à 2001-2002	10
Tableau 7.	Nombre de lits d'hôpital par province et territoire, 1995-1996 à 2001-2002	10
Tableau 8.	Total des dépenses des hôpitaux et des régions sanitaires, après recouvrements et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	11
Tableau 9.	Dette à long terme des hôpitaux et des régions sanitaires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	12
Tableau 10.	Visites aux services de soins ambulatoires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	13
Tableau 11.	Visites aux urgences des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	14
Tableau 12.	Visites de jour et de nuit des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	14
Tableau 13.	Jours-présence des patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	15
Tableau 14.	Admissions de patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	15
Tableau 15.	Dépenses des hôpitaux après recouvrements et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002	17

Base de données canadienne SIG
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux,
1999-2000 à 2001-2002

Tables des matières (suite)

Liste des tableaux (suite)

Tableau 16.	Dette à long terme des hôpitaux et des régions sanitaires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002	17
Tableau 17.	Visites aux services de soins ambulatoires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002.....	18
Tableau 18.	Visites aux urgences des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002	18
Tableau 19.	Visites de jour et de nuit des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002	18
Tableau 20.	Jours-présence des patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002	19
Tableau 21.	Nombre d'admissions de patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002.....	19
Tableau 22.	Niveaux de qualité des données BDCS	A-10
Tableau 23.	Évaluation de la qualité des données par province et territoire, 2001-2002	A-11
Tableau 24.	Taux de réponse à la BDCS, 1995-1996 à 2001-2002	A-13
Tableau 25.	Taux de réponse des hôpitaux du secteur public, du secteur privé et de tous les hôpitaux, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002	A-13

Base de données canadienne SIG
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux,
1999-2000 à 2001-2002

Table des matières (suite)

Liste des tableaux de données

Annexe C — Valeurs des indicateurs régionaux par province et territoire. 2001-2002

1.1	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, provinces de l'Atlantique	C-2
1.2	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Québec, Ontario et Manitoba.....	C-4
1.3	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Saskatchewan et Alberta	C-6
1.4	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Colombie-Britannique.....	C-8
1.5	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Territoire du Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut.....	C-10

Annexe D — Valeurs des indicateurs régionaux par province et territoire, 2000-2001

1.1	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, provinces de l'Atlantique	D-2
1.2	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Québec, Ontario et Manitoba.....	D-4
1.3	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Saskatchewan et Alberta	D-6
1.4	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Colombie-Britannique.....	D-8
1.5	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Territoires du Yukon, du Nord-Ouest et du Nunavut.....	D-10

Annexe E — Valeurs des indicateurs nationaux par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

1	Indicateurs du rendement financier des hôpitaux — Moyennes nationales, provinciales et territoriales, 1999-2000 à 2001-2002.....	E-2
---	--	-----

Remerciements

La publication du présent rapport *Base de données canadienne SIG, Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 1999-2000 à 2001-2002* aurait été impossible sans la participation de nombreux particuliers et organismes.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à exprimer sa gratitude aux :

Membres du comité directeur stratégique chargé du Guide SIG

- M^{me} Karen Legge, gestionnaire, Financial Information Services, Department of Health and Community Services (Terre-Neuve-et-Labrador)
- M. William Hook, conseiller en planification financière/analyste, Finance and Administration, Department of Health and Social Services (Île-du-Prince-Édouard)
- M. Byron Rafuse, directeur financier, Nova Scotia Department of Health (Nouvelle-Écosse)
- Mme Michelle Bourgoïn, directrice, Services hospitaliers, ministère de la Santé et du Mieux-être (Nouveau-Brunswick)
- Mme Nancy Macken, vice-présidente, Finance and Information, Southlake Regional Health Centre (Ontario)
- M. John McKinley, directeur, Finances et information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario)
- M. Brian Schoonbaert, vice-président, Finance and Information, Office régional de la santé de Brandon (Manitoba)
- M. Winston Maharaj, directeur général, Direction du soutien financier et de l'analyse, Santé Manitoba
- M. David Jaipaul, directeur, Financial Services, David Thompson Health Region (Alberta)
- M. Allaudin Merali, vice-président, Finance and Administration, Capital Health Authority (Alberta)
- M. John Cheung, directeur général, Information Support Division, British Columbia Ministry of Health Services (Colombie-Britannique)
- Mme Sylvia Healey, gestionnaire, Health Information and Research, Health and Social Services (Nunavut)
- M. Ron Browne, président-directeur général, Yukon Hospital Corporation
- M. Warren St. Germaine, directeur, Financial and Management Services, Northwest Territories Department of Health and Social Services (Territoires du Nord-Ouest)
- Mme Jeanine Bustros, directrice, Diffusion des données, Santé Canada
- M. Ian McKillop, J.W. Graham Research Chair in Health Information Systems, Department of Applied Health Sciences/Computer Sciences, University of Waterloo (Ontario)
- M. George Pink, Department of Health Policy Administration, University of North, Chapel Hill (États-Unis)
- Mme Louise Ogilvie, directrice, Informations sur les ressources de santé, Institut canadien d'information sur la santé

Membres du groupe de travail technique chargé du Guide SIG

- M^{me} Ann Vivian-Beresford, coordonnatrice provinciale du Guide SIG, Standard and Development Division, Centre for Health Information (Terre-Neuve-et-Labrador)
- M. William Hook, conseiller en planification financière/analyste, Finance and Administration, Department of Health and Social Services (Île-du-Prince-Édouard)
- M^{me} Florence Hersey, conseillère provinciale du Guide SIG, Nova Scotia Department of Health (Nouvelle-Écosse)
- M^{me} Annie Doucet, coordonnatrice provinciale du Guide SIG, ministère de la Santé et du Bien-être (Nouveau-Brunswick)
- M^{me} Sandra Chase, coordonnatrice provinciale du Guide SIG, Gestion de l'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario)
- M^{me} Julene Reimer, coordonnatrice provinciale du Guide SIG, Direction du soutien financier et de l'analyse, Santé Manitoba
- M^{me} Roseann Anderson, directrice adjointe, Finance and Management Services Branch, Saskatchewan Health
- M^{me} Kathryn Gray, coordonnatrice des informations financières, Alberta Health and Wellness (Alberta)
- M. David Wilks, coordonnateur du Guide SIG, Information Support, British Columbia Ministry of Health Services (Colombie-Britannique)
- M^{me} Sylvia Healey, gestionnaire, Health Information and Research, Health and Social Services (Nunavut)
- M. Andrew Langford, directeur, Planning, Accountability and Reporting, Northwest Territories Department of Health and Social Services (Territoires du Nord-Ouest)
- M. Ron Browne, président-directeur général, Yukon Hospital Corporation
- M. Geoff Ballinger, gestionnaire, Dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé

Faits saillants

- L'ensemble des provinces et territoires ont une marge totale de zéro ou moins à l'exception de la Colombie-Britannique et des Territoires du Nord-Ouest. La marge totale moyenne en 2001-2002 s'élève à -1,7 %. Les Territoires du Nord-Ouest disposent de la marge totale la plus élevée (1,2 %) et le Québec, la moins élevée (-3,5 %). Une baisse de la valeur de la marge totale de 1999-2000 à 2001-2002 porte à croire qu'en 2001-2002, les dépenses hospitalières ont augmenté plus rapidement que les recettes des hôpitaux.
- Le ratio du fonds de roulement en 2001-2002 est compris entre 1,4 pour l'Alberta et 0,4 pour Terre-Neuve-et-Labrador. La moyenne en 2001-2002 s'élevait à 1,0.
- Les dépenses administratives exprimées en pourcentage des dépenses totales ont chuté de 6 % (de 6,5 % en 2000-2001 à 6,1 % en 2001-2002). Le Québec a le pourcentage le plus élevé (8,9 %) et la Saskatchewan le plus faible (3,3 %).
- Le montant moyen attribué à la mise en oeuvre des systèmes d'information, en pourcentage des dépenses totales, est de 2,0 %. Le regroupement des valeurs provinciales et territoriales laisse supposer que les données ont été rapportées avec plus de fiabilité lors des dernières années, et que la qualité des données s'améliore.
- Le coût moyen par cas pondéré en 2000-2001 était de 3 103 dollars. Cet indicateur est compris entre 2 836 dollars au Manitoba à 4 512 dollars à Terre-Neuve-et-Labrador.
- En moyenne, 61,8 % des heures travaillées dans les centres hospitaliers sont effectuées par le personnel producteur d'unités de centres d'activité de soins aux patients. Cet indicateur présente peu de variations entre les provinces chaque année.
- La moyenne d'heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré, était de 36,0 heures en 2000-2001. L'Ontario présentait la valeur la moins élevée (33,0) et Terre-Neuve-et-Labrador la valeur provinciale la plus élevée (58,4 heures).
- La moyenne du nombre d'heures travaillées du personnel producteur d'unités des services diagnostiques par cas pondéré était de 1,1 heures en 2000-2001, période à laquelle la valeur provinciale la plus faible était de 0,6 heure pour Terre-Neuve-et-Labrador et la plus élevée était de 1,6 heure au Nouveau-Brunswick.
- La moyenne du nombre d'heures travaillées du personnel producteur d'unités des cliniques laboratoires par cas pondéré était de 2,0 heures en 2000-2001, même période à laquelle la valeur provinciale la plus faible était de 1,0 heure en Alberta et la plus faible était de 2,8 heures à l'Île-du-Prince-Édouard.
- La moyenne du nombre d'heures travaillées du personnel producteur d'unités des pharmacies par cas pondéré était de 1,9 heure en 2000-2001. L'Île-du-Prince-Édouard présentait la valeur la plus faible (1,6 heure), et le Yukon la plus élevée (3,0 heures).
- L'âge moyen de l'équipement est compris entre 14,2 ans en Saskatchewan et 2,8 ans au Yukon. La valeur moyenne de cet indicateur est de 9,3 ans. Des problèmes de qualité des données semblent toujours altérer les résultats de cet indicateur en 2001-2002.

Résumé

La Base de données canadienne SIG (BDCS) constitue la source de données nationale d'information financière et statistique sur les hôpitaux et les régions sanitaires. Les données contenues dans la BDCS reposent sur la norme de données nationale, *Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de services de santé du Canada (Guide SIG)*, structure normalisée permettant de recueillir et de publier des données financières et statistiques sur le fonctionnement quotidien des organismes de services de santé. Ces normes ont été mises en place dans la plupart des provinces et territoires canadiens¹.

Pour évaluer le rendement des hôpitaux, il est essentiel de comprendre l'évolution des informations financières des hôpitaux au fil du temps. À ce jour, les résultats des indicateurs sont calculés depuis trois ans à l'échelle provinciale et territoriale. L'exercice financier 2001-2002 constitue le deuxième pour lequel des résultats ont été générés à l'échelle régionale.

Ce rapport doit être considéré comme une phase de l'établissement d'indicateurs de rendement nationaux décrivant certaines composantes du système de santé canadien et encourageant l'utilisation de cette information à des fins d'évaluation et de développement de politiques. Au cours des derniers mois, l'ICIS a pris part à divers projets liés à la qualité des données dans les provinces, les territoires, les régions et les hôpitaux qui influencent positivement la qualité des données. Malgré ces efforts, les ministères et les hôpitaux et régions sanitaires doivent donc impérativement renouveler leur engagement envers les directives du Guide SIG et respecter les normes nationales d'établissement de rapports de la BDCS. Plus de la moitié des données provinciales et territoriales consignées dans ce rapport sont accompagnées d'un avertissement stipulant que ces données ne doivent être utilisées qu'avec des restrictions majeures. Par conséquent, les lecteurs doivent rester prudents dans leur interprétation des résultats de ce rapport.

Plusieurs provinces ont initié ou développé séparément des projets de mesure du rendement, mais il manque un projet national cohésif. Le but de ce rapport consiste à lancer un processus permettant de développer une vue nationale du rendement financier des hôpitaux, et ce, pour l'ensemble des provinces et des territoires. Dans le cadre de ce rapport, 11 indicateurs de rendement financier ont été sélectionnés selon les suggestions du Comité directeur stratégique du Guide SIG.

Les indicateurs retenus visent à évaluer les notions suivantes : viabilité financière, liquidités, efficacité de l'établissement, répartition des ressources humaines, gestion des immobilisations et coût des produits hospitaliers. Les indicateurs sont fournis à l'échelle régionale, mais les valeurs moyennes pondérées provinciales et territoriales sont utilisées pour l'analyse². Voici les indicateurs retenus pour ce rapport :

¹ La Saskatchewan a mis en œuvre le Guide SIG à partir du 1^{er} avril 2002 et le Québec a élaboré ses propres normes provinciales d'établissement de rapport dont les données sont mappées aux directives du Guide SIG.

² Les moyennes pondérées provinciales, territoriales et nationales en 1999-2000 et 2000-2001 ont été reformulées pour correspondre aux changements effectués dans la méthodologie des indicateurs de 2001-2002.

Tableau 1. Moyenne nationale de la valeur des indicateurs, 1999-2000 à 2001-2002

Indicateur	Moyenne 1999-2000	Moyenne 2000-2001	Moyenne 2001-2002	Unité d'analyse
Viabilité financière				
Marge totale	-0,1 %	-0,4 %	-1,7 %	Entité juridique
Liquidités				
Ratio du fonds de roulement	1,1	1,1	1,0	Entité juridique
Efficacité de l'établissement				
Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales	6,4 %	6,5 %	6,1 %	Entité juridique
Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales	2,0 %	2,0 %	2,0 %	Entité juridique
Coûts des produits hospitaliers				
Coût par cas pondéré	ND	3 103 \$	ND	Hôpital
Répartition des ressources humaines				
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients, en pourcentage du nombre total d'heures travaillées	61,9 %	62,0 %	61,8 %	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré	ND	36,0	ND	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré	ND	1,1	ND	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré	ND	2,0	ND	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies par cas pondéré	ND	1,9	ND	Hôpital
Gestion des immobilisations				
Âge moyen de l'équipement	9,4	9,5	9,4	Entité juridique

ND = non déclaré

Les indicateurs qui utilisent les cas pondérés en tant que dénominateur sont exclus en 2001-2002, car la mise en œuvre par étapes de la CIM-10-CA et CCI par les provinces et territoires a rendu les valeurs des cas pondérés incomparables entre les secteurs de compétence.

Les décisionnaires et les intervenants en soins de santé ont besoin des mesures du rendement financier des hôpitaux pour évaluer le rendement du système et assurer sa viabilité à long terme. Ce rapport contribue à la mesure du rendement financier des hôpitaux canadiens en testant la faisabilité du calcul, à l'échelle du système, des mesures du rendement financier à l'aide des données de la BDCS. Les problèmes liés à la qualité des données et les données manquantes dans la BDCS compliquent l'établissement d'un rapport sur la base de ces indicateurs.

Afin de générer ultérieurement des informations plus significatives, il est important que l'ICIS, les hôpitaux, les régions et les gouvernements provinciaux et territoriaux collaborent à l'amélioration de la qualité globale des données intégrées dans les bases de données provinciales et territoriales ainsi que dans la BDCS. Ces dernières années ont vu des améliorations en matière de qualité des données, mais ce rapport révèle toutefois qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts. L'étendue des problèmes de qualité des données varie en fonction des provinces et des territoires.

En conséquence, voici les recommandations proposées :

1. L'ICIS, les ministères de la santé et les régions sanitaires ainsi que les hôpitaux doivent continuer de collaborer à l'amélioration de la qualité des données financières et statistiques soumises à la BDCS en :
 - exigeant l'utilisation correcte des directives du Guide SIG comme norme de la collecte des données;
 - soumettant des données financières et non financières normalisées conformes aux exigences minimales BDCS en matière d'établissement de rapport. Il est recommandé de fournir davantage de données détaillées, si possible, pour faciliter l'élaboration d'une analyse précise;
 - soumettant des données complètes avant la date limite de déclaration annuelle afin d'améliorer la pertinence des comparaisons d'indicateurs;
 - soumettant les données au format désigné par le document technique d'établissement des rapports de la BDCS.
2. Les valeurs des indicateurs à l'échelle régionale doivent continuer à être déclarées sur une base annuelle.

Introduction

Une partie du mandat de l'Institut canadien d'information sur la santé consiste à coordonner la diffusion d'informations et de données précises et d'actualité, nécessaires à la gestion efficace du système de santé canadien. L'ICIS assure le suivi des informations financières et statistiques sur les hôpitaux et les régions sanitaires dans la Base de données canadienne SIG (BDCS). Celle-ci fournit des informations comparables sur l'ensemble du pays qui servent, entre autres, à évaluer les services de santé. Les données contenues dans la BDCS reposent sur la norme de données nationale, *Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de services de santé du Canada* (Guide SIG), structure normalisée permettant de recueillir et de publier des données financières et statistiques sur le fonctionnement quotidien des organismes de services de santé. Ces normes ont été mises en place dans la plupart des provinces et territoires canadiens¹.

Pour évaluer le rendement des hôpitaux, il est essentiel de comprendre l'évolution des informations financières des hôpitaux au fil du temps. Le rapport *Base de données canadiennes SIG, Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 1999-2000 à 2001-002* étudie la faisabilité d'utiliser les données de la BDCS afin de rendre compte du rendement financier des hôpitaux à l'échelle régionale en 2001-2002. Ce rapport est une mise à jour de l'information préalablement rapportée dans la publication *Base de données canadienne SIG, Vers la déclaration d'indicateurs de rendement financier des hôpitaux, 1999-2000 et 2000-2001*. À l'avenir, l'ICIS continuera à surveiller en permanence la faisabilité de ce processus.

Deux groupes consultatifs dont les membres représentent principalement les gouvernements provinciaux et territoriaux orientent les activités du Guide SIG et de la BDCS. Parmi les membres du comité directeur stratégique du Guide SIG, on trouve des agents financiers supérieurs des régies régionales de la santé et des hôpitaux régionaux, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des représentants de Santé Canada et des membres du milieu universitaire. En juin 2003, le comité directeur stratégique a révisé la liste des indicateurs et a participé à l'identification de certains changements apportés aux définitions qui seront utilisées pour l'établissement d'un rapport national. Dans l'ensemble, ces changements élargissent la portée des indicateurs de sorte qu'ils n'excluent pas les dépenses et les recettes exclues jusque-là en raison de la mauvaise qualité des données. Vous trouverez une description complète de la méthode relative aux indicateurs, ainsi que les modifications apportées cette année à l'annexe B, Méthode relative aux indicateurs de rendement.

Les indicateurs utilisés dans ce rapport sont les suivants :

1. Marge totale
2. Ratio du fonds de roulement
3. Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales
4. Systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales
5. Coûts par cas pondéré
6. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées (heures de soins aux patients)
7. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré
8. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré
9. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré
10. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies par cas pondéré
11. Âge moyen de l'équipement

La qualité des données provinciales et territoriales soumises à la BDCS est contrôlée à l'aide des processus décrits à l'annexe A « Notes méthodologiques » de ce rapport. Le tableau 23 répertorie le niveau de qualité des données qui a été attribué à chaque province et territoire, conformément au cadre de qualité des données de l'ICIS. Plus de la moitié des données provinciales et territoriales consignées dans ce rapport sont accompagnées d'un avertissement stipulant que ces données ne doivent être utilisées qu'avec des restrictions majeures. Par conséquent, les lecteurs doivent rester prudents dans leur interprétation des résultats de ce rapport.

De ce fait, il est important de noter que le rapport ne doit pas être considéré comme une étude de référence ni comme une carte de pointage équilibrée. Il doit plutôt être considéré comme une phase de l'établissement d'indicateurs de rendement nationaux décrivant certaines composantes du système de santé canadien et encourageant l'utilisation de ces informations à des fins d'évaluation et de développement de politiques. Ce rapport révèle également la nécessité constante d'améliorer la qualité des données financières et statistiques soumises à la BDCS par les organismes canadiens de services de santé. Il souligne le fait que les ministères de la santé, les régions sanitaires, les hôpitaux et les directeurs de centres d'activité doivent s'engager à appliquer de manière homogène les directives du Guide SIG, et à respecter les normes nationales minimales de la BDCS en matière d'établissement de rapport.

Depuis la publication du rapport *Base de données canadienne SIG, Vers la déclaration d'indicateurs de rendement financier des hôpitaux, 1999-2000 et 2000-2001*, l'ICIS a remarqué des efforts notables de la part des provinces et des territoires afin d'améliorer la qualité des données rapportées à la BDCS. Beaucoup de ces améliorations auront des conséquences sur les données reçues par l'ICIS à partir de l'exercice 2002-2003.

L'ICIS a entrepris des initiatives afin d'améliorer la qualité de toutes ses données, dont celles de la BDCS. Parmi les initiatives liées à la qualité des données figurent :

- le redéveloppement du cadre de qualité des données de l'ICIS. L'établissement de rapports sur la qualité des données par la BDCS aux fournisseurs de données provinciaux/territoriaux est, par conséquent, lui aussi en cours de redéveloppement afin que ces rapports soient conformes au nouveau cadre de qualité des données;
- une étude réalisée en 2003 révisant les données statistiques contenues dans la BDCS pour tous les hôpitaux de Colombie-Britannique et comparant les résultats avec les mêmes données statistiques contenues dans la Base de données sur les congés des patients ou DAD de l'ICIS. L'ICIS étudie actuellement la faisabilité d'une étude similaire pour l'ensemble des provinces et territoires;
- des projets de réalisation d'une évaluation complète de la BDCS en 2004. Cette évaluation inclura le développement d'une technique permettant de mesurer le degré de correspondance entre les données provinciales/territoriales et les directives du Guide SIG à l'échelle de l'établissement;
- un nouvel outil d'analyse des indicateurs des hôpitaux (application Web) permettant d'obtenir des indicateurs calculés à l'échelle du centre d'activité pour tous les hôpitaux du Canada.

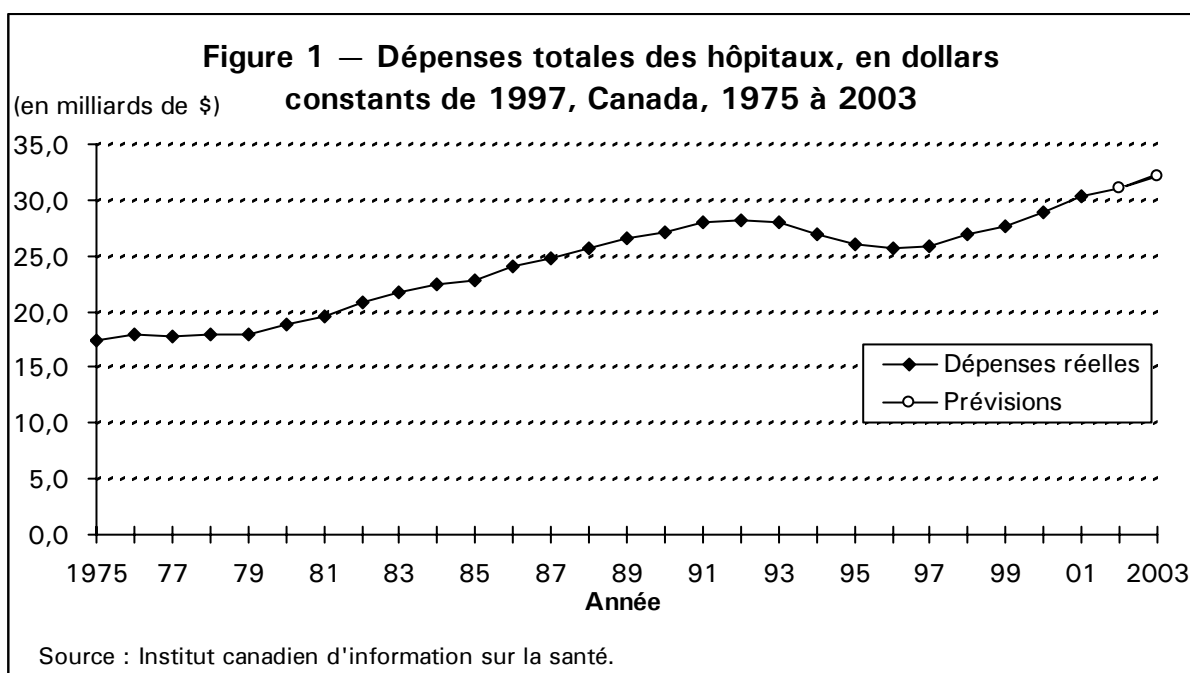
Plusieurs organismes, parmi lesquels l'ICIS, ont publié des rapports ou ont collaboré à la production de rapports comptant des indicateurs de rendement financier similaires à ceux du présent rapport. Citons, entre autres, les rapports établis par les ministères provinciaux de la Santé, *CIHI/Hay Group Benchmarking Comparison of Canadian Hospitals et Hospital Report 2003: Acute Care*³. Étant donné que l'objet de chaque rapport est différent, les méthodes utilisées pour calculer des indicateurs portant un nom similaire peuvent différer d'un rapport à l'autre. Les lecteurs doivent tenir compte des différentes méthodes lorsqu'ils choisissent les valeurs d'indicateur qui correspondent le mieux à leurs besoins. Les méthodes servant à calculer les indicateurs dans ce rapport sont expliquées à l'annexe A « Notes méthodologiques ». Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec le personnel de la BDCS de l'ICIS par téléphone (613-241-7860), télécopieur (613-241-8120) ou courriel (bdcs@icis.ca).

³ *Hospital Report, Acute Care, 2003* est le fruit de collaboration entre l'Association des hôpitaux de l'Ontario, le gouvernement de l'Ontario, l'Université de Toronto et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Section 1 : Les hôpitaux au Canada

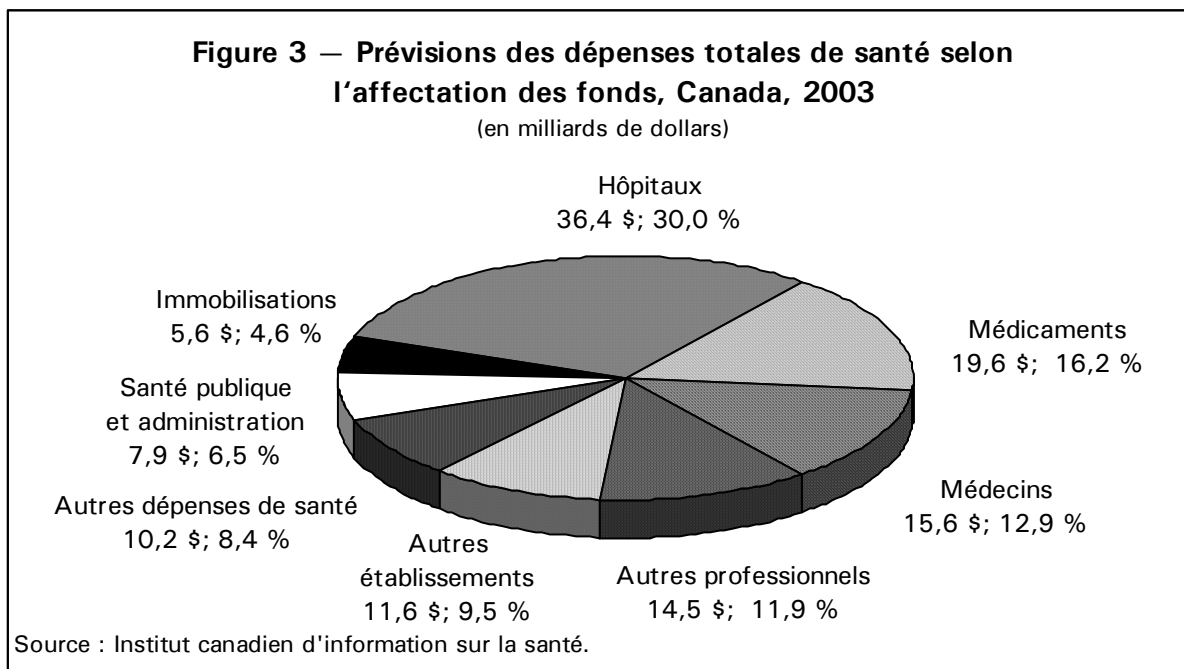
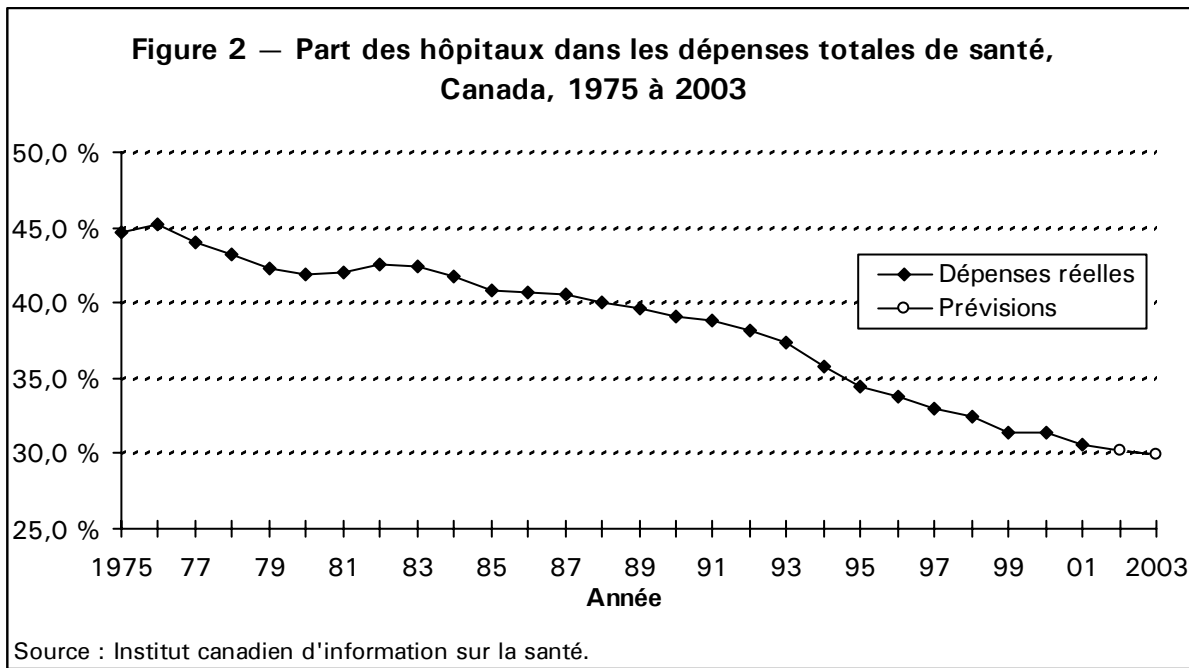
Total des dépenses des hôpitaux

De 1975 à 1980, l'augmentation des dépenses totales des hôpitaux, ajustée à l'inflation⁴ était relativement faible (figure 1). De 1980 à 1992, les dépenses des hôpitaux ont augmenté chaque année de 3,4 % en moyenne. De 1992 à 1996, une période de restrictions financières de la part des gouvernements, les dépenses des hôpitaux ont chuté d'une moyenne annuelle de 2,4 %. Au cours des huit années suivantes, de 1996 à 2003, l'augmentation des dépenses des hôpitaux est revenue à une moyenne de 3,4 %, soit celle des années 1980 et du début des années 1990.



Malgré l'augmentation accrue des dépenses des hôpitaux, celle-ci n'a pas été aussi rapide que pour d'autres catégories de dépenses de santé. Ainsi, les dépenses des hôpitaux en pourcentage des dépenses totales de santé sont passées de 45,2 % en 1976 aux 30,0 % prévus en 2003, une diminution de plus de 15 points (figure 2). En 2003, on prévoit que le Canada dépensera 36,4 milliards de dollars dans les hôpitaux, soit 30,0 % du total des dépenses de santé (figure 3).

⁴ Exprimée en dollars constants de 1997 à l'aide des indices implicites des prix pour les dépenses courantes du gouvernement. Voir la description du calcul en dollars constants à l'annexe A « Notes méthodologiques ».



Section 2 : Caractéristiques du système

Le tableau 2 illustre la gestion et l'organisation des hôpitaux par les provinces et les territoires.

Les services des hôpitaux sont assurés par des structures organisationnelles diverses. Si certains hôpitaux desservent de petites collectivités rurales, d'autres sont bien plus spécialisés et peuvent être affiliés à des universités. Les tableaux 5 à 7 donnent le détail des hôpitaux et des lits d'hôpital en fonction entre 1995-1996 et 2001-2002.

Les hôpitaux du Canada sont presque tous constitués en organismes publics à but non lucratif. Les hôpitaux publics peuvent appartenir à un groupe bénévole laïque, une organisation religieuse, une ville, un comté, une municipalité ou un gouvernement municipal, à des autorités régionales ou de district ou à une direction, une division, une agence ou un département d'un gouvernement provincial ou territorial.

Les hôpitaux privés sont relativement peu nombreux au Canada. En 2001-2002, le Canada comptait 14 hôpitaux privés et 6 hôpitaux appartenant au gouvernement fédéral. Ensemble, ces 20 hôpitaux représentent moins de 3 % de tous les hôpitaux canadiens.

Tableau 2. Nombre d'hôpitaux et structures organisationnelles régionales, selon la province et le territoire, 1999-2000 à 2003-2004

Province/ territoire	Type d'organisme	1999-2000 Organismes	2000-2001 Organismes	2001-2002 Organismes	2002-2003 Organismes	2003-2004 Organismes
T.-N.-L.	Conseils régionaux de la santé et corp.	8	8	8	8	8
Î.-P.-É.	Régies régionales de la santé	5	5	5	5	5
N.-É.	Conseils régionaux de la santé	8	5	5	5	5
N.-B.	Association d'hôpitaux régionaux	8	8	8	8	8
Qué.	Conseils régionaux de la santé et de services sociaux	18	18	18	18	18
Ont.	Hôpitaux	198	188	179	175	173
Man.	Régies régionales de la santé	12	12	12	11	11
Sask.	Régies régionales de la santé	32	32	32	12	12
Alb.	Régies régionales de la santé	19	19	19	17	9
C.-B.	Conseils régionaux de la santé	17	17	17	5	5
	Conseils de santé communautaires	33	34	34	-	-
	Autorité provinciale de services de santé	-	-	-	1	1
	Zone de prestation de services de santé	-	-	-	15	15
Yn	Hôpitaux	2	2	2	2	2
T.N.-O.	Hôpitaux	5	5	5	5	5
Nun.	Hôpitaux	1	1	1	1	1

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Restructuration des hôpitaux

Le nombre d'établissements offrant des soins hospitaliers est resté relativement constant. Toutefois, la régionalisation, les fusions d'hôpitaux et les regroupements issus des restructurations ont en général réduit le nombre d'entités juridiques administrant les établissements hospitaliers canadiens tout en augmentant la taille de ces entités. De 1995-1996 à 2001-2002, la réduction nette du nombre d'hôpitaux déclarant leurs données à la BDCS était de 113 : 177 hôpitaux inscrits auparavant sur la liste des hôpitaux de la BDCS⁵ ont été regroupés en 64 nouvelles entités juridiques à la suite de fusions et de regroupements. Malgré le déclin du nombre d'entités déclarantes, la majorité des 177 établissements hospitaliers précédents sont restés ouverts. Le tableau 4 illustre les répercussions de ce phénomène sur le nombre de lits d'hôpital durant la même période.

Tableau 3. Changement dans le nombre d'hôpitaux au Canada, 1995-1996 à 2001-2002

Exercice financier	Hôpitaux en fonction	Retrait dû aux fusions ou aux regroupements ^a	Ajout dû aux fusions ou aux regroupements ^b	Différence nette due aux fusions ou aux regroupements ^c	Hors-limites ^d	Fermetures ^e	Ouvertures ^f
1995-1996	978	-38	12	-26	-45	-26	4
1996-1997	886	-34	15	-19	-20	-8	5
1997-1998	841	-22	9	-13	-3	-10	2
1998-1999	818	-48	17	-31	-3	-5	3
1999-2000	780	-15	4	-11	-3	-4	1
2000-2001	762	-12	2	-10	-6	0	0
2001-2002	747	-8	5	-3	-2	-5	1
Changement entre 1995-1996 et 2001-2002		-177	64	-113	-82	-58	16

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarques :

- Lors du regroupement ou de la fusion d'hôpitaux en un hôpital plus grand, tous les hôpitaux existants avant ce regroupement ou cette fusion sont supprimés de la liste des hôpitaux de la BDCS. Cette colonne ne représente pas les hôpitaux dont la fermeture est définitive.
- Après un regroupement ou une fusion, le nouvel hôpital est ajouté à la liste des hôpitaux de la BDCS.
- Cela représente la réduction du nombre d'hôpitaux envoyant des rapports à la BDCS et non une réduction du nombre d'établissements continuant à fournir des services hospitaliers.
- Hôpitaux figurant précédemment sur la liste et transformés en poste de soins infirmiers, en clinique sans rendez-vous, en maison de retraite ou de soins infirmiers, en centre de soins ambulatoires, en organisme de services à domicile ou en service de soins pour les services correctionnels.
- Cette colonne répertorie les hôpitaux fermés de façon définitive.
- Cette colonne indique le nombre de nouveaux hôpitaux ouverts qui ne résultent ni d'une fusion ni d'un regroupement.

⁵ L'ICIS gère une liste des hôpitaux communiquant des données à la BDCS. Pour plus de détails, reportez-vous à la section « Couverture » de l'annexe A.

Tableau 4. Changement dans le nombre de lits d'hôpital approuvés au Canada, 1995-1996 à 2001-2002

Exercice financier	Lits disponibles	Lits fermés pour fusions ou regroupements ^a	Lits hors-limites ^b	Lits supprimés ^c	Réduction de lits disponibles et dotés de personnel ^d	Ouverture ^e
1995-1996	147 071	-2 226	-3 781	-635	-4 931	1 760
1996-1997	136 564	-404	-1 755	-1 324	-1 413	1 066
1997-1998	133 238	-1 166	-56	-947	-4 513	1 570
1998-1999	127 172	-1 347	-1 015	-317	-6 164	616
1999-2000	118 363	-1 032	-404	-230	656	34
2000-2001	117 353	-2 170	-565	0	472	0
2001-2002	115 170	-177	-183	-132	0	80
Changement entre 1995-1996 et 2001-2002		-8 522	-7 759	-3 585	-15 893	5 126

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarques :

- ^a Cette réduction du nombre de lits correspond à la différence entre le total des lits du nouvel hôpital issu de la fusion ou du regroupement.
- ^b Lits des hôpitaux figurant précédemment sur la liste et transformés en postes de soins infirmiers, en clinique sans rendez-vous, en maison de retraite ou de soins infirmiers, en centre de soins ambulatoires, en organisme de soins à domicile ou en service de soins pour les services correctionnels.
- ^c La suppression définitive de lits a généralement lieu lorsqu'un hôpital est fermé définitivement. Les suppressions de lits définitives peuvent aussi résulter de la décision d'un hôpital, d'une province ou d'un territoire de réduire définitivement le nombre de lits d'un hôpital qui, lui, reste ouvert.
- ^d Hôpitaux en fonction, mais qui ont réduit le nombre de lits disponibles et dotés de personnel.
- ^e Nouveaux lits mis en service, résultant généralement de l'ouverture d'un nouvel hôpital.

Les changements dans le nombre d'hôpitaux selon le type de service, le nombre d'hôpitaux dans chaque province et territoire et le nombre de lits à l'hôpital dans chaque province et territoire de 1995-1996 à 2001-2002 sont présentés dans les tableaux 5, 6 et 7 respectivement.

Tableau 5. Hôpitaux par type de service, 1995-1996 à 2001-2002

Type de service	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Général	326	304	286	278	266	260	250
Général avec soins de longue durée	457	449	431	420	407	397	402
Pédiatrique	8	8	8	8	6	6	6
Psychiatrique — Courte durée	15	14	12	12	11	11	9
Psychiatrique — Longue durée	29	26	26	27	25	23	19
Autre spécialité	24	18	17	16	12	13	13
Réadaptation	18	18	17	17	15	15	13
Soins prolongés/malades chroniques	62	46	42	38	37	36	35
Autres soins	39	3	2	2	1	1	0
Total	978	886	841	818	780	762	747

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 6. Nombre d'hôpitaux par province et territoire et au Canada, 1995-1996 à 2001-2002

Province/ territoire	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
T.-N.-L.	33	33	33	33	32	32	33
Î.-P.-É.	7	7	7	7	7	7	7
N.-É.	45	35	36	35	35	35	35
N.-B.	31	31	30	30	30	30	30
Qué.	164	142	111	107	99	96	95
Ont.	255	243	236	222	198	188	179
Man.	102	81	81	83	83	82	82
Sask.	84	82	78	76	74	72	73
Alb.	127	118	117	114	114	113	109
C.-B.	118	104	103	103	100	99	96
Yn	5	4	3	2	2	2	2
T.N.-O.	7	6	6	6	5	5	5
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	1	1
Total	978	886	841	818	780	762	747

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles

Tableau 7. Nombre de lits d'hôpital par province et territoire et au Canada, 1995-1996 à 2001-2002

Province/ territoire	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
T.-N.-L.	2 919	2 582	2 580	2 558	2 451	2 409	2 460
Î.-P.-É.	515	515	493	493	494	494	474
N.-É.	4 048	3 350	3 457	3 461	3 461	3 400	3 556
N.-B.	4 199	4 199	4 199	4 059	4 014	4 014	4 014
Qué.	46 701	40 592	39 119	39 289	32 036	33 171	32 303
Ont.	43 892	41 323	39 797	36 350	35 303	35 268	33 640
Man.	5 569	5 154	5 154	5 079	5 086	5 075	5 530
Sask.	7 093	6 967	6 764	4 262	4 279	3 919	3 820
Alb.	12 413	12 575	12 483	12 435	12 242	11 380	10 861
C.-B.	19 303	18 909	18 829	18 839	18 616	17 874	18 160
Yn	126	110	75	59	59	61	61
T.N.-O.	293	288	288	288	288	254	257
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	34	34	34
Total	147 071	136 564	133 238	127 172	118 363	117 353	115 170

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles

Données statistiques et financières des hôpitaux

Les tableaux 8 à 22 présentent les données statistiques et financières des hôpitaux et des régions sanitaires pour les exercices 1999-2000 à 2001-2002. Les tableaux 8 à 15 montrent les dépenses et les statistiques par province et par territoire, tandis que la comparaison des dépenses et des statistiques par groupe pair occupe les tableaux 16 à 22.

Tableau 8. Total des dépenses des hôpitaux et des régions sanitaires, après recouvrements et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/ territoire	Dépenses des hôpitaux après recouvrements						Nombre d'hôpitaux qui déclarent leurs dépenses et pourcentage du nombre total provincial et territorial d'hôpitaux					
	1999-2000		2000-2001		2001-2002		1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	(millions de \$)	\$ par habitant	(millions de \$)	\$ par habitant	(millions de \$)	\$ par habitant	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
T.-N.-L.	593,6	1 179	647,1	1 299	717,5	1 455	28	88	28	88	31	94
Î.-P.-É.	98,1	719	103,4	758	109,2	798	7	100	7	100	7	100
N.-É.	989,7	1 057	996,2	1 066	1 135,5	1 217	35	100	35	100	35	100
N.-B.	852,0	1 135	885,0	1 180	962,4	1 284	30	100	30	100	30	100
Qué.	6 325,9	896	6 728,6	959	7 178,4	990	87	88	85	89	88	93
Ont.	9 839,7	889	10 791,8	998	11 942,8	1 045	179	90	166	88	164	92
Man.	1 248,4	1 099	1 524,2	1 336	1 542,6	1 346	82	99	81	99	80	98
Sask.	1 284,3	1 430	965,6	1 139	1 025,5	1 263	61	82	54	74	43	59
Alb.	2 754,4	993	3 191,4	1 113	3 616,1	1 311	98	86	104	92	107	98
C.-B.	4 907,8	1 348	5 580,5	1 416	6 233,6	1 524	91	91	93	94	96	100
Yn	19,6	769	20,7	851	21,3	883	1	50	1	50	1	50
T.N.-O.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	44,6	2 177	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	20
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	28 913,5	948	31 434,5	1 021	34 529,3	1 109	699	90	684	90	683	92

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles

Le tableau 8 révèle que les dépenses des hôpitaux et des régions sanitaires déclarées à la BDCS ont augmenté sur une période de deux ans, de 28,9 milliards de dollars en 1999-2000 à plus de 34,5 milliards de dollars en 2001-2002 (tableau 8). Le nombre d'hôpitaux déclarants dans ce tableau et dans les tableaux suivants correspond au nombre d'hôpitaux ayant déclaré leurs données statistiques et financières à la BDCS. Ce tableau indique aussi le pourcentage d'hôpitaux déclarants (du secteur public et privé) par rapport au nombre total d'hôpitaux dans chaque province, souvent appelé taux de réponse. Ces derniers varient entre les hôpitaux du secteur public et ceux du secteur privé (tableau 25). Dans la plupart des provinces, tous les hôpitaux publics financés par les gouvernements provinciaux ont déclaré les données de 2001-2002. À l'opposé, seulement 65 % des hôpitaux privés ont déclaré les données de cette période.

En 2001-2002, les dépenses par habitant⁶ variaient entre 2 177 dollars dans les Territoires du Nord-Ouest à 798 dollars à l'Île-du-Prince-Édouard. La plupart des provinces ont enregistré une hausse dans les dépenses hospitalières par habitant de 1999-2000 à 2001-2002.

⁶ Les chiffres par habitant ont été ajustés pour les hôpitaux non déclarants afin d'améliorer la comparabilité. Pour plus de renseignements sur le calcul en dollars par personne, veuillez vous référer à l'annexe A « Notes méthodologiques ».

Les recouvrements internes ont été déduits des dépenses totales afin d'éliminer le risque de comptabiliser deux fois les dépenses d'un organisme. Par exemple, si un établissement consigne ses frais de blanchisserie dans le centre d'activité « lingerie », puis affecte ces coûts aux centres d'activité consommateurs, ces coûts sont comptabilisés deux fois dans l'établissement.

Tableau 9. Dette à long terme des hôpitaux et des régions sanitaires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/ territoire	Dette à long terme			Nombre d'hôpitaux qui déclarent la dette à long terme et pourcentage du nombre total provincial et territorial d'hôpitaux					
	1999-2000 (millions de \$)	2000-2001 (millions de \$)	2001-2002 (millions de \$)	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
				Hôpitaux	(%)	Hôpitaux	(%)	Hôpitaux	(%)
T.-N.-L.	130,5	167,6	176,7	28	88	25	78	27	82
Î.-P.-É.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
N.-É.	143,8	149,0	138,7	3	9	4	11	3	9
N.-B.	4,8	3,8	10,5	21	70	15	50	23	77
Qué.	1 362,5	1 350,7	1 493,6	80	81	77	80	80	84
Ont.	263,5	360,8	319,0	47	24	46	24	47	26
Man.	266,1	377,5	349,8	72	87	76	93	57	70
Sask.	69,3	65,4	45,7	58	78	50	68	42	58
Alb.	20,8	15,9	13,0	39	34	32	28	21	19
C.-B.	66,2	83,2	96,8	45	45	48	48	44	46
Yn	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
T.N.-O.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	20
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	2 327,6	2 574,0	2 643,7	393	50	373	49	345	46

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles ou non déclarées

Le tableau 9 indique que, bien que seuls 345 des 747 hôpitaux au Canada aient signalé une dette à long terme en 2001-2002, le montant de cette dette est passé de 2 574 à 2 644 millions de dollars, soit une augmentation de 70 millions ou de presque 3 % entre 2000-2001 et 2001-2002.

Les tableaux 10 à 14 analysent les niveaux d'activité des hôpitaux. Les dépenses par type d'activité fournissent aux décideurs des données importantes sur les coûts directs et permettent d'établir des normes de comparaison entre les provinces. Utilisés de pair avec les statistiques démographiques, ces chiffres permettent aussi d'établir des tendances historiques afin d'obtenir des indicateurs mesurant l'augmentation ou la réduction du nombre de bénéficiaires de services.

Tableau 10. Visites aux services de soins ambulatoires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/ territoire	Visites aux services de soins ambulatoires			Nombre d'hôpitaux déclarant les visites aux services de soins ambulatoires et pourcentage du nombre total provincial et territorial d'hôpitaux					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
T.-N.-L.	919 559	146 316	765 930	23	72	6	19	21	64
Î.-P.-É.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
N.-É.	1 412 336	379 461	1 654 117	25	71	10	29	35	100
N.-B.	1 285 231	1 380 812	1 353 802	24	80	24	80	26	87
Qué.	9 595 976	10 101 207	10 049 932	85	86	87	91	82	86
Ont.	14 683 395	14 985 472	15 485 601	170	86	157	84	157	88
Man.	1 197 301	1 275 826	1 142 317	80	96	80	98	72	88
Sask.	613 663	391 136	498 651	42	57	12	16	16	22
Alb.	3 605 045	4 048 726	4 070 715	93	82	99	88	103	94
C.-B.	2 838 679	3 063 857	2 819 332	71	71	77	78	80	83
Yn	23 016	n.d.	25 243	1	50	n.d.	n.d.	1	50
T.N.-O.	n.d.	n.d.	64 108	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	20
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	36 174 201	35 772 813	37 929 748	614	79	552	72	594	80

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarques : n.d. = données non disponibles

Les services de soins ambulatoires comprennent les urgences, les soins de nuit et de jour et les cliniques privées ou spécialisées. Les visites aux cliniques privées ou spécialisées ne sont pas indiquées séparément dans les tableaux subséquents.

Le tableau 10 témoigne de variations dans le nombre de visites aux services de soins ambulatoires à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan. Ces variations résultent directement des déclarations des hôpitaux, à la BDCS, de données exclues des soumissions de l'année 2000-2001. L'Île-du-Prince-Édouard et le Nunavut n'ont établi aucun rapport de données statistiques pour ces trois exercices.

Tableau 11. Visites aux urgences des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/ territoire	Visites à l'urgence			Nombre d'hôpitaux déclarant les visites à l'urgence et pourcentage du nombre total provincial et territorial d'hôpitaux					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
T.-N.-L.	345 759	93 513	314 014	19	59	4	13	17	52
Î.-P.-É.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
N.-É.	647 620	258 599	711 818	24	69	10	29	32	91
N.-B.	825 621	816 636	822 138	23	77	24	80	25	83
Qué.	2 886 687	2 963 593	2 991 307	72	73	71	74	72	76
Ont.	5 208 358	5 293 182	5 393 671	140	71	136	72	136	76
Man.	607 897	669 939	606 639	77	93	76	93	68	83
Sask.	434 905	247 757	315 612	37	50	11	15	16	22
Alb.	1 666 203	1 754 246	1 735 768	90	79	97	86	100	92
C.-B.	1 486 830	1 564 964	1 453 150	66	66	68	69	76	79
Yn	20 236	n.d.	21 776	1	50	n.d.	n.d.	1	50
T.N.-O.	n.d.	n.d.	19 843	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	20
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	14 130 116	13 662 429	14 385 736	549	70	497	65	544	73

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles

Tableau 12. Visites de jour et de nuit des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/ territoire	Visites de jour et de nuit			Nombre d'hôpitaux déclarant les visites de jour et de nuit et pourcentage du nombre total provincial et territorial d'hôpitaux					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
T.-N.-L.	379 017	34 992	107 533	17	53	2	6	9	27
Î.-P.-É.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
N.-É.	119 751	25 690	132 171	18	51	10	29	23	66
N.-B.	45 623	86 315	83 705	9	30	7	23	9	30
Qué.	313 001	342 942	348 964	61	62	61	64	59	62
Ont.	1 724 740	1 858 796	2 081 768	99	50	98	52	102	57
Man.	144 173	166 372	144 604	19	23	17	21	13	16
Sask.	23 886	29 444	13 093	7	9	5	7	3	4
Alb.	564 603	738 782	741 393	35	31	39	35	46	42
C.-B.	268 994	258 729	280 190	36	36	39	39	40	42
Yn	n.d.	n.d.	235	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	50
T.N.-O.	n.d.	n.d.	2 243	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	20
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	3 583 788	3 542 062	3 935 899	301	39	278	36	306	41

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles

Les fluctuations dans le nombre d'hôpitaux déclarant les visites pour des soins ambulatoires (tableau 10) figurent également dans les visites au service des urgences (tableau 11) et les visites pour des soins de jour et de nuit (tableau 12). Dans la plupart des cas, les données de 2001-2002 sont plus complètes que les données déclarées en 2000-2001, ce qui témoigne des efforts provinciaux et territoriaux pour améliorer la qualité des données non financières qui sont déclarées.

Tableau 13. Jours-présence des patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/ territoire	Jours-présence			Nombre d'hôpitaux déclarant les jours-présence des patients hospitalisés et pourcentage du nombre total provincial et territorial d'hôpitaux					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
T.-N.-L.	595 784	134 451	637 844	28	88	8	25	28	85
Î.-P.-É.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
N.-É.	1 052 820	951 457	1 066 723	24	69	24	69	33	94
N.-B.	1 052 329	1 038 330	1 025 122	30	100	30	100	30	100
Qué.	10 218 122	10 215 439	9 462 682	86	87	88	92	88	93
Ont.	11 352 660	10 863 068	11 005 355	179	90	165	88	163	91
Man.	2 641 893	2 860 034	2 840 428	82	99	81	99	80	98
Sask.	1 084 297	935 133	935 322	51	69	49	67	42	58
Alb.	3 056 744	3 301 947	3 135 902	96	84	102	90	107	98
C.-B.	5 162 983	5 314 912	5 213 316	83	83	87	88	91	95
Yn	13 866	14 016	13 690	1	50	1	50	1	50
T.N.-O.	n.d.	n.d.	22 429	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	20
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	36 231 498	35 628 787	35 358 813	660	85	635	83	664	89

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles

Le tableau 13 montre une baisse de presque 1 % du nombre de jours présence des patients hospitalisés en 2001-2002 par rapport à l'exercice précédent. Le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont rapporté une baisse importante du nombre de jours-présence de patients hospitalisés, bien que le nombre d'établissements dressant des rapports soit stable. Le nombre d'admissions de patients hospitalisés du tableau 14 au cours du même exercice est aussi en baisse par rapport à l'exercice précédent, et ce, malgré une croissance du nombre d'établissements déclarants.

Tableau 14. Admissions des patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/ territoire	Admissions de patients hospitalisés			Nombre d'hôpitaux déclarant les admissions de patients hospitalisés et pourcentage du nombre total provincial et territorial d'hôpitaux					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
T.-N.-L.	9 849	9 480	57 149	8	25	8	25	28	85
Î.-P.-É.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
N.-É.	107 681	93 567	102 331	24	69	24	69	34	97
N.-B.	119 039	114 821	112 802	30	100	30	100	29	97
Qué.	746 024	741 775	720 129	86	87	87	91	88	93
Ont.	1 172 650	1 166 396	1 233 096	175	88	163	87	163	91
Man.	140 364	137 552	129 844	81	98	80	98	80	98
Sask.	131 842	127 873	49 691	50	68	50	68	36	49
Alb.	315 955	316 522	296 297	96	84	102	90	107	98
C.-B.	415 699	429 534	427 823	82	82	87	88	91	95
Yn	2 914	2 951	2 841	1	50	1	50	1	50
T.N.-O.	n.d.	n.d.	4 667	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	20
Nun.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	3 162 017	3 140 471	3 136 670	633	81	632	83	658	88

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : n.d. = données non disponibles

Les admissions et les jours présence des patients hospitalisés sont enregistrés dans des centres d'activité à l'extérieur des services de soins infirmiers aux patients hospitalisés. Ces tableaux comprennent les jours et les admissions de tous les centres d'activité.

Si le niveau d'analyse provincial et territorial donne une image sommaire du système hospitalier, l'analyse par groupe pair révèle souvent que la mission et la taille des hôpitaux, ainsi que l'établissement d'enseignement auquel ils sont jumelés ont une incidence sur le type et le coût des services dispensés.

Les tableaux 15 à 21 présentent les données financières et statistiques des hôpitaux par groupe pair. Ces groupes pairs sont établis en fonction du nombre de lits d'hôpital dans les hôpitaux communautaires, sauf pour les hôpitaux pédiatriques et d'enseignement, qui apparaissent comme des groupes pairs distincts. Dans ces tableaux, les groupes pairs sont définis comme suit :

- Moins de 50 lits
- De 50 à 99 lits
- De 100 à 199 lits
- De 200 à 299 lits
- De 300 à 399 lits
- 400 lits et plus
- Hôpitaux pédiatriques
- Hôpitaux d'enseignement

Un hôpital d'enseignement est défini comme un établissement proposant des programmes d'enseignement de la médecine approuvés par les autorités compétentes, en vue de dispenser aux étudiants en médecine une formation clinique de base en médecine interne et en chirurgie générale au cours de leurs deux dernières années d'étude. Dans le présent rapport, les hôpitaux pédiatriques faisant également office d'hôpitaux d'enseignement sont classés comme des hôpitaux pédiatriques.

Le tableau 15 indique que les dépenses des hôpitaux après recouvrements par groupe pair étaient de 31,4 milliards de dollars en 2001-2002. Le tableau 8 donne des informations semblables, mais inclut les dépenses des régions sanitaires par province et territoire, soit un montant de 34,5 milliards de dollars en 2001-2002. La base de données contient les dépenses des régions sanitaires qui ne sont pas réparties par hôpital. Par conséquent, les dépenses des régions sanitaires liées aux hôpitaux ne peuvent pas être déclarées par groupe pair. Il s'agit là d'un exemple des problèmes de qualité des données liés aux régions sanitaires. Le Guide SIG exige que les dépenses régionales soient ventilées par hôpital au sein d'une région avant la soumission des données à l'ICIS. Si c'était le cas, les « Dépenses des hôpitaux après recouvrements » seraient identiques dans les tableaux 8 et 15. Des problèmes semblables se posent pour les données relatives aux groupes pairs. L'introduction du code de secteur dans le Guide SIG aidera à répartir les dépenses régionales.

Les hôpitaux de plus de 400 lits et les hôpitaux d'enseignement représentent, ensemble, 19,5 milliards de dollars (62 %) des 31,4 milliards de dollars de dépenses déclarées à la BDCS en 2001-2002, soit une augmentation de 23,4 % depuis 1999-2000 (tableau 15).

Non seulement les grands hôpitaux et les hôpitaux d'enseignement ont déclaré des dépenses correspondant à 62 % des dépenses hospitalières, mais ils ont aussi déclaré en 2001-2002 56,7 % de toutes les visites aux services de soins ambulatoires (tableau 17), 54,1 % des jours-présence des patients hospitalisés (tableau 20) et 54,3 % des admissions de patients hospitalisés (tableau 21).

Tableau 15. Dépenses des hôpitaux après recouvrements et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002

Groupe pair	Dépenses des hôpitaux après recouvrements			Nombre d'hôpitaux déclarant les dépenses et pourcentage du nombre total d'hôpitaux dans le groupe pair					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	(millions de \$)	(millions de \$)	(millions de \$)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Moins de 50 lits	1 253,9	1 453,1	1 489,0	308	87	318	89	287	86
de 50 à 99 lits	1 388,0	1 462,2	1 809,4	112	90	101	91	124	95
de 100 à 199 lits	2 525,2	2 774,7	2 945,6	88	85	88	85	93	96
de 200 à 299 lits	3 078,8	2 546,1	2 900,3	61	95	47	82	48	91
de 300 à 399 lits	1 879,6	1 780,1	1 810,3	26	104	23	96	22	96
400 lits et plus	5 063,1	6 508,2	6 178,5	47	98	52	98	47	96
Hôpitaux pédiatriques	796,5	879,4	972,2	6	100	6	100	6	100
Hôpitaux d'enseignement	10 740,6	11 366,1	13 313,2	52	95	50	96	57	100
Total	26 725,7	28 770,0	31 418,5	700	90	685	90	684	92

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 16. Dette à long terme des hôpitaux et des régions sanitaires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002

Groupe pair	Dette à long terme			Nombre d'hôpitaux déclarant la dette à long terme et pourcentage du nombre total d'hôpitaux dans le groupe pair					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	(millions de \$)	(millions de \$)	(millions de \$)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Moins de 50 lits	30,6	39,0	35,2	20	6	18	5	19	6
de 50 à 99 lits	42,5	80,5	98,3	19	15	22	20	23	18
de 100 à 199 lits	261,1	289,4	237,8	34	33	33	32	33	34
de 200 à 299 lits	282,3	289,6	290,5	29	45	26	46	26	49
de 300 à 399 lits	149,6	125,7	144,6	12	48	11	46	11	48
400 lits et plus	522,4	624,5	585,5	28	58	30	57	31	63
Hôpitaux pédiatriques	30,6	29,8	22,7	3	50	3	50	2	33
Hôpitaux d'enseignement	673,0	664,5	817,3	23	42	22	42	27	47
Total	1 992,2	2 143,1	2 232,0	168	22	165	22	172	23

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 17. Visites aux services de soins ambulatoires et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002

Groupe pair	Visites aux services de soins ambulatoires			Nombre d'hôpitaux déclarant les visites aux services de soins ambulatoires et pourcentage du nombre total d'hôpitaux dans le groupe pair					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Moins de 50 lits	2 399 173	2 319 605	2 239 315	255	72	230	65	229	69
de 50 à 99 lits	2 593 576	2 532 829	2 695 825	98	79	87	78	109	84
de 100 à 199 lits	4 440 921	3 739 551	4 149 669	81	78	76	74	83	86
de 200 à 299 lits	4 315 345	3 640 181	3 966 808	58	91	47	82	46	87
de 300 à 399 lits	2 571 170	2 525 355	2 236 196	24	96	20	83	20	87
400 lits et plus	5 658 211	7 069 525	6 453 578	44	92	48	91	44	90
Hôpitaux pédiatriques	1 074 939	865 307	1 095 391	6	100	4	67	6	100
Hôpitaux d'enseignement	13 120 866	13 080 460	15 011 172	49	89	41	79	56	98
Total	36 174 201	35 772 813	37 847 954	615	79	553	73	593	79

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque :

Les services de soins ambulatoires comprennent les urgences, les soins de nuit et de jour et les cliniques privées ou spécialisées.

Tableau 18. Visites aux urgences des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002

Groupe pair	Visites à l'urgence			Nombre d'hôpitaux déclarant les visites à l'urgence et pourcentage du nombre total d'hôpitaux dans le groupe pair					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Moins de 50 lits	1 808 670	1 852 143	1 775 125	237	67	217	61	213	64
de 50 à 99 lits	1 932 249	1 626 414	1 914 962	91	73	76	68	101	78
de 100 à 199 lits	2 174 070	1 994 884	2 266 668	68	65	63	61	75	77
de 200 à 299 lits	1 876 667	1 537 657	1 647 905	45	70	39	68	40	75
de 300 à 399 lits	1 073 884	1 127 484	1 019 000	21	84	19	79	18	78
400 lits et plus	2 210 523	2 688 342	2 478 705	37	77	41	77	39	80
Hôpitaux pédiatriques	287 821	245 407	304 416	6	100	4	67	6	100
Hôpitaux d'enseignement	2 766 232	2 590 098	2 922 698	44	80	38	73	50	88
Total	14 130 116	13 662 429	14 329 479	549	70	497	65	542	73

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 19. Visites de jour et de nuit des hôpitaux et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002

Groupe pair	Visites de soins de jour et de nuit			Nombre d'hôpitaux déclarant les visites de soins de jour et de nuit et pourcentage du nombre total d'hôpitaux dans le groupe pair					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Moins de 50 lits	96 926	79 909	50 570	58	16	53	15	52	16
de 50 à 99 lits	131 354	213 669	99 866	39	31	36	32	48	37
de 100 à 199 lits	269 456	222 726	229 151	54	52	52	50	58	60
de 200 à 299 lits	487 691	384 933	398 839	48	75	39	68	39	74
de 300 à 399 lits	313 458	336 927	313 951	20	80	19	79	18	78
400 lits et plus	679 812	835 005	936 773	33	69	37	70	36	73
Hôpitaux pédiatriques	118 383	49 179	64 541	6	100	4	67	4	67
Hôpitaux d'enseignement	1 486 708	1 419 714	1 835 176	43	78	38	73	49	86
Total	3 583 788	3 542 062	3 928 867	301	39	278	36	304	41

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 20. Jours-présence des patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002

Groupe pair	Nombre de jours-présence des patients hospitalisés			Nombre d'hôpitaux déclarant le nombre de jours-présence des patients hospitalisés et pourcentage du nombre total d'hôpitaux dans le groupe pair			
	1999-2000 Nombre	2000-2001 Nombre	2001-2002 Nombre	1999-2000 Nombre (%)	2000-2001 Nombre (%)	2001-2002 Nombre (%)	
Moins de 50 lits	2 870 013	3 011 677	2 685 896	281 79	288 81	278 84	
de 50 à 99 lits	2 366 210	2 226 959	2 487 855	108 87	93 84	118 91	
de 100 à 199 lits	3 697 235	3 900 093	3 857 327	84 81	84 82	89 92	
de 200 à 299 lits	5 317 900	4 172 584	4 047 532	60 94	48 84	49 92	
de 300 à 399 lits	3 050 483	2 735 179	2 687 946	25 100	23 96	22 96	
400 lits et plus	8 957 469	9 654 453	8 446 501	45 94	49 92	45 92	
Hôpitaux pédiatriques	410 171	369 818	391 978	6 100	5 83	6 100	
Hôpitaux d'enseignement	9 562 017	9 558 024	10 606 693	51 93	45 87	55 96	
Total	36 231 498	35 628 787	35 211 728	660 85	635 83	662 89	

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 21. Nombre d'admissions de patients hospitalisés et nombre d'hôpitaux déclarant leurs données, par groupe pair, 1999-2000 à 2001-2002

Groupe pair	Admissions de patients hospitalisés			Nombre d'hôpitaux déclarant le nombre d'admissions de patients hospitalisés et pourcentage du nombre total d'hôpitaux dans le groupe pair			
	1999-2000 Nombre	2000-2001 Nombre	2001-2002 Nombre	1999-2000 Nombre (%)	2000-2001 Nombre (%)	2001-2002 Nombre (%)	
Moins de 50 lits	183 371	198 219	180 418	272 77	286 80	279 84	
de 50 à 99 lits	210 448	180 735	228 147	101 81	92 83	117 90	
de 100 à 199 lits	371 566	363 804	360 877	81 78	84 82	89 92	
de 200 à 299 lits	448 810	349 517	367 015	58 91	48 84	49 92	
de 300 à 399 lits	275 931	238 329	225 608	25 100	23 96	21 91	
400 lits et plus	586 388	732 657	680 830	44 92	49 92	45 92	
Hôpitaux pédiatriques	64 520	65 664	67 369	5 83	5 83	6 100	
Hôpitaux d'enseignement	1 020 983	1 011 546	1 017 003	47 85	45 87	50 88	
Total	3 162 017	3 140 471	3 127 267	633 81	632 83	656 88	

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Section 3 : Indicateurs de rendement financier

Les caractéristiques du système offrent un large aperçu des données descriptives relatives au système hospitalier. Ces caractéristiques soulignent la capacité de base et les produits du système, ainsi que les différentes méthodes d'organisation et de prestation des services hospitaliers par gouvernement provincial et territorial. Si ces données sont importantes pour la définition du contexte, elles ne permettent toutefois pas d'évaluer le rendement du système. Pour cela, il convient d'examiner des mesures relatives du rendement. Les indicateurs utilisés dans ce rapport sont les suivants :

L'utilisation des indicateurs de rendement financier pour comprendre le système hospitalier canadien n'en est qu'à ses débuts. Plusieurs provinces ont initié ou développé séparément des projets de mesure du rendement, mais il manque un projet national cohésif. Le but de ce rapport consiste à lancer un processus permettant de développer une vue nationale du rendement financier des hôpitaux, et ce, pour l'ensemble des provinces et des territoires. Pour ce rapport, 11 indicateurs de rendement financier ont été sélectionnés. Les définitions et les codes de compte du Guide SIG utilisés pour générer ces indicateurs sont présentés à l'annexe A « Notes méthodologiques » du présent document.

Les indicateurs sélectionnés sont conçus pour mesurer les concepts suivants : viabilité financière, liquidités, efficacité de l'établissement, coûts des produits hospitaliers, répartition des ressources humaines et gestion des immobilisations. Cette section présente les résultats des formules et l'interprétation de chaque indicateur. Même si les annexes C et D présentent les indicateurs employés à l'échelle régionale, la partie analytique utilise des moyennes pondérées pour les provinces et les territoires. Le calcul des moyennes pondérées est décrit en détail à l'annexe A « Notes méthodologiques ». De plus, une moyenne générale est également indiquée. La moyenne générale de chaque indicateur correspond à la moyenne pondérée des provinces déclarée pour cet indicateur.

Les indicateurs retenus pour ce rapport sont les suivants :

Indicateur	Unité d'analyse
Viabilité financière	
Marge totale	Entité juridique
Liquidité	
Ratio du fonds de roulement	Entité juridique
Efficacité de l'établissement	
Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales	Entité juridique
Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales	Entité juridique
Coût des produits hospitaliers	
Coût par cas pondéré	Hôpital
Répartition des ressources humaines	
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients, en pourcentage du nombre total d'heures travaillées	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré	Hôpital
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies par cas pondéré	Hôpital
Gestion des immobilisations	
Âge moyen de l'équipement	Entité juridique

Pour 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002, les indicateurs de plusieurs secteurs de compétence n'apparaissent pas pour diverses raisons. Les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas soumis de données pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001. Quant au Nunavut, il n'a soumis de données pour aucun des trois exercices. Certains indicateurs de l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pas pu être calculés, car les données originales n'ont pas été soumises à l'ICIS.

Les indicateurs de cas pondérés de 2001-2002 ne sont pas déclarés et excluent le Québec pour tous les exercices.

L'unité d'analyse fait référence au fait que les hôpitaux canadiens ne disposent pas tous du même statut juridique. Dans certains secteurs de compétence, les hôpitaux sont sous l'égide d'une région sanitaire alors que dans d'autres, l'hôpital même représente l'entité juridique. Pour plus de renseignements sur l'unité d'analyse, veuillez vous référer à l'annexe A « Notes méthodologiques ».

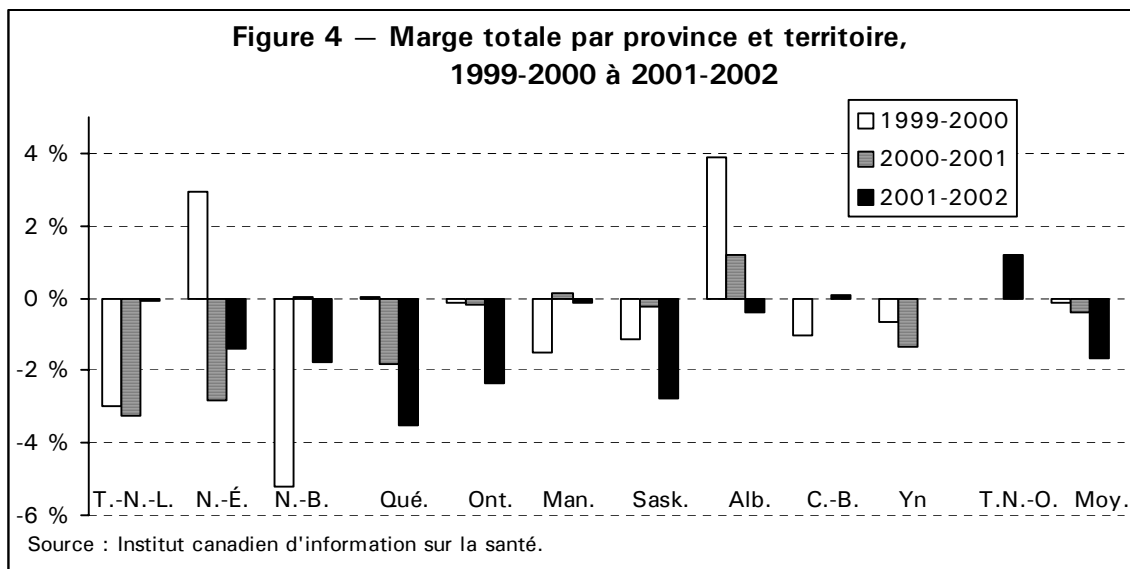
Viabilité financière — Marge totale

Recettes totales - Dépenses totales

Recettes, à l'exclusion des recouvrements internes

La marge totale mesure l'excédent des recettes d'un hôpital ou d'une région sanitaire par rapport aux dépenses de cet hôpital ou de cette région pour une année donnée. Une valeur positive indique que les recettes dépassent les dépenses et une valeur négative signifie le contraire. Bien que les valeurs négatives doivent faire l'objet de recherches approfondies, il peut également être nécessaire de se pencher sur les valeurs excessivement positives. Une valeur excessivement positive peut indiquer que l'organisme ne dépense pas suffisamment pour fournir les meilleurs services de santé possibles.

Parmi les 175 régions (170 en 2000-2001) déclarées en 2001-2002 (annexe C), 31 présentaient une marge totale supérieure ou égale à zéro, et 120 obtenaient une marge totale négative. Vingt quatre régions n'ont pas indiqué les données requises pour le calcul de cet indicateur ou ont obtenu des résultats si étranges qu'ils n'ont pas été déclarés. La figure 4 indique les moyennes provinciales de la marge totale de 1999-2000 à 2001-2002. Les valeurs par province et territoire en 2001-2002 montrent une différence sensible : de 1,2 % dans les Territoires du Nord-Ouest à -3,5 % au Québec. Le fait que la moyenne pondérée par province (à l'exception des territoires) la plus élevée de cet indicateur soit de 0,1 % laisse supposer qu'en 2001-2002, dans tout le pays, les dépenses des hôpitaux ont augmenté plus rapidement que leurs recettes.



Les politiques de financement des provinces et des territoires, la structure de direction, les décisions de gestion telles que l'utilisation de la dette à long terme, et les conventions comptables peuvent avoir une incidence sur la marge totale. Au moins deux provinces, l'Ontario et le Québec, ont inclus la marge totale comme indicateur du rendement dans leurs rapports d'évaluation des hôpitaux.

Liquidités — Ratio du fonds de roulement

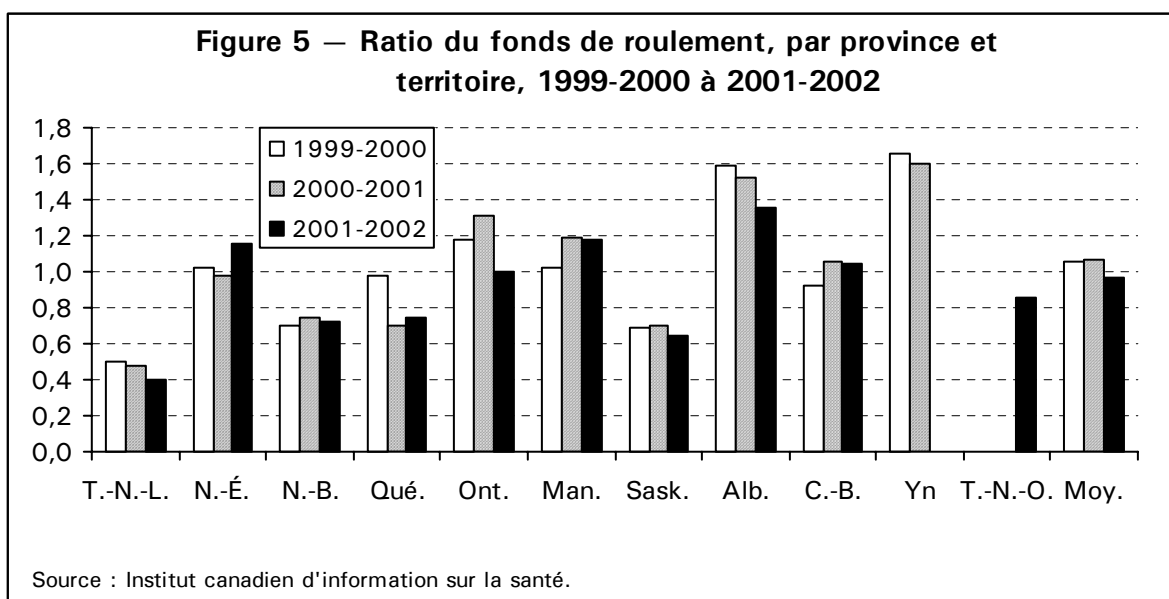
Actifs à court terme + soldes débiteurs du passif à court terme, à l'exclusion de la tranche exigible à court terme des contributions reportées

Passif à court terme, à l'exclusion de la tranche exigible à court terme des contributions reportées + comptes créditeurs des actifs à court terme, à l'exclusion des comptes de contrepartie des actifs à court terme

Le ratio du fonds de roulement mesure le mode de gestion des actifs et du passif à court terme d'un hôpital ou d'une région. Un ratio supérieur ou égal à un (1) indique que l'organisation possède suffisamment d'actifs à court terme pour régler son passif à court terme durant un exercice financier. Un ratio inférieur à un (1) remet en question les liquidités de l'organisation et peut faire obstacle à la prestation de soins de qualité aux patients. Les valeurs très élevées du ratio du fonds de roulement peuvent révéler la nécessité de réinvestir des éléments de l'actif à court terme dans la prestation de soins aux patients grâce à des fonds de fonctionnement ou à l'achat d'équipement moderne. Les organismes doivent étudier les valeurs largement supérieures à 1,0.

Le ratio moyen du fonds de roulement des neuf provinces et des deux territoires indiqués à la figure 5 était de 1,0 en 2001-2002, c'est-à-dire que le mode de gestion des hôpitaux de ces provinces permettait de couvrir leurs passifs à court terme avec leurs actifs à court terme en l'espace d'un exercice.

Cet indicateur varie quelque peu de province à province et au sein des provinces, de région à région⁷. Ces écarts montrent que certains secteurs de compétence connaissent des problèmes de trésorerie ou que le ratio du fonds de roulement reflète la date de réception des fonds octroyés par les provinces.



⁷ Voir l'annexe C concernant les valeurs des indicateurs régionaux de 2001-2002.

L'interprétation de cet indicateur est moins simple pour les hôpitaux canadiens que pour les autres secteurs économiques. Une valeur proche de 1,0 ne pose aucun problème. La plupart des organismes du secteur privé connaissent d'importantes variations de leurs flux d'encaisse mensuels, dues à la fluctuation de la demande de leurs produits ou de leurs services ainsi qu'à d'autres facteurs à l'œuvre sur le marché. En revanche, les hôpitaux reçoivent un apport constant de financement global du ministère de la Santé. Leurs besoins de trésorerie sont donc moindres, ce qui se traduit par une faible valeur du ratio du fonds de roulement moyen. Par conséquent, un ratio du fonds de roulement légèrement inférieur à un (1) n'indique pas nécessairement un problème de liquidité à court terme. Toutefois, on peut penser que si cette situation se prolonge pendant plusieurs années, l'hôpital concerné manquera de flexibilité quant à la planification de ses besoins à moyen ou à long terme. Les organismes doivent étudier les valeurs du ratio du fonds de roulement inférieures à 1,0.

Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Saskatchewan présentent des valeurs de ratio du fonds de roulement inférieures à 1,0 pour les trois exercices. Cela peut être dû à un problème de qualité des données lors de l'établissement des rapports ou au délai avant réception des fonds octroyés par les provinces. Terre-Neuve-et-Labrador présente le ratio du fonds de roulement le plus faible pour 2001-2002 (0,4) et celui de l'Alberta reste le plus élevé (1,4).

Efficacité de l'établissement

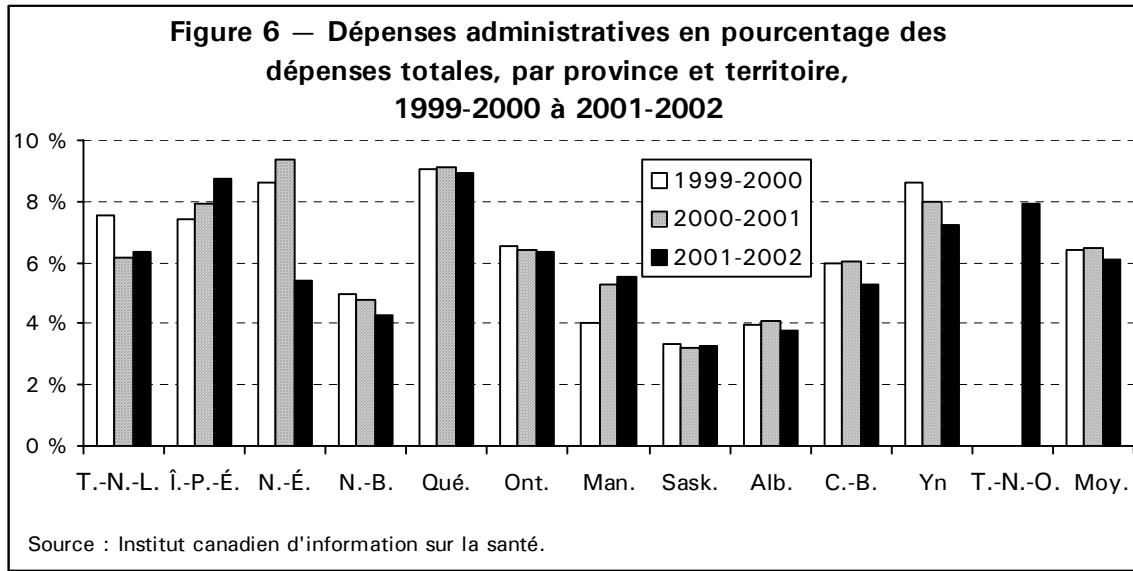
Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales

Coûts des services administratifs, des services financiers, des ressources humaines et frais de communication, après recouvrements

Dépenses totales, après recouvrements

Le pourcentage des dépenses totales correspondant aux services administratifs donne la mesure de l'efficacité de l'établissement. Une valeur faible indique qu'une petite partie des ressources a été consommée par les activités administratives et que l'organisme peut donc allouer davantage de ressources à des secteurs tels que les soins aux patients.

En moyenne, 6,1 % des dépenses des hôpitaux étaient imputables aux services administratifs, par rapport à 6,5 % en 2000-2001 et 6,4 % en 1999-2000 (figure 6).



Les facteurs influant sur les dépenses en services administratifs sont, notamment, la complexité des soins dispensés par l'organisme, le mode de gestion, la structure de direction, ainsi que la taille de l'organisme. Le pourcentage des dépenses totales consacrées aux services administratifs tend à être supérieur pour les organismes dispensant des soins très complexes et les très petits organismes.

La prudence est de mise lors de la comparaison des valeurs de l'indicateur des dépenses administratives du Québec avec les valeurs des autres provinces. Le Québec n'utilise pas le Guide SIG pour rendre compte des dépenses des hôpitaux. L'ICIS se charge de mapper les données du Québec aux comptes SIG. Dans certains cas, cette correspondance est imprécise et certaines dépenses supplémentaires, normalement exclues des dépenses administratives par le Guide SIG, figurent comme telles dans les données du Québec, ce qui rend les valeurs provinciales et régionales des services administratifs du Québec supérieures à celles des autres provinces.

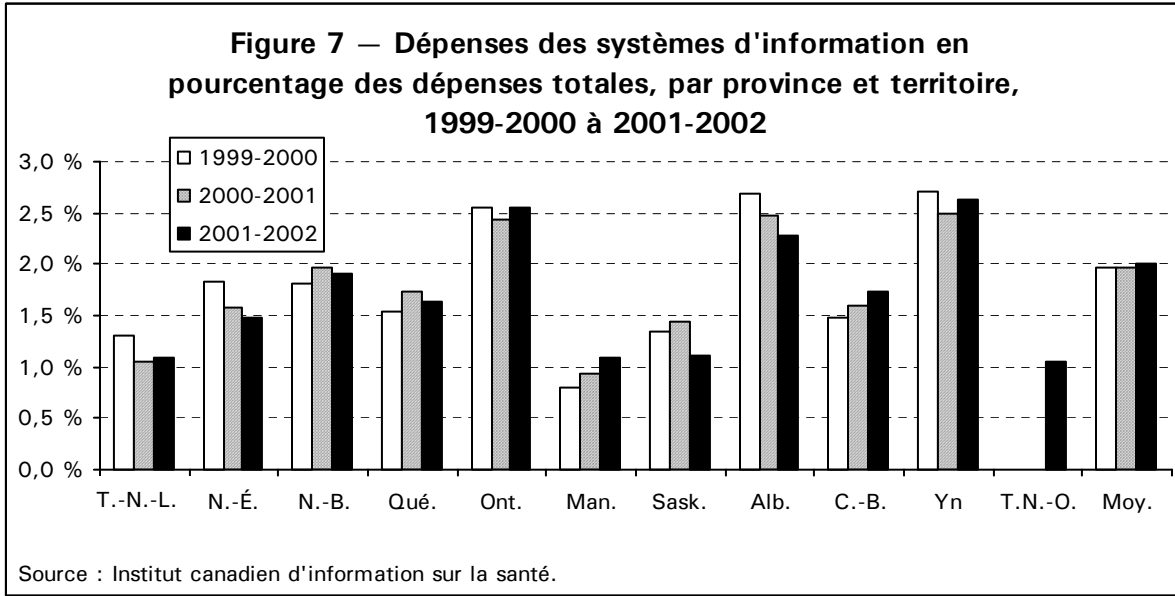
Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales

Soutien des systèmes, après recouvrements

Dépenses totales, après recouvrements

Une autre manière d'évaluer l'efficacité de l'établissement consiste à analyser le pourcentage des dépenses totales que représentent les centres d'activité des services de soutien des systèmes. La technologie de l'information est en passe de devenir partie intégrante de la prestation de soins de santé au Canada. La mesure des dépenses dans ce domaine permet aux intervenants de déterminer si le Canada dépense suffisamment en matière d'infrastructure informatique.

Les dépenses des systèmes d'information représentaient presque 2,0 % du total des dépenses hospitalières à l'échelle nationale en 2001-002 (l'écart des résultats pour cet indicateur à l'échelle des provinces et territoires suggère fortement un problème de qualité des données déclarées à la BDCS).



Le Guide SIG version 2003 a subi des modifications visant à améliorer la qualité des données nécessaires au calcul de cet indicateur. Ces modifications permettront de clarifier auprès des régions sanitaires et des hôpitaux les dépenses définies comme coût d'un système d'information. Ces modifications portent notamment sur la déclaration des dépenses en équipement des systèmes d'information dans le centre d'activité des services de soutien des systèmes, ainsi que sur la définition plus claire des autres dépenses intervenant dans les coûts de ces systèmes.

Coût par cas pondéré

L'indicateur « Coût par cas pondéré (CPCP) » permet de mesurer le coût financier d'un établissement (en moyenne) pour un cas pondéré de patient hospitalisé. Cet indicateur peut servir de norme pour comparer la rentabilité des établissements.

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

Les données financières utilisées pour le calcul de l'indicateur CPCP proviennent de la BDCS. Les cas pondérés proviennent de la Base de données sur les congés des patients (DAD)⁸. Ils sont regroupés au moyen du Groupe de maladies analogues et du degré de complexité ou CMG^{MD}/Plx^{MD} et comprennent les cas hospitalisés seulement. Les cas de chirurgie d'un jour n'ont pas été inclus. L'indicateur CPCP a été calculé pour les établissements qui ont transmis à la fois leurs données cliniques et financières.

Le numérateur du CPCP repose sur l'obtention du coût total des services d'hospitalisation, coût qui est ensuite divisé par le total des cas pondérés de chaque hôpital. Le coût total des services d'hospitalisation comprend les dépenses principales des soins de courte durée, ainsi que la part des soins actifs des dépenses « communes », comme les frais administratifs. Il exclut les honoraires des médecins versés directement par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Les coûts associés aux chirurgies d'un jour ont été supprimés. Dans les provinces organisées en régions, des ajustements sont apportés afin de déterminer la partie soins de courte durée des dépenses déclarées à l'échelle régionale.

La méthodologie de regroupement CMG/Plx rassemble les patients aux caractéristiques cliniques et à la consommation de ressources similaires, et attribue un poids de la consommation des ressources ou RIW^{MD} à chaque patient. La valeur RIW est une mesure des ressources consommées pour traiter les patients, comparativement au patient moyen. Ces valeurs RIW servent à calculer les cas pondérés.

Les études faites par l'ICIS et les gouvernements provinciaux ont montré des variations dans la codification clinique des patients au cours des dernières années, incluant 2001-2002.

⁸ La DAD est une base de données nationale qui contient des données démographiques, administratives et cliniques concernant les sorties des hôpitaux pour l'ensemble du Canada. L'ICIS reçoit ces données directement des hôpitaux participants.

Les variations peuvent être causées par l'introduction d'un nouveau système de classification pour codifier les abrégés sur les patients. En avril 2001, la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon et des régions de la Saskatchewan ont commencé à codifier les abrégés sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour selon la CIM-10-CA et CCI. Le reste des provinces et territoires continuaient à utiliser la CIM-9/CCA et la ICD-9-CM⁹.

La mise en œuvre par étapes de la CIM-10-CA et CCI de la part des provinces et territoires a causé des valeurs de cas pondérés en 2001-2002 qui ne sont pas comparables entre les secteurs de compétence. En conséquence, le présent rapport exclut les résultats de 2001-2002 concernant tous les indicateurs qui utilisent les cas pondérés comme étant leur dénominateur (Coût par cas pondéré, Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré, Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré, Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré et Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies par cas pondéré).

Les estimations de l'indicateur CPCP de l'exercice 2000-2001 ont été plutôt inclus dans l'analyse, puisque leurs cas pondérés sont calculés au moyen des données de 2000-2001 sur l'activité des patients qui sont groupées selon la méthodologie CMG/Plx de 2000 et pondérées au moyen de RIW 2000. Ce dernier a été créé au moyen des données sur les coûts et les activités des patients de 1994-1995 à 1998-1999. Ainsi, les estimations des cas pondérés et de l'indicateur CPCP qui figurent dans le présent rapport s'appuient sur la codification clinique des abrégés sur les patients au moyen de la CIM-9-CCA et la ICD-9-CM et ne sont pas touchées par les variations dans la codification relatives à la mise en œuvre de la CIM-10-CA et CCI.

Les indicateurs utilisant les cas pondérés comme dénominateur sont utiles dans les comparaisons par groupe pair, mais ne se prêtent pas aux analyses de tendances. En effet, les pondérations utilisées pour calculer les cas pondérés (importance des ressources) changent chaque année.

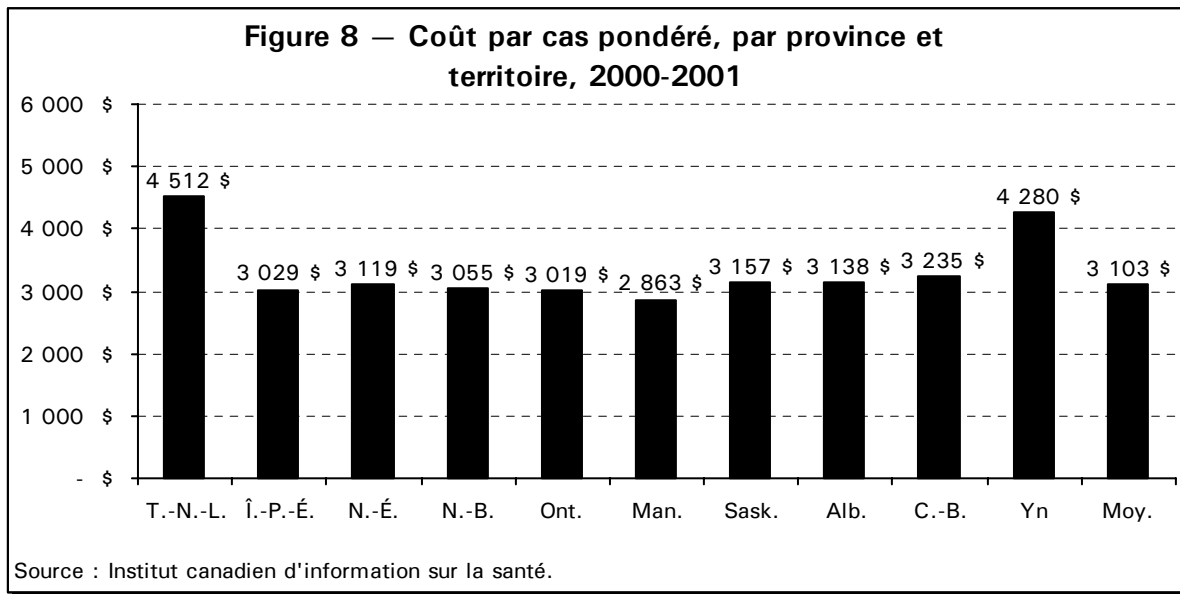
Les établissements aux valeurs aberrantes sont d'abord éliminés. Les établissements restants sont groupés par province afin de déterminer un indicateur CPCP pondéré par province (figure 8).

Les régions du Québec et quelques établissements du Manitoba ne soumettent pas de cas à la Base de données sur les congés des patients. Les hôpitaux au Québec ne soumettent également pas les données cliniques dans le même format ou avec les données nécessaires pour pouvoir comparer le groupement CMG avec d'autres secteurs de compétence. Pour cette raison, on a exclu les résultats du Québec concernant les indicateurs qui utilisent les cas pondérés comme étant leur dénominateur. Les cas pondérés concernant le Manitoba proviennent de la DAD et de la BDMH. Les totaux des cas pondérés issus de la Base de

⁹ Pour plus de renseignements sur le sujet, veuillez consulter la publication de l'ICIS intitulée *S'adapter à la CIM-10-CA et CCI* sur le site Web www.icis.ca.

données sur la morbidité hospitalière tendent à être légèrement supérieurs aux totaux des cas pondérés provenant de la Base de données sur les congés des patients. Il est donc possible que les valeurs de l'indicateur CPCP du Manitoba soient minimisées par rapport aux valeurs données pour les autres provinces.

De plus, des études réalisées l'année dernière par l'ICIS conjointement avec le Ontario Joint Policy and Planning Committee et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ont relevé les variations dans la déclaration des comorbidités des patients qui ont peut-être des conséquences sur les cas pondérés en Ontario de 2000-2001.



En 2000-2001, Terre-Neuve-et-Labrador a enregistré la plus forte valeur CPCP, soit 4 512 \$ et le Manitoba, la plus faible, soit 2 863 \$. Le CPCP du Yukon (4 281 \$) était similaire à celui de Terre-Neuve-et-Labrador. À l'exception de ces deux secteurs de compétence, toutes les valeurs concernant le CPCP se situaient entre 2 863 \$ (Manitoba) et 3 235 \$ (Colombie-Britannique). La moyenne pour les secteurs de compétence déclarée dans la figure 8 était de 3 103 \$.

Le CPCP concernant Terre-Neuve-et-Labrador est plus que 45 % supérieur à la moyenne nationale en 2000-2001 (3 103 \$). Cette différence s'explique en partie par les problèmes de qualité des données liés à la déclaration des dépenses de santé pour les soins de longue durée. La plupart des hôpitaux de Terre-Neuve-et-Labrador ne séparent pas ces dépenses lorsqu'ils communiquent ces données à la BDCS. Le ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador travaille en étroite collaboration avec l'ICIS afin de calculer les estimations qui excluent les soins de longue durée.

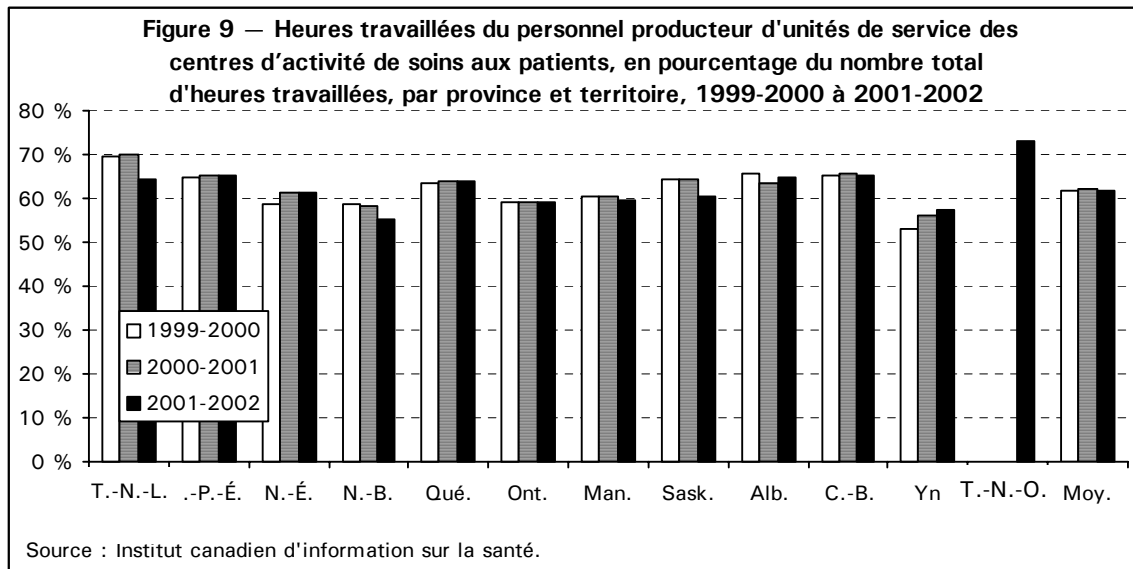
Répartition des ressources humaines

Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées (heures de soins aux patients)

Heures travaillées et heures de services contractuels en soins infirmiers aux patients hospitalisés, en soins ambulatoires et en services diagnostiques et thérapeutiques

Total des heures travaillées, à l'exclusion des heures du personnel médical

Cet indicateur mesure le pourcentage du total des heures travaillées correspondant aux centres d'activité de soins aux patients. La figure 9 indique qu'en 2001-2002, 61,8 % des 605 millions d'heures travaillées déclarées par les provinces étaient consacrées aux soins aux patients. Les heures travaillées des centres d'activité de soins aux patients ne sont pas toutes consacrées aux soins directs aux patients. Une partie de ces heures concerne d'autres activités, telles que la recherche, l'enseignement au sein du service, les réunions de service et le travail de bureau. Une valeur élevée de cet indicateur signifie que davantage d'heures travaillées sont consacrées aux soins aux patients. Toutefois, cet indicateur ne doit pas être interprété comme une mesure de la qualité des soins dispensés aux patients.



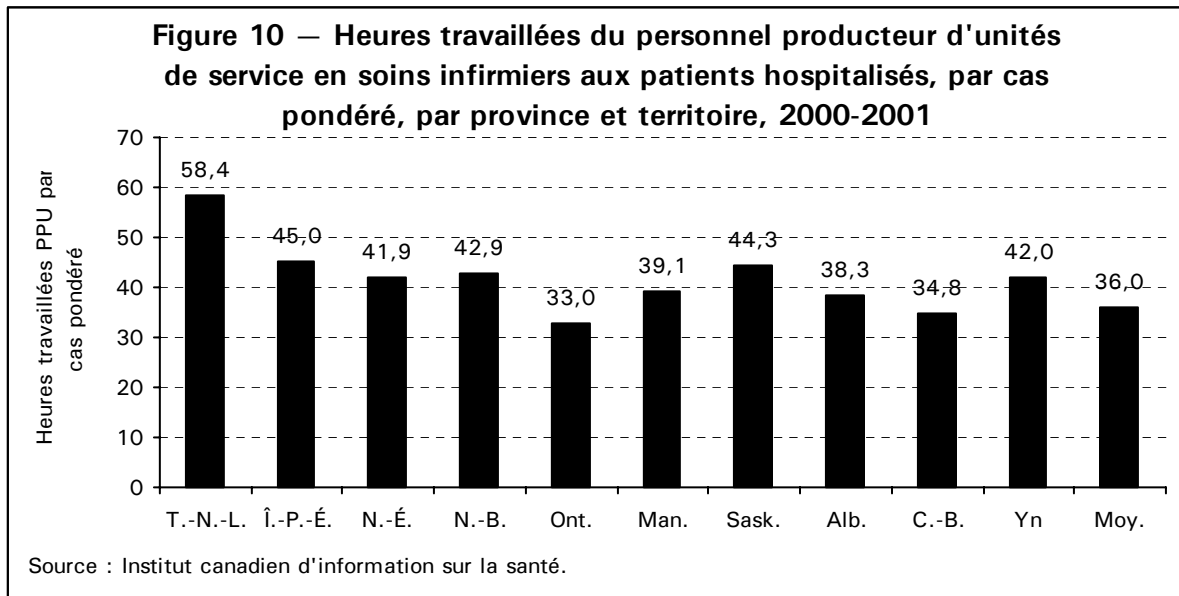
Heures travaillées par cas pondéré

L'indicateur des heures travaillées par cas pondéré donne des informations quant à la répartition des ressources humaines entre les centres d'activité qui prodiguent des soins aux patients. Pour le calcul de ces indicateurs, les heures travaillées provenant de la BDCS ont été combinées aux cas pondérés tirés de la Base de données sur les congés des patients (DAD) de l'ICIS. Ces indicateurs ont enregistré les mêmes problèmes de données en 2001-2002 que ceux qui étaient décrits dans Coût par cas pondéré. En conséquence, les indicateurs utilisés dans cette analyse concernent 2000-2001.

Les services de soins infirmiers aux patients hospitalisés constituent la majeure partie des soins prodigués aux patients dans les hôpitaux canadiens. Les heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré se situent entre 33,0 en Ontario et 58,4 à Terre-Neuve-et-Labrador. La moyenne déclarée de 2000-2001 était de 36,0 à l'échelle de tous les secteurs de compétence.

Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de services en soins infirmiers aux patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée)

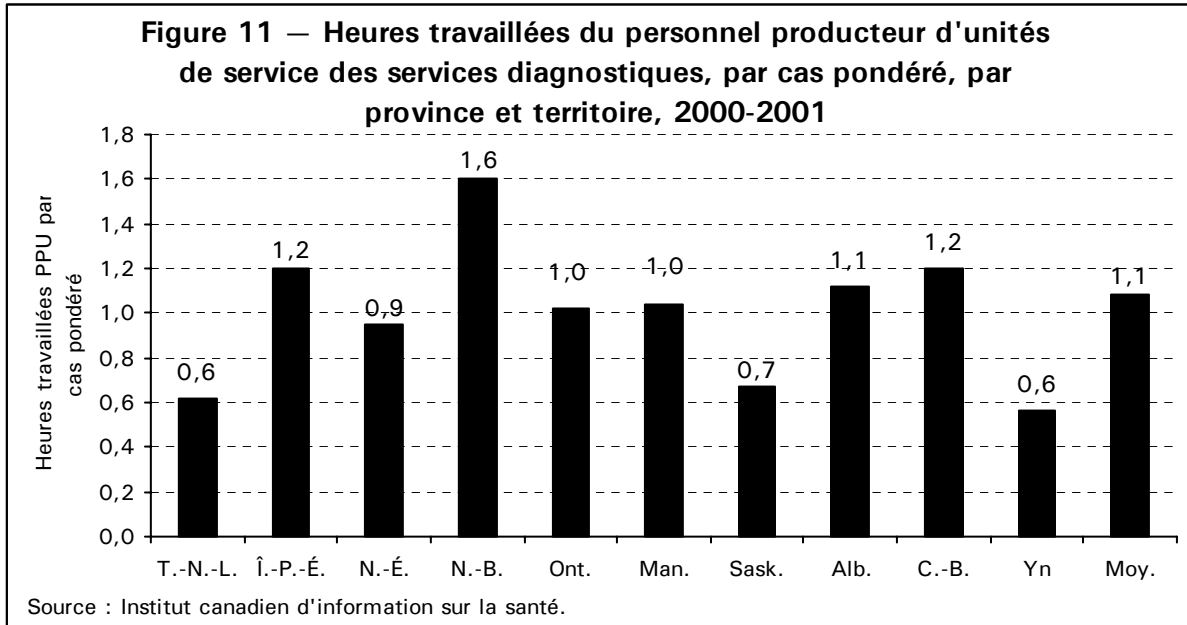
Total des cas pondérés de patients hospitalisés



Les services diagnostiques et thérapeutiques consacrés aux patients hospitalisés correspondent aux heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques, des laboratoires cliniques et des pharmacies par cas pondéré. Les heures travaillées des indicateurs des services diagnostiques et thérapeutiques ont été ajustées afin de refléter les activités liées aux patients hospitalisés déterminées par les statistiques de l'activité et de la charge de travail, telles qu'elles sont présentées dans la formule du coût par cas pondéré (annexe B, « Méthode relative aux indicateurs de rendement »). Ces indicateurs donnent un aperçu de l'intensité relative des services dispensés aux patients hospitalisés (figures 11 à 13).

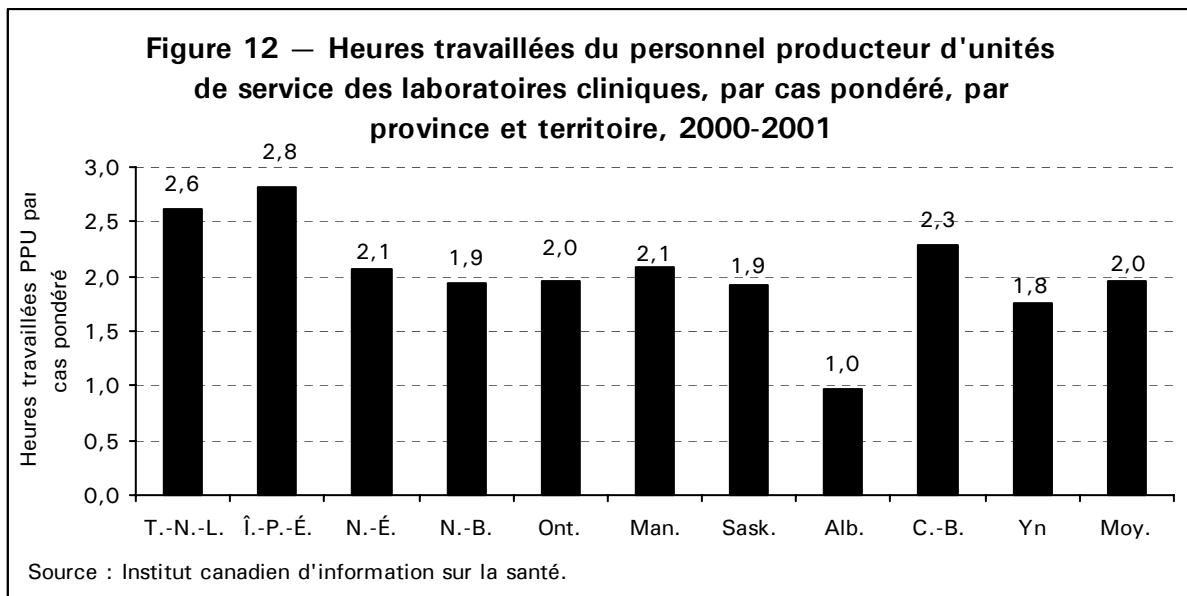
Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques (ajustées pour les activités liées aux patients hospitalisés)

Total des cas pondérés de patients hospitalisés



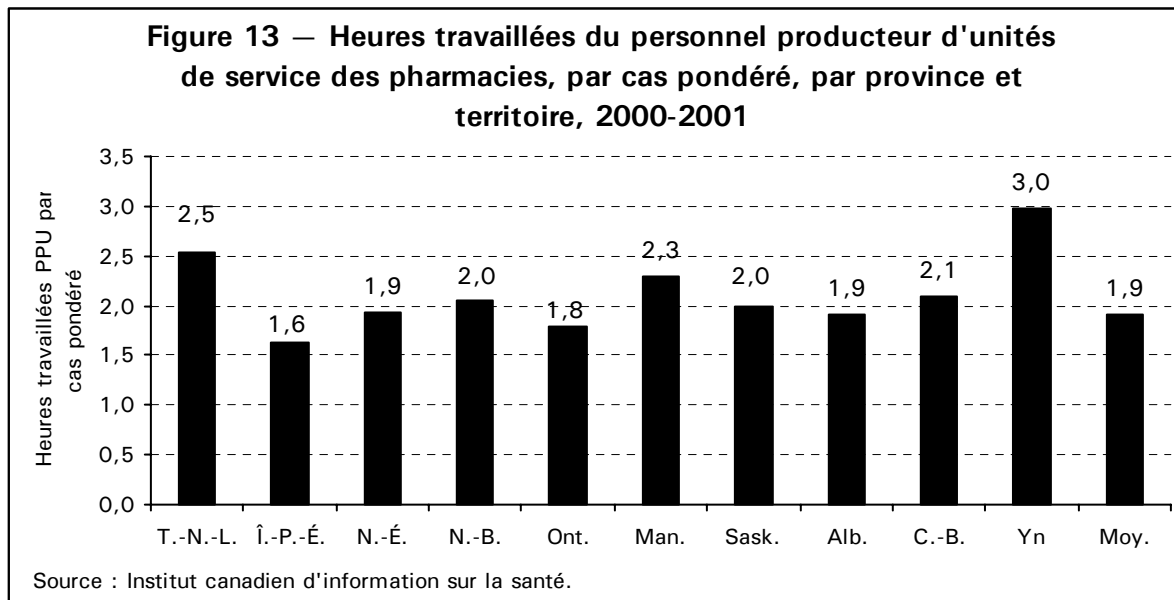
Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de service des laboratoires (ajustées pour les activités liées aux patients hospitalisés)

Total des cas pondérés de patients hospitalisés



Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de service des pharmacies (ajustées pour les activités liées aux patients hospitalisés)

Total des cas pondérés de patients hospitalisés



Gestion des immobilisations

Le Guide SIG concernant l'exercice 2001-2002 ne donnait pas la structure détaillée des comptes pour la collecte des données sur les dépenses en immobilisations. Cependant, sa structure permet de prendre en compte le calcul de l'âge moyen de l'équipement qui permet, à son tour, de déterminer si les immobilisations sont remplacées en temps voulu. Toutefois, les problèmes de qualité des données et le manque de données déclarées affectent la précision et l'utilité de ces indicateurs importants. Le Guide SIG 2003 a été amélioré pour permettre la déclaration des données sur les acquisitions récentes d'équipement.

Âge moyen de l'équipement

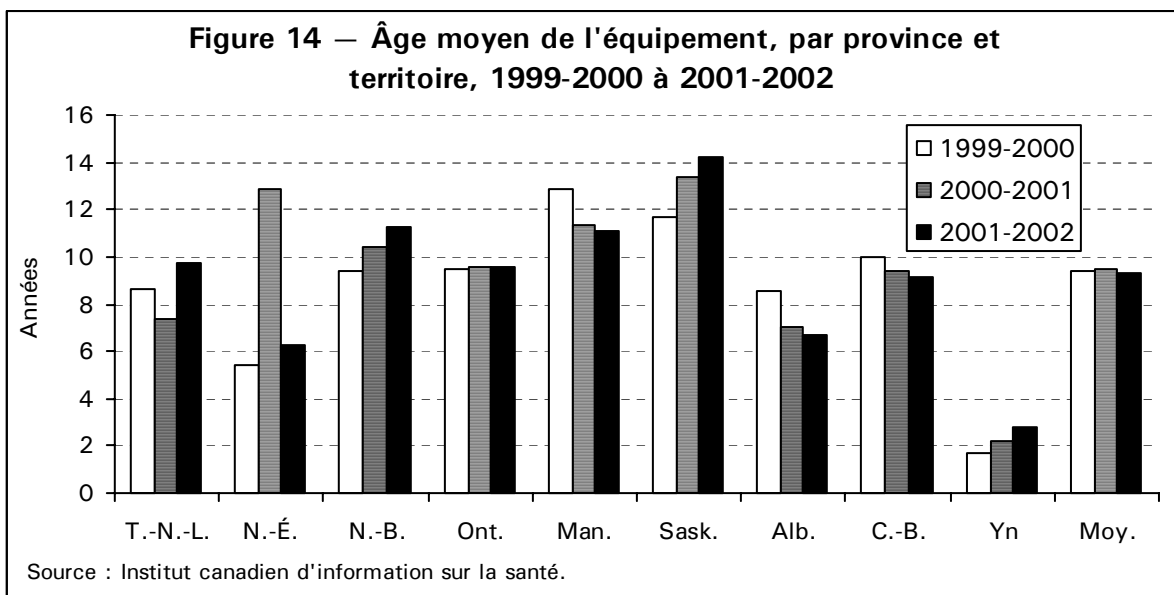
Amortissement cumulé de l'équipement (réparti/non réparti)

Coût de l'amortissement de l'équipement (réparti/non réparti)

L'indicateur « Âge moyen de l'équipement » est une moyenne qui ne reflète pas la diversité des équipements des hôpitaux. Une partie de l'équipement, comme les lits d'hôpital, possède normalement une durée de vie utile allant jusqu'à 15 ans. En ce qui concerne l'équipement des systèmes d'information, cette durée de vie est inférieure à 5 ans. Des problèmes de qualité des données issus d'une application incohérente des principes du Guide SIG en matière d'immobilisations restreignent l'utilité de ce qui devrait être un indicateur important de la gestion des immobilisations.

Dans l'ensemble du Canada, le traitement de l'amortissement de l'équipement influe sur le calcul de l'âge moyen de l'équipement. Une valeur moyenne de 9,3 années déclarée en 2001-2002 peut correspondre à un gros investissement dans des biens possédant une longue vie utile, mais elle peut tout autant traduire la nécessité d'un remplacement plus rapide de l'équipement (figure 14). Les révisions du Guide SIG 2003 détailleront davantage les types d'équipement à prendre en compte et accroîtront l'utilité de cet indicateur. Ainsi, les données concernant l'investissement d'un hôpital en matière de technologie informatique permettront d'évaluer la capacité de cet établissement de se maintenir à niveau dans un système de soins reposant sur les systèmes d'information. À partir de l'exercice 2003-2004, les hôpitaux devront déclarer les acquisitions de matériel principal (équipement informatique exclu) et d'équipement informatique de l'année en cours.

L'Île-du-Prince-Édouard n'apparaît pas à la figure 14, car les autorités de la province ne déclarent pas leurs bilans régionaux à la BDCS, rendant ainsi le calcul de cet indicateur impossible. Le Québec n'y figure pas non plus, puisque la province ne déclare pas les immobilisations de ses hôpitaux : on considère que toutes les immobilisations sont la propriété de la province.



Conclusions

Ce rapport contribue à la mesure du rendement financier des hôpitaux canadiens en testant la faisabilité du calcul, à l'échelle du système, des mesures du rendement financier à l'aide des données de la Base de données canadienne SIG (BDCS). Les problèmes liés à la qualité des données et les données manquantes dans la BDCS compliquent l'établissement du rapport sur la base de ces indicateurs pour les exercices financiers 1999-2000 à 2001-2002.

Afin de générer ultérieurement des informations plus significatives, il est important que l'ICIS, les hôpitaux, les régions et les gouvernements provinciaux continuent de travailler conjointement afin d'améliorer la qualité globale des données intégrées dans les bases de données provinciales et territoriales et dans la BDCS.

Ces dernières années ont vu des améliorations en matière de qualité des données, mais ce rapport révèle toutefois qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts. L'étendue des problèmes de qualité des données varie en fonction des provinces et des territoires. Au cours de l'élaboration de ce rapport, deux problèmes majeurs en matière de qualité des données sont apparus :

1. Bien que les provinces et les territoires contribuent à améliorer la qualité des données qui seront soumises à la BDCS par les entités provinciales et territoriales à l'avenir, la qualité des données utilisées dans ce rapport est généralement insuffisante pour permettre une comparaison significative, entre les provinces et les territoires, des indicateurs du rendement financier des hôpitaux calculés à l'échelle régionale.
2. La qualité des données doit être rectifiée dans plusieurs parties de la BDCS. L'ICIS et les entités provinciales et territoriales chargées de l'établissement des rapports doivent renouveler leur engagement par rapport aux mesures suivantes :
 - enregistrement et établissement de rapports corrects concernant les éléments du bilan;
 - soumission des données statistiques définies par la norme minimale de la BDCS sur l'établissement de rapports en fonction du Guide SIG, par exemple heures rémunérées, charge de travail, visites, jours-présence des patients hospitalisés, jours de fréquentation et admissions;
 - affectation des services centralisés et partagés régionaux aux établissements hospitaliers avant la soumission des données à l'ICIS;
 - application des principes comptables généralement reconnus aux données soumises à l'ICIS en fin d'exercice et non uniquement aux états financiers vérifiés.

Recommandations

Voici les recommandations proposées :

1. L'ICIS, les ministères de la Santé et les régions sanitaires/hôpitaux devraient continuer de collaborer à l'amélioration de la qualité des données financières et statistiques soumises à la BDCS en :
 - exigeant l'utilisation des directives du Guide SIG comme norme de la collecte des données;
 - soumettant des données financières et non financières normalisées conformes aux exigences minimales BDCS en matière d'établissement de rapport. Il est recommandé de fournir davantage de données détaillées, si possible, pour faciliter l'élaboration d'une analyse précise;
 - soumettant des données complètes avant la date limite de déclaration annuelle afin d'améliorer le délai des comparaisons d'indicateurs;
 - soumettant les données au format désigné par le document technique d'établissement des rapports de la BDCS.
2. Les valeurs des indicateurs à l'échelle régionale doivent continuer à être déclarées sur une base annuelle.

Annexe A

Notes méthodologiques

Notes méthodologiques

Introduction

La Base de données canadienne SIG (BDCS) contient des informations financières et statistiques issues d'hôpitaux, ainsi que des données limitées provenant de régions sanitaires du Canada. Les données sont recueillies en fonction d'un cadre normalisé permettant de recueillir des données financières et statistiques, et d'établir des rapports sur le fonctionnement quotidien des établissements prestataires de soins. Ce cadre est connu sous le nom de *Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de services de santé du Canada* (Guide SIG).

La plupart des informations contenues actuellement dans la BDCS se rapportent aux hôpitaux. Un hôpital est généralement défini comme un établissement qui accueille des patients nécessitant des soins médicaux, infirmiers et qui leur offre des soins continus, ainsi que des services thérapeutiques et diagnostiques. L'établissement détient à cet effet un permis ou l'approbation d'un gouvernement provincial ou est géré par le gouvernement canadien. Cette définition inclut les établissements psychiatriques. Dans les provinces et les territoires où les hôpitaux font partie d'une régie régionale de la santé, les données régionales sont également soumises, offrant ainsi une image complète des services de santé de la région concernée. Des données statistiques sont également recueillies, par exemple le nombre d'heures rémunérées, les visites des patients, ainsi que les lits disponibles et dotés de personnel. Bien que la BDCS ne nécessite pas encore de données issues de tous les organismes de soins, tels que les établissements prestataires de soins de longue durée, les centres de soins communautaires ou les centres de soins à domicile, le cadre est en place et le début de la collecte des données est fixé au mois d'avril 2004.

Pour assurer l'intégrité et la viabilité de ses bases de données, l'Institut canadien d'information sur la santé a développé un cadre de qualité des données, afin d'offrir à toutes les bases de données et à tous les registres une stratégie générale commune permettant d'évaluer la qualité des données et d'identifier les priorités visant à l'améliorer de façon continue. Les informations suivantes proviennent de l'évaluation de la qualité des données de la BDCS, et sont conçues pour aider les utilisateurs externes de ces données à évaluer leur utilité. Pour plus d'informations, contactez la section BDCS par téléphone (613) 241-7860, par télécopieur (613) 241-8120 ou par courriel (bdcs@icis.ca).

Concepts et définitions

Mission/but

La BDCS enregistre les informations financières et statistiques à partir d'un plan comptable normalisé en appliquant des procédures et conventions comptables générales, des systèmes de mesure de la charge de travail, des statistiques sur l'activité des services et des indicateurs qui aident à la prise de décision dans les organismes de services de santé. Les informations contenues dans la BDCS peuvent servir à établir le coût des activités des organismes de services de santé. En outre, elles constituent la base de l'établissement de rapports de gestion, y compris les états financiers annuels à usage général, l'analyse du ratio financier et l'établissement du budget de fonctionnement.

Population

La base de données regroupe des informations financières et statistiques issues de la plupart des hôpitaux et des régions sanitaires du Canada.

Variabes et concepts

Les variables et concepts utilisés pour recueillir des informations dans la BDCS reposent sur le Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de services de santé du Canada (Guide SIG). Le Guide SIG représente un ensemble complet de normes utilisées pour déclarer des informations de gestion qui sont ensuite soumises à la BDCS et concernent l'effectif, les coûts, la charge de travail et les services dispensés. Le Guide SIG est conçu pour s'appliquer à l'ensemble des services, des hôpitaux aux organismes de services communautaires. Son cadre permet de générer, de mettre à jour et d'analyser les informations requises pour une responsabilisation et une prise de décision efficaces.

Les principales caractéristiques du Guide SIG sont les suivantes :

- Un plan comptable : structure de codification des données, applicable dans différents milieux de prestation de services;
- Des principes et des méthodes comptables : assurent la cohérence avec les principes comptables généralement reconnus du manuel de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA);
- Des systèmes de mesure du travail : système de gestion du temps qui offre une méthode normalisée pour mesurer la production;
- Des indicateurs : ratios normalisés qui illustrent l'utilisation possible des données pour la planification, le contrôle et la mesure du rendement.

Les hôpitaux et les régions sanitaires doivent soumettre à la BDCS des données financières et statistiques relatives aux services hospitaliers conformes au Guide SIG. Les régions sanitaires soumettent également d'autres statistiques sur les activités de services de santé. Tous les territoires et toutes les provinces soumettent des données hospitalières par l'intermédiaire de leur ministère de la Santé.

La BDCS contient des informations sur les régions sanitaires/hôpitaux qui fournissent ces données, à savoir numéro d'établissement unique, nom de l'établissement, adresse, type, taille et propriétaire. La BDCS renferme également des données relatives à la situation (bilan) et aux opérations financières des établissements concernés. Les données financières et statistiques sont enregistrées par centre d'activité, ainsi que par type de dépense et source de revenu. Les centres d'activité correspondent aux principales activités effectuées dans l'organisme de services de santé. Ils comprennent les services administratifs et de soutien, les services de soins ambulatoires, les services communautaires et sociaux, les services thérapeutiques et diagnostiques, la formation, les soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires, et la recherche. Ces informations s'appuient sur les normes d'établissement de rapport du Guide SIG.

Les revenus par source et les dépenses par type sont également enregistrés dans la BDCS. Les regroupements globaux de dépenses comprennent les frais de personnel, les fournitures et les articles divers, l'équipement, les services hors de l'établissement, ainsi que les dépenses liées aux bâtiments et aux terrains. La BDCS enregistre également des informations sur la charge de travail, utilisées pour mesurer le volume d'activités fourni par un centre d'activité spécifique en unités de temps standardisées.

Définitions

Services administratifs : ces comptes sont établis pour enregistrer les dépenses, les statistiques et les recettes, s'il y a lieu, des centres d'activité qui, de façon générale appuient l'administration de l'organisme de services de santé. Ils regroupent les services suivants : Administration, Finance, Ressources humaines et Communications.

Services de soins ambulatoires : section de la structure des centres d'activité concernant les services où le diagnostic, la consultation, le traitement et l'enseignement sont offerts principalement aux patients inscrits de consultations externes et à leurs proches. L'accès à ces services se fait généralement sur recommandation d'un praticien de soins primaires ou d'un spécialiste. Ces services sont généralement dispensés dans un contexte hospitalier.

Exclut :

- Les services fournis aux patients de soins ambulatoires qui relèvent de centres d'activité des soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires ou des services diagnostiques et thérapeutiques, et dont les frais sont imputés à ces centres d'activités;

OU

- Les soins primaires et les services de soutien (p. ex. cliniques de santé publique, programmes de soins à domicile, promotion de la santé et éducation) fournis aux clients des services communautaires et sociaux.

Visites aux services de soins ambulatoires : (comptes principaux du Guide SIG, 71 3*, et comptes secondaires statistiques du Guide SIG, 4 16*, 4 18*). Toutes les visites des bénéficiaires de services ou à ceux-ci, fixées avec ou sans rendez-vous ou dans le cadre d'un système officiel d'établissement des horaires au centre d'activité des soins ambulatoires.

Calcul du taux de croissance annuel moyen

Le taux de croissance annuel moyen correspond au taux annuel constant nécessaire pour qu'une valeur donnée en début de période atteigne une valeur supérieure en fin de période (qui peut être exprimée en années). La formule utilisée pour calculer le taux de croissance annuel moyen est la suivante :

$$= e^{(\ln(\text{valeur en fin de période}) - \ln(\text{valeur en début de période}))/T}$$

La constante e est égale à 2,718, base du logarithme népérien, et T correspond au nombre d'années constituant la période.

Lits disponibles et dotés de personnel : les lits et les lits d'enfant disponibles et dotés de personnel pour dispenser le niveau et le type de services nécessaires aux patients hospitalisés ou aux pensionnaires au début de l'exercice. Inclut les berceaux installés à l'extérieur de la pouponnière et normalement utilisés pour des enfants autres que les nouveau-nés.

Plan comptable : liste des numéros de comptes et des désignations dans un grand livre.

Client : une personne :

- qui a été officiellement acceptée par un organisme de services de santé et reçoit un ou plusieurs services de santé sans avoir été admise à titre de patient hospitalisé ou de pensionnaire;
- dont les données identificatrices de personnes sont enregistrées dans le système d'inscription ou d'information de l'organisme et à qui on a attribué un identificateur unique pour enregistrer et contrôler les services;
- qui n'est pas acheminée par un autre organisme de services de santé, par exemple, les personnes recevant des services dans des cliniques ambulatoires, des cliniques de soins primaires, à leur domicile, par l'entremise de programmes de jour et de nuit et de dépistage.

Visite des patients : visites des bénéficiaires de services ou à ceux-ci, fixées par ou sans rendez-vous ou dans le cadre d'un système officiel d'établissement des horaires, excluant les patients hospitalisés et les pensionnaires.

Services communautaires et sociaux : section de la structure des centres d'activité concernant la prestation de services de santé (p. ex. soins primaires, prévention, mieux-être, etc.) et de services sociaux dans un contexte ambulatoire ou de service d'approche à des individus, des groupes ou des collectivités. Ces services sont considérés comme le premier niveau de contact pour les individus, les familles et les collectivités avec le système de santé.

Inclut :

- Les services curatifs, de rétablissement, de soutien, de prévention des maladies, et de promotion de la santé et d'éducation.

Exclut :

- Les services spécialisés qui sont généralement dispensés dans un centre d'activité de soins ambulatoires.

Frais de personnel : somme des frais des salaires bruts, des charges sociales, des frais de personnel contractuel et des honoraires versés aux médecins. Ces frais découlent de la rémunération du personnel de gestion et de soutien opérationnel, du personnel producteur d'unités de service, et du personnel médical engagé par l'organisme de services de santé ou travaillant à contrat.

Organismes communautaires de services de santé : organismes qui se consacrent surtout à la prestation de services de soins de santé directement aux clients dans la collectivité qui n'ont pas besoin de services aux patients hospitalisés. Cela comprend les organismes spécialisés dans les programmes de traitement d'un jour et dans la prestation de services de soins à domicile.

Calcul en dollars constants

Les dépenses hospitalières réelles relatives à la section 1 du présent rapport sont présentées en dollars constants (1997). Les indices implicites de prix pour les dépenses courantes du gouvernement sont utilisés pour réduire les dépenses hospitalières totales. Une explication plus complète de la méthode de calcul des indices est disponible dans les publications de Statistique Canada¹⁰.

Dans le domaine des dépenses de santé, les dépenses publiques et privées sont ajustées séparément dans chaque province à l'aide de l'indice approprié. Les valeurs ajustées sont additionnées pour obtenir les totaux canadiens en dollars constants. Par conséquent, l'indice synthétique global des prix des dépenses de santé reflète la combinaison des dépenses publiques et privées consignées dans la base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS).

Des prévisions concernant l'indice des dépenses courantes du gouvernement ont été effectuées pour 2002 pour les provinces et les territoires. Ces prévisions sont basées sur les prévisions du Conference Board du Canada pour le Canada, l'Ontario et le Québec, et sur celles de l'ICIS pour les autres provinces.

Les prévisions de l'indice des prix à la consommation (en matière de santé) portent jusqu'à décembre 2003. Elles ont été réalisées sur la base de la moyenne de l'indice mensuel jusqu'en septembre 2003. Il s'agissait des dernières informations disponibles avant la publication de ce rapport.

Services diagnostiques et thérapeutiques : section de la structure des centres d'activité concernant les services diagnostiques et thérapeutiques. Les services diagnostiques comprennent les services professionnels et techniques qui contribuent à l'examen clinique des patients, des pensionnaires ou des clients, soit pour détecter la présence d'une maladie, d'une invalidité ou d'un traumatisme, soit pour évaluer la gravité d'une maladie, d'une invalidité ou d'un traumatisme connus.

Les services thérapeutiques comprennent les services professionnels et techniques qui contribuent à diminuer ou à éliminer les causes, les symptômes ou les séquelles d'une maladie, d'une invalidité ou d'un traumatisme chez les patients, les pensionnaires ou les clients.

¹⁰ Par exemple, *Guide des comptes des revenus et dépenses*, catalogue Statistique Canada n° 13-603E, Statistique Canada, Ottawa.

Exclut :

- Les services professionnels et techniques fournis par le personnel qui relève des soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires et dont les frais sont imputés aux soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires dans la structure des centres d'activité.

Enseignement : section de la structure des centres d'activité concernant les programmes d'enseignement au sein du service offerts au personnel de l'organisme de services de santé, ainsi que les programmes réguliers d'enseignement technique, professionnel et médical offerts aux étudiants ou stagiaires du premier, deuxième ou troisième cycle.

Visites aux urgences : (comptes principaux du Guide SIG, 71 3 10*, et comptes secondaires statistiques du Guide SIG, 4 16*, 4 18*) visites des bénéficiaires de services ou à ceux-ci, fixées avec ou sans rendez-vous ou dans le cadre d'un système officiel d'établissement des horaires aux urgences, excluant les soins chirurgicaux de jour/nuit de soins aux patients.

Centre d'activité : subdivision d'un organisme, en comptabilité sectorielle, où l'on enregistre les dépenses directes prévisionnelles et réelles, les statistiques ou les recettes, s'il y en a, reliées au secteur d'activité dont il s'agit.

Financement général : Financement général : (compte secondaire financier du Guide SIG 1 10 10) Revenu issu de la prestation de services aux patients, qui sont sous la responsabilité du ministère de la Santé.

Organisme de services de santé : dispensateurs de soins regroupant les établissements dispensateurs de soins communautaires, les hôpitaux, les établissements de santé publique, les établissements de soins pour bénéficiaires internes et les établissements de programmes de services sociaux.

Hôpital : Établissements où les patients sont hébergés en fonction de leurs besoins en soins médicaux et infirmiers et à qui on dispense de façon continue des soins médicaux et infirmiers et les services diagnostiques et thérapeutiques connexes. L'établissement détient à cet effet un permis ou l'approbation d'un gouvernement provincial ou territorial, ou est géré par le gouvernement canadien. Il s'agit d'établissements qui dispensent des soins de courte durée, des soins aux maladies chroniques et prolongées, de réadaptation, des services de convalescence et des soins psychiatriques.

Dépenses de l'hôpital après recouvrements : (comptes secondaires financiers du Guide SIG 1 2*, 3*, 4*, 5*, 6*, 7*, 8*, 9*) Dépenses encourues par les hôpitaux pour les frais de personnel, les fournitures, les articles divers, l'équipement, les services hors de l'établissement, et les bâtiments et terrains, desquelles sont déduits les recouvrements. Les recouvrements sont les revenus provenant des services fournis, généralement externes au centre d'activité et au site ou à l'organisme de services de santé mais internes à l'entité juridique (par exemple, un recouvrement issu d'un service de santé connexe).

Dépenses de l'hôpital et de la région sanitaire après recouvrements : (comptes secondaires financiers du Guide SIG 1 2*, 3*, 4*, 5*, 6*, 7*, 8*, 9*) Dépenses encourues par les hôpitaux et les régions sanitaires pour les frais de personnel, les fournitures, les articles divers, l'équipement, les services hors de l'établissement, et les bâtiments et terrains, desquelles sont déduits les recouvrements. Les recouvrements sont les revenus provenant des services fournis, généralement externes au centre d'activité et au site ou à l'organisme de services de santé mais internes à l'entité juridique (par exemple, un recouvrement issu d'un organisme de services de santé connexe).

Jours-présence des patients hospitalisés : (compte secondaire statistique du Guide SIG 4 03*, 4 04*) Les jours pendant lesquels des services sont fournis à un patient hospitalisé entre deux dénombrements des patients effectués au cours de deux journées consécutives. La journée d'admission est considérée comme un jour-présence, mais le jour de sortie ne l'est pas. Lorsque le bénéficiaire de services fait l'objet d'une admission et d'une sortie (congé ou décès) au cours de la même journée, cette journée est comptée comme un jour présence.

Admission des patients hospitalisés : (compte secondaire statistique du Guide SIG, 4 01*, 4 52*) L'admission officielle à l'organisme de services de santé d'un adulte, d'un enfant, ou d'un nouveau-né qui nécessite des services médicaux ou de santé pour un temps limité. Le processus d'admission comprend l'attribution d'un lit, d'un berceau ou d'un incubateur. L'admission d'un nouveau-né se produit au moment de sa naissance ou, s'il s'agit d'une admission postnatale, lorsque la mère est admise à l'organisme de services de santé.

Soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires : la section de la structure des centres d'activité concernant les soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés, aux pensionnaires et à leurs proches afin de répondre à leurs besoins physiques et psychosociaux.

Inclut :

- Les patients des soins ambulatoires recevant des services dans des unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés s'il n'existe pas de centres d'activité de soins ambulatoires distincts pour ces services;
- Les dépenses directes pour les médecins contractuels qui dispensent des services au sein d'un centre d'activité précis de niveau 3, 4 ou 5 des services de soins infirmiers aux patients hospitalisés et aux pensionnaires.

Calcul en dollars constants par personne : Les dépenses hospitalières par personne ont été calculées à l'aide de la dernière estimation révisée de la population de la Division de la démographie de Statistique Canada. Sont pris en compte les résultats de l'ajustement du recensement pour le sous-dénombrement net, les résidents non permanents et le retour des Canadiens expatriés. Les dépenses hospitalières sont gonflées à 100 % en multipliant les dépenses déclarées par le nombre de lits dans la province ou le territoire et en divisant par le nombre de lits dans l'hôpital déclarant.

Établissements de santé publique : établissements qui gèrent et fournissent des programmes de santé publique, tels que la promotion et la protection de la santé.

Recherche : section de la structure du centre d'activité se rapportant à la recherche formellement organisée.

Établissements de soins pour bénéficiaires internes : organismes de services de santé qui sont approuvés, financés ou agréés par un ministère provincial ou territorial de la Santé pour dispenser des soins de santé sur une base continue ou pour offrir un logement pour une courte période afin de fournir un programme ou un service de santé.

Recettes : (compte secondaire financier du Guide SIG 1*) Les recettes provenant des impôts, des licences, des droits, des frais d'utilisation, des paiements de transfert et de sources autres que les emprunts.

Organismes de programmes de services sociaux : organismes qui administrent et offrent des programmes de services sociaux.

Visites en soins spécialisés de jour/nuit : (comptes principaux du Guide SIG, 71 3 40*, et comptes secondaires statistiques du Guide SIG, 4 16*, 4 18*, sauf 416 8* et 4 18 8*) Visites des bénéficiaires de services ou à ceux-ci, fixées avec ou sans rendez-vous ou dans le cadre d'un système officiel d'établissement des horaires auprès du centre d'activité de soins spécialisés de jour/nuit (personnes inscrites qui restent en moyenne entre 3 et 12 heures, et qui sont généralement orientées par un praticien de soins primaires), à l'exception des soins chirurgicaux de jour/nuit dispensés au client.

Emprunts à long terme : (comptes principaux du Guide SIG, 5*2, sauf 5*24*) Dettes qui sont exigibles dans plus d'un an, à compter de la date du bilan à l'exception des montants dus par l'organisme de services de santé qui seront payés au moyen de versements étalés sur un certain nombre d'années.

Personnel producteur d'unités de service : personnel dont le rôle principal est d'exécuter les activités qui contribuent directement à la réalisation du mandat du service. Ce groupe comprend, notamment, les infirmières autorisées, les infirmières infirmiers auxiliaires autorisées, les technologues de laboratoires, les commis aux comptes créditeurs, les pharmaciens, le personnel de l'entretien ménager, les travailleurs des soins à domicile et les agents de santé publique. Sont exclus les médecins exerçants, les résidents, les internes, les étudiants et, dans la plupart des cas, les étudiants en formation dans les services diagnostiques, thérapeutiques, de soins infirmiers et de soutien.

Heures travaillées : heures pendant lesquelles les employés de l'organisme de services de santé se consacrent aux activités reliées à leur travail. Elles incluent les heures de travail habituelles, les heures supplémentaires, les heures de rappels au travail, les périodes de repos et les heures travaillées pendant les jours fériés. Les heures travaillées excluent les pauses repas et les heures de disponibilité.

Système de mesure du travail : système servant à mesurer le volume d'activité fourni par un centre d'activité donné exprimé en unités de temps standard.

Principales limites des données

En 1995, l'ICIS a commencé à recueillir des données financières et statistiques dans la BDCS (auparavant connue sous le nom de Rapport annuel des établissements de santé – Hôpitaux) pour l'exercice financier 1995-1996. Jusqu'à cette date, une base de données similaire était gérée par Statistique Canada. Les données historiques antérieures à l'exercice financier 1995-1996 ne sont pas disponibles dans la BDCS, mais peuvent être obtenues auprès de Statistique Canada.

Le taux de réponse des hôpitaux en ce qui concerne les soumissions de données était très faible au cours des exercices 1995-1996 et 1996-1997. Par conséquent, les données relatives à ces exercices sont incomplètes. En ce qui concerne les exercices financiers suivants, le taux de réponse dépasse 90 % pour l'ensemble des hôpitaux canadiens. Cependant, les hôpitaux qui répondent ne fournissent pas tous des données complètes.

Parmi les autres limites qui ont une incidence sur la comparabilité des données déclarées, citons l'application, par les établissements, des normes décrites dans le Guide SIG et l'application des principes comptables généralement reconnus aux données avant leur transmission à l'ICIS. Par exemple, le Québec n'a pas mis en oeuvre le Guide SIG et ses données ne sont donc pas soumises dans le même format que les autres provinces.

Principales limites des données et incidence estimée ou résolution

En raison des faibles taux de réponse pour les exercices financiers 1995-1996 et 1996-1997, les données correspondantes sont considérées comme incomplètes. Les utilisateurs doivent donc être particulièrement prudents quant à leur interprétation des résultats de ces exercices ou lors de la comparaison de données de ces exercices par rapport à d'autres exercices.

Les données de l'exercice financier 1997-1998 et des exercices suivants ont connu des taux de réponse plus élevés, mais les établissements n'ont pas tous soumis des données complètes. Par exemple, de nombreux établissements ont choisi de ne pas soumettre les statistiques de fonctionnement. De ce fait, les données des exercices financiers 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002 doivent être interprétées avec prudence. Les utilisateurs doivent faire preuve de prudence lors de l'interprétation des résultats issus de l'analyse de ces données.

La plupart des problèmes liés à ces limites sont résolus au moyen de l'analyse statistique des résultats des indicateurs. Une fois cette analyse terminée, les établissements dont les données sont incomplètes peuvent être éliminés de l'analyse approfondie des indicateurs spécifiques. De même, les établissements dont les valeurs des indicateurs sont situées en dehors des limites supérieures ou inférieures déterminées peuvent être sélectionnés pour une analyse supplémentaire ou éliminés des résultats avant l'analyse comparative. Ce processus est décrit dans la section « **Méthode d'identification des valeurs aberrantes** » à l'annexe B.

Un autre problème auquel est confrontée la BDCS vient du fait que certains établissements ne suivent pas strictement les exigences du Guide SIG. Par exemple, les régions sanitaires de toutes les provinces autres que l'Ontario et le Québec n'ont pas l'obligation d'affecter les dépenses administratives régionales et les dépenses liées aux services partagés à tous les établissements de la région. Le cas échéant, ces données ont été transformées pour être conformes au Guide SIG. Au besoin, les dépenses régionales, centralisées et liées aux services partagés ont été affectées de manière systématique par l'ICIS avant que les données soient utilisées pour calculer les indicateurs de rendement.

Les données transmises à l'ICIS par le Québec nécessitent une mise en correspondance des codes de compte de la province et du plan comptable du Guide SIG. Lorsqu'il est impossible d'établir une correspondance, ces codes sont associés à un compte de retenue. Grâce aux comptes de retenue, les données de la balance des comptes du Québec sont équilibrées dans la base de données.

Le tableau 22 décrit les quatre niveaux qui peuvent être attribués à la qualité des données de la BDCS.

Tableau 22. Niveaux de qualité des données BDCS

Niveau	Nom	Description
1	Utilisation sans restriction	
2	Utilisation avec restrictions mineures	Problèmes souvent mineurs : insuffisance des données déclarées dans certains domaines statistiques, insuffisance des données déclarées dans certains centres d'activité ou autres incohérences de transactions, comparaisons de données historiques incohérentes, statistiques n'indiquant aucune dépense, données regroupées de certains champs (comme les frais de personnel) ou taux moyen de réponses à l'échelle provinciale ou territoriale. Bien que les utilisateurs doivent rester prudents sur certains points, l'interprétation et l'utilité des données n'est pas sérieusement compromise.
3	Utilisation avec restrictions majeures	Problèmes plus systématiques susceptibles d'affecter l'interprétation et l'utilité des données provinciales et territoriales comme les écarts importants, par exemple (statistiques et dépenses manquantes, faible taux de réponse provincial et territorial, nombreuses statistiques avec peu, voire pas de dépenses associées ou données complètement incohérentes sur le temps ou par rapport aux moyennes nationales.
4	Inutilisable	Données comportant de graves erreurs empêchant leur utilisation.

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 23 contient les valeurs du tableau 22 qui ont été attribuées à chaque secteur de compétence en fonction du processus de vérification de la qualité des données de la BDCS pour l'exercice financier 2001-2002. L'ICIS collabore actuellement avec les hôpitaux/ régions sanitaires et les ministères provinciaux et territoriaux à l'amélioration de cette qualité.

Tableau 23. Évaluation de la qualité des données par province et territoire, 2001-2002

	Déclaration minimale	Validité des transactions	Cohérence historique	Déclarations combinées	Validité relationnelle	Niveau global
T.-N.-L.	3	3	1	3	2	3
Î.-P.-É.	3	3	-	-	-	3
N.-É.	2	2	1	1	2	2
N.-B.	2	2	3	2	2	2
Qué.	3	1	1	1	1	3
Ont.	1	1	1	1	1	1
Man.	2	3	1	1	2	3
Sask.	3	3	-	3	3	3
Alb.	2	2	1	1	1	2
C.-B.	2	2	1	1	1	2
Yn	3	-	-	-	-	3
T.N.-O.	3	-	-	-	-	3
Nun.	-	-	-	-	-	-

Source : Base de données canadienne SIG, ICIS.

Couverture

Cadre de la Base de données canadiennes SIG

Ce cadre fait référence à une liste d'entités qui doivent fournir des données à une base de données. La BDCS contient des données financières et statistiques provenant d'hôpitaux de l'ensemble du pays. L'ICIS gère la liste des hôpitaux canadiens communiquant des données à la BDCS (liste BDCS des hôpitaux). La BDCS ne demande pas encore de données aux organismes de services de santé de soins de longue durée, aux centres de soins communautaires ou aux centres de soins à domicile. Cependant, la plupart des provinces régionalisées transmettent des données extra-hospitalières.

Mise à jour du cadre

Pour que la BDCS contienne des informations actualisées, les provinces et les territoires doivent communiquer deux fois par an toutes les modifications ayant une incidence sur la liste BDCS des hôpitaux (par exemple, le nombre de lits, les fermetures d'hôpitaux et les fusions).

Incidence de la mise à jour du cadre

Le processus de documentation lié à la mise à jour du cadre comprend le stockage d'une copie des modifications soumises par les provinces/territoires et la documentation des mises à jour dans la BDCS. Dans de nombreux cas, les listes d'hôpitaux sont mises à jour un ou deux ans avant la soumission des données de l'année en question. Par conséquent, des efforts significatifs sont faits pour que les soumissions de données correspondent à la structure mise à jour des hôpitaux pour une entité particulière.

Collecte et absence de réponse

Collecte des données

Les données financières et statistiques des hôpitaux sont recueillies avec le concours des gouvernements provinciaux et territoriaux qui assurent la soumission de données régionales ou hospitalières conformes au Guide SIG.

Les provinces et les territoires peuvent soumettre les données à l'ICIS de deux façons. Les données peuvent être soumises sous forme de feuille de calcul MS Excel ou de fichier texte. Une fois les données soumises, elles subissent une série de vérifications de contrôle. Ces modifications sont passées en revue et améliorées si nécessaire. Une fois que les données sont saisies dans la base de données, les indicateurs sont calculés pour chaque organisme de services de santé afin de mesurer la qualité des données enregistrées.

Contrôle de la qualité des données

Une fois recueillies et formatées pour une province, les données sont traitées à l'aide d'une application de base de données et les modifications établies sont appliquées simultanément. À partir de ces modifications, un rapport d'exception est généré et envoyé au ministère de la Santé de chaque province ou territoire. Il s'agit de la base du rapport provincial ou territorial sur la qualité des données. Ce rapport souligne les principaux problèmes liés à la qualité des données pour chaque province ou territoire et permet l'amélioration des pratiques associées à l'établissement de rapports.

Le rapport sur la qualité des données permet également d'identifier les anomalies au niveau des données grâce à l'analyse des données financières et statistiques des hôpitaux. Cette analyse nécessite environ 400 calculs qui concernent des indicateurs régionaux, des comparaisons provinciales/territoriales et des comparaisons par rapport aux données des trois dernières années pour chaque fournisseur. Pour contribuer à la qualité des données, les employés de chaque ministère provincial ou territorial de la Santé passent en revue les rapports sur la qualité des données.

Réponse

Les taux de réponse des soumissions de données à la BDCS augmentent régulièrement depuis 1995, année à laquelle la base de données a été transférée de Statistique Canada. Le tableau 24 indique que 94 % des hôpitaux de la liste BDCS des hôpitaux ont répondu avec des données de l'exercice 2001-2002. Ces hôpitaux représentent 98 % de tous les lits d'hôpital. Pour l'exercice 1995-1996, seuls 51 % des hôpitaux représentant 56 % des lits avaient répondu à notre demande.

Tableau 24. Taux de réponse à la BDCS, 1995-1996 à 2001-2002

Exercice financier	Taux de réponse selon les hôpitaux	Taux de réponse selon les lits
2001-2002	94 %	98 %
2000-2001	93 %	96 %
1999-2000	90 %	95 %
1998-1999	88 %	93 %
1997-1998	85 %	90 %
1996-1997	54 %	57 %
1995-1996	51 %	56 %

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 25. Taux de réponse des hôpitaux du secteur public, du secteur privé et de tous les hôpitaux, par province et territoire, 1999-2000 à 2001-2002

Province/territoire	Hôpitaux provinciaux publics	Hôpitaux privés	Tous les hôpitaux
T.-N.-L.	91 %	s.o.	91 %
Î.-P.-É.	100 %	s.o.	100 %
N.-É.	100 %	s.o.	100 %
N.-B.	100 %	s.o.	100 %
Qué.	100 %	100 %	100 %
Ont.	100 %	62 %	97 %
Man.	100 %	50 %	99 %
Sask.	64 %	0 %	63 %
Alb.	100 %	s.o.	100 %
C.-B.	100 %	s.o.	100 %
Yn	50 %	s.o.	50 %
T.N.-O.	20 %	s.o.	20 %
Nun.	0 %	s.o.	0 %
Can.	95 %	65 %	94 %

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Remarque : s.o. = sans objet.

Les taux de réponse varient selon la province et le territoire et le statut de l'hôpital — public ou privé (figure 25). Au total, 747 hôpitaux opéraient au Canada au cours de l'exercice 2001-2002 dont 727 financés par le secteur provincial public. Les 20 restants étaient soit privés, soit appartenaient au gouvernement fédéral. Une proportion de 95 % des hôpitaux provinciaux ont déclaré des données, par rapport à seulement 65 % des hôpitaux privés.

L'observation de la déviation simple systématique des réponses permet également d'aider à évaluer la qualité des données. Cette statistique indique si un événement a ou n'a pas été observé ou déclaré correctement. Dans la BDCS, ceci peut inclure, par exemple, l'enregistrement des visites des patients hospitalisés et des jours-présence en dehors des centres d'activité de soins aux patients hospitalisés ou l'inversion des valeurs créditrices et débitrices. La variance de réponse corrélée est une statistique associée, qui se produit lorsque les données sont régulièrement observées, enregistrées et déclarées de manière incorrecte, par exemple lorsque des éléments de données sont recueillis uniquement par certaines provinces. Il est difficile de savoir si les différences régionales sont dues aux différences sur le plan de la collecte des données ou du logiciel, ou aux variations en matière de codification ou de politique de l'hôpital.

Ajustement lié à l'absence de réponse

Même si les taux de réponse entièrement basés sur le cadre de la BDCS sont élevés, la déviation simple des réponses et la variance de réponse corrélée sont évidentes car toutes les personnes interrogées ne déclarent pas les valeurs de l'ensemble minimal de données complet. La liste des hôpitaux qui n'ont pas répondu a été communiquée au ministère approprié dans le rapport provincial/territorial sur la qualité des données. Les valeurs de certains indicateurs de rendement financier risquent de ne pas être calculées ou utilisées pour les régions sanitaires/hôpitaux qui ne déclarent pas un ensemble de données complet.

Modifications majeures

Aucune modification majeure n'a été apportée aux outils de collecte des données, aux normes ou aux fournisseurs de données (provinces/territoires) depuis la création de la BDCS en 1995.

Historique des révisions

Les données de l'exercice 2001-2002 utilisées dans cette publication ont été mises à jour le 31 janvier 2004.

Révisions majeures

Des révisions ont été apportées aux données des exercices 1999-2000 et 2000-2001. La plupart des modifications représentent des corrections mineures. En 2003, cinq provinces ont de nouveau soumis l'ensemble de leurs fichiers de données concernant l'exercice 2001-2002 afin de refléter les modifications et les corrections résultant des révisions provinciales et territoriales relatives à la qualité des données.

Comparabilité

Géographie

Le code postal des établissements est recueilli auprès de tous les répondants. Les informations sur les hôpitaux peuvent être comparées par code postal si ce code correspond au moins à cinq hôpitaux. La zone géographique la plus petite est généralement la région sanitaire. Les régions des provinces autres que l'Ontario sont définies en tant que régions sanitaires. Dans l'Ontario, le groupement de Statistique Canada par conseil régional de santé a été utilisé pour se rapprocher des régions.

Établissement

Les données de la BDCS relatives aux établissements peuvent être liées à celles de la base de données sur les congés des patients (DAD). Bien que les hôpitaux puissent communiquer des informations à la DAD à l'aide de plusieurs codes d'établissement, ces derniers ne peuvent correspondre qu'à une entité comptable déclarant des informations à la BDCS.

Durée

L'ensemble des provinces et territoires soumettent les données sur la durée d'un exercice qui débute le 1^{er} avril et s'achève le 31 mars de l'année suivante.

Individu

Les informations contenues dans la BDCS sont recueillies au niveau des établissements. Il est impossible d'obtenir des données sur des individus auprès de la BDCS, ni de les suivre dans le temps.

Annexe B

Méthode relative aux indicateurs de rendement

Méthode relative aux indicateurs de rendement

Méthodes générales

Les informations suivantes offrent un aperçu général des méthodes appliquées pour calculer les indicateurs de rendement dans ce rapport. Pour obtenir des informations plus détaillées, contactez le service BDCS par téléphone (613) 241-7860, par télécopieur (613) 241-8120 ou par courriel (bdcs@icis.ca).

Unité d'analyse

Les hôpitaux canadiens ne disposent pas tous du même statut juridique. Dans certaines provinces, les hôpitaux sont sous l'égide d'une autorité sanitaire alors que dans d'autres, l'hôpital même représente l'entité juridique. Parmi les indicateurs calculés à l'aide de l'entité juridique considérée comme unité d'analyse, on trouve la marge totale, le ratio du fonds de roulement, les dépenses administratives de soutien en pourcentage des dépenses totales, les dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales, et l'âge moyen de l'équipement. Les indicateurs qui sont calculés à l'aide de chacun des hôpitaux, quelle que soit l'entité juridique, sont les suivants : heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées, coût par cas pondéré, heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré, heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré, heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré et heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies par cas pondéré.

Modifications de la méthode relative aux indicateurs pour 2001-2002

La méthode relative aux indicateurs utilisée dans ce rapport a été révisée de manière à inclure les modifications recommandées par les chercheurs, les ministères de la Santé et les régions/hôpitaux. La plupart de ces modifications reflètent l'amélioration de la qualité des données et, par conséquent, la réduction du nombre d'éléments de données à exclure en raison de leur qualité insuffisante. Les indicateurs suivants ont été modifiés :

- **La marge totale** inclut tous les amortissements, les centres d'activité se rapportant à la recherche, les recettes du régime provincial d'assurance-maladie, les subventions et les dons. Les recouvrements internes incluent désormais les codes secondaires financiers 1 21 et 1 22.
- **Les dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales** incluent tous les amortissements, les remises en espèces et les frais de personnel du personnel médical. Le soutien des systèmes du centre d'activité 71 1 25 a été supprimé du numérateur.
- **Les dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales** incluent tous les amortissements, les remises en espèces et les frais de personnel du personnel médical.

- Le dénominateur du ratio — **Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré** inclura des cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie issus de la base de données sur les congés des patients (DAD).
- Le dénominateur du ratio — **Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré** inclura des cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie issus de la base de données sur les congés des patients (DAD).
- Le dénominateur du ratio — **Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré** inclura des cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie issus de la base de données sur les congés des patients (DAD).
- Le dénominateur du ratio — **Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies par cas pondéré** inclura des cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie issus de la base de données sur les congés des patients (DAD).
- **Le coût par cas pondéré** inclut désormais tous les amortissements et les frais de personnel du personnel médical. La moyenne nationale utilisée pour l'affectation des coûts diagnostiques et thérapeutiques entre les patients hospitalisés et les patients non hospitalisés lorsque aucune autre statistique n'est disponible, sera divisée en trois moyennes distinctes : une pour les petits hôpitaux, une pour les hôpitaux communautaires et une pour les hôpitaux d'enseignement. Le dénominateur inclura des cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie issus de la DAD.

Ces modifications ont été appliquées de façon rétroactive aux moyennes pondérées provinciales, territoriales et nationales pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001 afin d'améliorer la comparabilité.

Méthode relative aux indicateurs de 2001-2002

1. **Marge totale** : La marge totale est un indicateur mesurant la viabilité financière. Il est fortement influencé par les résultats financiers positifs considérés sur une base annuelle.

$$\frac{\text{Total des recettes} - \text{Dépenses totales}}{\text{Recettes, à l'exclusion des recouvrements internes}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent tous les types de fonds et les comptes secondaires financiers 1 *, 3 * à 9 *.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent tous les types de fonds et les comptes secondaires financiers 1 * (sauf 1 21 et 1 22).

2. **Ratio du fonds de roulement** : Indicateur des liquidités d'un hôpital, le ratio du fonds de roulement mesure le mode de gestion des actifs et du passif à court terme. L'incapacité à répondre aux obligations à court terme peut empêcher la prestation de soins de qualité aux patients.

Actifs à court terme + soldes débiteurs du passif à court terme, à l'exclusion
de la tranche exigible à court terme des contributions reportées

Passif à court terme, à l'exclusion de la tranche exigible à court terme des
contributions reportées + comptes créditeurs des actifs à court terme, à
l'exclusion des comptes de contrepartie des actifs à court terme

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 1* et les soldes débiteurs des comptes principaux 4* (sauf 4* 8).

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent les comptes principaux 4* (sauf 4* 8) et les soldes créditeurs des comptes principaux 1* (sauf 1* 4).

REMARQUE : Pour être cohérentes avec l'état financier, les données sont ajustées pour les montants qui ne sont pas réaffectés sur la balance des comptes (par exemple, une seule position créditrice nette sur les comptes de caisse courants est ajoutée au dénominateur).

Cet indicateur inclut les contributions reportées (contributions non gagnées du compte principal du Guide SIG 4* 6) mais exclut la tranche exigible à court terme des apports reportés (comptes principaux du Guide SIG 4* 8). La tranche exigible à court terme des apports reportés représente l'amortissement sur l'année suivante des subventions reçues à des fins d'investissement. Étant donné que les coûts d'amortissement des années suivantes relatifs aux actifs liés directement aux apports reportés ne sont pas comptabilisés comme actifs à court terme, l'inclusion de la tranche exigible à court terme des apports reportés n'est pas justifiée.

3. **Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales** : les dépenses administratives mesurent l'efficacité d'un établissement.

Coûts des services administratifs, des services financiers, des ressources
humaines et frais de communication, après recouvrements

Dépenses totales, après recouvrements

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 7* 1 10, 7* 1 15, 7* 1 20 et 7* 1 30, et les comptes secondaires financiers 1 2*, 3* à 9*.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent les comptes secondaires financiers 1 2*, 3* à 9*.

4. **Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales** : cet indicateur vérifie les dépenses au niveau des services d'information.

$$\frac{\text{Soutien des systèmes, après recouvrements}}{\text{Dépenses totales, après recouvrements}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 7* 1 25, ainsi que les comptes secondaires financiers 1 2*, 3* à 9.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent les comptes secondaires financiers 1 2*, 3* à 9*.

5. **Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées** : cet indicateur mesure les ressources humaines.

$$\frac{\text{Heures travaillées et heures de services contractuels des soins infirmiers aux patients hospitalisés, des soins ambulatoires, et des services diagnostiques et thérapeutiques}}{\text{Total des heures travaillées, à l'exclusion des heures du personnel médical}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 7* 2, 7* 3, 7* 4 et les comptes secondaires statistiques 3 50 10, 3 50 90.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent tous les types de fonds, à l'exception du compte principal 7* 5 et des comptes secondaires statistiques 3 10 10, 3 10 90, 3 50 10, 3 50 90.

6. **Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service en soins infirmiers aux patients hospitalisés par cas pondéré** : cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires aux services infirmiers pour générer un cas pondéré.

$$\frac{\text{Heures travaillées et heures de services contractuels des soins infirmiers aux patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée/soins aux maladies chroniques)}}{\text{Total des cas pondérés de patients hospitalisés}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent le compte principal 7* 2 (sauf 71 2 95) et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie (obtenu à partir de la DAD et de la Base de données sur la morbidité hospitalière, à l'exception de la chirurgie d'un jour).

- 7. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des laboratoires cliniques par cas pondéré :** Cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires aux services des laboratoires pour générer un cas pondéré.

Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de service des laboratoires (ajustées pour les activités liées aux patients hospitalisés)

Total des cas pondérés de patients hospitalisés

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 71 4 10 et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés déterminée par les statistiques de charge de travail/d'activité telles qu'elles sont indiquées dans la méthode ci-dessous relative au coût par cas pondéré.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie (obtenu à partir de la DAD et de la BDMH, à l'exception de la chirurgie d'un jour).

- 8. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques par cas pondéré :** cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires aux services diagnostiques pour générer un cas pondéré.

Heures travaillées et heures de services contractuels du personnel producteur d'unités de service des services diagnostiques (ajustées pour les activités liées aux patients hospitalisés)

Total des cas pondérés de patients hospitalisés

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 71 4 15, 71 4 25 et 71 430 et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés déterminée par les statistiques de charge de travail/d'activité telles qu'elles sont indiquées dans la méthode ci-dessous relative au coût par cas pondéré.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie (obtenu à partir de la DAD et de la BDMH, à l'exception de la chirurgie d'un jour).

- 9. Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des pharmacies par cas pondéré :** Cet indicateur mesure le nombre d'heures travaillées nécessaires aux services pharmaceutiques pour générer un cas pondéré.

Heures travaillées et heures de services contractuels des services pharmaceutiques (ajustées pour les activités liées aux patients hospitalisés)

Total des cas pondérés de patients hospitalisés

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 71 4 10 et les comptes secondaires statistiques 3 50 10 et 3 50 90. Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés déterminée par les statistiques de charge de travail/d'activité telles qu'elles sont indiquées dans la méthode ci-dessous relative au coût par cas pondéré.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie (obtenu à partir de la DAD et de la BDMH, à l'exception de la chirurgie d'un jour).

10. **Âge moyen de l'équipement** : il s'agit d'une mesure du capital permettant de vérifier la relation entre les dépenses annuelles liées à l'amortissement de l'équipement par rapport au montant total de l'amortissement cumulé des biens associés à l'équipement.

$$\frac{\text{Amortissement cumulé de l'équipement (réparti/non réparti)}}{\text{Coût de l'amortissement de l'équipement (réparti/non réparti)}}$$

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du numérateur comprennent les comptes principaux 3* 8 51 et 3* 8 56.

Les codes de compte SIG utilisés au niveau du dénominateur comprennent les comptes principaux 7* et 8*, ainsi que les comptes secondaires financiers 9 50 80 et 7 50.

Méthode relative au coût par cas pondéré

Les informations suivantes indiquent la méthode employée par l'ICIS pour calculer le coût par cas pondéré (CPCP). On n'a pas utilisé les données de 2001-2002 soumises à la Base de données canadienne SIG de l'ICIS, qui auraient constitué normalement la source des données financières en raison de questions relatives aux cas pondérés qui proviennent de la Base de données sur les congés des patients et de la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Les données financières de 2000-2001 sont plutôt utilisées et les cas pondérés proviennent de la Base de données sur les congés des patients et de la Base de données sur la morbidité hospitalière, regroupées à l'aide de la version 2000 de la méthodologie de regroupement des groupes de maladies analogues de l'ICIS (degré de complexité). Les cas de chirurgie d'un jour ne sont pas pris en compte. L'indicateur CPCP a été calculé pour les établissements qui ont transmis à la fois leurs données cliniques et financières.

Logique liée à la répartition des coûts

Le calcul de ce coût repose sur l'obtention du coût total des services d'hospitalisation, coût qui est ensuite divisé par le total des cas pondérés de chaque hôpital. Le coût total des services dispensés aux patients hospitalisés comprend les dépenses associées aux régions sanitaires, telles que les services de diagnostic/laboratoire ou les dépenses d'administration/de soutien.

Recouvrements déduits, dépenses supprimées

La première étape du calcul consiste à déduire les recouvrements et à supprimer les dépenses désignées.

Recouvrements

Description secondaire	Code secondaire
Recouvrements	1 2*

Dépenses exclues

Description secondaire	Code secondaire
Amortissement non réparti — Terrains, bâtiments et matériel de service des bâtiments	9 50 20, 9 50 40, 9 50 60 ¹¹
Intérêts sur le passif à long terme	9 55
Indemnités de cessation d'emploi	3 ** 85

Exclusions du centre d'activité¹²

Description principale	Code principal	Code secondaire
Soins de longue durée/soins aux malades chroniques	71 2 95	TOUS
Communauté	71 5	TOUS
Recherche	71 7	TOUS
Éducation	71 8 (sauf 71 8 40)	TOUS
Non réparti	71 9	TOUS

Méthode d'affectation — Services thérapeutiques/diagnostiques (T/D)¹³

La méthode privilégiée pour affecter des dépenses de services T/D à des services associés à des patients hospitalisés consiste à utiliser des données de mesure de la charge de travail. Pour ce faire, les comptes T/D sont remontés sur les centres d'activité de niveau 3. Toutes les activités liées aux bénéficiaires de services sont alors utilisées pour obtenir un ratio patient hospitalisé/client.

¹¹ L'amortissement non réparti est parfois indiqué au niveau du code agrégé (par exemple, F9 50), ce qui empêche de connaître la partie applicable au matériel de service. À l'échelle nationale, 70 % de l'amortissement non réparti consigné concernent les bâtiments, les terrains et le matériel de service. Par conséquent, 70 % du montant en dollars indiqué sous le code F9 50 sont supprimés pour obtenir la partie relative au matériel de service.

¹² Les dépenses de ces centres d'activité sont exclues lorsque toutes les affectations ont été effectuées.

¹³ Lorsque des régions sanitaires déclarent des coûts liés aux services thérapeutiques/diagnostiques de l'entité sociale (par exemple, à l'extérieur de centres thérapeutiques/diagnostiques autonomes), ces coûts sont répartis, proportionnellement aux dépenses, aux structures de patients hospitalisés et de clients.

Remarque : Les activités non liées aux bénéficiaires de services sont exclues, mais les dépenses associées sont affectées à l'aide du ratio patient hospitalisé/client. Par conséquent, la formule suivante est utilisée pour obtenir le ratio de charge de travail du patient hospitalisé :

Charge de travail du patient hospitalisé
Charge de travail du client et du patient hospitalisé

Lorsque la charge de travail n'est pas déclarée, les interventions (pour le laboratoire et l'imagerie diagnostique, y compris l'inhalothérapie) ou les jours-présence (pour les thérapies) sont utilisés pour répartir les coûts. Si ces statistiques ne sont pas disponibles, les visites sont utilisées.

Affectation des comptes sans statistiques de charge de travail ou d'activité

Une moyenne nationale de charge de travail (compte de niveau 3) est utilisée pour effectuer des affectations dans les centres d'activité diagnostiques et thérapeutiques où les dépenses sont déclarées sans les statistiques de charge de travail ou d'activité correspondantes. Une moyenne distincte est calculée pour les petits¹⁴ hôpitaux, les hôpitaux d'enseignement et les autres hôpitaux. Si aucune statistique n'est déclarée, la moyenne nationale de chaque centre d'activité de niveau 3 est utilisée. Lorsque la charge de travail est absente à l'échelle nationale pour un centre d'activité de niveau 3 donné, une moyenne générique calculée à partir de la charge de travail de tous les centres d'activité est employée. Ce cas se produit très rarement. Pour connaître la liste complète des codes de compte relatifs aux statistiques d'activité/de charge de travail, reportez-vous au chapitre 2.4 du Guide SIG.

Salle d'opération/Salle de réveil après anesthésie — Comptes principaux, 71 2 60, 71 2 65, 71 2 62 (salles combinées)

De nombreux hôpitaux utilisent leur bloc opératoire principal pour patients hospitalisés afin de réaliser les interventions chirurgicales des patients hospitalisés et des clients. L'idéal serait que les soins infirmiers permettent de répartir les patients hospitalisés et les clients dans ces centres d'activité. Le manque d'informations liées à la charge de travail des soins infirmiers ne permet pas de réaliser une telle opération :

Visites en chirurgie

Description secondaire	Code secondaire
Visites en chirurgie — Patient hospitalisé	4 37 10
Visites en chirurgie — Client	4 37 70, 4 37 80

Une étape supplémentaire est nécessaire pour reconnaître la différence au niveau de l'intensité des ressources entre une visite « typique » d'un patient hospitalisé et une visite chirurgicale d'un client. Les visites des patients hospitalisés reçoivent pour cela un coefficient de pondération 3 pour chaque visite du client.

¹⁴ Selon cette méthode, un petit hôpital correspond à un établissement de moins de 50 lits.

Lorsque les visites chirurgicales ne sont pas déclarées, les dépenses sont attribuées aux services dispensés aux patients hospitalisés.

Affectation des dépenses régionales

Des affectations supplémentaires doivent être effectuées au niveau des hôpitaux sous contrôle de régions sanitaires. Pour ce faire, la partie des dépenses régionales qui sont imputables aux hôpitaux de chaque région doit d'abord être séparée de la partie imputable aux établissements extra-hospitaliers. Ce rapport hôpital/établissement extra-hospitalier est obtenu à l'aide des informations extra-hospitalières fournies à l'ICIS par les provinces. À Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique, ce sont les transactions relatives aux établissements extra-hospitaliers qui sont utilisées.

Une fois que la partie des dépenses régionales imputable aux hôpitaux est obtenue, ces dépenses sont affectées en fonction de la proportion des dépenses totales de chaque hôpital par rapport aux dépenses d'hôpital totales de cette région. Les dépenses régionales sont remontées en fonction du rapport du centre d'activité de niveau 2 et ajoutées aux catégories de niveau 2¹⁵ de chaque hôpital.

Lorsque des régions sanitaires gèrent des unités diagnostiques et thérapeutiques autonomes, les dépenses de ces sites sont du même type de dépenses régionales que celles de l'administration ou de la blanchisserie. À moins que les données liées à la charge de travail ne permettent l'affectation directe à des sites spécifiques, les dépenses des services T/D sont réparties suivant des groupes de patients hospitalisés/clients, ajustées proportionnellement aux dépenses hospitalières (si les groupes ne font pas partie du secteur hospitalier) et réparties sur chaque hôpital.

Affectation des services administratifs/de soutien et dépenses des centres comptables

Les étapes finales permettant de parvenir au coût total des services fournis aux patients hospitalisés pour chaque établissement nécessitent l'utilisation d'une méthode d'affectation par palier. Il s'agit d'une affectation séquentielle pour chaque centre d'activité.

Centres comptables

Dans de nombreux cas, les hôpitaux rendent compte des recouvrements et des dépenses se rapportant aux soins dispensés aux patients dans des centres comptables. Si des dépenses ou des recouvrements nets subsistent dans les centres comptables, ils doivent être répartis. Un rapport est calculé en fonction du total des coûts d'établissement pour chaque centre d'activité de niveau 2, à l'exception des centres comptables. La formule suivante est utilisée :

¹⁵ Les comptes relatifs aux soins de longue durée et aux soins fournis aux malades chroniques ne sont pas remontés par rapport au niveau 2 et peuvent donc absorber les dépenses affectées à partir d'autres centres d'activité (par exemple, activités diagnostiques et thérapeutiques, administration/soutien, etc.).

Coûts C/A

Coûts totaux ($71\ 1 + 71\ 2_{+T\ et\ D} + 71\ 3_{+T\ et\ D} + 71\ 2\ 95 + 71\ 5 + 71\ 6 + 71\ 7 + 71\ 8 + 71\ 8\ 40 + 71\ 9$)

Où – C/A représente chaque centre d'activité identifié au niveau du dénominateur
– T et D représente la partie des coûts liés aux services thérapeutiques et diagnostiques associés aux services dispensés aux patients hospitalisés et clients.

Services d'administration et de soutien

Les services d'administration et de soutien sont affectés à l'aide de la formule suivante (notez qu'ils sont exclus du dénominateur) :

Coûts C/A

Coûts totaux ($71\ 2_{+T\ et\ D} + 71\ 3_{+T\ et\ D} + 71\ 2\ 95 + 71\ 5 + 71\ 6 + 71\ 7 + 71\ 8 + 71\ 8\ 40 + 71\ 9$)

Une fois que l'administration est affectée, la formation interne est affectée (proportionnellement aux dépenses) aux structures associées aux patients hospitalisés et aux clients :

Coûts C/A

Coûts totaux ($71\ 2_{+T\ et\ D} + 71\ 3_{+T\ et\ D} + 71\ 2\ 95$)

Revenu lié au recouvrement

À l'exception des centres comptables, les revenus nets ne sont pas répartis. En dehors des centres comptables, les affectations se limitent à une valeur minimale de zéro. Aucune affectation négative n'est effectuée au niveau de la structure.

Dénominateur

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, de réadaptation et de psychiatrie (obtenu à partir de la DAD, à l'exception de la chirurgie d'un jour).

Méthode relative à la moyenne pondérée des indicateurs de rendement

Tous les indicateurs mentionnés dans le rapport *Base de données canadienne SIG, Indicateurs de rendement financier des hôpitaux, 1999-2000 à 2001-2002* sont des moyennes pondérées. La pondération s'applique 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 des indicateurs provinciaux, la somme de tous les numérateurs des établissements provinciaux est divisée par celle de tous les dénominateurs des mêmes établissements. Pour obtenir la valeur des indicateurs nationaux, la somme de tous les numérateurs des établissements est divisée par celle de tous les dénominateurs de ces établissements.

Validation de la méthode des résultats des indicateurs

Une fois que toutes les valeurs des indicateurs ont été calculées pour ce document, un rapport de validation a été créé pour chaque province et territoire et, dans le cas de l'Ontario et du Québec, pour chaque hôpital. Les rapports de validation, accompagnés d'une lettre explicative, ont été envoyés à un représentant du Ministère de la santé pour chaque province et territoire. Ces rapports contenaient le numérateur et le dénominateur de l'établissement, la valeur calculée de chaque indicateur, ainsi qu'une méthode de travail complète relative aux indicateurs.

Les instructions contenues dans le rapport de validation demandaient à la province/au territoire de confirmer l'exactitude des valeurs de chaque organisme indiquées dans le rapport. Si les valeurs étaient incorrectes, la province ou le territoire devait envoyer une demande détaillée pour chaque compte afin que les données concernées soient modifiées. Les demandes de modification qui ne comprenaient pas de nouvelle soumission à la BDCS étaient considérées comme non valides.

Méthode permettant d'identifier les valeurs aberrantes

Une valeur aberrante est définie comme une valeur d'indicateur supérieure ou inférieure à une plage déterminée de valeurs acceptables.

1,5 fois l'intervalle interquartile (IQR), calculé comme suit :

1^{er} quartile (25^e percentile) moins 1,5 * IQR sur 3^e quartile (75^e percentile) plus 1,5 * IQR.

Les indicateurs situés en dehors de cette plage acceptable sont soigneusement examinés. La valeur est retirée de l'analyse approfondie, sauf si une raison impérieuse impose sa conservation.

Règles de retrait relatives aux moyennes nationales et provinciales

Pour toutes les moyennes nationales et provinciales qui sont publiées dans le rapport :

- pour les indicateurs propres aux hôpitaux (c'est-à-dire les indicateurs relatifs aux heures travaillées et aux cas pondérés), les valeurs hospitalières seront retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables;
- pour les indicateurs propres aux régions (c'est-à-dire le ratio du fonds de roulement, la marge totale, les dépenses administratives, etc.), les valeurs régionales (y compris les valeurs régionales totales de l'Ontario et du Québec) seront retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables.

Règles de retrait relatives aux valeurs des indicateurs régionaux

Pour toutes les moyennes régionales qui sont publiées dans l'annexe :

- pour les indicateurs propres aux hôpitaux (c'est-à-dire les indicateurs relatifs aux heures travaillées et aux cas pondérés), les valeurs hospitalières seront retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables;

- pour les indicateurs propres aux régions (c'est-à-dire le ratio du fonds de roulement, la marge totale, les dépenses administratives, etc.), les valeurs régionales (y compris les valeurs régionales totales de l'Ontario et du Québec) seront retirées si elles se situent en dehors des valeurs acceptables.

Classement décile des indicateurs régionaux

Le classement décile régional résulte du classement des valeurs des 165 régions, en fonction de l'échelle de l'indicateur (ordre croissant ou décroissant). Par exemple, lorsque les résultats d'un indicateur apparaissent dans l'ordre croissant, les dix premiers pour cent (résultats les moins favorables) des valeurs régionales reçoivent le rang décile de 1, les dix pour cent suivants reçoivent le rang décile de 2 et ainsi de suite, jusqu'aux dix derniers pour cent (résultats les plus favorables) qui reçoivent le rang décile de 10.

Annexe C

**Valeurs des indicateurs régionaux par
province et territoire, 2001-2002**

Cette page est intentionnellement laissée vierge.

Tableau C.1.1 Partie 1

Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, provinces de l'Atlantique										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Terre-Neuve-et-Labrador, par conseil régional de la santé										
Avalon Health Care Institutions Board	-0,4	7	0,3	1	8,2	3	0,7	3	---	---
Central East Health Care Institutions Board	-1,8	4	0,2	1	6,6	5	1,2	5	---	---
Central West Health Board	0,2	9	0,5	2	7,5	4	1,5	6	---	---
Grenfell Regional Health Services Board	-1,4	5	0,2	1	8,3	3	0,6	2	---	---
Health Care Corporation of St. John's	0,4	9	0,5	2	5,1	7	1,1	4	---	---
Peninsulas Health Care Corporation	-0,4	7	0,4	1	6,6	5	1,6	7	---	---
Western Health Care Corporation	-0,3	7	0,3	1	7,4	4	0,8	3	---	---
Moyenne provinciale	-0,1		0,4		6,3		1,1		---	
Île-du-Prince-Édouard, par conseil régional de la santé										
East Prince Health Region	**	**	---	---	4,2	9	---	---	---	---
Eastern Kings Health Region	**	**	---	---	11,5	1	---	---	---	---
Queens Health Region	**	**	---	---	10,7	2	0,0	1	---	---
Southern Kings Health Region	**	**	---	---	3,2	9	---	---	---	---
West Prince Health Region	**	**	---	---	8,4	3	---	---	---	---
Moyenne provinciale	---		---		8,8		0,0		---	
Nouvelle-Écosse, par conseil de district de la santé										
Annapolis Valley District Health Authority	-0,4	7	1,0	5	6,2	5	1,2	5	---	---
Antigonish/Guysborough/Richmond DHA	0,0	8	1,1	6	8,4	3	0,4	1	---	---
Cape Breton/ Victoria/ Inverness	-5,5	1	1,0	5	5,9	6	0,4	2	---	---
Colchester/ East Hants DHA	0,0	8	1,6	9	6,7	5	0,8	3	---	---
Cumberland County DHA	0,0	8	1,3	8	9,5	3	0,6	2	---	---
Halifax Regional/ Hants West	-1,2	6	1,1	7	4,4	8	2,2	8	---	---
IWK Health Centre	0,0	8	1,5	8	5,6	7	1,6	7	---	---
Pictou County	0,0	8	1,7	9	7,1	4	0,3	1	---	---
South Shore DHA	-0,4	7	1,0	5	5,7	6	1,2	5	---	---
South West Nova DHA	-0,1	8	1,0	5	4,9	7	1,3	5	---	---
Moyenne provinciale	-1,4		1,2		5,4		1,5		---	
Nouveau-Brunswick, par association régionale d'hôpitaux										
Region 1 (Beausejour) Hospital Corporation	-3,0	3	0,6	2	2,9	9	1,5	6	---	---
Region 1 (Southeast) Hospital Corporation	-2,0	4	0,6	2	3,1	9	2,6	10	---	---
Region 2 Hospital Corporation	-1,5	5	1,0	5	4,6	8	2,3	9	---	---
Region 3 Hospital Corporation	-3,4	2	0,4	1	4,7	8	1,4	6	---	---
Region 4 Hospital Corporation	-0,2	7	0,7	3	5,3	7	2,3	9	---	---
Region 5 Hospital Corporation	0,0	8	1,3	7	6,1	6	1,7	7	---	---
Region 6 Hospital Corporation	-1,5	5	0,6	2	4,3	8	1,4	6	---	---
Region 7 Hospital Corporation	0,4	9	0,9	4	4,1	9	1,5	6	---	---
Moyenne provinciale	-1,8		0,7		4,3		1,9		---	

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau C.1.1 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, provinces de l'Atlantique											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	12,2	3
57,3	3	---	---	---	---	---	---	---	---	10,0	5
59,8	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
53,0	1	---	---	---	---	---	---	---	---	10,1	5
73,0	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
59,8	4	---	---	---	---	---	---	---	---	7,1	8
57,2	3	---	---	---	---	---	---	---	---	11,3	4
64,1		---	---	---	---	---	---	---	---	9,7	
69,5	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
51,8	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65,4	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
59,4	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,0	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65,4		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
57,2	3	---	---	---	---	---	---	---	---	12,3	3
59,7	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
61,5	5	---	---	---	---	---	---	---	---	0,0	10
64,9	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
64,2	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,3	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
57,2	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
66,3	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
58,5	4	---	---	---	---	---	---	---	---	13,5	2
53,1	1	---	---	---	---	---	---	---	---	11,5	4
61,2		---	---	---	---	---	---	---	---	6,3	
54,5	2	---	---	---	---	---	---	---	---	10,3	5
58,1	3	---	---	---	---	---	---	---	---	8,1	7
56,3	2	---	---	---	---	---	---	---	---	11,9	3
53,8	1	---	---	---	---	---	---	---	---	14,6	1
58,6	4	---	---	---	---	---	---	---	---	14,5	2
55,8	2	---	---	---	---	---	---	---	---	13,4	2
53,6	1	---	---	---	---	---	---	---	---	10,0	5
49,5	1	---	---	---	---	---	---	---	---	10,7	4
55,4		---	---	---	---	---	---	---	---	11,3	

Tableau C.1.2 Partie 1										
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Québec, Ontario et Manitoba										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Québec, par région socio-sanitaire										
Bas-Saint-Laurent (01)	-1,7	4	1,1	6	11,7	1	1,0	4	---	---
Saguenay — Lac-Saint-Jean (02)	-0,6	7	0,8	4	9,9	2	1,0	3	---	---
Capitale-National (03)	-4,7	1	0,6	2	7,8	4	1,5	7	---	---
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	-1,6	5	1,1	6	10,2	2	1,0	4	---	---
Estrie (05)	-1,8	4	1,4	8	8,0	4	1,3	5	---	---
Montréal (06)	-4,9	1	0,7	3	8,1	4	2,1	8	---	---
Outaouais (07)	-0,5	7	0,9	4	10,8	2	1,5	6	---	---
Abitibi-Témiscamingue (08)	0,4	9	1,1	6	11,7	1	1,2	5	---	---
Côte-Nord (09)	-0,9	6	1,0	5	11,9	1	1,0	4	---	---
Nord-du-Québec (10)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	-1,7	4	0,8	3	12,6	1	1,0	3	---	---
Chaudière-Appalaches (12)	-1,5	5	0,9	4	9,0	3	1,5	6	---	---
Laval (13)	-1,6	5	0,9	4	8,5	3	0,9	3	---	---
Lanaudière (14)	-3,4	2	0,7	3	8,4	3	1,3	5	---	---
Laurentide (15)	-4,0	1	0,8	3	10,9	2	1,2	4	---	---
Montérégie (16)	-2,3	4	0,8	3	9,5	3	1,4	6	---	---
Nunavik (17)	**	**	0,2	1	13,0	1	0,9	3	---	---
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	-3,4	2	1,1	6	14,1	1	1,1	4	---	---
Moyenne provinciale	-3,5		0,7		8,9		1,6		---	---
Ontario, par conseil de district de santé										
Algoma, Cochrane, Manitoulin and Sudbury	-5,6	1	0,8	4	6,0	6	2,1	8	---	---
Champlain	-3,3	2	0,8	3	5,8	6	3,3	10	---	---
Durham, Haliburton, Kawartha and Pine Ridge	-3,2	2	1,8	9	6,2	5	1,9	8	---	---
Essex, Kent and Lambton	-5,1	1	0,7	3	5,8	6	3,5	10	---	---
Grand River	-2,4	4	2,2	10	6,8	5	2,2	9	---	---
Grey Bruce Huron-Perth	-1,5	5	2,0	10	7,0	5	1,7	7	---	---
Halton-Peel	-2,4	4	1,6	9	5,5	7	2,1	8	---	---
Hamilton-Wentworth	-1,5	5	0,4	1	6,4	5	2,8	10	---	---
Muskoka, Nipissing, Parry Sound & Timiskaming	-2,8	3	2,1	10	7,0	5	1,6	7	---	---
Niagara	-3,1	2	1,3	7	9,6	3	2,1	8	---	---
Northwestern Ontario	-1,0	6	1,3	7	6,1	6	1,4	6	---	---
Quinte Kingston Rideau	-2,5	3	1,0	6	5,6	6	2,8	10	---	---
Simcoe-York	-3,2	2	1,5	8	5,7	6	2,4	9	---	---
Thames Valley	-0,7	7	0,8	4	5,2	7	3,0	10	---	---
Toronto	-1,9	4	0,9	5	7,1	5	2,5	10	---	---
Waterloo Region-Wellington-Dufferin	-1,0	6	1,0	5	6,5	5	2,7	10	---	---
Moyenne provinciale	-2,4		1,0		6,4		2,6		---	---
Manitoba, par région régionale de la santé										
Brandon Regional Health Authority	-2,7	3	1,1	6	3,9	9	1,5	6	---	---
Burntwood Regional Health Authority	-2,5	3	1,3	8	5,1	7	0,4	2	---	---
Central Regional Health Authority	-1,3	5	1,7	9	4,8	7	0,4	1	---	---
Churchill Regional Health Authority	**	**	0,5	2	9,7	2	1,2	5	---	---
Interlake Regional Health Authority	-0,3	7	1,5	8	5,5	7	0,2	1	---	---
Marquette Regional Health Authority	**	**	**	**	4,7	8	**	**	---	---
Norman Regional Health Authority	3,4	10	0,9	4	4,8	8	0,5	2	---	---
North Eastman Health Association	1,5	10	1,8	10	7,3	4	0,4	2	---	---
Parkland Regional Health Authority	-1,3	5	1,6	9	8,9	3	0,4	1	---	---
South Eastman Health/Sante Sud-Est Inc.	-2,9	3	1,9	10	3,6	9	0,3	1	---	---
South Westman Regional Health Authority	**	**	**	**	2,8	10	**	**	---	---
Winnipeg Regional Health Authority	0,4	9	1,1	6	5,8	6	1,3	5	---	---
Moyenne provinciale	-0,1		1,2		5,5		1,1		---	---

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes. Au Québec, le centre d'activité Finances inclut également une partie de la gestion des matières.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau C.1.2 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Québec, Ontario et Manitoba											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
66,7	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
66,2	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
61,7	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
67,3	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
62,0	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
60,7	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
67,9	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,3	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
66,3	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
62,0	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
68,5	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
70,3	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
70,3	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
70,4	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
69,5	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
58,1	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65,6	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,8		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
59,9	5	---	---	---	---	---	---	---	---	10,1	5
57,3	3	---	---	---	---	---	---	---	---	13,6	2
62,1	6	---	---	---	---	---	---	---	---	8,6	7
59,5	4	---	---	---	---	---	---	---	---	9,0	6
56,6	2	---	---	---	---	---	---	---	---	7,6	8
60,0	5	---	---	---	---	---	---	---	---	8,1	7
64,6	7	---	---	---	---	---	---	---	---	8,0	7
57,2	3	---	---	---	---	---	---	---	---	13,8	2
56,2	2	---	---	---	---	---	---	---	---	9,8	5
56,9	2	---	---	---	---	---	---	---	---	10,6	4
56,1	2	---	---	---	---	---	---	---	---	9,9	5
58,2	3	---	---	---	---	---	---	---	---	8,8	7
64,1	7	---	---	---	---	---	---	---	---	8,9	6
58,8	4	---	---	---	---	---	---	---	---	9,5	6
58,8	4	---	---	---	---	---	---	---	---	9,0	6
57,5	3	---	---	---	---	---	---	---	---	9,8	6
59,1		---	---	---	---	---	---	---	---	9,6	
57,8	3	---	---	---	---	---	---	---	---	8,3	7
66,2	8	---	---	---	---	---	---	---	---	0,5	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	8,8	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	6,5	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9,0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,2	6	---	---	---	---	---	---	---	---	10,0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	11,7	4
52,2	1	---	---	---	---	---	---	---	---	16,4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9,8	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
59,5	4	---	---	---	---	---	---	---	---	13,6	2
59,6		---	---	---	---	---	---	---	---	11,1	

Tableau C.1.3 Partie 1

Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Saskatchewan et Alberta										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Saskatchewan, par conseil de district de santé										
Assiniboine Valley Health District	**	**	0,6	2	0,9	10	---	---	---	---
Battlefords Health District	-2,9	3	0,7	2	0,2	10	---	---	---	---
Central Plains Health District	0,0	8	**	**	5,7	6	---	---	---	---
East Central Health District	-1,7	4	0,3	1	2,0	10	0,1	1	---	---
Gabriel Springs District Health Board	-2,4	4	0,8	3	2,5	10	---	---	---	---
Greenhead Health District	-4,4	1	**	**	---	---	---	---	---	---
Living Sky Health District	-1,6	5	0,5	1	1,1	10	---	---	---	---
Lloydminster Health District	**	**	1,6	9	2,1	10	---	---	---	---
Mamawetan Churchill District Health Board	-2,8	3	**	**	7,7	4	---	---	---	---
Midwest District Health	**	**	1,3	7	0,5	10	---	---	---	---
Moose Jaw-Thunder Creek Health District	-0,2	7	1,9	10	3,3	9	0,5	2	---	---
North Central District Health Board	**	**	**	**	7,1	4	---	---	---	---
North East District Health Board	-0,7	7	1,4	8	2,2	10	---	---	---	---
North Valley Health District	-0,2	8	0,6	2	6,9	5	---	---	---	---
Pasquia Health District	-4,5	1	**	**	1,1	10	---	---	---	---
Prairie West Health District	**	**	1,0	5	1,4	10	---	---	---	---
Prince Albert Health District	-0,7	6	0,9	4	0,5	10	---	---	---	---
Regina Health District	-2,7	3	0,2	1	4,0	9	1,5	6	---	---
Rolling Hills District Health Board	-2,5	3	1,9	10	0,9	10	---	---	---	---
Saskatoon Health District	-4,4	1	0,7	3	4,7	8	1,0	4	---	---
South Central District Health Board	0,5	9	1,1	7	0,8	10	---	---	---	---
South County District Health Board	**	**	0,7	2	13,0	1	---	---	---	---
South East District Health Board	**	**	0,6	2	**	**	---	---	---	---
Southwest District Health Board	-0,8	6	2,3	10	2,0	10	---	---	---	---
Swift Current Health District	1,0	9	0,9	4	5,0	7	---	---	---	---
Moyenne provinciale	-2,8		0,6		3,3		1,1		---	---
Alberta, par régie régionale de la santé										
Alberta Cancer Board	-3,6	2	1,1	7	2,7	10	2,5	9	---	---
Alberta Mental Health Board	-3,0	2	1,8	9	6,1	6	2,2	9	---	---
Aspen Regional Health Authority	-1,1	6	2,0	10	5,3	7	1,0	4	---	---
Calgary Regional Health Authority	0,0	8	1,3	8	3,2	9	2,7	10	---	---
Capital Health Authority	0,7	9	1,4	8	2,8	9	2,4	9	---	---
Chinook Regional Health Authority	-0,1	8	1,1	6	4,7	8	1,9	8	---	---
Crossroads Regional Health Authority	1,2	10	1,8	9	4,4	8	3,3	10	---	---
David Thompson Regional Health Auth	-1,3	6	1,8	9	4,8	8	1,4	5	---	---
East Central Regional Health Author	-0,9	6	1,4	8	4,3	9	1,4	6	---	---
Headwaters Health Authority	**	**	1,3	8	4,5	8	2,1	8	---	---
Health Authority 5	2,0	10	1,2	7	4,6	8	1,9	8	---	---
Keeweenaw Regional Health A	-4,3	1	1,4	8	7,6	4	2,0	8	---	---
Lakeland Regional Health Authority	-2,9	3	0,9	4	4,7	8	1,1	4	---	---
Mistahia Regional Health Authority	-1,3	6	1,3	7	7,6	4	1,6	7	---	---
Northern Lights Regional Health Authority	-3,1	2	1,0	5	9,3	3	2,2	9	---	---
North-Western Regional Health Authority	1,6	10	**	**	8,3	3	1,8	8	---	---
Palliser Health Authority	-1,1	6	1,0	5	4,1	9	1,7	7	---	---
Peace Regional Health Authority	-5,4	1	**	**	6,7	5	2,5	9	---	---
WestView Regional Health Authority	-4,9	1	1,1	7	5,3	7	1,7	7	---	---
Moyenne provinciale	-0,4		1,4		3,8		2,3		---	---

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Saskatchewan et Alberta											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
65,6	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
52,5	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
69,5	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
61,9	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
51,9	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
62,8	6	---	---	---	---	---	---	---	---	8,7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
68,0	9	---	---	---	---	---	---	---	---	12,1	3
56,7	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
51,7	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
59,1	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
67,4	9	---	---	---	---	---	---	---	---	15,8	1
57,3	3	---	---	---	---	---	---	---	---	14,8	1
60,8	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
64,5	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
57,7	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
60,6	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
72,1	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
60,3		---	---	---	---	---	---	---	---	14,2	
54,7	2	---	---	---	---	---	---	---	---	6,4	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	5,6	9
64,6	7	---	---	---	---	---	---	---	---	6,2	9
75,3	10	---	---	---	---	---	---	---	---	5,6	9
63,7	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
67,4	9	---	---	---	---	---	---	---	---	9,3	6
65,5	8	---	---	---	---	---	---	---	---	8,0	8
49,1	1	---	---	---	---	---	---	---	---	7,6	8
72,7	10	---	---	---	---	---	---	---	---	14,5	2
62,3	6	---	---	---	---	---	---	---	---	6,0	9
62,2	6	---	---	---	---	---	---	---	---	7,9	8
62,8	6	---	---	---	---	---	---	---	---	7,2	8
62,5	6	---	---	---	---	---	---	---	---	11,0	4
58,9	4	---	---	---	---	---	---	---	---	12,2	3
59,9	5	---	---	---	---	---	---	---	---	10,6	4
80,4	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
74,5	10	---	---	---	---	---	---	---	---	3,4	10
63,7	7	---	---	---	---	---	---	---	---	5,7	9
59,3	4	---	---	---	---	---	---	---	---	8,1	7
64,9		---	---	---	---	---	---	---	---	6,7	

Tableau C.1.4 Partie 1										
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Colombie-Britannique										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Colombie-Britannique, par régie régionale et conseil communautaire de la santé										
Arrow Lakes/Upper Slokan Valley CHC	**	**	2,4	10	10,1	2	---	---	---	---
Bella Coola and District THA	-4,8	1	0,9	4	10,9	2	---	---	---	---
Boundary Health Council	-2,3	4	0,8	3	8,0	4	0,9	3	---	---
Bulkley Valley Health Council	-0,3	7	1,2	7	11,5	1	---	---	---	---
Campbell River/Nootka CHC	-0,4	7	1,2	7	6,6	5	0,5	2	---	---
Capital Health Region	2,4	10	1,3	7	5,7	6	1,9	8	---	---
Cariboo Community Health Services Society	-1,7	4	---	---	---	---	---	---	---	---
Castlegar and District Health Council	1,0	10	**	**	4,7	8	---	---	---	---
Central Cariboo Chilcotin Health Council	-0,2	7	1,0	5	4,3	8	---	---	---	---
Central Coast Transitional Health Authority	-1,1	6	1,7	9	14,0	1	---	---	---	---
Central Vancouver Island Health Region	-0,8	6	1,0	5	5,0	7	1,8	7	---	---
Coast Garibaldi CHSS	0,0	8	1,9	10	11,2	2	2,5	10	---	---
Columbia Valley Health Council	1,2	10	1,2	7	8,6	3	0,5	2	---	---
Comox Valley Community Health Council	0,3	9	1,1	6	5,7	6	0,5	2	---	---
Cranbrook Health Council	-6,0	1	1,6	9	4,9	7	0,6	2	---	---
Creston and District Health Council	-3,2	2	0,4	1	7,1	5	---	---	---	---
East Kootenay CHSS	**	**	---	---	---	---	---	---	---	---
Elk Valley and South Country Health Council	0,4	9	1,5	9	9,9	2	---	---	---	---
Fort Nelson-Liard Community Health Council	1,1	10	---	---	12,2	1	---	---	---	---
Fraser Valley Health Region	-2,8	3	0,7	2	6,5	5	2,0	8	---	---
Golden Health Council	0,3	9	**	**	11,0	2	---	---	---	---
Greater Trail Community Health Council	-1,7	4	0,7	3	5,9	6	1,0	3	---	---
Kimberly Community Health Council	1,4	10	0,7	2	---	---	1,3	5	---	---
Kitimat and Area Health Council	-1,4	5	1,1	6	7,6	4	0,7	3	---	---
Kootenay Boundary CHSS	**	**	1,9	10	11,6	1	1,7	7	---	---
Mount Waddington Health Council	-1,1	6	1,7	9	12,9	1	0,1	1	---	---
Nelson and Area Health Council	-3,0	2	0,7	2	5,4	7	1,1	4	---	---
North Coast Community Health Council	-1,4	5	1,1	6	10,2	2	1,4	6	---	---
North Okanagan Health Region	-5,5	1	0,7	3	4,4	8	1,7	7	---	---
North Peace Health Council	-2,7	3	0,8	4	7,6	4	0,8	3	---	---
North Shore Health Region	-0,9	6	0,7	3	5,5	7	2,5	10	---	---
North West Community Health Services Society	**	**	1,3	7	---	---	---	---	---	---
Northern Interior Health Board	-0,7	7	1,4	8	4,7	8	1,2	5	---	---
Okanagan Similkameen Health Region	2,6	10	1,3	8	7,7	4	1,6	7	---	---
Peace Liard Community Health Services Society	0,2	8	**	**	9,5	3	2,3	9	---	---
Powell River Community Health Council	-2,4	3	0,4	1	12,5	1	2,4	9	---	---
Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii CHC	-3,0	2	0,4	1	8,9	3	---	---	---	---
Quesnel and District Community Health Council	-3,0	2	0,4	1	9,6	2	0,1	1	---	---
Sea to Sky Community Health Council	-1,5	5	0,7	3	10,2	2	0,9	3	---	---
Simon Fraser Health Region	0,9	9	0,9	4	3,7	9	1,1	4	---	---
Snow Country Health Council	3,7	10	**	**	12,3	1	0,6	2	---	---
South Cariboo Community Health Council	-3,2	2	1,3	8	6,1	6	---	---	---	---
South Fraser Health Region	-1,7	4	0,9	4	4,2	9	0,7	3	---	---
South Peace Health Council	-2,4	3	1,1	6	9,8	2	0,0	1	---	---
Special Agencies	0,3	9	1,0	6	6,5	5	2,2	9	---	---
Stikine Health Council	2,1	10	1,0	5	12,9	1	---	---	---	---
Sunshine Coast Community Health Council	-1,8	4	1,1	6	9,9	2	1,0	4	---	---
Terrace and Area Health Council	1,0	9	1,6	9	8,4	3	0,5	2	---	---
Thompson Health Region	-0,1	8	1,2	7	5,9	6	1,4	5	---	---
Upper Island/Central Coast CHSS	**	**	2,4	10	2,9	9	0,3	1	---	---
Upper Skeena Community Health Council	-1,5	5	2,4	10	10,1	2	---	---	---	---
Vancouver/Richmond Health Board	0,7	9	1,0	5	3,8	9	2,3	9	---	---
Moyenne provinciale	0,1		1,0		5,3		1,7			

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau C.1.4 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Colombie-Britannique											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
62,0	6	---	---	---	---	---	---	---	---	12,7	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
70,6	9	---	---	---	---	---	---	---	---	10,8	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9,8	5
72,2	10	---	---	---	---	---	---	---	---	11,7	3
63,9	7	---	---	---	---	---	---	---	---	16,4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,3	10
51,3	1	---	---	---	---	---	---	---	---	15,7	1
59,9	5	---	---	---	---	---	---	---	---	21,1	1
57,0	2	---	---	---	---	---	---	---	---	8,4	7
70,8	10	---	---	---	---	---	---	---	---	9,5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,3	10
54,0	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65,3	7	---	---	---	---	---	---	---	---	11,0	4
68,8	9	---	---	---	---	---	---	---	---	11,7	3
56,3	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3,4	10
54,6	2	---	---	---	---	---	---	---	---	8,8	7
55,2	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
76,3	10	---	---	---	---	---	---	---	---	20,0	1
61,8	5	---	---	---	---	---	---	---	---	14,1	2
63,9	7	---	---	---	---	---	---	---	---	12,9	3
58,3	3	---	---	---	---	---	---	---	---	14,2	2
46,6	1	---	---	---	---	---	---	---	---	13,6	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0,7	10
58,6	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
**	**	---	---	---	---	---	---	---	---	15,7	1
60,8	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
70,9	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
60,0	5	---	---	---	---	---	---	---	---	4,9	9
67,3	8	---	---	---	---	---	---	---	---	4,1	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,5	7	---	---	---	---	---	---	---	---	12,2	3
69,9	9	---	---	---	---	---	---	---	---	10,3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,5	10
66,9	8	---	---	---	---	---	---	---	---	17,0	1
71,4	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65,6	8	---	---	---	---	---	---	---	---	3,5	9
65,0	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
66,8	8	---	---	---	---	---	---	---	---	11,7	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,3	7	---	---	---	---	---	---	---	---	6,8	8
76,8	10	---	---	---	---	---	---	---	---	10,4	5
65,8	8	---	---	---	---	---	---	---	---	7,5	8
60,9	5	---	---	---	---	---	---	---	---	7,1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,8	10
62,8	6	---	---	---	---	---	---	---	---	13,3	2
72,5	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
69,7	9	---	---	---	---	---	---	---	---	8,4	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3,6	9
56,8	2	---	---	---	---	---	---	---	---	10,9	4
59,7	4	---	---	---	---	---	---	---	---	7,1	8
65,2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9,1	---

Tableau C.1.5 Partie 1**Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Territoires du Yukon,
du Nord-Ouest et du Nunavut**

Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Territoire du Yukon	0,0	8	**	**	7,2	4	2,6	10	---	---
Territoires du Nord-Ouest	1,2	10	0,9	4	8,0	4	1,1	4	---	---
Territoire du Nunavut	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau C.1.5 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2001-2002, Territoires du Yukon, du Nord-Ouest et du Nunavut											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
57,6	3	---	---	---	---	---	---	---	---	2,8	10
73,2	10	---	---	---	---	---	---	---	---	**	**
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Annexe D

**Valeurs des indicateurs régionaux par
province et territoire, 2000-2001**

Cette page est intentionnellement laissée vierge.

Tableau D.1.1 Partie 1

Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, provinces de l'Atlantique										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Terre-Neuve-et-Labrador, par conseil régional de la santé										
Avalon Health Care Institutions Board	**	**	0,3	1	8,8	3	0,6	2	---	---
Central East Health Care Institutions Board	**	**	0,2	1	6,1	6	1,4	5	4 631	1
Central West Health Board	-1,5	2	0,4	1	7,1	4	0,9	3	4 152	1
Health Care Corporation of St. John's	-3,6	1	0,4	1	4,2	9	1,1	4	4 371	1
Peninsulas Health Care Corporation	**	**	0,9	4	6,1	6	1,5	6	5 360	1
Western Health Care Corporation	**	**	0,4	1	9,9	2	0,7	3	4 871	1
Moyenne provinciale	-3,3		0,5		6,1		1,0		4 512	
Île-du-Prince-Édouard, par conseil régional de la santé										
East Prince Health Region	---	---	---	---	0,5	10	---	---	2 820	6
Eastern Kings Health Region	---	---	---	---	12,4	1	---	---	3 261	4
Queens Health Region	---	---	---	---	10,5	2	0,0	1	3 222	4
Southern Kings Health Region	---	---	---	---	5,3	7	---	---	2 008	10
West Prince Health Region	---	---	---	---	8,0	4	---	---	3 064	5
Moyenne provinciale	---		---		7,9		0,0		3 029	
Nouvelle-Écosse, par conseil de district de la santé										
Central Regional Health Board	-3,2	1	---	---	12,7	1	2,2	9	3 326	3
Eastern Regional Health Board	-6,1	1	0,7	2	6,2	5	0,5	2	2 513	8
Izaak W. Killam Hospital for Children	1,0	8	1,2	6	9,4	3	1,9	8	4 399	1
Northern Regional Health Board	**	**	1,6	8	4,9	8	0,4	1	2 714	7
Western Regional Health Board	-0,4	4	1,0	5	5,1	7	1,3	5	2 857	6
Moyenne provinciale	-2,8		1,0		9,3		1,6		3 119	
Nouveau-Brunswick, par association régionale d'hôpitaux										
Region 1 (Beausejour) Hospital Corporation	1,9	9	0,5	2	3,2	10	1,7	7	3 140	4
Region 1 (Southeast) Hospital Corporation	-2,2	2	0,4	1	3,4	9	3,0	10	3 380	3
Region 2 Hospital Corporation	-1,9	2	1,0	5	4,6	8	2,4	9	3 268	4
Region 3 Hospital Corporation	1,8	8	0,6	2	4,5	9	1,4	5	2 577	8
Region 4 Hospital Corporation	-0,1	5	0,8	3	6,3	5	1,9	7	3 369	3
Region 5 Hospital Corporation	0,1	6	1,2	6	10,5	2	0,9	3	2 501	9
Region 6 Hospital Corporation	2,3	9	0,4	1	4,5	9	1,7	7	3 341	3
Region 7 Hospital Corporation	0,5	7	0,9	4	4,7	8	1,6	6	3 063	5
Moyenne provinciale	0,0		0,7		4,8		2,0		3 055	

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau D.1.1 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, provinces de l'Atlantique											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	11,9	3
57,3	3	47,1	2	0,6	8	1,8	6	1,9	5	10,6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
73,2	10	60,8	1	---	---	2,8	2	2,5	2	---	---
61,4	5	49,5	2	0,6	8	2,1	4	3,3	1	0,7	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	11,0	4
69,9		58,4		0,6		2,6		2,5		7,4	
69,5	9	45,4	3	1,3	2	2,4	3	1,9	5	---	---
51,4	1	49,3	2	0,7	7	---	---	1,3	9	---	---
64,7	7	44,2	3	1,3	2	3,3	1	1,7	7	---	---
61,4	5	37,0	6	0,9	5	---	---	0,5	10	---	---
62,4	6	55,3	2	0,5	9	0,7	10	1,2	9	---	---
65,0		45,0		1,2		2,8		1,6		---	
63,3	6	36,8	6	0,8	6	2,5	3	2,2	3	---	---
64,8	7	43,3	3	0,9	5	1,6	8	1,3	9	14,6	1
49,0	1	52,6	2	0,9	5	2,8	2	2,1	3	---	---
69,5	9	52,9	2	1,5	1	1,9	6	2,1	4	---	---
56,0	2	41,1	4	0,9	4	1,2	9	1,5	8	11,7	4
61,5		41,9		0,9		2,1		1,9		12,9	
56,2	2	39,9	5	0,9	5	2,3	3	2,5	2	10,0	5
59,8	4	45,6	3	1,6	1	2,2	4	2,5	2	6,7	8
61,3	5	43,6	3	2,1	1	2,4	3	1,5	8	11,6	4
56,6	2	37,8	5	1,1	3	1,3	9	1,6	8	13,5	2
58,4	3	55,8	1	1,7	1	1,9	5	3,0	1	13,1	2
60,5	4	40,1	4	1,1	3	2,4	3	3,0	1	12,7	3
55,7	2	45,3	3	1,8	1	1,8	7	2,4	3	9,5	6
48,9	1	43,1	3	1,1	3	1,0	9	1,1	10	9,6	6
58,2		42,9		1,6		1,9		2,0		10,4	

Tableau D.1.2 Partie 1										
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Québec, Ontario et Manitoba										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Québec, par région socio-sanitaire										
Bas-Saint-Laurent (01)	0,0	5	0,7	3	12,1	1	1,4	5	---	---
Saguenay — Lac-Saint-Jean (02)	-0,3	4	0,7	2	9,6	3	1,4	6	---	---
Capitale-National (03)	-3,8	1	0,5	2	8,1	4	1,6	7	---	---
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	-0,2	5	0,5	2	10,6	2	1,3	5	---	---
Estrie (05)	-0,4	4	0,7	2	7,6	4	1,5	6	---	---
Montréal (06)	-2,4	1	0,8	3	8,4	4	2,1	8	---	---
Outaouais (07)	-2,7	1	0,8	4	12,0	1	1,4	6	---	---
Abitibi-Témiscamingue (08)	-0,7	4	0,7	3	10,7	2	1,4	5	---	---
Côte-Nord (09)	0,0	5	0,8	3	11,7	1	1,4	5	---	---
Nord-du-Québec (10)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	-1,7	2	0,7	2	12,9	1	1,2	4	---	---
Chaudière-Appalaches (12)	0,2	6	0,7	2	9,7	3	1,5	6	---	---
Laval (13)	1,0	8	0,9	4	8,2	4	1,0	3	---	---
Lanaudière (14)	0,0	5	0,6	2	9,0	3	1,5	6	---	---
Laurentide (15)	-0,2	5	0,8	3	10,1	2	1,3	4	---	---
Montérégie (16)	-1,3	3	0,8	3	10,0	2	1,7	7	---	---
Nunavik (17)	**	**	0,2	1	10,7	2	0,9	3	---	---
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	-2,2	2	0,8	3	15,1	1	1,0	4	---	---
Moyenne provinciale	-1,8		0,7		9,1		1,7		---	
Ontario, par conseil de district de santé										
Algoma, Cochrane, Manitoulin and Sudbury	-2,0	2	1,8	9	6,6	5	2,2	8	3 332	3
Champlain	-3,0	1	1,0	4	5,9	6	3,3	10	3 122	4
Durham, Haliburton, Kawartha and Pine Ridge	-0,6	4	1,5	8	6,6	5	1,9	8	2 767	7
Essex, Kent and Lambton	-1,4	3	1,0	5	5,7	6	2,4	9	3 010	5
Grand River	0,2	6	2,0	9	7,2	4	1,7	7	2 481	9
Grey Bruce Huron-Perth	-0,9	3	2,2	10	6,7	5	1,4	5	2 650	8
Halton-Peel	-0,3	4	2,2	10	5,7	6	2,1	8	2 641	8
Hamilton-Wentworth	-0,3	4	0,9	4	5,8	6	2,9	10	2 899	6
Muskoka, Nipissing, Parry Sound & Timiskamir	-0,1	5	**	**	7,4	4	1,6	7	3 062	5
Niagara	-2,3	1	0,9	4	6,9	5	2,3	9	2 669	8
Northwestern Ontario	0,8	8	1,6	8	5,6	7	1,5	6	3 021	5
Quinte Kingston Rideau	-1,8	2	1,2	6	6,1	6	2,7	10	2 982	5
Simcoe-York	3,0	9	2,0	9	6,0	6	2,1	8	2 623	8
Thames Valley	1,4	8	1,0	5	5,1	7	3,0	10	3 546	3
Toronto	0,3	6	1,3	6	7,1	4	2,4	9	3 212	4
Waterloo Region-Wellington-Dufferin	3,9	10	2,1	10	7,3	4	2,4	9	2 716	7
Moyenne provinciale	-0,2		1,3		6,4		2,4		3 019	
Manitoba, par régio régionale de la santé										
Brandon Regional Health Authority	-0,5	4	1,3	7	3,9	9	1,1	4	2 757	7
Burntwood Regional Health Authority	-1,4	3	0,8	3	5,2	7	0,5	2	3 991	2
Central Regional Health Authority	0,8	8	1,7	9	5,3	7	0,4	1	2 495	9
Churchill Regional Health Authority	1,0	8	1,4	7	10,1	2	1,1	4	2 550	8
Interlake Regional Health Authority	0,8	8	1,6	8	5,1	7	0,2	1	2 421	9
Marquette Regional Health Authority	0,1	6	1,1	5	7,0	5	0,1	1	2 221	9
Norman Regional Health Authority	-5,9	1	0,7	3	5,0	8	0,6	2	2 179	9
North Eastman Health Association	-0,2	5	1,6	8	6,9	5	0,6	2	1 699	10
Parkland Regional Health Authority	0,1	6	1,3	7	6,2	5	0,3	1	2 676	8
South Eastman Health/Sante Sud-Est Inc.	**	**	1,0	5	4,2	9	0,0	1	2 014	10
South Westman Regional Health Authority	0,4	7	1,5	8	6,4	5	0,3	1	2 866	6
Winnipeg Regional Health Authority	0,4	7	1,1	6	5,3	7	1,2	4	3 035	5
Moyenne provinciale	0,1		1,2		5,3		0,9		2 863	

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes. Au Québec, le centre d'activité Finances inclut également une partie de la gestion des matières.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau D.1.2 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Québec, Ontario et Manitoba											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
66,4	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
66,6	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
61,5	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
67,4	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
61,7	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
61,0	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
67,5	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,8	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65,8	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
62,5	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
68,7	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
70,6	10	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
69,3	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
70,1	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
69,5	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
62,0	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
64,6	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,9		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
58,3	3	33,6	7	1,4	2	2,4	3	2,1	4	9,9	5
58,0	3	36,3	6	0,8	6	1,7	7	1,8	6	14,3	2
61,6	5	31,8	9	0,9	4	2,1	4	1,9	6	11,4	4
59,8	4	32,7	8	1,3	2	2,5	3	1,9	5	11,4	4
58,7	3	29,3	10	0,8	6	1,9	5	1,4	9	7,9	7
58,8	3	32,8	8	0,9	4	1,7	7	1,6	8	7,6	8
63,8	7	30,9	9	0,9	4	1,8	6	1,8	6	8,3	7
56,6	2	30,1	9	1,1	3	1,8	6	1,6	8	13,1	3
56,3	2	35,1	7	1,0	3	1,9	6	1,7	7	10,4	5
58,1	3	32,1	8	0,8	6	1,8	6	1,3	9	10,5	5
55,3	2	34,0	7	0,9	5	2,0	5	1,3	9	9,4	6
57,9	3	32,5	8	0,8	5	2,2	4	1,8	6	9,6	6
63,4	6	32,0	8	0,9	5	1,7	8	1,5	8	6,8	8
59,0	3	35,7	6	1,5	1	2,2	4	2,1	4	9,3	6
59,4	4	33,3	7	1,1	3	2,0	5	1,9	5	8,6	7
57,8	3	30,3	9	0,9	4	1,9	5	1,7	7	10,2	5
59,2		33,0		1,0		2,0		1,8		9,6	
60,6	4	33,5	7	0,8	5	---	---	1,6	8	9,3	6
68,9	9	65,1	1	0,6	8	1,7	7	2,0	5	8,2	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	7,7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	7,3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	8,9	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	15,2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9,9	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	13,8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	13,5	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9,9	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	7,0	8
60,4	4	39,1	5	1,1	3	2,1	4	2,4	3	13,7	2
60,6		39,1		1,0		2,1		2,3		11,4	

Tableau D.1.3 Partie 1										
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Saskatchewan et Alberta										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Saskatchewan, par conseil de district de santé										
Assiniboine Valley Health District	-1,4	3	0,7	3	1,4	10	---	---	1 568	10
Battlefords Health District	-2,9	1	0,8	3	1,7	10	---	---	2 708	7
Central Plains Health District	**	**	2,3	10	4,8	8	---	---	1 789	10
East Central Health District	1,6	8	0,3	1	2,1	10	0,3	1	3 193	4
Greenhead Health District	3,9	10	0,6	2	**	**	---	---	---	---
Living Sky Health District	**	**	0,5	1	4,6	8	---	---	3 092	4
Mamawetan Churchill District Health Board	**	**	1,0	5	5,1	7	---	---	**	**
Moose Jaw-Thunder Creek Health District	0,2	6	2,1	10	4,7	8	0,4	2	3 084	5
Moose Mountain Health District	**	**	---	---	2,6	10	---	---	1 582	10
North Central District Health Board	**	**	1,6	8	6,8	5	---	---	4 258	1
North East District Health Board	0,4	7	**	**	6,7	5	---	---	2 570	8
North Valley Health District	2,0	9	0,6	2	8,5	4	---	---	2 365	9
Northwest Health District Board	-3,0	1	2,9	10	4,8	8	---	---	2 165	10
Parkland District Health Board	**	**	1,0	5	1,3	10	---	---	2 891	6
Pasquia Health District	-1,9	2	**	**	1,2	10	---	---	3 436	3
Pipestone Health District	0,1	6	1,0	5	1,7	10	---	---	2 166	9
Prairie West Health District	0,0	5	1,4	7	1,1	10	---	---	2 035	10
Prince Albert Health District	0,7	7	---	---	0,5	10	---	---	3 139	4
Regina Health District	-0,2	5	0,3	1	3,6	9	1,4	6	3 356	3
Rolling Hills District Health Board	-1,6	2	---	---	1,6	10	---	---	1 710	10
Saskatoon Health District	0,0	5	0,8	3	3,5	9	1,7	7	3 461	3
South Central District Health Board	-1,1	3	---	---	2,0	10	---	---	2 972	5
South County District Health Board	-1,4	3	0,9	4	1,7	10	---	---	1 540	10
South East District Health Board	**	**	0,7	3	**	**	0,1	1	3 016	5
Southwest District Health Board	-4,8	1	2,7	10	7,0	5	---	---	3 090	4
Swift Current Health District	-0,6	4	1,2	6	3,7	9	---	---	2 334	9
Twin Rivers Health District	**	**	**	**	3,5	9	---	---	1 887	10
Moyenne provinciale	-0,3		0,7		3,2		1,4		3 157	
Alberta, par régie régionale de la santé										
Alberta Cancer Board	3,8	10	1,4	7	2,2	10	2,6	10	3 792	2
Alberta Mental Health Board	2,1	9	1,9	9	6,0	6	2,7	10	1 542	10
Aspen Regional Health Authority	0,6	7	1,9	9	6,1	6	1,1	4	2 347	9
Calgary Regional Health Authority	0,1	6	1,5	8	3,8	9	2,9	10	3 630	2
Capital Health Authority	0,6	7	1,4	7	3,2	10	2,5	9	3 498	3
Chinook Regional Health Authority	2,4	9	1,6	8	4,8	8	1,7	7	2 439	9
Crossroads Regional Health Authority	3,4	10	1,3	7	4,7	8	3,6	10	2 761	7
David Thompson Regional Health Auth	3,1	9	2,1	10	5,0	8	1,9	8	2 729	7
East Central Regional Health Author	3,0	9	1,7	9	4,5	9	1,4	6	2 837	6
Headwaters Health Authority	5,2	10	2,0	9	4,8	8	2,9	10	2 922	6
Health Authority 5	4,6	10	1,6	8	3,9	9	2,0	8	2 809	7
Lakeland Regional Health Authority	2,7	9	1,2	6	4,7	8	1,3	5	2 404	9
Mistahia Regional Health Authority	3,3	10	1,2	6	8,4	4	2,2	9	2 912	6
Northern Lights Regional Health Authority	0,4	7	1,4	7	9,0	3	2,5	10	3 449	3
North-Western Regional Health Authority	0,0	5	2,4	10	8,7	3	1,8	7	3 815	2
Palliser Health Authority	0,9	8	1,4	7	4,6	8	2,6	10	2 717	7
Peace Regional Health Authority	**	**	1,3	7	6,9	5	2,4	9	**	**
WestView Regional Health Authority	-0,7	4	1,6	8	5,1	7	2,1	8	2 900	6
Moyenne provinciale	1,2		1,5		4,1		2,5		3 138	

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau D.1.3 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Saskatchewan et Alberta											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
65,6	8	31,3	9	0,2	10	1,6	8	0,6	10	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9,5	6
**	**	34,4	7	0,4	10	1,7	7	---	---	---	---
66,2	8	64,0	1	0,9	4	0,5	10	4,1	1	**	**
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
54,9	1	52,6	2	0,7	7	0,6	10	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
63,6	6	42,6	4	0,8	6	2,8	2	1,7	7	10,6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
56,4	2	49,7	2	0,7	7	2,1	5	2,4	2	---	---
**	**	---	---	0,7	7	1,5	8	2,2	3	---	---
55,5	2	35,8	6	0,4	9	1,2	9	---	---	---	---
67,2	8	51,4	2	0,8	6	2,3	3	---	---	---	---
---	---	---	---	**	**	---	---	---	---	---	---
61,7	5	68,1	1	---	---	---	---	3,8	1	---	---
64,9	7	37,7	5	0,7	7	2,2	4	**	**	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
64,5	7	43,1	4	0,6	8	1,9	5	2,0	4	---	---
64,8	7	43,2	3	---	---	2,0	5	1,8	6	14,3	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65,2	8	43,3	3	1,0	4	3,1	1	1,9	5	---	---
80,6	10	44,9	3	0,8	6	2,0	5	---	---	---	---
60,5	4	38,7	5	0,5	8	1,6	8	1,7	6	---	---
60,0	4	61,1	1	---	---	3,2	1	---	---	**	**
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
54,8	1	41,4	4	0,6	8	1,1	9	1,8	6	---	---
64,2		44,3		0,7		1,9		2,0		13,4	
52,5	1	35,9	6	1,4	1	1,9	5	**	**	6,3	9
64,8	7	30,6	9	0,3	10	0,1	10	0,9	10	5,8	9
62,5	6	31,7	9	0,8	6	2,2	4	2,1	4	6,9	8
74,9	10	39,3	5	1,4	2	0,0	10	1,8	6	5,6	9
60,1	4	38,4	5	1,3	2	---	---	2,1	3	---	---
67,4	8	31,3	9	0,6	7	1,7	7	1,7	7	12,1	3
64,9	7	32,8	8	0,3	10	2,8	2	2,7	2	6,7	8
53,9	1	37,8	5	1,3	2	1,2	9	2,0	4	7,5	8
66,7	8	41,2	4	0,4	10	1,3	8	2,8	1	15,3	1
62,9	6	72,1	1	1,2	3	3,9	1	2,0	5	6,3	9
63,6	6	67,3	1	1,1	3	3,1	1	**	**	8,2	7
62,2	5	33,3	7	0,7	7	1,8	6	2,0	4	---	---
62,5	6	39,3	5	0,6	7	1,2	9	2,0	4	14,1	2
60,7	5	49,0	2	1,0	4	---	---	**	**	11,6	4
79,6	10	69,6	1	0,6	7	2,8	2	---	---	---	---
73,6	10	37,1	6	0,8	6	1,0	10	2,2	3	7,5	8
59,0	3	34,1	7	0,5	9	0,8	10	1,2	9	5,6	9
55,0	1	34,3	7	0,3	10	0,7	10	2,0	5	8,6	7
63,6		38,3		1,1		1,0		1,9		7,0	

Tableau D.1.4 Partie 1

Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Colombie-Britannique										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Colombie-Britannique, par régie régionale et conseil communautaire de la santé										
Arrow Lakes/Upper Slokan Valley CHC	0,2	6	2,5	10	9,3	3	---	---	2 592	8
Bella Coola and District THA	-4,6	1	0,9	4	8,9	3	---	---	**	**
Boundary Health Council	2,2	9	0,7	2	8,4	4	1,3	4	2 362	9
Bulkley Valley Health Council	3,8	10	1,3	7	8,5	3	---	---	3 146	4
Campbell River/Nootka CHC	-0,5	4	1,2	6	6,0	6	0,5	2	3 080	5
Capital Health Region	0,4	7	1,2	6	6,8	5	1,4	5	3 607	2
Cariboo Community Health Services Society	3,5	10	2,7	10	**	**	---	---	---	---
Castlegar and District Health Council	0,6	7	**	**	4,7	8	---	---	2 732	7
Central Cariboo Chilcotin Health Council	0,1	6	1,3	7	5,0	8	---	---	3 384	3
Central Coast Transitional Health Authority	1,9	8	1,5	8	16,4	1	---	---	5 012	1
Central Vancouver Island Health Region	-0,5	4	1,1	5	5,1	7	1,4	6	2 987	5
Coast Garibaldi CHSS	2,8	9	1,9	9	12,1	1	1,6	6	**	**
Columbia Valley Health Council	1,9	9	1,1	6	8,8	3	0,9	3	3 116	4
Comox Valley Community Health Council	0,2	6	1,3	6	5,4	7	0,4	1	2 968	6
Cranbrook Health Council	-1,0	3	2,0	9	5,1	7	0,6	3	3 925	2
Creston and District Health Council	-2,2	2	0,4	1	7,1	4	---	---	3 555	2
East Kootenay CHSS	2,6	9	**	**	**	**	---	---	---	---
Elk Valley and South Country Health Council	0,4	7	1,9	9	9,9	2	---	---	2 818	7
Fort Nelson-Liard Community Health Council	0,7	7	1,7	9	13,2	1	---	---	2 810	7
Fraser Valley Health Region	-1,2	3	0,8	4	6,0	6	2,3	9	2 679	8
Golden Health Council	1,6	8	2,4	10	9,4	3	---	---	2 945	6
Greater Trail Community Health Council	-1,3	3	0,8	3	5,8	6	1,1	4	4 185	1
Kimberly Community Health Council	-1,9	2	0,6	2	---	---	0,9	3	4 635	1
Kitimat and Area Health Council	2,5	9	1,8	9	9,2	3	0,4	2	3 946	2
Kootenay Boundary CHSS	3,7	10	2,4	10	12,2	1	1,3	5	---	---
Mount Waddington Health Council	-1,1	3	1,8	9	14,2	1	0,1	1	**	**
Nelson and Area Health Council	-1,6	2	1,0	5	9,9	3	1,0	4	3 208	4
North Coast Community Health Council	0,5	7	0,9	4	11,1	2	2,1	8	4 022	2
North Okanagan Health Region	-1,1	3	1,3	7	5,2	7	1,3	5	2 923	6
North Peace Health Council	0,4	7	1,2	6	8,2	4	0,5	2	2 585	8
North Shore Health Region	-0,1	5	0,8	4	5,5	7	1,8	7	3 629	2
North West Community Health Services Society	**	**	**	**	**	**	---	---	**	**
Northern Interior Health Board	-0,3	5	1,3	7	5,1	7	1,9	7	4 151	1
Okanagan Similkameen Health Region	1,0	8	1,6	8	8,0	4	1,9	8	2 895	6
Peace Liard Community Health Services Society	4,1	10	**	**	14,4	1	0,9	3	---	---
Powell River Community Health Council	-1,4	3	0,5	1	8,6	3	1,0	4	3 529	3
Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii CHC	-4,8	1	0,5	2	11,6	1	---	---	**	**
Quesnel and District Community Health Council	3,1	10	0,5	1	5,9	6	---	---	3 944	2
Sea to Sky Community Health Council	-1,7	2	1,1	5	11,6	1	0,9	3	3 736	2
Simon Fraser Health Region	-0,3	4	1,0	5	3,9	9	1,0	4	2 761	7
Snow Country Health Council	4,6	10	**	**	11,0	2	0,8	3	**	**
South Cariboo Community Health Council	2,5	9	2,0	9	**	**	---	---	---	---
South Fraser Health Region	0,1	6	1,0	5	5,3	7	0,6	3	2 691	8
South Peace Health Council	-0,3	4	1,6	8	11,3	2	---	---	3 662	2
Special Agencies	**	**	0,9	4	6,2	5	2,3	9	**	**
Stikine Health Council	3,5	10	0,9	4	16,4	1	---	---	---	---
Sunshine Coast Community Health Council	0,1	6	1,2	6	10,7	2	0,5	2	2 797	7
Terrace and Area Health Council	0,8	7	1,0	5	9,7	3	0,4	2	3 156	4
Thompson Health Region	-0,8	3	1,3	6	6,1	6	1,7	7	3 048	5
Upper Island/Central Coast CHSS	0,0	5	1,3	7	3,6	9	0,4	2	---	---
Upper Skeena Community Health Council	1,0	8	2,5	10	11,3	2	---	---	1 345	10
Vancouver/Richmond Health Board	**	**	1,0	4	5,8	6	2,0	8	4 283	1
Moyenne provinciale	0,0		1,1		6,0		1,6		3 235	

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau D.1.4 Partie 2											
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Colombie-Britannique											
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
60,8	5	31,3	9	0,8	5	1,3	8	---	---	12,3	3
56,1	2	15,0	10	0,2	10	1,2	9	1,1	10	9,5	6
69,6	9	27,1	10	1,3	2	2,6	2	---	---	19,0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	12,5	3
73,0	10	35,4	6	0,8	5	3,5	1	1,7	7	10,5	5
64,2	7	33,0	8	1,3	2	3,0	2	1,5	9	16,4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,4	10
52,1	1	27,9	10	0,3	10	1,3	8	1,0	10	15,2	1
63,5	6	25,7	10	0,5	9	1,6	8	2,3	3	19,9	1
60,1	4	59,7	1	0,5	9	1,7	7	0,7	10	---	---
68,8	9	32,2	8	1,2	3	2,1	4	1,6	8	6,2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1,9	10
54,4	1	41,1	4	0,3	10	1,1	9	---	---	**	**
65,6	8	28,7	10	0,4	9	1,4	8	1,5	8	11,8	3
67,9	9	41,0	4	1,4	2	---	---	2,0	4	12,6	3
57,7	3	37,6	5	0,6	8	---	---	1,1	10	6,4	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,6	10
53,2	1	29,7	9	0,4	9	1,5	8	1,6	8	14,7	1
55,0	1	30,3	9	0,7	7	1,0	10	---	---	---	---
78,2	10	34,8	7	0,7	6	2,6	3	2,2	3	16,6	1
60,3	4	31,8	8	0,5	9	1,9	6	---	---	11,3	4
63,7	6	42,9	4	0,9	4	2,6	2	1,7	7	10,9	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	12,3	3
49,3	1	33,3	7	0,5	8	2,5	3	---	---	13,3	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0,8	10
59,6	4	**	**	**	**	**	**	---	---	---	---
**	**	36,6	6	0,7	7	3,2	1	2,9	1	15,1	1
55,6	2	27,7	10	0,5	9	2,9	2	2,6	2	---	---
68,1	9	39,6	5	1,2	3	1,2	9	2,8	2	---	---
59,2	3	29,4	10	0,5	9	1,8	6	1,2	9	---	---
63,8	6	35,3	6	1,8	1	2,0	5	2,0	5	4,6	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,4	10
64,2	7	40,4	4	1,0	4	1,7	7	2,3	3	---	---
71,1	10	32,4	8	1,3	2	1,7	7	2,1	4	9,9	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1,8	10
64,7	7	35,8	6	0,9	4	3,3	1	1,8	6	**	**
71,1	10	92,0	1	1,0	4	3,0	2	---	---	---	---
65,5	8	49,7	2	0,7	7	3,4	1	1,6	7	3,3	10
65,0	7	33,8	7	0,8	6	2,6	2	2,0	5	**	**
76,0	10	27,3	10	1,5	1	2,1	4	1,8	6	11,6	4
69,6	9	**	**	---	---	3,8	1	---	---	12,5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	6,1	9
76,4	10	31,4	9	0,8	5	1,9	6	1,7	7	10,5	5
64,6	7	41,1	4	0,6	8	1,7	7	2,7	2	8,0	7
59,5	4	53,0	2	1,6	1	4,5	1	3,0	1	8,6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3,7	9
60,7	5	28,4	10	0,3	10	1,7	7	2,6	2	14,1	2
72,8	10	44,2	3	0,5	9	2,2	4	1,4	9	---	---
65,2	8	32,7	8	0,6	8	1,2	9	1,7	7	8,5	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2,0	10
56,6	2	16,8	10	0,2	10	0,9	10	0,3	10	10,9	4
60,4	4	38,2	5	1,5	1	2,4	3	2,8	2	8,1	7
65,7		34,8		1,2		2,3		2,1		9,4	

Tableau D.1.5 Partie 1										
Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Territoires du Yukon, du Nord-Ouest et du Nunavut										
Province/territoire	Marge totale		Ratio du fonds de roulement		Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales*		Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales		Coût par cas pondéré	
	%	Décile	Ratio	Décile	%	Décile	%	Décile	\$	Décile
Territoire du Yukon	-1,4	3	1,6	8	8,0	4	2,5	9	4 280	1
Territoires du Nord-Ouest	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Territoire du Nunavut	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

* Les dépenses administratives incluent : Administration, Finance, Ressources humaines, Communications et Soutien des systèmes.

** La valeur était située en dehors de la plage déclarable. Reportez-vous à la section « Méthode d'identification des valeurs aberrantes » dans l'annexe « Notes méthodologiques ».

--- Non applicable ou non déclarable.

Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 2000-2001, Territoires du Yukon, du Nord-Ouest et du Nunavut										Tableau D.1.5 Partie 2	
Heures travaillées du PPU des centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total d'heures travaillées		Heures travaillées du PPU en soins infirmiers aux patients hospitalisés, par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des services diagnostiques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des laboratoires cliniques par cas pondéré		Heures travaillées du PPU des pharmacies par cas pondéré		Âge moyen de l'équipement	
%	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Heures	Décile	Années	Décile
55,9	2	42,0	4	0,6	8	1,8	6	3,0	1	2,2	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Annexe E

**Valeurs des indicateurs nationaux par
province et territoire,
1999-2000 à 2001-2002**

Cette page est intentionnellement laissée vierge.

Tableau E.1 Partie 1**Indicateurs du rendement financier des hôpitaux – Moyennes nationale,
provinciales et territoriales, 1999-2000 à 2001-2002**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.
Exercice financier						
Marge totale						
1999-2000	-3,0	---	2,9	-5,2	0,0	-0,1
2000-2001	-3,3	---	-2,8	0,0	-1,8	-0,2
2001-2002	-0,1	---	-1,4	-1,8	-3,5	-2,4
Ratio du fonds de roulement						
1999-2000	0,5	---	1,0	0,7	1,0	1,2
2000-2001	0,5	---	1,0	0,7	0,7	1,3
2001-2002	0,4	---	1,2	0,7	0,7	1,0
Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales						
1999-2000	7,5	7,4	8,6	5,0	9,0	6,6
2000-2001	6,1	7,9	9,3	4,8	9,1	6,4
2001-2002	6,3	8,8	5,4	4,3	8,9	6,4
Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales						
1999-2000	1,3	0,0	1,8	1,8	1,5	2,5
2000-2001	1,0	0,0	1,6	2,0	1,7	2,4
2001-2002	1,1	0,0	1,5	1,9	1,6	2,6
Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service des centres d'activité de soins aux patients, en pourcentage du nombre total d'heures						
1999-2000	69,5	64,9	58,8	58,8	63,5	59,1
2000-2001	69,9	65,0	61,5	58,2	63,9	59,2
2001-2002	64,1	65,4	61,2	55,4	63,8	59,1
Âge moyen de l'équipement						
1999-2000	8,6	---	5,4	9,4	---	9,4
2000-2001	7,4	---	12,9	10,4	---	9,6
2001-2002	9,7	---	6,3	11,3	---	9,6

--- Non applicable ou non déclarable.

Tableau E.1 Partie 2

**Indicateurs du rendement financier des hôpitaux – Moyennes nationale,
provinciales et territoriales, 1999-2000 à 2001-2002**

Man.	Sask	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Can.
-1,5	-1,2	3,9	-1,0	-0,7	---	---	-0,1
0,1	-0,3	1,2	0,0	-1,4	---	---	-0,4
-0,1	-2,8	-0,4	0,1	0,0	1,2	---	-1,7
1,0	0,7	1,6	0,9	1,7	---	---	1,1
1,2	0,7	1,5	1,1	1,6	---	---	1,1
1,2	0,6	1,4	1,0	---	0,9	---	1,0
4,1	3,4	3,9	6,0	8,6	---	---	6,4
5,3	3,2	4,1	6,0	8,0	---	---	6,5
5,5	3,3	3,8	5,3	7,2	8,0	---	6,1
0,8	1,3	2,7	1,5	2,7	---	---	2,0
0,9	1,4	2,5	1,6	2,5	---	---	2,0
1,1	1,1	2,3	1,7	2,6	1,1	---	2,0
60,4	64,2	65,5	65,0	52,9	---	---	61,9
60,6	64,2	63,6	65,7	55,9	---	---	62,0
59,6	60,3	64,9	65,2	57,6	73,2	---	61,8
12,9	11,7	8,6	10,0	1,7	---	---	9,4
11,4	13,4	7,0	9,4	2,2	---	---	9,5
11,1	14,2	6,7	9,1	2,8	---	---	9,3

ten
years **dix**
ans

taking health information further
à l'avant-garde de l'information sur la santé