



BDCS

Guide de l'utilisateur de la Base de données canadienne SIG (BDCS)

2019-2020



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

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

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

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

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

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2021 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Guide de l'utilisateur de la Base de données canadienne SIG (BDCS), 2019-2020*. Ottawa, ON : ICIS; 2021.

This publication is also available in English under the title *Canadian MIS Database (CMDB) User Guide, 2019–2020*.

Table des matières

Sommaire	5
Introduction	7
Cadre de la qualité de l'information	7
Rapports sur la qualité des données provinciales et territoriales	7
Base de données canadienne SIG (BDCS)	8
Normes SIG	8
Comptes principaux	10
Comptes secondaires financiers	11
Comptes secondaires statistiques	12
Principes et pratiques comptables	13
Organismes qui déclarent à la BDCS	13
Portée	13
Provinces et territoires	14
Autorités sanitaires régionales	14
Hôpitaux	14
Organismes de services de santé non hospitaliers	15
Cheminement des données de la BDCS	15
Analyser les données de la BDCS	16
Niveau d'analyse	16
Tendances dans les données de la BDCS	16
Rémunération des médecins	17
Mesures de la qualité pour la BDCS tout au long du cycle de vie de l'information	17
Saisie et collecte des données	17
Soumission des données	18
Traitement des données	21
Analyse et diffusion des données	22
Données de la BDCS diffusées publiquement	24
Ratio des dépenses des services organisationnels	24
Coût d'un séjour standard à l'hôpital	24
Tableau des lits disponibles et dotés de personnel	25
Proportions de la pondération de la consommation des ressources (PCR) des secteurs d'activité	25

Élément de données des Normes SIG utilisées dans les bases de données cliniques de l'ICIS	26
Aperçu des données de la BDCS.	27
Dénombrement des organismes	27
Ressources supplémentaires.	28
Annexe.	29
Texte de remplacement pour les figures	29

Sommaire

Ce guide fournit des renseignements contextuels et de l'information permettant de mieux comprendre et utiliser les données de la Base de données canadienne sur les systèmes d'information de gestion (SIG), ou BDCS, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Il comprend aussi une évaluation de certains aspects de la qualité des données, tels qu'ils sont définis par le Cadre de la qualité de l'information de l'ICIS.

La BDCS contient des données financières et statistiques sur les opérations quotidiennes des hôpitaux publics, d'autres établissements de santé et des autorités sanitaires régionales du Canada. Les données sont recueillies conformément aux *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG).

Agissant comme un cadre, ces normes sont utilisées par les organismes de services de santé des provinces et territoires pour faire le suivi de leurs revenus, de leurs dépenses et de statistiques soutenant la prise de décisions, la planification et la gestion globale fondées sur des données probantes des opérations à l'échelle locale. Combinée aux données cliniques d'autres bases de données de l'ICIS, l'information contenue dans la BDCS peut aussi éclairer les décisions liées aux dépenses, à la répartition des ressources et au financement. Les données soumises à l'ICIS sont à la base des calculs des indicateurs financiers à partir desquels les provinces et territoires peuvent se comparer à l'échelle nationale.

Parmi les principales variables de la BDCS figurent les comptes de charges et de revenus, ainsi que les statistiques comme les heures rémunérées, les jours de présence des patients hospitalisés, les lits disponibles et dotés de personnel, les interventions, les examens et les visites.

L'utilisateur doit tenir compte des points suivants lors de l'utilisation des données de la BDCS :

- Aux fins de production de rapports, les différents comptes des Normes SIG peuvent être agrégés par province ou territoire, par région, par organisme de soins de santé ou par centre d'activitéⁱ. Il est ainsi possible de comparer les provinces et territoires, et les organismes de services de santé sur plusieurs plans.
- La population de référenceⁱⁱ inclut tous les organismes de services de santé du continuum des soins, des hôpitaux jusqu'aux organismes communautaires relevant d'une autorité sanitaire régionale et du ministère de la Santé de l'autorité compétente.

i. Le *centre d'activité* est une subdivision d'un organisme dans laquelle on enregistre les dépenses directes prévisionnelles et réelles, les statistiques ou les revenus liés au secteur d'activité dont il s'agit.

ii. La population de référence est la population sur laquelle on devrait avoir de l'information (population déclarante prévue).

- Compte tenu des différences dans le panier de services offerts par les autorités sanitaires régionales de chaque province ou territoire, l'étendue des données sur les services offerts — en particulier par les organismes de services de santé non hospitaliers — varie à l'échelle nationale. Par exemple, seules les provinces où les établissements de soins de longue durée sont gérés par les autorités sanitaires régionales soumettent de l'information sur ce type d'établissement à la BDCS. Cette variation engendre des écarts dans les données sur certains services.
- Certains organismes de services de santé ne relèvent pas des autorités sanitaires, par exemple les services de santé fournis par les ministères fédéraux autres que le ministère de la Santé et certains organismes de services de santé détenus et exploités par des intérêts privés. La BDCS ne reçoit actuellement pas de données de ces organismes de services de santé.
- Les données d'environ 600 hôpitaux et 2 000 organismes de services de santé non hospitaliersⁱⁱⁱ sont soumises des données à la BDCS depuis 1995-1996. Les données proviennent de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec et du Nunavut.
- Le Québec n'utilise pas les Normes SIG pour recueillir les données financières et statistiques, mais plutôt un autre ensemble de normes financières, soit celles du *Manuel de gestion financière* (MGF). L'ICIS a mis en correspondance les données du Québec avec les Normes SIG pour les services aux patients hospitalisés, ce qui permet d'utiliser conjointement les données du Québec et celles des provinces et territoires qui ont recours aux Normes SIG.
- Lorsque les données sont soumises, une série de préparations est effectuée pour garantir leur comparabilité à l'échelle nationale. Par conséquent, les données publiées par l'ICIS diffèrent souvent légèrement des données disponibles à l'échelle provinciale, territoriale ou locale.

Si vous avez des commentaires ou des questions, écrivez à nif@icis.ca.

iii. Il s'agit d'organismes de services de santé qui ne sont pas des hôpitaux.

Introduction

Cadre de la qualité de l'information

La qualité des données et de l'information est au cœur de toutes les activités de l'ICIS. Elle fait partie intégrante de notre vision : *De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé.*

Le Cadre de la qualité de l'information de l'ICIS structure l'ensemble des pratiques de gestion de la qualité de l'ICIS relatives à la saisie et au traitement des données ainsi qu'à leur transformation en produits d'information.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce Cadre, et sur le cycle de vie de l'information, les dimensions de la qualité et les principes en matière de qualité de l'ICIS, consultez notre page Web [Qualité des données et de l'information](#).

Rapports sur la qualité des données provinciales et territoriales

L'ICIS produit chaque année des rapports sur la qualité des données pour évaluer la participation des provinces et territoires à ses bases de données (dont la BDCS) et pour rendre compte de l'avancement des données dans des domaines clés.

En ce qui concerne la BDCS, ces rapports contiennent de l'information sur la qualité de la déclaration des éléments de données clés : les dépenses, les revenus, les heures rémunérées, les jours de présence des patients hospitalisés, les lits disponibles et dotés de personnel, les interventions, les examens et les visites.

Ces rapports sont envoyés aux sous-ministres de la Santé et aux principaux représentants de l'ensemble des provinces et territoires.

Base de données canadienne SIG (BDCS)

La BDCS contient des données financières et statistiques provenant d'environ 600 hôpitaux publics et 2 000 organismes de services de santé non hospitaliers et autorités sanitaires régionales au Canada. Elle ne renferme pas de données au niveau des patients ni de données cliniques liées aux diagnostics, aux interventions et à la qualité des soins.

La collecte des données a commencé en 1995-1996. Au début, la couverture n'était pas complète et la qualité des données était variable. Depuis 2004-2005, l'ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec et le Nunavut, soumettent des données à la BDCS chaque année. Des données sur les services aux patients hospitalisés du Québec sont incluses dans la BDCS grâce à un processus de mise en correspondance (depuis 2007). D'autres travaux sont requis pour permettre la mise en correspondance des données sur d'autres milieux de soins au Québec. Les données sur les organismes de services de santé non hospitaliers du Québec ne sont donc pas disponibles actuellement. Le Nunavut participe au groupe de travail technique de l'ICIS sur les Normes SIG, mais il ne soumet pas de données à la BDCS.

L'ICIS reçoit les données tous les ans, habituellement en octobre, environ 6 mois après la fin de l'exercice financier (qui s'étale du 1^{er} avril au 31 mars).

Normes SIG

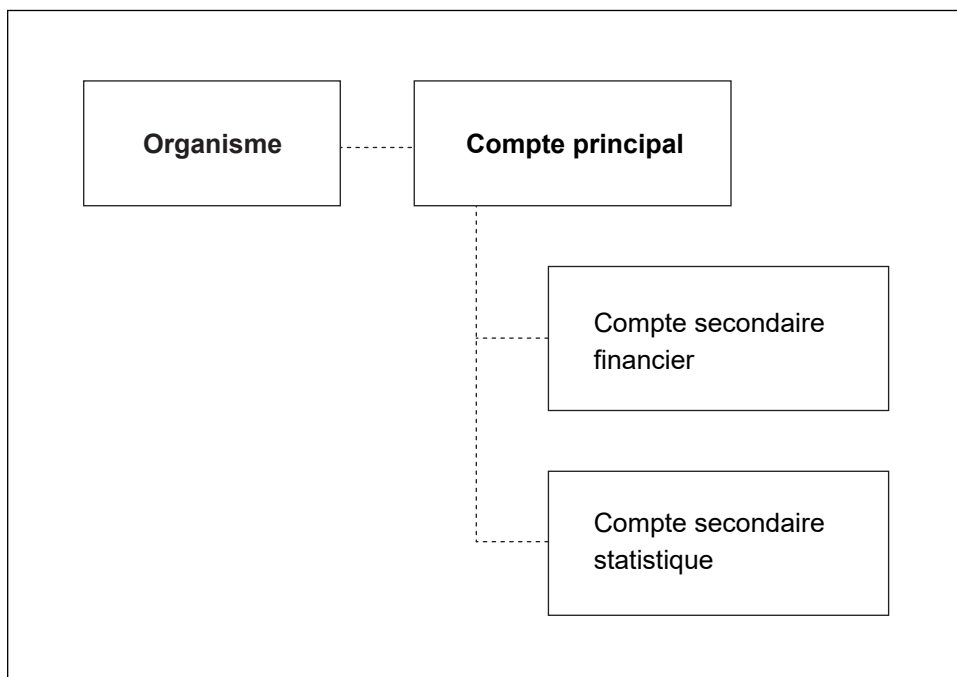
Les Normes SIG servent de cadre pour recueillir l'information financière et statistique liée aux opérations quotidiennes des organismes de services de santé du Canada. Elles ont été élaborées et sont tenues à jour par l'ICIS en consultation avec les provinces et territoires. Chaque autorité compétente participe aux activités du Groupe de travail technique sur les normes et informations financières (NIF) de l'ICIS, qui consistent notamment à discuter des révisions proposées aux normes.

Les Normes SIG comprennent des plans comptables, des principes et pratiques comptables, des systèmes de mesure de la charge de travail et des exigences minimales de déclaration. Elles sont mises à jour tous les 3 ans. Bien que les Normes SIG définissent les exigences minimales de déclaration, la BDCS peut accepter des données plus détaillées.

De plus, les Normes SIG ont été conçues de manière à ce que les provinces et territoires puissent ajouter des comptes plus précis pour répondre à leurs besoins locaux en matière de production de rapports. Les données de ces comptes sont incluses dans celles des comptes nationaux avant d'être soumises à l'ICIS. Les provinces et territoires peuvent aussi utiliser leurs propres normes de production de rapports financiers — généralement une variante des Normes SIG —, puis mettre leurs données en correspondance avant de les soumettre.

Pour comprendre les données de la BDCS, vous devez avoir une compréhension globale de la structure des comptes financiers et statistiques.

Figure 1 Structure du plan comptable des Normes SIG



Comptes principaux

L'utilisation du compte principal avec les comptes secondaires financiers et statistiques permet aux organismes de services de santé de faire le suivi de leurs dépenses, de leurs revenus et de leurs statistiques concernant divers centres d'activité et de comptabilité. Un compte principal peut être un compte de bilan, un compte de centre d'activité ou un compte de centre de comptabilité, tel que l'indique le premier chiffre du numéro de compte.

Par exemple, dans le numéro de compte principal 71 4 10 30 20, le premier chiffre (7) indique qu'il s'agit d'un compte de centre d'activité, et le deuxième chiffre (1) désigne un fonds de fonctionnement. Le troisième chiffre (4) associe le compte aux services diagnostiques et thérapeutiques, et les quatrième et cinquième chiffres (10) indiquent que le centre d'activité est un laboratoire clinique. Les derniers chiffres (30 20) servent à décrire le laboratoire clinique.

Figure 2 Structure du code de compte principal

7 1	4	1 0	3 0	2 0
Niveau de déclaration	2	3	4	5
Type de compte Comptes de bilan à déclarer 1 Actif à court terme 3 Actif à long terme 4 Passif à court terme 5 Passif à long terme et cotisations reportées 6 Actif net/solde de fonds Comptes de bilan des opérations 7 Centres d'activité pour revenus, dépenses et statistiques 8 Centres de comptabilité pour revenus, dépenses et statistiques Type de fonds 1 Fonds de fonctionnement 4 Fonds affecté à des fins particulières par le Conseil d'administration 5 Fonds de capital et d'emprunt 6 Fonds à usage particulier 8 Fonds de dotation — revenu non affecté 9 Fonds de dotation — revenu affecté	Sections du cadre conceptuel des centres d'activité — Niveau 2 1 Services administratifs et de soutien 2 Soins infirmiers aux patients hospitalisés 3 Services de soins ambulatoires 4 Services diagnostiques et thérapeutiques 5 Services de santé communautaires 7 Recherche 8 Enseignement 9 Non réparti	Centres d'activité des services diagnostiques et thérapeutiques — Niveau 3 10 Laboratoire clinique 15 Imagerie médicale 20 Radio-oncologie • •	Centres d'activité du Laboratoire clinique — Niveau 4 • • 25 Chimie clinique 30 Hématologie clinique 35 Services de transfusion • •	Centres d'activité d'hématologie clinique — Niveau 5 20 Hématologie de routine 40 Coagulation 60 Hématologie spéciale (non routinière)

Comptes secondaires financiers

Le compte secondaire financier fournit de l'information supplémentaire sur les données financières indiquées dans les comptes principaux. Le premier chiffre désigne le regroupement global de comptes financiers (p. ex. frais de personnel, fournitures). Le deuxième segment désigne la nature des revenus ou des dépenses, et le troisième permet d'ajouter des précisions. L'unité des données déclarées dans les comptes secondaires financiers est le dollar.

La figure 3 donne un exemple de code de compte secondaire financier qui serait utilisé pour déclarer des dépenses liées à l'achat de pansements (4 60 61).

Les valeurs acceptées pour chaque code de compte sont indiquées dans les Normes SIG.

Figure 3 Structure du code de compte secondaire financier

4	6 0	6 1
Regroupements globaux de comptes secondaires financiers	Nature des revenus ou des dépenses	Ajout de précisions
1 Revenus	•	•
3 Frais de personnel	•	•
4 Fournitures	50 Aliments	60 Général
5 Fournitures imputables et autres frais	55 Diététique	61 Pansements
6 Frais divers	60 Fournitures médicales et chirurgicales	62 Cathéters
7 Dépenses d'équipement	63 Médicaments	63 Aiguilles
8 Services impartis	64 Pharmacie	
9 Dépenses de bâtiments et de terrains		

Comptes secondaires statistiques

Le compte secondaire statistique définit les statistiques qui décrivent l'activité associée au compte principal. Le premier segment désigne le regroupement global de comptes statistiques (p. ex. la charge de travail, l'activité du personnel). Le deuxième segment désigne la statistique (p. ex. unités de charge de travail ou admissions des patients hospitalisés), alors que les troisième et quatrième segments fournissent des précisions (p. ex. catégorie et type de bénéficiaire de services, catégorie d'activité). L'unité des données déclarées dans les comptes secondaires statistiques est un dénombrement ou un volume.

Dans le cas de certaines statistiques, comme la charge de travail ou toute statistique sur l'activité reliée au service, les quatrième et cinquième chiffres peuvent être utilisés pour saisir la catégorie et le type de bénéficiaire de services (p. ex. patient hospitalisé — soins de courte durée, client — services à domicile). Cette information peut s'avérer très utile pour la planification des services.

La figure 4 montre un exemple de code de compte secondaire statistique où des unités de charge de travail sont déclarées pour des services fournis à un patient hospitalisé dont les besoins en réadaptation ont été évalués (1 02 12 10). Les valeurs acceptées pour chaque code de compte sont indiquées dans les Normes SIG.

Figure 4 Structure du code de compte secondaire statistique

1	0 2	1 2	1 0
Regroupements globaux de comptes secondaires statistiques	Nature de la statistique	Ajout de précisions	Ajout de précisions
	Unités de charge de travail	Par catégorie et type de bénéficiaires de services	Par catégorie d'activités
1 Charge de travail 2 Activité du personnel 3 Heures rémunérées 4 Statistiques sur l'activité reliée au service et sur les cas 7 Fonctionnement du centre d'activité 8 Fonctionnement de l'organisme de services de santé et services impartis	02 Rétrospectives, activités reliées aux bénéficiaires de services 13 Services d'alimentation des bénéficiaires de services 14 Dossiers médicaux 18 Laboratoire clinique	10 Patient hospitalisé 11 Patient hospitalisé, soins de courte durée 12 Patient hospitalisé, réadaptation 15 Patient hospitalisé, santé mentale 16 Patient hospitalisé, soins prolongés 18 Patient hospitalisé, soins de longue durée en santé mentale 20 Client d'un hôpital 21 Client d'un hôpital, services d'urgence 22 Client d'un hôpital, chirurgie d'un jour saisie • •	10 Évaluation 20 Intervention thérapeutique 30 Consultation et collaboration

Pour en savoir plus, consultez les Normes SIG (accessibles dans la [Boutique en ligne](#) de l'ICIS, sans frais pour les abonnés de notre Plan de base^{iv}). Pour savoir si votre organisme a déjà téléchargé les Normes SIG ou s'il est abonné au Plan de base, écrivez à aide@icis.ca.

Principes et pratiques comptables

Les Normes SIG ont été élaborées selon les principes comptables généralement reconnus. Toutefois, dans certains domaines, elles offrent plus de précisions que le *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*.

Les principes et pratiques comptables orientent la mesure, la classification et l'interprétation des données au moyen d'états financiers. Ils ont été conçus afin de répondre aux besoins spécifiques en matière d'information de gestion des grands et des petits organismes de services de santé au Canada. De plus, ils permettent d'uniformiser la classification des comptes et des statistiques dans le domaine de la santé.

Les données sont soumises à l'ICIS après la fermeture des livres comptables, soit après la clôture de chaque exercice, habituellement en octobre au plus tard. Les données de la BDCS sont décalées par rapport aux données cliniques déclarées à d'autres bases de données de l'ICIS, comme la [Base de données sur les congés des patients](#) (BDGP) et le [Système national d'information sur les soins ambulatoires](#) (SNISA), les données cliniques étant généralement soumises plus fréquemment à l'ICIS.

Organismes qui déclarent à la BDCS

Portée

La BDCS a été conçue pour recueillir de l'information sur tous les organismes de services de santé utilisant les Normes SIG ou sur les organismes qui peuvent mettre leurs données en correspondance avec les Normes SIG. Actuellement, la population de référence comprend tous les organismes de services de santé relevant des autorités sanitaires régionales ou du ministère de la Santé des provinces et territoires. La soumission de données est volontaire, sauf si la province ou le territoire l'impose.

Les représentants du Québec et du Nunavut participent aux activités du Groupe de travail technique sur les NIF.

iv. Les abonnés du Plan de base comprennent tous les organismes de services de santé qui déclarent des données à l'ICIS.

Les organismes de services de santé qui ne relèvent pas d'une autorité sanitaire régionale ne font actuellement pas partie de la population de référence de la BDCS, par exemple les services ou organismes de services de santé gérés par un ministère fédéral (comme Service correctionnel Canada, Services aux Autochtones Canada, ou Santé Canada) ou appartenant à des intérêts privés (p. ex. des établissements de soins de longue durée non financés par une autorité sanitaire régionale).

Provinces et territoires

Chaque province et territoire, à l'exception du Québec et du Nunavut, soumet des données à la BDCS. Le Québec utilise quant à lui les normes financières du *Manuel de gestion financière* (MGF). En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, l'ICIS a mis en correspondance les normes du MGF et les Normes SIG afin que les données sur les patients hospitalisés au Québec puissent être utilisées avec celles des autres provinces et territoires.

Les représentants du Québec et du Nunavut participent aux activités du Groupe de travail technique sur les NIF.

Notez que les données sur les dépenses d'exploitation des ministères de la Santé des provinces et territoires, y compris pour les services de santé fournis directement par les ministères, ne sont pas soumises à la BDCS. Pour mieux comprendre les macrodonnées sur les dépenses, consultez l'information sur la [Base de données sur les dépenses nationales de santé](#)^v (BDDNS) de l'ICIS.

Autorités sanitaires régionales

Dans les provinces et territoires où les services de santé sont gérés par une ou des autorités sanitaires régionales, les données régionales sont également soumises à la BDCS, ce qui permet de dresser le portrait complet des services de santé à l'échelle de l'autorité sanitaire régionale.

Hôpitaux

Dans la BDCS, un hôpital est défini comme un établissement où les patients sont hébergés en fonction de leurs besoins médicaux et où ils reçoivent des soins médicaux continus et des services diagnostiques et thérapeutiques connexes. Les hôpitaux sont agréés ou approuvés

v. La BDDNS contient des données sur toutes les dépenses de santé au Canada. Les données sont extraites de divers documents publics, comme les comptes publics nationaux, provinciaux et territoriaux et d'autres rapports financiers, ainsi que des documents d'assureurs privés, d'AC Nielsen Canada et de Statistique Canada.

comme tels par un gouvernement provincial ou territorial. Cette définition inclut les hôpitaux spécialisés, comme les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux de réadaptation et les hôpitaux pour convalescents.

Organismes de services de santé non hospitaliers

Les organismes qui dispensent des services comme des soins de longue durée, des services de santé communautaires, des services sociaux, des services à domicile et des services de santé publique sont désignés comme des organismes non hospitaliers dans la BDCS. Il ne faut pas oublier que la variation dans le panier de services offerts par les autorités sanitaires régionales et les ministères de la Santé de chaque province ou territoire entraîne des lacunes dans les données à l'échelle nationale.

Cheminement des données de la BDCS

Les organismes de services de santé envoient leurs données financières à leur ministère provincial ou territorial, habituellement par l'intermédiaire de leur autorité sanitaire régionale. Les ministères examinent les données pour s'assurer qu'elles sont compatibles aux Normes SIG et qu'elles respectent les principes et pratiques comptables en vigueur dans leur province ou territoire. Ce processus qui peut prendre plusieurs mois après la fin de l'exercice financier. Les ministères doivent aussi parfois préparer les données ou les mettre en correspondance avec les Normes SIG nationales. Une fois ces processus terminés, les données sont soumises à l'ICIS. Afin que les provinces et territoires aient le temps de préparer leurs données, l'ICIS a fixé l'échéance de soumission au 1^{er} octobre, soit 6 mois après la fin de l'exercice financier.

Il peut arriver que les fournisseurs de données veuillent soumettre de nouveau leurs données après les avoir corrigées. L'année de données de la BDCS n'est jamais close. Les données corrigées sont acceptées en tout temps si le fournisseur en fait la demande et si le changement est jugé important. L'ICIS publie les données disponibles les plus récentes,

car elles sont considérées comme les plus exactes. L'ICIS ne corrige habituellement pas les données publiées avant le cycle de publication suivant. Les tableaux de données peuvent donc parfois différer de ceux publiés les années précédentes.

Analyser les données de la BDCS

Niveau d'analyse

Les données de la BDCS peuvent être analysées au niveau de l'établissement, de l'autorité sanitaire régionale (ou de la zone), et de la province ou du territoire. L'utilisateur qui effectue une analyse au niveau de l'établissement ou de l'autorité sanitaire régionale doit prendre note que tout changement organisationnel (p. ex. fermeture, fusion ou scission) est susceptible d'influer sur la comparabilité longitudinale de l'information.

Les données de la BDCS peuvent aussi servir à estimer les coûts d'hospitalisation de certains patients ou groupes de patients. Combiné à des données cliniques, l'indicateur Coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH) de l'ICIS permet de calculer des estimations pour des groupes précis de patients qui peuvent être regroupés en fonction des besoins. Pour en savoir plus, consultez la section ci-dessous sur les [indicateurs diffusés publiquement](#).

Tendances dans les données de la BDCS

Des tendances sur de nombreuses années peuvent être dégagées de la BDCS. Ce faisant, l'utilisateur doit toutefois tenir compte des changements dans les structures provinciales et territoriales de prestation de services — en particulier si les services ont été réorganisés. Si l'ICIS est au courant d'un changement majeur, une remarque à cet effet sera ajoutée dans ses publications de données historiques.

L'indicateur CSSH et certains autres produits financiers de l'ICIS reposent aussi sur des données cliniques regroupées à l'aide des méthodologies de regroupement des clients de l'ICIS. Lorsqu'il utilise des indicateurs combinant des données financières et cliniques, l'utilisateur doit prendre en considération les années de données des 2 sources d'information, ainsi que [la méthodologie de regroupement utilisée dans les calculs](#). Pour en savoir plus, consultez la section ci-dessous sur les [indicateurs diffusés publiquement](#).

Dans certains cas, l'ICIS peut calculer des estimations prévisionnelles jusqu'à l'année de données la plus récente (inclusivement). Pour ces années où les données de la BDCS ne sont pas encore disponibles, l'ICIS a élaboré une méthodologie fondée sur l'indice des prix à la consommation de Statistique Canada qui lui permet de prévoir les valeurs. Cette méthodologie ne peut être utilisée qu'avec l'indicateur CSSH. Elle est employée pour le calcul des coûts estimés dans l'outil Web [Votre système de santé : En profondeur](#) de l'ICIS.

Rémunération des médecins

Dans les provinces et territoires du Canada, de nombreux médecins sont payés directement par le régime public d'assurance maladie. Ces paiements ne sont pas inclus dans la BDCS.

Cependant, la BDCS comprend des données sur les paiements faits aux médecins par les organismes de services de santé déclarants. Il peut s'agir du salaire ou d'une autre forme de rémunération.

Comme la méthode utilisée pour rémunérer les médecins varie considérablement à l'échelle pancanadienne, l'ICIS exclut souvent les dépenses liées à la rémunération des médecins de ses indicateurs et rapports.

Mesures de la qualité pour la BDCS tout au long du cycle de vie de l'information

La présente section porte sur les processus et les normes que l'ICIS utilise pour assurer la qualité des données et de l'information tout au long de leur cycle de vie pour la BDCS (collecte, soumission, traitement, analyse et diffusion).

Saisie et collecte des données

La méthode de collecte des données statistiques et financières varie d'un hôpital et d'une région sanitaire à l'autre. Tout d'abord, les données sont saisies par l'équipe des finances ou d'autres membres du personnel de l'organisme de services de santé. Idéalement, la saisie et la collecte des données sont automatisées, mais outre l'usage de systèmes informatiques, elles exigent généralement l'entrée et l'extraction manuelles des données des dossiers des patients. Les données statistiques proviennent souvent de plusieurs systèmes hospitaliers, comme les systèmes de gestion des ressources humaines, les systèmes de paye et les systèmes d'admission, de congé et de transfert (ACT).

Peu importe la méthode de collecte, les données sont entrées dans des grands livres comptables et statistiques, ce qui permet de générer les données financières et statistiques fondées sur les Normes SIG ou les normes locales. Ces données sont ensuite mises en correspondance avec les comptes nationaux (Normes SIG), compilées dans des fichiers de soumission et soumises à l'autorité sanitaire régionale ou au ministère de la Santé^{vi}.

vi. Le ministère de la Santé provincial ou territorial est l'autorité qui recueille les données dans son territoire de compétence. Il est responsable de déterminer la portée des données à déclarer à la BDCS et de s'assurer que celles-ci sont conformes aux Normes SIG et aux exigences de déclaration de la BDCS.

Mesures de la qualité de l'ICIS (saisie et collecte des données)

Lors de l'étape de la saisie des données au cours du cycle de vie de l'information de la BDCS, l'ICIS prend les mesures suivantes de contrôle de la qualité pour faire en sorte que les données recueillies respectent une norme commune et pour prévenir les problèmes de qualité des données :

- Encourager les fournisseurs de données à utiliser la saisie électronique pour recueillir l'information financière et à utiliser les données qui se trouvent dans les systèmes existants (p. ex. les systèmes de paye ou les systèmes ACT) pour compiler leur information financière et statistique. Ainsi, les utilisateurs peuvent faire une seule collecte pour des utilisations multiples, l'uniformité des données est garantie et chacun a les mêmes paramètres.
- Permettre aux organismes de services de santé de créer dans les Normes SIG des comptes plus détaillés pour répondre à leurs besoins locaux.
- Veiller à ce que les Normes SIG correspondent aux pratiques courantes en faisant appel à divers groupes consultatifs afin de mettre régulièrement les normes à jour.
- Former le Groupe de travail technique sur les NIF pour aider les provinces et territoires à mettre en œuvre et à interpréter les Normes SIG et à apprendre les uns des autres.
- Offrir des cours sur la codification des dépenses, des revenus et des statistiques conformément aux Normes SIG.
- Répondre aux questions des intervenants sur la codification et l'interprétation des normes.

Soumission des données

L'ICIS reçoit les données des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, sauf dans quelques cas. Les données du Yukon sont soumises par la Régie des hôpitaux du Yukon, tandis que celles du Québec sont téléchargées à partir d'un site Web public provincial.

L'ICIS considère comme fournisseur de données la province, le territoire ou l'autorité sanitaire régionale qui lui soumet les données, même si certains (à l'exclusion de la Régie des hôpitaux du Yukon) ne recueillent pas les données. À la réception des données financières et statistiques, l'autorité sanitaire régionale ou le ministère vérifie qu'elles respectent les Normes SIG, procède à la mise en correspondance et aux préparations s'il y a lieu, puis les soumet de manière sécuritaire à l'ICIS une fois par année. Les fichiers de données soumis à l'ICIS sont préparés à l'aide de spécifications de données élaborées et mises à jour par l'ICIS. La première échéance de soumission à l'ICIS est le 1^{er} octobre de chaque année pour l'année (exercice financier) de données se terminant le 31 mars. Les provinces et territoires peuvent choisir de soumettre de nouveau leurs données à l'ICIS si des problèmes de qualité des données sont décelés. Les données sont normalement disponibles aux fins d'analyse en janvier ou en février.

Les fournisseurs de données créent 4 fichiers distincts pour leurs soumissions à la BDCS : le fichier des établissements, le fichier des comptes principaux, le fichier des comptes secondaires et le fichier de transaction.

- Le fichier des établissements contient l'identification et les coordonnées de tous les organismes de services de santé qui soumettent des données, y compris la date d'ouverture et de fermeture de chaque établissement.
- Le fichier des comptes principaux contient les numéros ou codes de comptes principaux pour les divers comptes de bilan, ainsi que les centres d'activité et de comptabilité sur lesquels des données sont déclarées.
- Le fichier des comptes secondaires contient les comptes secondaires financiers ou statistiques ou les codes utilisés pour déclarer la charge de travail, les heures rémunérées, les frais de personnel et d'autres renseignements décrivant chaque transaction financière.
- Le fichier de transaction contient des données financières et statistiques recueillies par les établissements au niveau des transactions. Chaque transaction est associée à un compte principal, à un compte secondaire financier, à un compte secondaire statistique et à une quantité.

Mesures de la qualité de l'ICIS (soumission des données)

Les mesures suivantes servent à garantir la qualité des données à l'étape de soumission :

- Transmettre les spécifications de soumission de la BDCS aux fournisseurs de données tous les ans.
- Exécuter des vérifications automatiques et fournir des rapports opérationnels durant le processus de soumission en ligne. Le système rejette automatiquement toutes les données dans lesquelles il détecte des erreurs graves (p. ex. les données déclarées dans des comptes non définis).
- Permettre aux fournisseurs de données de soumettre de nouveau leur fichier complet ou seulement les enregistrements corrigés.
- Fournir les rapports préliminaires sur la qualité des données aux fournisseurs de données provinciaux et territoriaux à l'étape finale du processus de soumission et leur accorder 2 mois pour corriger les erreurs et soumettre de nouveau les enregistrements.
- Répondre aux questions des fournisseurs de données sur la soumission et communiquer activement avec eux durant la période de soumission des données afin de passer en revue les problèmes de qualité des données détectés les années précédentes.
- Organiser régulièrement des réunions avec les fournisseurs de données (membres du Groupe de travail technique sur les NIF) durant la période de soumission des données afin de régler d'éventuels problèmes et d'être informé des retards potentiels dans la soumission.
- Recommander des réunions sur la qualité des données provinciales et territoriales tout au long de l'année et y assister, au besoin.

Vérifications automatiques de la BDCS

Dès la soumission sécuritaire des données à la BDCS, des rapports de soumission détaillés sont envoyés aux fournisseurs de données. Ces rapports décrivent les problèmes liés aux données soumises. Il peut s'agir d'erreurs techniques, d'erreurs de validation ou d'erreurs de qualité des données. La présence d'erreurs techniques ou de validation empêche la saisie des données dans la BDCS. L'échéance de soumission des données corrigées est le 1^{er} décembre.

Les erreurs techniques surviennent lorsque les données soumises ne respectent pas les spécifications de soumission de la BDCS ou lorsqu'un fichier soumis contient des enregistrements en double. Les erreurs de validation surviennent s'il y a disparité entre les fichiers détectés. Par exemple, il peut y avoir disparité si le fichier de transaction contient des données déclarées pour un compte ou un organisme de services de santé qui n'a pas été défini dans le fichier des comptes principaux, le fichier des comptes secondaires ou le fichier des établissements.

Lorsqu'un fichier est rejeté, un rapport opérationnel est envoyé au fournisseur de données pour lui expliquer les motifs du rejet. Le fichier de transaction est chargé seulement si le fichier des établissements, le fichier des comptes principaux et le fichier des comptes secondaire ne comportent pas d'erreurs.

Les enregistrements dans lesquels il manque de l'information sont pour leur part acceptés dans la BDCS, mais signalés. Les fournisseurs de données sont informés des éléments de données ou des enregistrements manquants dans leur rapport préliminaire sur la qualité des données. Ils peuvent choisir de corriger la situation et de soumettre de nouveau leurs données avant l'échéance du 1^{er} décembre.

Rapports préliminaires sur la qualité des données provinciales et territoriales de la BDCS

Peu après la réception de données par l'ICIS, un rapport préliminaire sur la qualité des données est préparé et envoyé au fournisseur. Le rapport présente les résultats des contrôles de la qualité des données faits sur les données soumises. À ce titre, il mesure la conformité des comptes financiers et statistiques aux spécifications de soumission de la BDCS, fait la balance de vérification à l'échelle provinciale ou territoriale et vérifie la tendance sur 3 ans. Le rapport évalue en profondeur les variables qui seront utilisées dans les rapports annuels de l'ICIS, comme l'indicateur CSSH, l'indicateur Ratio des dépenses des services organisationnels et d'autres contrôles de la qualité des données pour les taux fournis aux provinces en vertu des ententes interprovinciales en matière d'assurance maladie.

Traitement des données

Pour préparer les données aux fins d'analyse, l'ICIS doit passer par diverses activités de préparation, comme le calcul des éléments de données dérivés et le signalement des problèmes de qualité qui ont échappé au processus de correction des soumissions.

Les changements suivants sont aussi effectués :

- Les dépenses et revenus transactionnels régionaux sont répartis entre les établissements et autres organismes de services de santé de l'autorité sanitaire régionale aux fins de comparabilité à l'échelle nationale.
- Les dépenses et les statistiques déclarées dans les comptes provisoires qui n'ont pas été supprimés par les fournisseurs de données sont réaffectées aux centres d'activité d'absorption selon le pourcentage des dépenses totales^{vii}.

Extraction de données analytiques

Après l'affectation des fonds transactionnels régionaux et la suppression des comptes provisoires, une extraction de données analytiques est créée. Elle comprend des données des provinces et territoires, à l'exception du Québec et du Nunavut. Il s'agit de la source unique de données qui sera utilisée pour répondre aux demandes de données et faire les analyses. Les données du Québec qui ont été couplées avec les Normes SIG sont conservées dans un fichier d'analyse distinct.

L'extraction de données analytiques est généralement mise à jour à la réception des données corrigées par les provinces et territoires. L'ICIS a pour pratique d'utiliser l'extraction de données la plus récente pour ses diffusions de données, ce qui entraîne occasionnellement des disparités entre les diffusions de données. La date de l'extraction de données est fournie dans les publications pour aider les utilisateurs à interpréter l'information et permettre la reproduction des résultats.

vii. Les comptes provisoires sont des comptes principaux utilisés pour faire le suivi des ressources requises pour soutenir de multiples centres d'activité au cours d'une année. Les dépenses et les statistiques sont distribuées périodiquement aux centres d'activité d'absorption, généralement à la fin de l'exercice. Par exemple, le compte administratif des laboratoires cliniques est un compte provisoire, car le personnel administratif des laboratoires apporte son soutien à de nombreux laboratoires. Par conséquent, les salaires, dépenses connexes et statistiques sont déclarés dans le compte administratif du laboratoire clinique jusqu'à la fin de l'exercice, puis répartis entre les divers laboratoires cliniques soutenus par le personnel dans l'hôpital.

Mesures de la qualité de l'ICIS (traitement des données)

Voici les mesures prises pour garantir la qualité des données à l'étape de traitement des données :

- L'ICIS fait un contrôle rigoureux de la qualité des données analytiques pour s'assurer qu'elles ont été réparties correctement.
- L'ICIS vérifie les tendances des indicateurs principaux dans les données analytiques extraites pour signaler les fluctuations irrégulières et effectue des vérifications auprès du fournisseur de données, au besoin.

Analyse et diffusion des données

Les données de la BDCS sont diffusées de nombreuses manières, dans divers produits de l'ICIS ou directement aux clients qui en font la demande. Avant de diffuser toute donnée analytique, l'ICIS procède à une vérification et à une approbation internes rigoureuses en vérifiant notamment l'exactitude des données et la conformité avec sa [Politique de respect de la vie privée](#).

Tableau 1 Produits de la BDCS

Produit de l'ICIS	Courte description	Où trouver le produit
Statistiques éclair	Des tableaux Excel statiques qui fournissent des données sur les lits disponibles et dotés de personnel, par hôpital et par service	Site Web public
Estimateur des coûts par patient	Un outil interactif qui présente des estimations du coût moyen des services hospitaliers à l'échelle nationale, par autorité compétente, groupe clinique (groupe client) et groupe d'âge des patients	Site Web public
Votre système de santé (VSS)	<p>Une série d'outils interactifs qui fournit des résultats et des comparaisons pour plus de 30 indicateurs cliniques et financiers (2 indicateurs financiers [CSSH et Ratio des dépenses des services organisationnels] et 2 mesures contextuelles [taux d'occupation et nombre de lits en soins de courte durée])</p> <p>Les résultats sont accessibles au niveau de l'établissement, de la région, et de la province ou du territoire</p>	<p>VSS : En bref — site Web public</p> <p>VSS : En détail — site Web public</p> <p>VSS : En profondeur — utilisateurs autorisés seulement; identifiants requis</p>
Rapports sur les dépenses hospitalières	Des rapports annuels qui présentent une série de tableaux et de points saillants et permettent d'examiner en détail les dépenses hospitalières de chaque province ou territoire et du Canada	Site Web public

Produit de l'ICIS	Courte description	Où trouver le produit
Proportions de la pondération de la consommation des ressources (PCR) des secteurs d'activité	Des pondérations qui peuvent servir à ventiler davantage les estimations des coûts des services hospitaliers par secteur d'activité (à l'aide des outils de l'ICIS liés aux groupes clients) Accessible dans la Boutique en ligne de l'ICIS, sous « Tableaux de la GMA+ »	Site Web public
Portail de l'ICIS	Un accès à des données pancanadiennes détaillées avec la possibilité d'entreprendre des analyses et de créer des rapports personnalisés Information sur les prix et ressources supplémentaires	Utilisateurs autorisés seulement; abonnement requis
Rapports électroniques de la BDCS	Semblable au Portail; les utilisateurs peuvent explorer les données jusqu'au niveau des comptes principaux et créer des rapports personnalisés fondés sur certains indicateurs préétablis	Fournisseurs de données seulement; identifiants requis
Demande de données	Les chercheurs, décideurs et gestionnaires de la santé peuvent demander des données spécifiques provenant d'une ou de plusieurs bases de données de l'ICIS Information et formulaire de demande	Les frais sont facturés aux clients selon le principe de recouvrement des coûts (taux horaire)

Ressources soutenant la saisie, la collecte et l'utilisation des données

L'ICIS met à la disposition des intervenants une série de produits de formation sur les Normes SIG, les données de la BDCS et les produits connexes.

Vous trouverez la liste complète des formations offertes dans le [Centre d'apprentissage de l'ICIS](#). Les formations sont gratuites pour les abonnés du Plan de base^{viii}.

viii. Tous les organismes de services de santé qui déclarent des données à l'ICIS sont abonnés au Plan de base.

Données de la BDCS diffusées publiquement

Plusieurs indicateurs et produits clés sont générés tous les ans à partir des données de la BDCS. Ils aident les intervenants du système de santé à planifier et à prendre des décisions.

Ratio des dépenses des services organisationnels

Autrefois appelé « Ratio des dépenses administratives », le Ratio des dépenses des services organisationnels mesure le pourcentage des dépenses totales de l'entité juridique consacré aux services administratifs (p. ex. l'administration, les finances, les ressources humaines, les communications).

Les résultats de l'indicateur sont accessibles au public dans [Votre système de santé : En détail](#). Pour en savoir plus sur la méthodologie de calcul de l'indicateur et les niveaux de déclaration, cherchez « Ratio des dépenses des services organisationnels » dans le [Répertoire des indicateurs](#).

Coût d'un séjour standard à l'hôpital

L'indicateur Coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH) fournit une estimation des coûts de prestation des services aux patients hospitalisés. Cet indicateur est unique parce qu'il utilise de l'information de la BDCS et de la [BDCCP](#), qui contient des données sur les séjours dans les divers hôpitaux du Canada. Il est souvent utilisé pour répondre aux demandes de données sur les coûts estimés pour un groupe précis de patients, défini par leurs caractéristiques cliniques. Le CSSH est calculé à plusieurs niveaux — hôpital, province, région, pays —, mais le plus souvent à l'échelle provinciale ou territoriale.

Le calcul du CSSH d'un hôpital consiste à diviser le total des coûts pour les patients hospitalisés dans cet hôpital par la pondération de la consommation des ressources (PCR) de cet hôpital comme suit :

$$\text{CSSH}_{(\text{hôpital})} = \text{total des coûts pour les patients hospitalisés} \div \text{PCR totale de l'hôpital}$$

Le CSSH décrit donc le coût moyen pour traiter un patient moyen dans chaque hôpital avec une PCR de 1,0. La PCR représente les ressources relatives consommées par un patient au cours de son séjour à l'hôpital. Elle compare la consommation des ressources liée à ce séjour à l'hôpital par rapport à celle d'un patient moyen.

Ceci nous permet d'estimer les coûts de n'importe quel cas en multipliant le résultat de l'indicateur CSSH de l'hôpital par la PCR de la consultation (un indicateur de ressources créé à partir de la [méthodologie GMA+](#) pour les cas de patients hospitalisés et du [Système global de classification ambulatoire \[SGCA\]](#) pour les soins ambulatoires) :

$$\text{Estimation des coûts}_{(\text{cas individuel})} = \text{CSSH}_{(\text{hôpital})} \times \text{PCR}_{(\text{cas individuel})}$$

Il est important de noter que l'estimation des coûts obtenue inclut les coûts associés au séjour complet du patient à l'hôpital et pas seulement à l'intervention subie. De plus, cette estimation exclut la rémunération du ou des médecins.

Cette méthodologie est aussi utilisée dans l'[Estimateur des coûts](#) par patient et d'autres produits de l'ICIS.

Les résultats de l'indicateur CSSH sont accessibles au public dans [Votre système de santé : En détail](#). Pour en savoir plus sur la méthodologie de calcul de l'indicateur, cherchez « CSSH » dans le [Répertoire des indicateurs](#).

Vous pouvez aussi explorer les formations offertes par l'ICIS ou écrire à nif@icis.ca pour en savoir plus sur la méthodologie CSSH × PCR et les années disponibles.

Tableau des lits disponibles et dotés de personnel

Le tableau des lits disponibles et dotés de personnel représente les lits d'adultes et d'enfants disponibles et dotés de personnel pour dispenser les services nécessaires aux patients hospitalisés ou aux résidents. Cette information est diffusée annuellement dans les rapports [Statistiques éclair](#) de l'ICIS; pour la trouver, utilisez l'option de filtrage « BDCS ». Vous trouverez une tendance sur 10 ans dans le [rapport sur les dépenses hospitalières](#) de 2020.

Pour en savoir plus sur les lits disponibles et dotés de personnel, écrivez à nif@icis.ca.

Proportions de la pondération de la consommation des ressources (PCR) des secteurs d'activité

Les proportions de la PCR des secteurs d'activité servent à déterminer la proportion des ressources consommées par secteur d'activité (regroupement de centres d'activité semblables) et groupe clinique, regroupés selon la [méthodologie GMA+](#) pour les cas de patients hospitalisés ou le [SGCA](#) pour les soins ambulatoires. Les tableaux de proportions de la PCR des secteurs d'activité permettent aux utilisateurs de ventiler davantage les estimations du CSSH. Ils sont accessibles dans la [Boutique en ligne](#) de l'ICIS, sous « Tableaux de la GMA+ ».

Pour en savoir plus sur les proportions de la PCR des secteurs d'activité, écrivez à nif@icis.ca.

Élément de données des Normes SIG utilisées dans les bases de données cliniques de l'ICIS

Les Normes SIG sont aussi utilisées pour recueillir de l'information dans 2 des principales bases de données cliniques hospitalières de l'ICIS, soit la BDCP et le SNISA, où le code de centre d'activité est saisi pour chaque enregistrement clinique.

Les codes ou comptes de centre d'activité des Normes SIG dans la BDCS et la BDCP ou le SNISA sont fondés sur les Normes SIG et ont les mêmes définitions. Par exemple, le SNISA et la BDCS utilisent le compte de centre d'activité des Normes SIG 71 3 10 (services de soins ambulatoires — service d'urgence) pour déclarer des services de soins ambulatoires fournis dans un service d'urgence.

Toutefois, il existe des différences dans le type d'information recueillie dans ces bases de données et dans l'utilisation de cette information. Tandis que la BDCS recueille le niveau d'activité (p. ex. le volume), la BDCP et le SNISA recueillent de l'information plus détaillée sur chaque activité (p. ex. l'heure d'arrivée, la date de la visite, le code d'intervention et le code du diagnostic). L'inclusion du centre d'activité des Normes SIG (code principal) dans le dossier clinique fournit à l'organisme de services de santé un autre moyen de comprendre et de valider le lien entre ses données cliniques et financières.

Pour en savoir plus sur la déclaration du code du centre d'activité des Normes SIG dans la BDCP ou le SNISA, écrivez à bdca@icis.ca.

Aperçu des données de la BDCS

Dénombrement des organismes

C'est la province ou le territoire qui détermine si un organisme de services de santé est considéré comme un hôpital ou non dans la BDCS.

Tableau 2 Nombre d'hôpitaux ayant déclaré des données à la BDCS, 2015-2016 à 2019-2020

Province ou territoire	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Terre-Neuve-et-Labrador	34	34	34	34	34
Île-du-Prince-Édouard	7	7	7	7	7
Nouvelle-Écosse	37	37	37	37	37
Nouveau-Brunswick	25	25	25	25	25
Ontario	149	149	147	144	143
Manitoba	72	72	72	72	72
Saskatchewan	62	63	62	62	62
Alberta	109	109	109	108	108
Colombie-Britannique	99	98	98	99	98
Yukon	3	3	3	3	3
Territoires du Nord-Ouest	4	4	4	4	4
Total	601	601	598	595	593

Tableau 3 Nombre d'organismes de services de santé non hospitaliers ayant déclaré des données à la BDCS, 2015-2016 à 2019-2020

Province ou territoire	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Terre-Neuve-et-Labrador	58	59	60	59	56
Île-du-Prince-Édouard	57	59	58	90	94
Nouvelle-Écosse	3	3	3	3	3
Nouveau-Brunswick	90	91	90	93	93
Ontario	730	741	702	712	655
Manitoba	90	90	90	92	93
Saskatchewan	339	341	526	543	549
Alberta	183	181	185	197	195
Colombie-Britannique	153	170	179	195	210
Yukon	0	0	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest	7	4	4	4	4
Total	1 710	1 739	1 897	1 988	1 952

Ressources supplémentaires

- [Métadonnées de la BDCS](#)
- [Normes SIG](#)
- [Programme de qualité des données et de l'information](#)
- [Formulaires de demande de données](#)

Annexe

Texte de remplacement pour les figures

Texte de remplacement pour la figure 1

La figure 1 montre la relation entre l'organisme et le compte principal, ainsi qu'entre le compte principal et les comptes secondaires financiers et statistiques, respectivement.

Texte de remplacement pour la figure 2

La figure 2 illustre la composition du code principal, de gauche à droite, en utilisant l'exemple de code principal 71 4 10 30 20. Ce code principal est utilisé pour décrire le centre d'activité d'un laboratoire d'hématologie de routine au niveau de déclaration 5. Il permet de déclarer les dépenses, recettes et statistiques liées à toutes les activités qui se déroulent dans ce laboratoire.

Le premier chiffre du code principal désigne le type de compte. Dans l'exemple, ce chiffre est 7, ce qui désigne un centre d'activité. Le deuxième chiffre correspond au type de fonds. Dans l'exemple, ce chiffre est 1, ce qui désigne un fonds de fonctionnement.

Le niveau de déclaration 2 est composé d'un chiffre qui correspond au cadre conceptuel du centre d'activité. Dans l'exemple, ce chiffre est 4, ce qui désigne le cadre conceptuel des services diagnostiques et thérapeutiques.

Les niveaux de déclaration 3, 4 et 5 sont composés de 2 chiffres chacun et décrivent le centre d'activité en détail. Ici, le niveau de déclaration 3 comporte le chiffre 10, ce qui désigne un laboratoire clinique. Le code de centre d'activité de niveau 4 est 30, ce qui désigne un laboratoire d'hématologie clinique. Celui de niveau 5 est 20, ce qui désigne l'hématologie de routine.

Les valeurs acceptées pour les types de comptes (premier chiffre) sont les suivantes :

- 1 Actif à court terme
- 3 Actif à long terme
- 4 Passif à court terme et cotisations reportées
- 5 Passif à long terme et cotisations reportées
- 6 Actif net/solde de fonds
- 7 Centres d'activité pour revenus, dépenses et statistiques
- 8 Centres de comptabilité pour revenus, dépenses et statistiques

Les valeurs acceptées pour les types de fonds (deuxième chiffre) sont les suivantes :

- 1 Fonds de fonctionnement
- 4 Fonds affectés à des fins particulières par le conseil d'administration
- 5 Fonds de capital et d'emprunt
- 6 Fonds à usage particulier
- 8 Fonds de dotation — revenu non affecté
- 9 Fonds de dotation — revenu affecté

Les valeurs acceptées pour le cadre conceptuel des centres d'activité (troisième chiffre) sont les suivantes :

- 1 Services administratifs et de soutien
- 2 Soins infirmiers aux patients hospitalisés
- 3 Services de soins ambulatoires
- 4 Services diagnostiques et thérapeutiques
- 5 Services de santé communautaires
- 7 Recherche
- 8 Enseignement
- 9 Non réparti

Les exemples de valeurs acceptées pour les centres d'activité du cadre conceptuel des services diagnostiques et thérapeutiques au niveau 3 (quatrième et cinquième chiffres) sont les suivants :

- 10 Laboratoire clinique
- 15 Imagerie médicale
- 20 Radio-oncologie

Les exemples de valeurs acceptées pour les centres d'activité de laboratoire clinique au niveau 4 (sixième et septième chiffres) sont les suivants :

- 25 Chimie clinique
- 30 Hématologie clinique
- 35 Services de transfusion

Les exemples de valeurs acceptées pour les centres d'activité d'hématologie clinique au niveau 5 (huitième et neuvième chiffres) sont les suivants :

- 20 Hématologie de routine
- 40 Coagulation
- 60 Hématologie spéciale (non routinière)

Texte de remplacement pour la figure 3

La figure 3 décrit la composition du code secondaire financier à l'aide d'un exemple de code utilisé pour décrire des dépenses liées à l'achat de pansements (4 60 61). Le code est composé de 5 chiffres répartis en 3 groupes.

Le premier chiffre désigne le regroupement global de comptes secondaires financiers. Les valeurs acceptées sont les suivantes :

- 1 Revenus
- 3 Frais de personnel
- 4 Fournitures
- 5 Fournitures imputables et autres frais
- 6 Frais divers
- 7 Dépenses d'équipement
- 8 Services impartis
- 9 Dépenses de bâtiments et de terrains

Les deuxième et troisième chiffres décrivent la nature des revenus ou des dépenses. Les exemples de valeurs acceptées pour la nature d'un revenu ou d'une dépense dans le regroupement global 4 associé aux fournitures sont les suivants :

- 50 Aliments
- 55 Diététique
- 60 Fournitures médicales et chirurgicales
- 63 Médicaments
- 64 Pharmacie

Les quatrième et cinquième chiffres donnent des précisions supplémentaires sur la nature des revenus ou des dépenses. Les exemples de valeurs acceptées pour les précisions sur les dépenses de nature 60 Fournitures médicales et chirurgicales dans le regroupement global 4 sont les suivants :

- 60 Général
- 61 Pansements
- 62 Cathéters
- 63 Aiguilles

Texte de remplacement pour la figure 4

La figure 4 montre la composition d'un code de compte secondaire statistique décrivant un compte où des unités de charge de travail sont déclarées pour des services fournis à un patient hospitalisé ayant reçu une évaluation de ses besoins en réadaptation (1 02 12 10).

Le code de compte secondaire statistique est composé de 7 chiffres répartis en 4 groupes.

Le premier chiffre désigne le regroupement global de comptes secondaires statistiques.

Les valeurs acceptées sont les suivantes :

- 1 Charge de travail
- 2 Activité du personnel
- 3 Heures rémunérées
- 4 Statistiques sur l'activité reliée au service et sur les cas
- 7 Fonctionnement du centre d'activité
- 8 Fonctionnement de l'organisme de services de santé et services impartis

Les deuxième et troisième chiffres décrivent la nature de la statistique. Les exemples de valeurs acceptées pour le regroupement global 1 Charge de travail sont les suivants :

- 02 Rétrospectives, activités reliées aux bénéficiaires de services
- 13 Services d'alimentation des bénéficiaires de services
- 14 Dossiers médicaux
- 18 Laboratoire clinique

Les quatrième et cinquième chiffres désignent la catégorie et le type de bénéficiaire de services. Les exemples de valeurs acceptées sont les suivants :

- 10 Patient hospitalisé
- 11 Patient hospitalisé, soins de courte durée
- 12 Patient hospitalisé, réadaptation
- 15 Patient hospitalisé, santé mentale
- 16 Patient hospitalisé, soins prolongés
- 18 Patient hospitalisé, soins de longue durée en santé mentale
- 20 Client d'un hôpital
- 21 Client d'un hôpital, services d'urgence
- 22 Client d'un hôpital, chirurgie d'un jour saisie

Les sixième et septième chiffres fournissent des précisions supplémentaires sur l'activité.

Les valeurs acceptées pour 12 Patient hospitalisé, réadaptation sont les suivantes :

- 10 Évaluation
- 20 Intervention thérapeutique
- 30 Consultation et collaboration



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

23696-0221

