



Profil des soins de courte durée aux patients hospitalisés des régions peu peuplées de l'Ouest canadien



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

## Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

## Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

# Table des matières

Remerciements .....	iii
Initiative sur les régions peu peuplées .....	v
Sommaire .....	vii
Contexte .....	1
Régions peu peuplées.....	3
Taille et densité de la population .....	6
Disponibilité des soins de courte durée aux patients hospitalisés.....	8
Proximité des soins de courte durée aux patients hospitalisés .....	10
Utilisation des hôpitaux par les populations des régions peu peuplées .....	12
Fréquence d'utilisation des soins de courte durée aux patients hospitalisés .....	13
Localisation de l'utilisation des soins de courte durée aux patients hospitalisés .....	15
Quel type d'hôpital les patients utilisent-ils? .....	20
Quels sont les motifs d'utilisation des hôpitaux par les patients?.....	22
Analyse.....	29
Annexe : Notes techniques .....	31



# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

Le rapport *Profil des soins de courte durée aux patients hospitalisés des régions peu peuplées de l'Ouest canadien* a grandement bénéficié de l'apport de nos intervenants de l'Ouest du Canada. L'ICIS souhaite exprimer sa reconnaissance pour les suggestions judicieuses et l'assistance de tous ceux qui, dans les régions sanitaires, les provinces et les territoires, ont bien voulu examiner l'information.

Il souhaite remercier tout particulièrement les membres du groupe consultatif sur les régions peu peuplées pour leurs précieux conseils.

**Fraser Bell**, vice-président, Planification, Qualité et Gestion de l'information, Autorité sanitaire Northern, Colombie-Britannique

**Martha MacLeod**, professeure, Sciences infirmières et Santé communautaire, et présidente, École des sciences infirmières, Université de Northern British Columbia

**Heather Toporowski**, vice-présidente, Soins communautaires et soins primaires en milieu rural et Gestion des maladies chroniques, Services de santé de l'Alberta

**Shelly Pusch**, vice-présidente, Zone North, Services de santé de l'Alberta

**Paul Gudaitis**, directeur, Services de santé assurés et de santé auditive de l'ouïe, ministère de la Santé et des Affaires sociales, gouvernement du Yukon

**Kay Lewis**, présidente-directrice générale, Autorité sanitaire territoriale Stanton, Territoires du Nord-Ouest

**Cecile Hunt**, présidente-directrice générale, Région sanitaire Prince Albert Parkland, Saskatchewan

**Kathy Chisholm**, présidente-directrice générale, Région sanitaire Mamawetan Churchill River, Saskatchewan

**Gloria King**, présidente-directrice générale, Office régional de la santé de Burntwood, Manitoba

**D<sup>r</sup> Alexander Macdonald**, directeur, Affaires médicales, ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut

**Randall Fransoo**, chercheur scientifique, Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba, Département des sciences de santé communautaire, Université du Manitoba

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres du groupe consultatif ni des organisations auxquelles ils sont associés.

L'équipe de projet responsable de l'élaboration de ce rapport comprend

**Anne McFarlane**, vice-présidente

**Marilee Allerdings**, gestionnaire

**Louise Lalonde**, gestionnaire

**Branson Wagar**, méthodologiste

**Tony Mottershead**, chef de projet

**Recep Gezer**, analyste principal

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'aide et l'appui généreux de **Sam Herold**, **Lisa Corscadden**, **Jennifer Froid** et **Cindy Mosher**.

## Initiative sur les régions peu peuplées

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) connaît très bien les difficultés que pose la transmission de renseignements sur les services offerts dans les régions peu peuplées. Dans ces régions, les chiffres sont modestes et les régions sanitaires ne disposent pas forcément des mêmes ressources analytiques que les régions très peuplées. Afin d'appuyer ce groupe de clients, le bureau de l'Ouest est à collaborer avec des représentants de régions peu peuplées de manière à

- mieux comprendre leurs besoins en données et en information;
- obtenir des conseils sur les priorités en matière d'analyse;
- recueillir des commentaires sur certaines analyses préliminaires;
- conseiller l'ICIS sur des stratégies de diffusion;
- faire office de porte-voix pour l'ICIS.

Bien que l'initiative soit issue de l'Ouest canadien, il est à souhaiter qu'elle contribuera à la création d'une approche pancanadienne de soutien aux besoins en information et en données des décideurs qui se penchent sur les politiques de santé et la prestation efficace des services de santé dans les régions peu peuplées.



## Sommaire

- Dans l'Ouest canadien, le quart de la population vit dans des régions peu peuplées disséminées dans des zones qui couvrent 93 % du territoire.
- Parmi les 2 376 292 résidents des régions peu peuplées de l'Ouest canadien, 8,5 % ont été hospitalisés au moins une fois en 2009-2010.
- Près d'une hospitalisation sur cinq (19 %) touchait des utilisateurs fréquents (au moins trois hospitalisations au cours de l'année), tandis que 60 % des hospitalisations concernaient des patients ayant été hospitalisés une seule fois.
- Trois patients sur quatre provenant d'une région peu peuplée habitaient à 30 minutes ou moins d'un hôpital, et 95 % habitaient à une heure de voiture ou moins de l'hôpital le plus près.
- La vaste majorité des hôpitaux des régions peu peuplées étaient de petits hôpitaux communautaires (86 %), et dans 97 % des cas, l'hôpital le plus près et la résidence du patient relevait de la même autorité sanitaire.
- Seulement 57 % des hospitalisations ont eu lieu dans l'hôpital le plus près de la résidence du patient.
- La majorité des hospitalisations (68 %) se sont entièrement déroulées à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient, tandis qu'environ le quart (27 %) d'entre elles se sont entièrement déroulées à l'extérieur de ces frontières.
- Les hospitalisations marquées par un transfert entre des hôpitaux situés à l'intérieur et à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient étaient relativement peu fréquentes (seulement 5 % de toutes les hospitalisations).
- Lorsque les patients se sont déplacés à l'extérieur des frontières de leur autorité sanitaire pour recevoir des soins de courte durée, 62 % des hospitalisations ont eu lieu dans un hôpital d'enseignement (type d'hôpital inexistant dans les régions peu peuplées).
- Parmi les hospitalisations relevant des autorités sanitaires de régions peu peuplées, 42 % ont eu lieu dans les cinq plus grands hôpitaux communautaires relevant de ces autorités sanitaires (soit 2 % des hôpitaux de ces régions).
- La grossesse et l'accouchement étaient les motifs d'hospitalisation les plus courants, à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient (18 et 17 % des hospitalisations, respectivement).

- En comparaison des hospitalisations externes, les hospitalisations s'étant entièrement déroulées à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient étaient plus susceptibles d'être liées à l'appareil respiratoire et aux troubles mentaux et du comportement.
- En comparaison des hospitalisations internes, les hospitalisations s'étant entièrement déroulées à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient étaient plus susceptibles d'être liées aux troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, aux lésions traumatiques et blessures ainsi qu'à l'empoisonnement et la toxicité médicamenteuse.

## Contexte

Le présent rapport vise à

- donner un aperçu des populations et des autorités sanitaires des régions peu peuplées de l'Ouest canadien;
- décrire les tendances touchant l'utilisation des hôpitaux au sein des populations des régions peu peuplées de l'Ouest canadien et l'apport des hôpitaux relevant d'autorités sanitaires de régions peu peuplées à la prestation des soins.

Une portion substantielle de la population canadienne vit dans les régions rurales et nordiques de l'Ouest canadien (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). Le bureau de l'Ouest de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a mis sur pied le groupe consultatif sur les régions peu peuplées (Sparsely Populated Region Advisory Group) pour en savoir davantage sur les besoins des autorités sanitaires des régions peu peuplées de l'Ouest canadien et réaliser des analyses pertinentes les concernant.

Le groupe comprend des cadres représentant les régions peu peuplées de l'Ouest canadien et deux chercheurs sur les services de santé ayant des expériences de travail auprès des régions peu peuplées. L'ICIS y est représenté par la vice-présidente, Région de l'Ouest et Initiatives de développement, la gestionnaire, Relations avec les clients, Manitoba et le Nunavut et la gestionnaire, Recherche et Projets d'analyse pour le bureau de l'Ouest.

Les objectifs du groupe consultatif sur les régions peu peuplées sont les suivants :

- comprendre comment les régions peu peuplées utilisent l'information pour orienter la prise de décisions et déterminer les besoins en matière d'information et d'analyses;
- offrir des conseils au bureau de l'Ouest de l'ICIS sur les priorités en matière d'analyse (bien que les efforts soient d'abord axés sur l'Ouest canadien, y compris les territoires, l'approche sera applicable à l'échelle du pays);
- commenter certaines analyses préliminaires préparées par le bureau de l'Ouest de l'ICIS pour vérifier qu'elles s'appliquent aux régions peu peuplées;
- offrir des conseils au bureau de l'Ouest de l'ICIS sur les stratégies de diffusion destinées aux régions peu peuplées, aux autres provinces et territoires ou sur d'autres types de forums (y compris, peut-être, des présentations de membres du groupe consultatif);
- faire office de porte-voix pour les sections de l'ICIS en matière de collecte de données, d'analyse et de transfert de connaissances destinées aux régions peu peuplées.

Le présent rapport est le fruit d'une collaboration entre l'ICIS et le groupe consultatif sur les régions peu peuplées en vue de répondre à des questions sur l'utilisation des soins de courte durée aux patients hospitalisés dans les populations des régions peu peuplées et sur l'apport des hôpitaux relevant d'autorités sanitaires de régions peu peuplées à la prestation des soins. Les soins de courte durée aux patients hospitalisés constituent un élément important du continuum des services de santé au Canada. Ils consistent à fournir le traitement qu'exige une maladie ou un épisode de maladie grave pendant une courte période, et à favoriser la sortie des patients dès que leur état de santé est jugé satisfaisant. Les autorités sanitaires des régions peu peuplées, bien plus que dans les régions très peuplées, visent d'abord à servir la population résidant à l'intérieur de leurs frontières. Pour faciliter la planification, il faut bien comprendre les soins aux patients hospitalisés dans ces régions, ce qui nécessite une analyse de l'utilisation des hôpitaux dans l'ensemble de la population, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la région.

## Régions peu peuplées

Pour définir la notion de région peu peuplée, nous nous sommes d'abord fondés sur la définition de « région sociosanitaire » adoptée par Statistique Canada :

Les régions sociosanitaires (ou sanitaires) sont définies par les gouvernements provinciaux et territoriaux comme étant les secteurs géographiques de responsabilité des conseils régionaux de santé (établis aux termes de la loi), ou encore comme des régions qui présentent un intérêt pour les autorités en matière de santé<sup>i</sup>.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux organisent la prestation des soins de courte durée aux patients hospitalisés de diverses façons, ce qui entraîne des écarts entre les régions sanitaires.

- En Colombie-Britannique, six autorités sanitaires sont responsables de la prestation des soins de santé (cinq autorités sanitaires géographiques et une chargée des programmes provinciaux). Les cinq autorités sanitaires géographiques sont composées de zones de prestation de services de santé. Les régions sanitaires de Statistique Canada sont définies en fonction des zones administrées par les autorités sanitaires.
- En Alberta, les services de santé sont dispensés par l'intermédiaire des Services de santé de l'Alberta. Il s'agit de l'autorité sanitaire provinciale chargée de superviser la planification et la prestation de services de santé et de soutien aux Albertains. En partenariat avec Santé et Mieux-être Alberta, le conseil des Services de santé de l'Alberta administre tous les services de santé dans les cinq zones sanitaires de la province. À l'heure actuelle, les régions sanitaires de Statistique Canada sont définies en fonction des frontières des anciennes autorités sanitaires de l'Alberta, aujourd'hui dissoutes.
- En Saskatchewan et au Manitoba, les services de santé sont dispensés par l'intermédiaire d'autorités sanitaires régionales que Statistique Canada définit comme des régions sanitaires.
- Au Yukon, les services de santé sont dispensés par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Statistique Canada considère le Yukon comme une seule région sanitaire; c'est la définition que nous avons retenue dans le présent rapport pour désigner cette région sanitaire peu peuplée.

---

i. Statistique Canada, *Indicateurs de la santé*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2011.

- Dans les Territoires du Nord-Ouest, les services de santé sont dispensés par l'intermédiaire de huit administrations des services de santé et des services sociaux, soit sept administrations géographiques et un hôpital territorial. Statistique Canada considère les Territoires du Nord-Ouest comme une seule région sanitaire.
- Au Nunavut, les services de santé et des programmes sociaux incombent au ministère de la Santé et des Services sociaux. Les services de santé y sont décentralisés au profit des régions. Statistique Canada considère le Nunavut comme une seule région sanitaire.

Les membres du groupe consultatif sur les régions peu peuplées ont été consultés lors de l'adaptation des frontières des régions sanitaires de Statistique Canada dans le but de définir les régions peu peuplées dans le cadre du présent rapport. Les régions peu peuplées sont des régions administratives définies en fonction d'un territoire géographique qui visent surtout à servir la population résidant à l'intérieur de leurs frontières. En outre, selon la définition de Statistique Canada, les régions peu peuplées ne contiennent pas de région métropolitaine de recensement. Les secteurs contenant une région métropolitaine de recensement s'appellent des régions très peuplées.

Pour la plupart, les régions peu peuplées de l'Ouest canadien correspondent aux frontières des régions sanitaires définies par Statistique Canada. Notons toutefois quelques exceptions :

- les cinq autorités sanitaires géographiques de la Colombie-Britannique sont utilisées pour y définir les régions peu peuplées<sup>ii</sup>;
- les cinq zones sanitaires de l'Alberta sont utilisées pour y définir les régions peu peuplées;
- les sept administrations des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest sont utilisées pour y définir les régions peu peuplées<sup>iii</sup>;
- les trois régions du Nunavut sont utilisées pour y définir les régions peu peuplées.

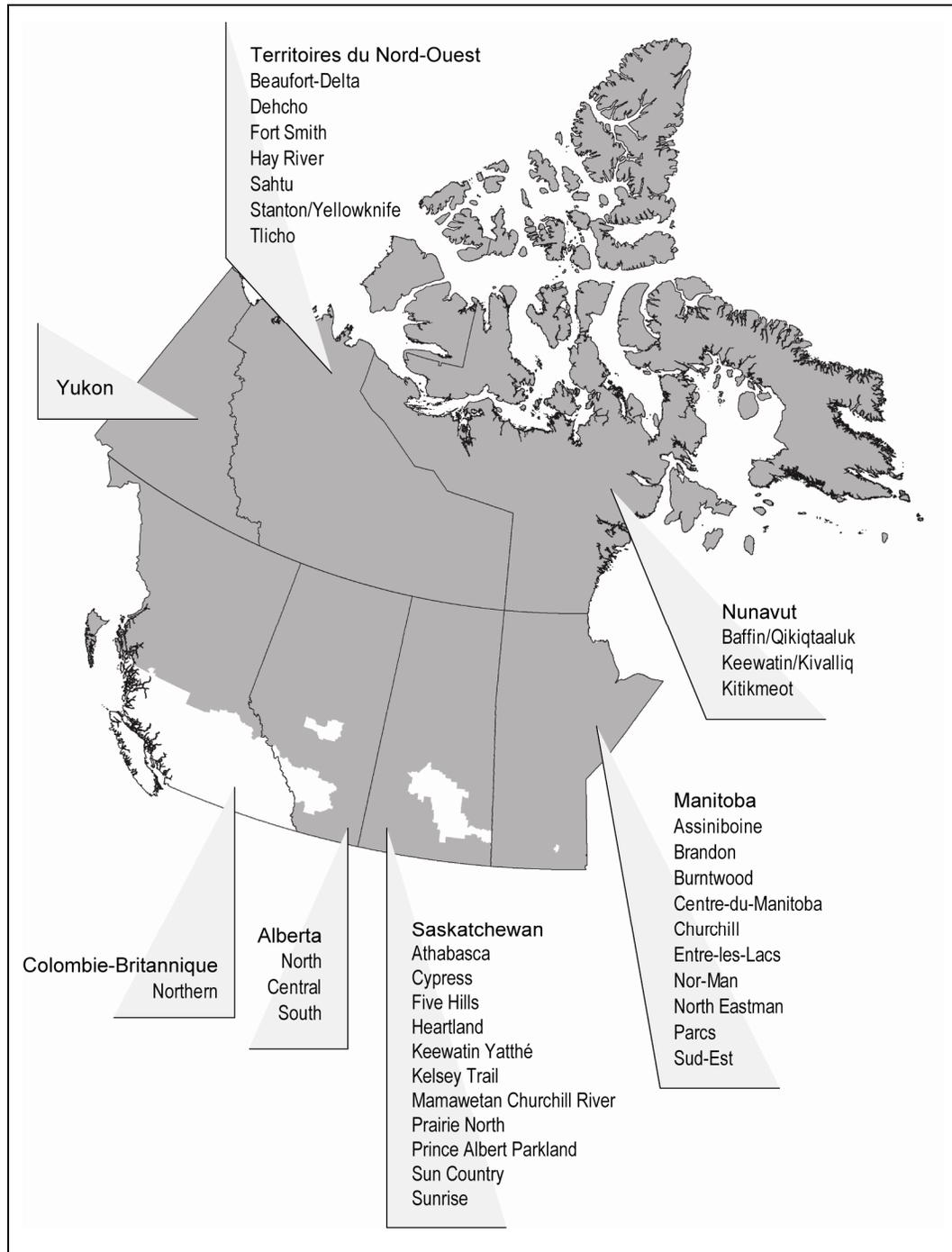
L'Ouest canadien compte 36 régions peu peuplées (figure 1). Le quart (25 %) de la population vit dans de telles régions, qui représentent 93 % du territoire de l'Ouest canadien.

---

ii. La Provincial Health Services Authority est chargée des programmes provinciaux et n'est donc pas associée à une région géographique particulière où réside un certain nombre d'habitants.

iii. L'Administration de santé territoriale Stanton est un hôpital central et non une région géographique.

Figure 1 : Régions peu peuplées de l'Ouest canadien



**Remarque**

Les régions peu peuplées sont ombrées.

**Source**

Institut canadien d'information sur la santé.

## Taille et densité de la population

La figure 2 fait état de la population totale et de la densité de la population (soit le nombre d'habitants par kilomètre carré) des régions peu peuplées de l'Ouest canadien, ainsi qu'elles présentent les données sur les régions très peuplées aux fins de comparaison. En général, la population des 36 régions peu peuplées de l'Ouest canadien est moins importante et moins dense que celle des régions très peuplées.

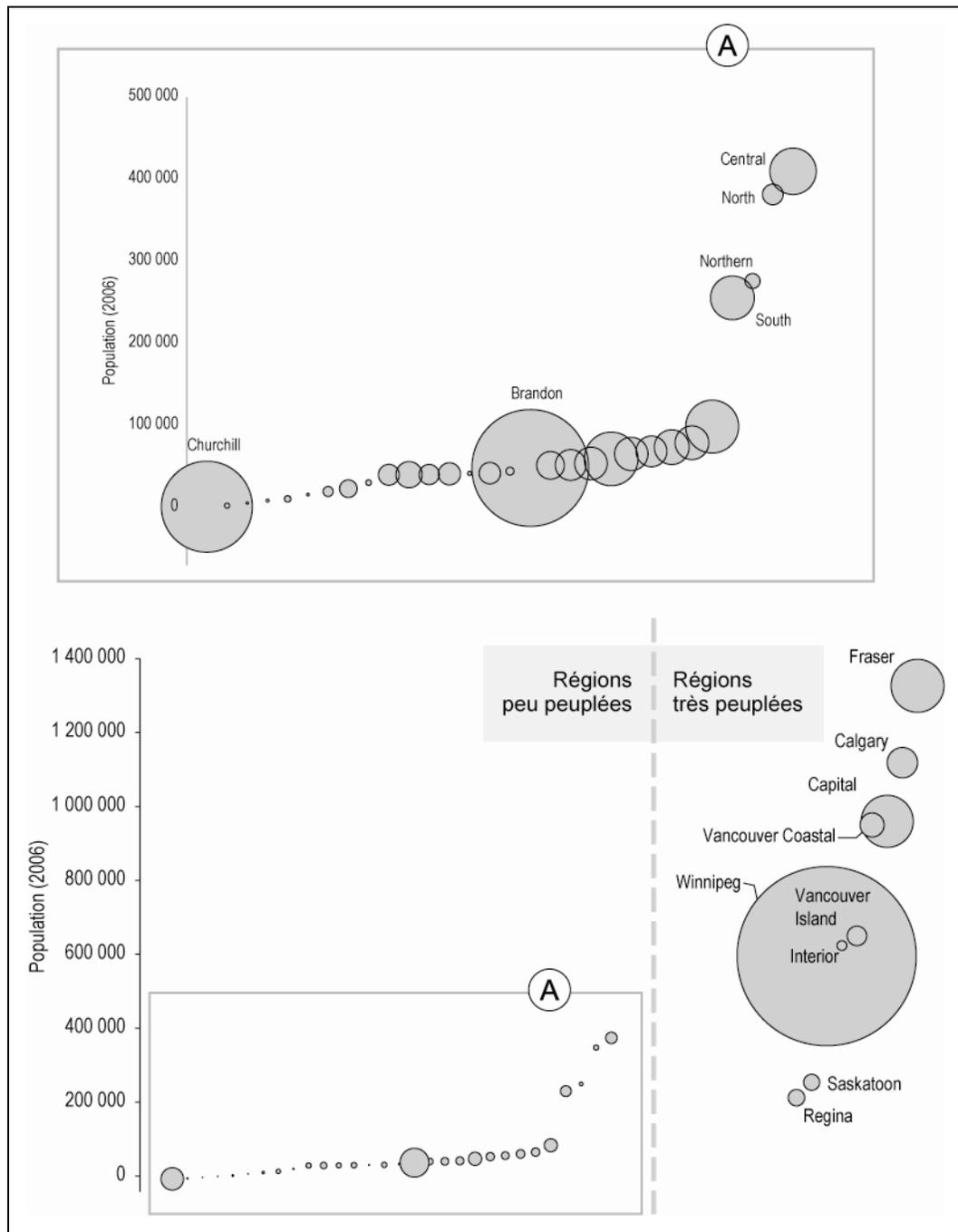
La figure 2 présente aussi en détail les régions peu peuplées de l'Ouest canadien. Deux groupes de régions semblent dévier de la tendance générale des populations de petite taille et de faible densité :

- Au Manitoba, Churchill et Brandon ont fait exception quant à la densité de la population (parmi les régions peu peuplées), en raison de leur territoire extrêmement réduit. Les populations de ces deux régions sont beaucoup plus petites que celles des régions très peuplées même les plus petites, comme Régina, en Saskatchewan (la population de Churchill correspond à moins de 1 % de celle de Régina, et celle de Brandon, à moins de 20 %).
- Les régions peu peuplées de la Colombie-Britannique et de l'Alberta étaient plus grandes que la plupart des autres régions peu peuplées. La densité des populations de la Zone Central et de la Zone South en Alberta était comparable à celle de la région très peuplée dont la densité était la plus faible (Interior, en Colombie-Britannique).

### **Comment interpréter cette figure**

Dans cette figure, les cercles représentent les régions individuelles. La hauteur du centre du cercle sur l'axe des y correspond à la population totale. La taille du cercle est fonction de la densité de la population (nombre d'habitants par kilomètre carré). Winnipeg, au Manitoba, par exemple, comptait 646 541 habitants et constituait la région la plus densément peuplée de l'Ouest canadien (1 088 habitants par kilomètre carré). Les régions très peuplées sont identifiées à titre de comparaison.

Figure 2 : Densité de la population en fonction de sa taille, Ouest canadien



**Remarques**

En raison du manque de données disponibles sur la population, les Territoires du Nord-Ouest sont présentés comme une seule région sur cette figure.

Les régions très peuplées sont identifiées.

**Source**

Statistique Canada, Recensement de la population, 2006.

## Disponibilité des soins de courte durée aux patients hospitalisés

Le nombre et la catégorie (selon le volume) des hôpitaux relevant des autorités sanitaires des régions peu peuplées ont servi à évaluer la disponibilité des soins de courte durée aux patients hospitalisés pour les habitants de ces régions. Les hôpitaux ont été répartis parmi quatre groupes d'hôpitaux semblables normalisés<sup>iv</sup>. Les hôpitaux d'enseignement sont des membres de plein droit de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Les hôpitaux sans vocation d'enseignement ont été répartis parmi les groupes d'hôpitaux semblables communautaires de grande, moyenne ou petite taille selon leur volume, déterminé au moyen des cas de patients hospitalisés, du total des cas pondérés et des jours-présence.

La figure 3 présente la répartition des hôpitaux de soins de courte durée selon le groupe d'hôpitaux semblables normalisés à l'intérieur des frontières des autorités sanitaires de l'Ouest canadien. Conformément aux prédictions, la disponibilité des soins de courte durée aux patients hospitalisés dans les régions peu peuplées diffère considérablement de celle observée dans les régions très peuplées.

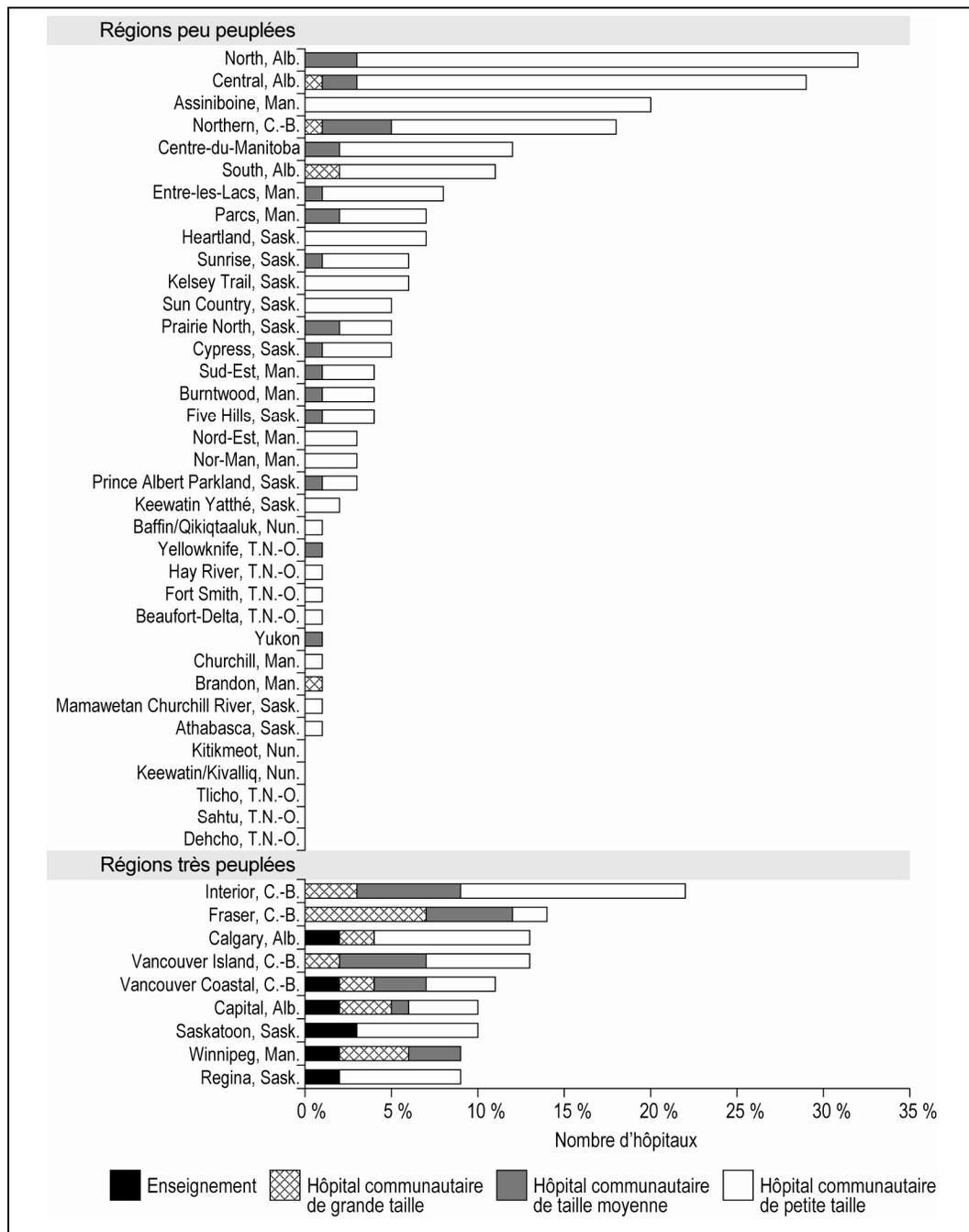
- La vaste majorité des hôpitaux des régions peu peuplées, soit 175 sur 204 (86 %), étaient de petits hôpitaux communautaires. Les régions peu peuplées comptaient donc 77 % de tous les hôpitaux de cette catégorie dans l'Ouest canadien.
- Seulement cinq (2 %) hôpitaux des régions peu peuplées étaient des hôpitaux communautaires de grande taille. Les régions peu peuplées ne comptaient aucun hôpital d'enseignement<sup>v</sup>.
- Dans les régions très peuplées, 36 hôpitaux (32 %) étaient des hôpitaux d'enseignement ou des hôpitaux communautaires de grande taille. Ces régions comptaient donc tous les hôpitaux d'enseignement et 82 % des hôpitaux communautaires de grande taille de l'Ouest canadien.
- Cinq régions peu peuplées ne comptaient aucun hôpital : Dehcho, Sahtu et Tlicho (Territoires du Nord-Ouest) ainsi que Keewatin/Kivalliq et Kitikmeot (Nunavut).
- Les régions peu peuplées de la Colombie-Britannique et de l'Alberta comptaient un nombre relativement élevé d'hôpitaux, ce qui s'accorde avec la taille relativement élevée de leur population.
- La région Assiniboine, au Manitoba, comptait 20 petits hôpitaux communautaires, soit de 2,5 à 7 fois plus que n'en comptaient d'autres régions peu peuplées dont la population était de taille et de densité comparables (Entre-les-Lacs, au Manitoba, et Prairie North et Prince Albert Parkland, en Saskatchewan).

---

iv. Les groupes d'hôpitaux semblables utilisés sont ceux qui ont été définis dans le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens. Vous trouverez de plus amples renseignements en annexe.

v. Bien que le Prince George General Hospital, relevant de l'Autorité sanitaire Northern, en Colombie-Britannique, soit un hôpital communautaire de grande taille, il est associé au programme de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique.

**Figure 3 : Nombre d'hôpitaux selon les groupes d'hôpitaux semblables standards, par région sanitaire, Ouest canadien**



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.

**Comment interpréter cette figure**

Les barres représentent le nombre d'hôpitaux dans chaque groupe d'hôpitaux semblables pour une autorité sanitaire donnée. Par exemple, la région Entre-les-Lacs, au Manitoba, comptait un hôpital communautaire de taille moyenne et sept petits hôpitaux communautaires. Les régions sanitaires très peuplées sont présentées aux fins de comparaison.

## Proximité des soins de courte durée aux patients hospitalisés

La durée du trajet en voiture requis pour atteindre l'hôpital disponible le plus près a servi à évaluer la proximité des soins de courte durée aux patients hospitalisés pour les habitants des régions peu peuplées<sup>vi</sup>. Bien que l'accès physique aux établissements ne permette pas toujours à la population d'obtenir les soins dont elle a besoin, il constitue une condition essentielle à la prestation des soins.

La figure 4 présente le pourcentage des résidents des régions peu peuplées selon la durée du trajet en voiture de leur résidence au point d'accès aux soins de courte durée aux patients hospitalisés, ainsi que le pourcentage de résidents qui habitent dans des régions pour lesquelles le temps de transport ne peut être déterminé.

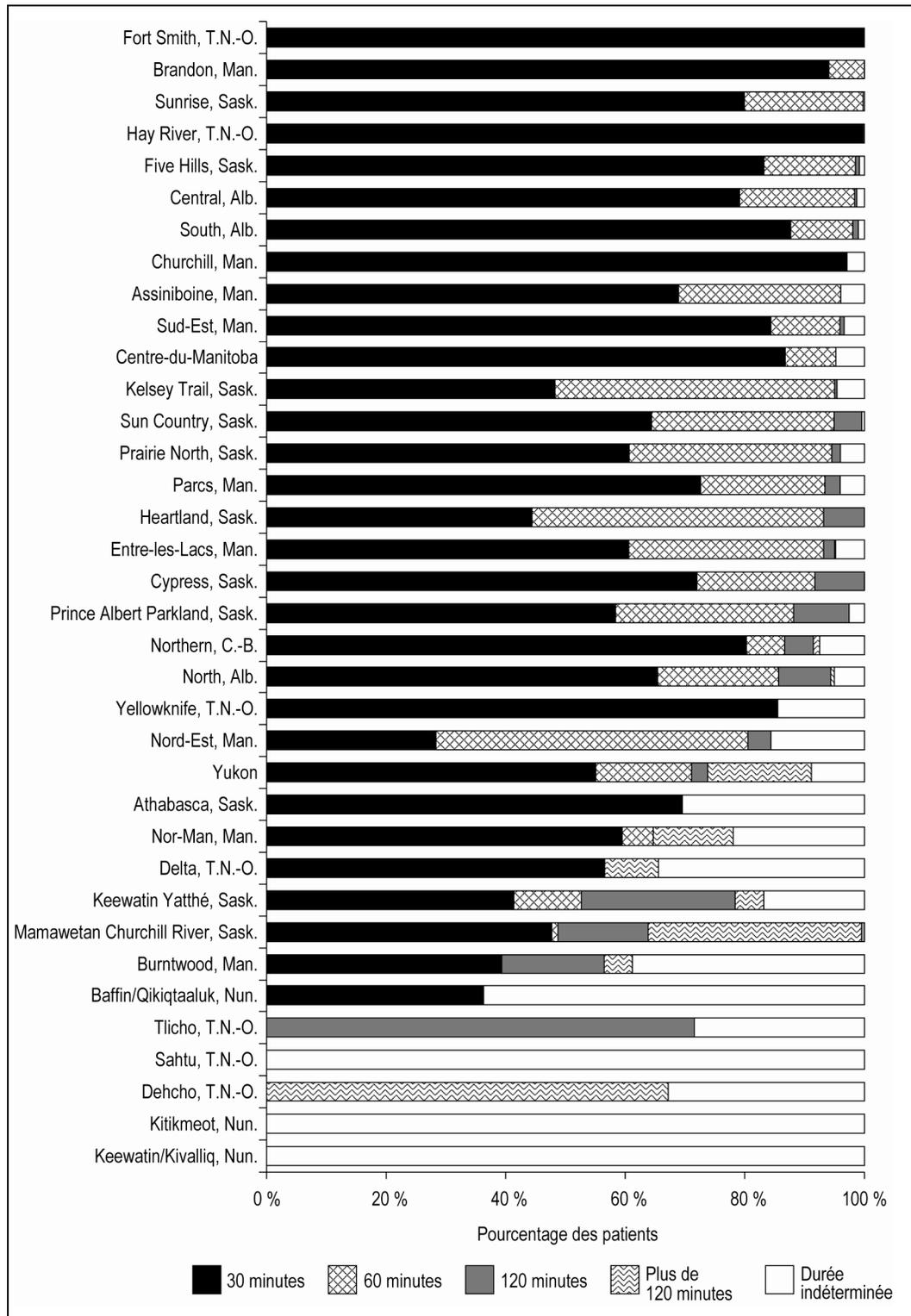
- Parmi les patients dont la durée du trajet pouvait être déterminée, les trois quarts (75 %) habitaient à 30 minutes ou moins d'un hôpital et 95 % habitaient à une heure de voiture ou moins de l'hôpital le plus près.
- Dans presque tous les cas (97 %), l'hôpital le plus près et la résidence du patient étaient situés à l'intérieur de la même autorité sanitaire.
- Globalement, la durée du trajet n'a pas pu être déterminée pour 6 % des hospitalisations. Les régions où la durée du trajet n'a pu être déterminée étaient situées pour la plupart au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le nord de la Saskatchewan et du Manitoba.

### Comment interpréter cette figure

Les barres illustrent le pourcentage de la population totale de chaque région peu peuplée qui habite dans un rayon donné de l'hôpital le plus près, en fonction de la durée du trajet en voiture. Par exemple, tous les patients de la région de Fort Smith, dans les Territoires du Nord-Ouest, habitaient à 30 minutes ou moins de l'hôpital le plus près, tandis que 67 % des patients de la région de Dehcho, aussi dans les Territoires du Nord-Ouest, habitaient à plus de 120 minutes de l'hôpital le plus près (la durée du trajet pour le reste des patients n'a pas pu être déterminée).

vi. Les résultats présentés correspondent à la durée du trajet estimée et ne reflètent pas nécessairement les trajets réels, qui peuvent varier en fonction de la circulation, des habitudes de conduite individuelles et des conditions météorologiques, entre autres facteurs.

Figure 4 : Proximité de l'hôpital le plus près pour les patients des régions peu peuplées, Ouest canadien



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada; ArcGIS 10, ESRI.

# Utilisation des hôpitaux par les populations des régions peu peuplées

Partout en Occident, les organismes de soins de santé s'efforcent continuellement d'améliorer la qualité et l'efficacité des services hospitaliers. Les données sur l'utilisation des hôpitaux sont un outil précieux qui aide les planificateurs des services de santé et les décideurs à organiser et à planifier les services de façon à améliorer les soins offerts. Les données administratives peuvent servir à explorer les tendances démographiques dans l'utilisation des services de santé, ainsi qu'à examiner le volume de cas et la durée des séjours associés à certaines maladies, affections et interventions. Afin d'équilibrer demande et capacité, le cheminement des patients dans tout le système de soins de courte durée doit se faire rapidement et efficacement.

Le présent rapport établit le profil d'utilisation des soins de courte durée aux patients hospitalisés par une population donnée. Il n'inclut ni les soins en consultation externe, ni les chirurgies d'un jour, ni les services d'urgence.

Les statistiques descriptives ont été calculées en déterminant la région de résidence du patient et les régions où se situent les hôpitaux qu'il a utilisés.

## Termes clés

- *Hospitalisation* : Les termes « épisode » et « hospitalisation » sont utilisés de manière interchangeable dans le présent rapport. Ils désignent des cas distincts d'utilisation des soins de courte durée aux patients hospitalisés au Canada. Les transferts entre hôpitaux de soins de courte durée sont considérés comme faisant partie d'un seul épisode. L'analyse des hospitalisations nous permet de décrire les interactions des patients des régions peu peuplées avec le système de soins de courte durée.
- *Patient* : Certains patients peuvent avoir été hospitalisés plus d'une fois au cours d'une année. En reliant les hospitalisations aux patients, on peut caractériser les utilisateurs des services de soins de courte durée dans les régions peu peuplées<sup>vii</sup>.

En 2009-2010, 202 950 (8,5 %) des 2 376 292 résidents des régions peu peuplées de l'Ouest canadien ont été hospitalisés au moins une fois, ce qui représente au total 269 207 hospitalisations.

vii. Puisque les hospitalisations de patients servent à décrire l'utilisation des hôpitaux pour une population définie géographiquement, toutes les sorties attribuées à un patient donné devaient correspondre à une même région de résidence pour être incluses dans la présente analyse. Dans l'ensemble, très peu de patients (moins de 1 %) ont été exclus parce qu'on avait consigné dans leur cas des sorties correspondant à plus d'une région de résidence au cours d'un même exercice, ce qui témoigne de la faible mobilité de la population à l'étude. Selon le recensement de 2006, 92 % des habitants des régions peu peuplées de l'Ouest du Canada résidaient à la même adresse ou dans la même subdivision de recensement que l'année précédente.

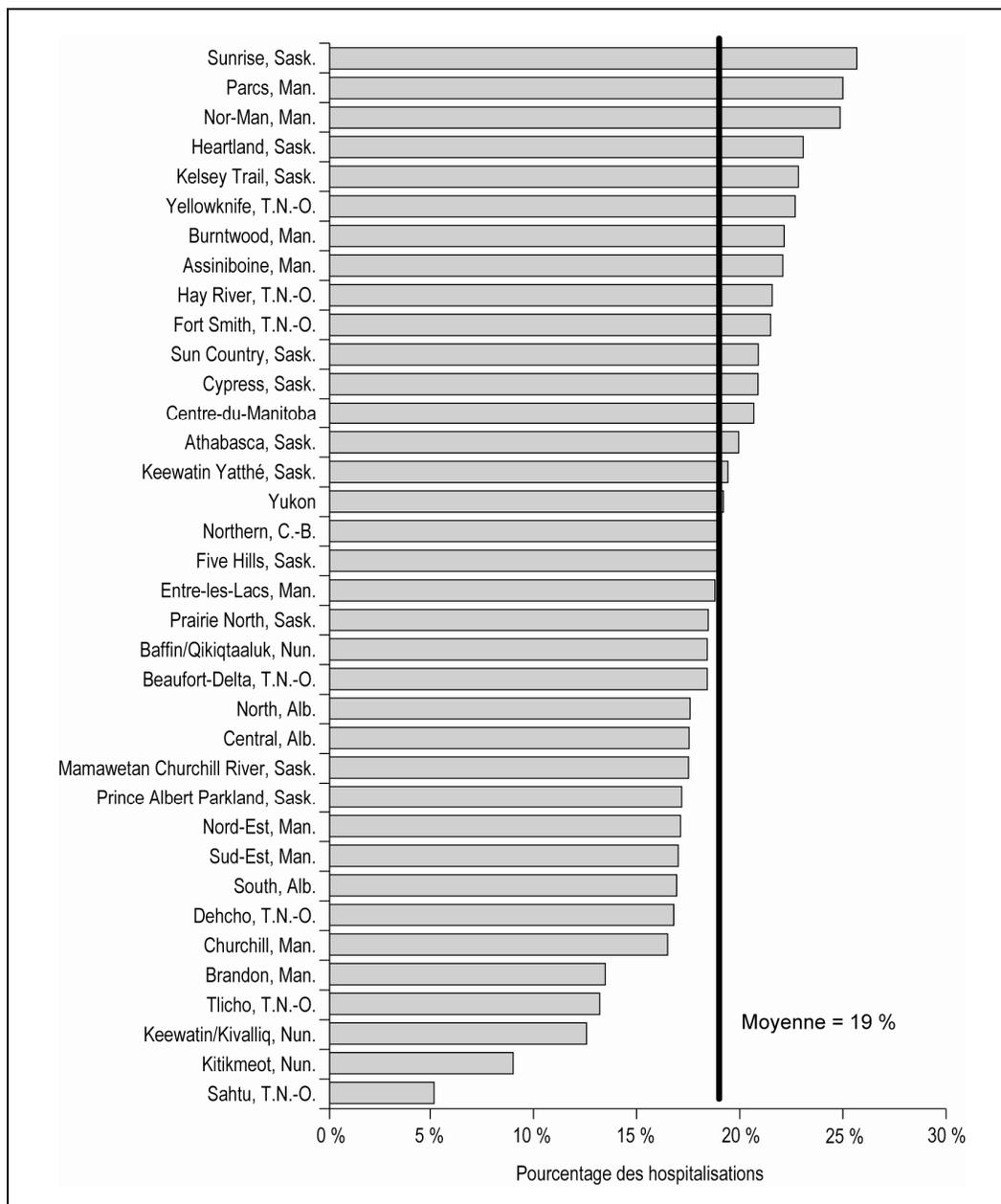
## Fréquence d'utilisation des soins de courte durée aux patients hospitalisés

L'analyse des habitudes d'utilisation des hôpitaux chez les habitants des régions peu peuplées peut contribuer à faire la lumière sur l'utilisation et la disponibilité des soins aux patients hospitalisés. En outre, l'identification des utilisateurs fréquents des services aux patients hospitalisés permet de s'interroger sur les lacunes du système et les occasions de prévenir les hospitalisations, ou sur la nécessité de créer des solutions de rechange à l'hospitalisation. On entend par utilisateur fréquent toute personne qui a été hospitalisée à au moins trois reprises.

La figure 5 présente le pourcentage des hospitalisations dans une région donnée attribuables aux patients hospitalisés trois fois ou plus au cours de l'année d'étude.

- Globalement, 60 % des hospitalisations concernaient des patients n'ayant été hospitalisés qu'une seule fois, tandis que 19 % touchaient des patients ayant connu trois hospitalisations ou plus.
- Le pourcentage des hospitalisations attribuables aux patients ayant été hospitalisés trois fois ou plus passait du simple au quintuple entre les régions peu peuplées, allant de 5 % dans la région de Sahtu, dans les Territoires du Nord-Ouest, à 26 % dans la région de Sunrise, en Saskatchewan.

**Figure 5 : Pourcentage des hospitalisations attribuables aux utilisateurs fréquents dans les régions peu peuplées, Ouest canadien**



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.

**Comment interpréter cette figure**

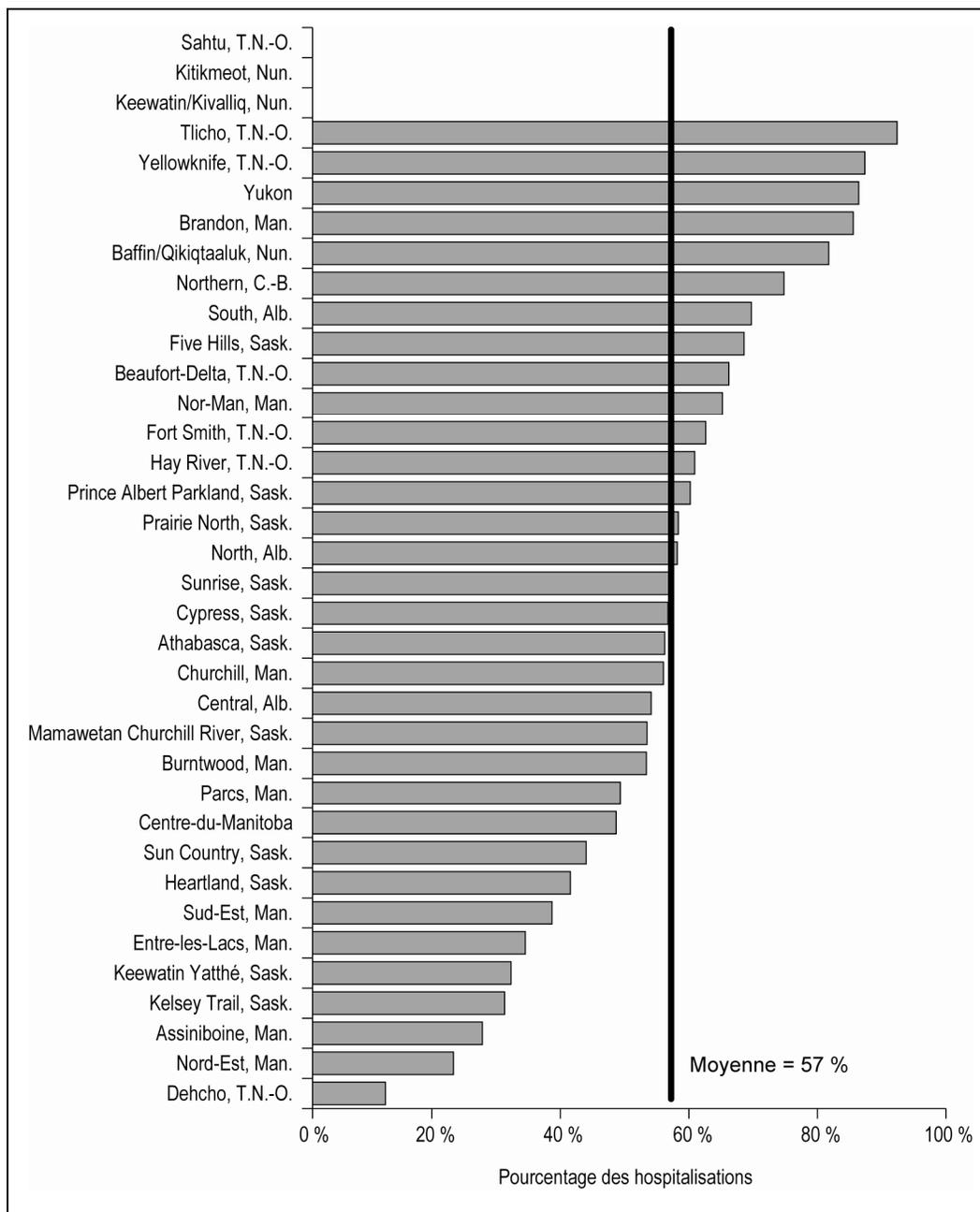
Les barres représentent le pourcentage des hospitalisations dans une région donnée qui étaient attribuables aux utilisateurs fréquents en 2009-2010. La ligne verticale, indiquée à des fins de comparaison, correspond à la moyenne globale.

## Localisation de l'utilisation des soins de courte durée aux patients hospitalisés

La présente section décrit le rôle que jouent les hôpitaux relevant d'autorités sanitaires de régions peu peuplées dans les habitudes d'utilisation des services hospitaliers des populations résidant à l'intérieur de leurs frontières.

Nous avons montré plus haut que 75 % des patients des régions peu peuplées habitaient à moins de 30 minutes d'un hôpital et que 95 % d'entre eux habitaient à moins d'une heure de l'hôpital le plus près. Or, en examinant l'hôpital réellement visité, nous constatons que seulement 57 % des hospitalisations ont eu lieu à l'hôpital disponible le plus près (voir la figure 6).

Figure 6 : Pourcentage des hospitalisations s'étant déroulées à l'hôpital le plus près



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada; ArcGIS 10, ESRI.

**Comment interpréter cette figure**

Dans cette figure, les bandes montrent le pourcentage des hospitalisations d'une région donnée s'étant déroulées à l'hôpital disponible le plus près en 2009-2010. La ligne verticale, indiquée à des fins de comparaison, correspond à la moyenne globale. Les hospitalisations des patients de Sahtu (Territoires du Nord-Ouest) ainsi que de Kitikmeot et de Keewatin/Kivalliq (Nunavut) n'ont pas pu être déterminées à partir du réseau routier (voir la figure 4).

Étant donné que seulement 3 % des hôpitaux les plus près sont situés à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire des patients, la divergence entre proximité (figure 4) et utilisation (figure 6) soulève la question suivante : où les habitants des régions peu peuplées se rendent-ils? Plus précisément, si les patients n'utilisent pas l'hôpital le plus près, se rendent-ils à un autre hôpital relevant de leur autorité sanitaire, ou à un hôpital situé à l'extérieur des frontières de celle-ci? Afin de déterminer l'apport des hôpitaux relevant d'autorités sanitaires de régions peu peuplées aux soins reçus par les patients à l'intérieur de leurs frontières, il est important de reconnaître que les hospitalisations peuvent avoir lieu dans la région de résidence du patient ou exiger un déplacement dans une autre région.

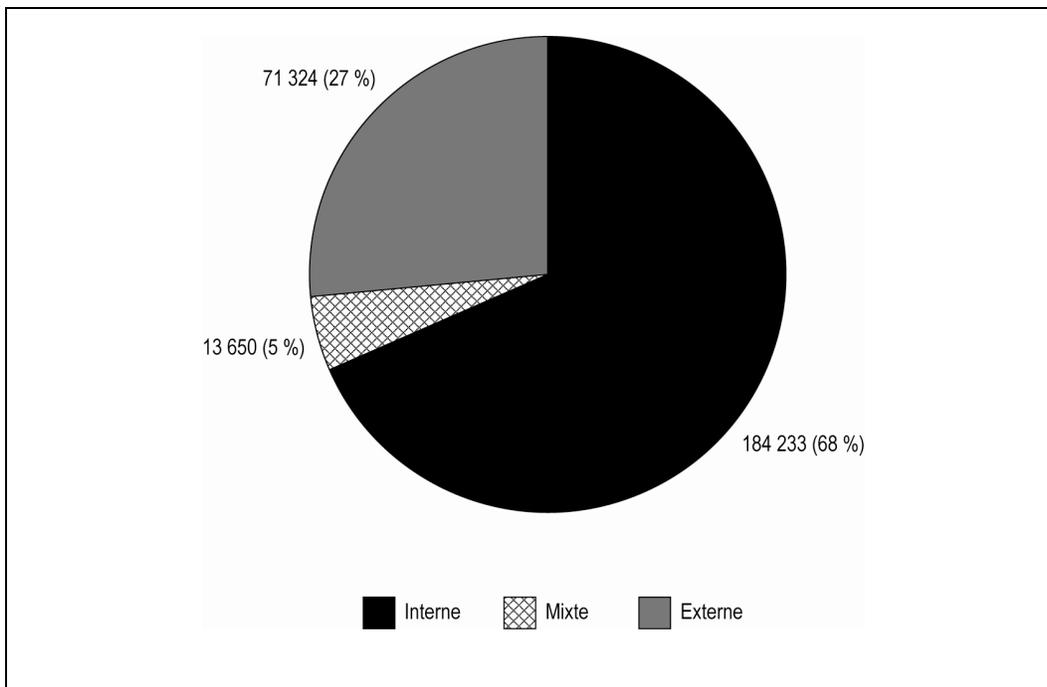
#### **Termes clés**

- *Épisode interne* : Hospitalisation se déroulant entièrement à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire d'un patient.
- *Épisode externe* : Hospitalisation se déroulant entièrement à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire d'un patient.
- *Épisode mixte* : Hospitalisation qui donne lieu à un transfert entre un hôpital situé à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire d'un patient et un hôpital situé à l'extérieur.

La figure 7 présente le pourcentage des hospitalisations ayant eu lieu dans des hôpitaux situés à différents endroits.

- La plupart des hospitalisations (68 %) se sont entièrement déroulées à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient, et les autorités sanitaires de régions peu peuplées ont joué un rôle dans 73 % des hospitalisations de patients vivant à l'intérieur de leurs frontières (épisodes internes et mixtes).
- Environ le quart (27 %) des hospitalisations se sont entièrement déroulées à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient.

Figure 7 : Nombre et pourcentage d'hospitalisations s'étant déroulées à différents endroits



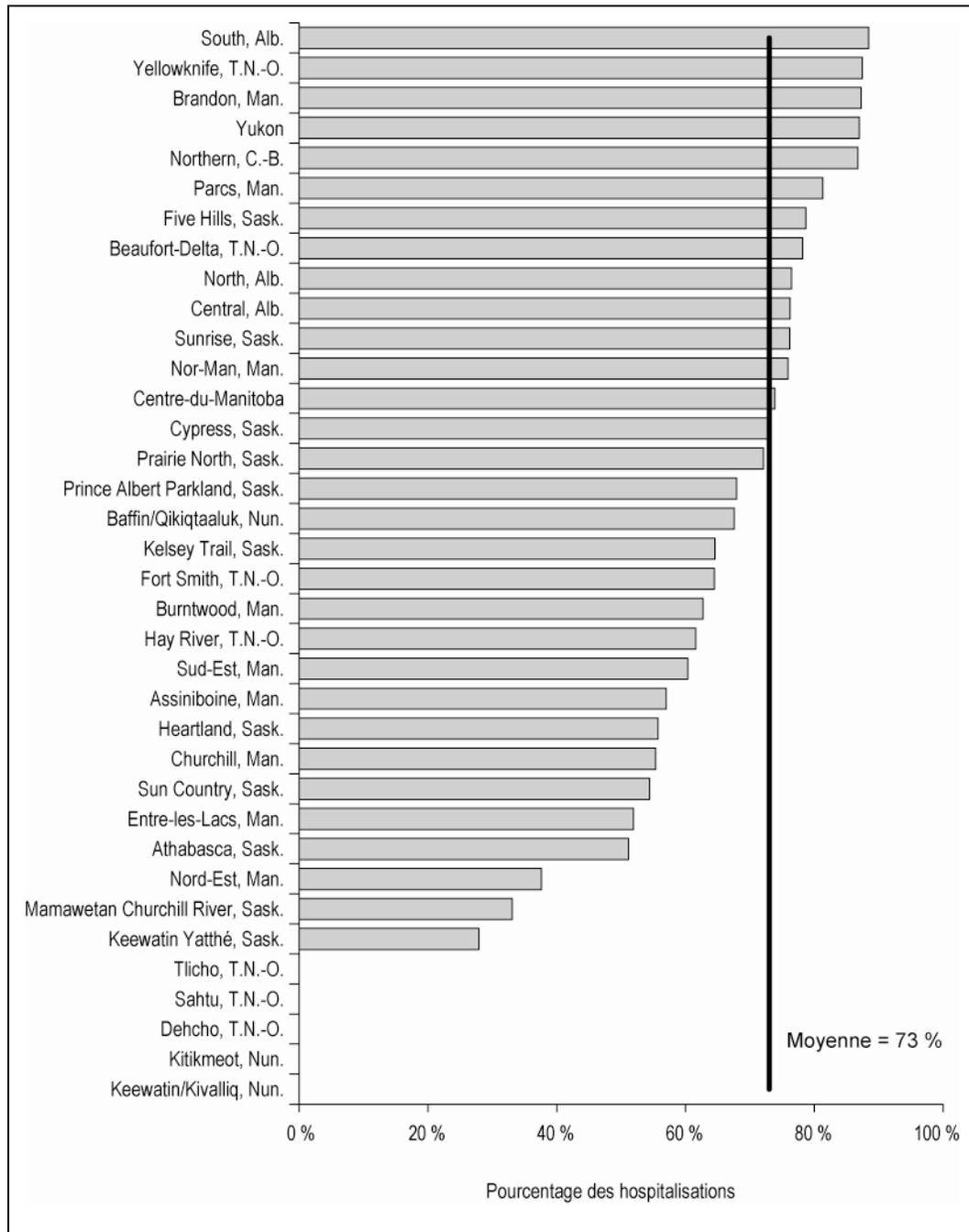
**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.

La figure 8 illustre l'apport des autorités sanitaires de régions peu peuplées à la prestation de soins de courte durée aux patients hospitalisés vivant à l'intérieur de leurs frontières (épisodes internes et mixtes).

- Parmi les régions comptant des hôpitaux, l'apport des autorités sanitaires de régions peu peuplées à la prestation de soins de courte durée aux patients hospitalisés vivant à l'intérieur de leurs frontières variait de 28 % à Keewatin Yatthé (Saskatchewan) à 88 % dans la Zone South (Alberta).

**Figure 8: Pourcentage des hospitalisations à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire des patients**



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.

### **Comment interpréter la figure sur la page précédente**

Dans cette figure, les bandes représentent le pourcentage des hospitalisations de 2009-2010 ayant eu lieu dans un hôpital relevant de l'autorité sanitaire de la région peu peuplée où vivait le patient. La ligne verticale, indiquée à des fins de comparaison, correspond à la moyenne globale. Cinq régions peu peuplées ne comptaient aucun hôpital : Dehcho, Sahtu et Tlcho (Territoires du Nord-Ouest), ainsi que Keewatin/Kivalliq et Kitikmeot (Nunavut). Voir la figure 3.

## Quel type d'hôpital les patients utilisent-ils?

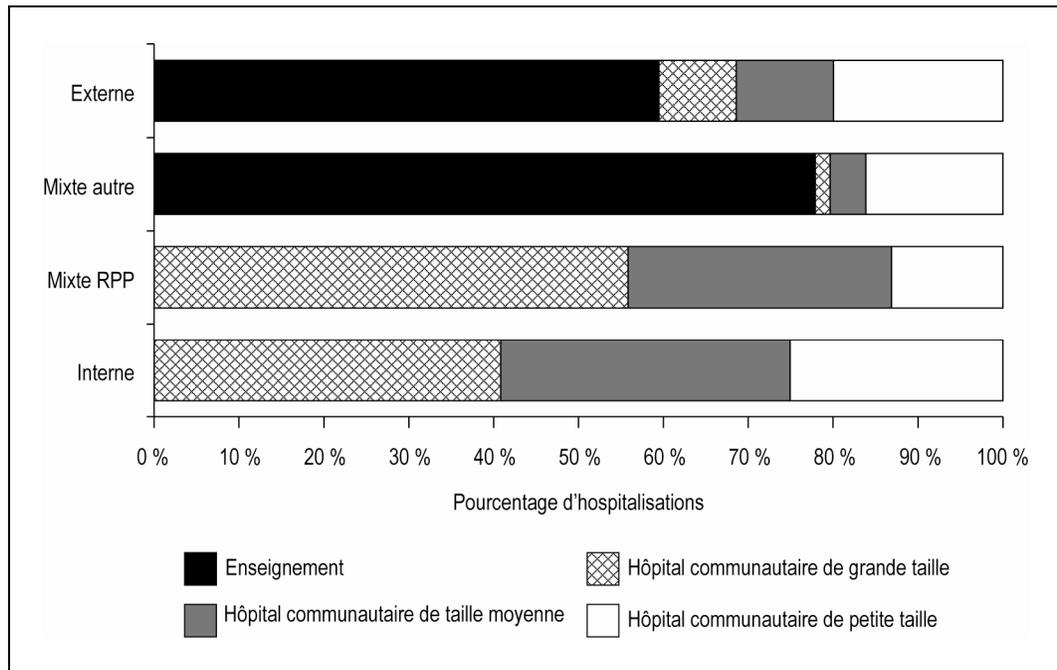
Les hôpitaux ont été répartis parmi quatre groupes d'hôpitaux semblables normalisés. Les hôpitaux d'enseignement sont des membres de plein droit de l'ACISU. Les hôpitaux sans vocation d'enseignement ont quant à eux été répartis parmi les groupes d'hôpitaux semblables communautaires de grande, moyenne ou petite taille selon leur volume, déterminé au moyen des cas de patients hospitalisés, du total des cas pondérés et des jours-présence.

La figure 3 ci-dessus, qui regroupe les hôpitaux au sein des groupes d'hôpitaux semblables normalisés, montre que la disponibilité des soins de courte durée aux patients hospitalisés différait considérablement entre les régions peu peuplées et les régions très peuplées de l'Ouest canadien. En outre, près du tiers des hospitalisations de résidents des régions peu peuplées (32 %, épisodes externes et mixtes) ont donné lieu à des soins de courte durée aux patients hospitalisés dispensés à l'extérieur des frontières de leur autorité sanitaire.

La figure 9 présente la répartition des hôpitaux fréquentés, par groupe d'hôpitaux semblables, dans le cas des hospitalisations s'étant déroulées à différents endroits.

- Lorsque les patients se sont déplacés à l'extérieur des frontières de leur autorité sanitaire pour recevoir des soins de courte durée (épisodes externes et mixtes, autres), 62 % des hospitalisations se sont déroulées en hôpital d'enseignement (type d'hôpital inexistant dans les régions peu peuplées).
- Bien que les autorités sanitaires de régions peu peuplées ne comptaient que cinq hôpitaux communautaires de grande taille (soit 2 % des hôpitaux de ces régions), 42 % des hospitalisations des régions peu peuplées s'y sont déroulées.

**Figure 9 : Pourcentage des hospitalisations s'étant déroulées à différents endroits, par groupe d'hôpitaux semblables**



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.

**Comment interpréter cette figure**

Dans cette figure, les hospitalisations mixtes sont divisées en deux groupes afin de faire la distinction entre les hôpitaux relevant d'autorités sanitaires de régions peu peuplées (RPP pour « région peu peuplée ») et les hôpitaux ne relevant pas d'autorités sanitaires de régions peu peuplées (autres). On peut ainsi connaître l'apport des hôpitaux de régions peu peuplées aux soins reçus par les patients à l'intérieur (épisodes internes et mixtes, RPP) et à l'extérieur (épisodes externes et mixtes, autres) de leurs frontières.

## Quels sont les motifs d'utilisation des hôpitaux par les patients?

Cette section présente des analyses fondées sur les catégories cliniques principales (CPP). Les CCP forment un système national de classification élaboré par l'ICIS qui permet de préciser soit un système ou appareil de l'organisme (par exemple, l'appareil respiratoire), soit d'autres types de problèmes cliniques (comme les troubles mentaux ou les brûlures). La CCP est généralement attribuée en fonction du diagnostic principal du patient au cours de l'hospitalisation.

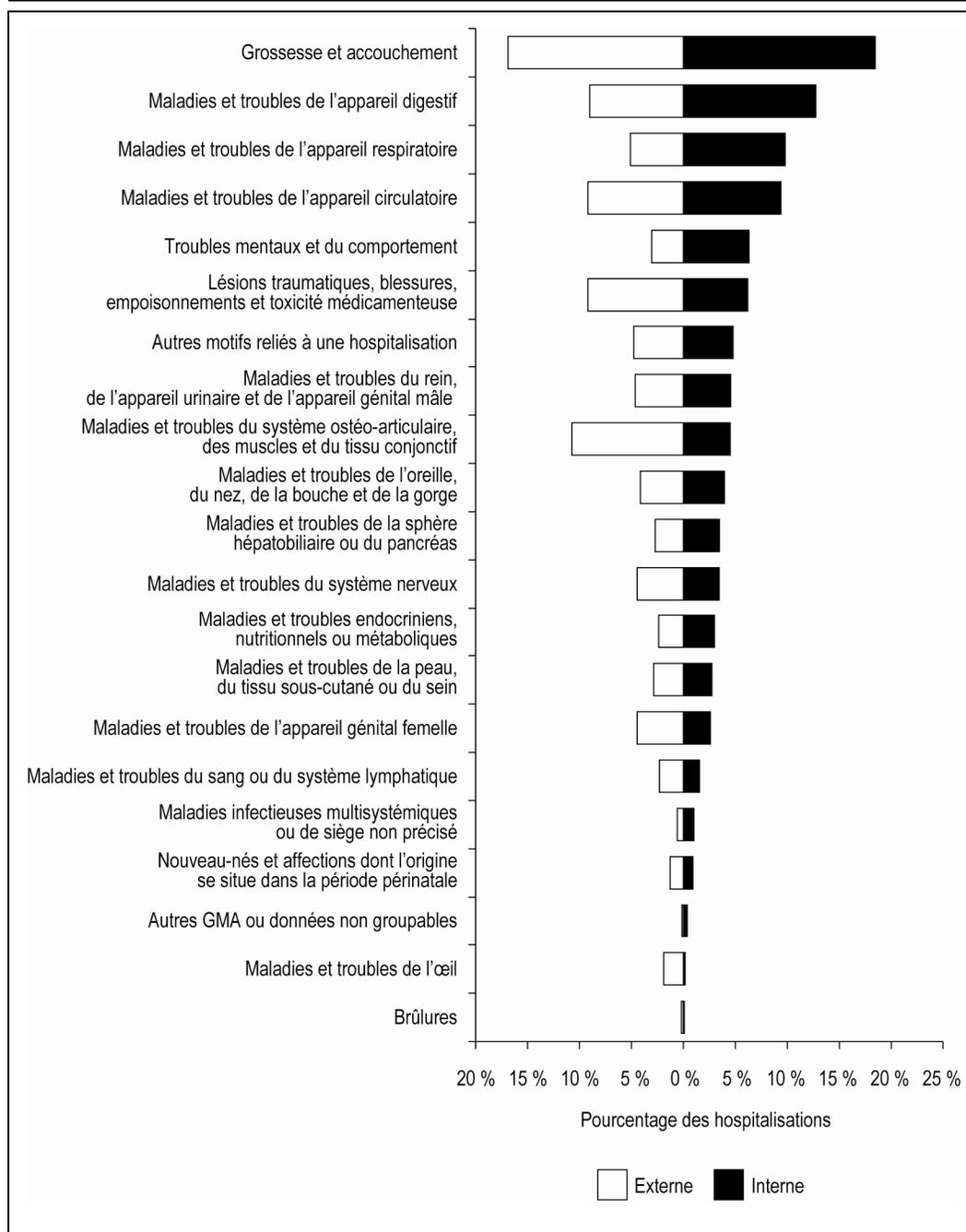
Les hospitalisations ont été regroupées par CCP. Cette méthode nous a permis d'établir le diagnostic jugé responsable de la plus grande proportion du séjour du patient<sup>vii</sup>. Étant donné que les variables des groupes clients sont dérivées des sorties plutôt que des épisodes, les analyses ont été limitées aux patients qui n'avaient eu aucun transfert (interne et externe) ou tout au plus deux transferts (mixtes, divisés selon les catégories RPP et autres). Les analyses des motifs d'hospitalisation sont présentées pour les trois types d'hospitalisation, suivies de l'apport respectif des différents types d'hospitalisation à chaque CCP.

Même si les cinq hôpitaux communautaires de grande taille ne représentaient que 2 % des hôpitaux des régions peu peuplées, ils ont dispensé les soins dans 42 % des cas d'hospitalisation. Une minorité de patients n'ont jamais été hospitalisés dans leur région de résidence. Ces patients avaient tendance à utiliser des hôpitaux offrant une gamme de services inexistante dans les régions peu peuplées (hôpitaux d'enseignement ou hôpitaux communautaires de grande taille). La figure 10 compare les CCP liées aux hospitalisations s'étant entièrement déroulées à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient à celles qui se sont entièrement déroulées à l'extérieur.

- La CCP Grossesse et accouchement correspondait au motif le plus courant d'hospitalisation, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire (18 et 17 % respectivement).
- En comparaison des hospitalisations externes, les hospitalisations s'étant entièrement déroulées à l'intérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient étaient plus susceptibles d'être liées aux CCP Maladies et troubles de l'appareil respiratoire et Troubles mentaux et du comportement.
- En comparaison des hospitalisations internes, les hospitalisations s'étant entièrement déroulées à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient étaient plus susceptibles d'être liées à deux CCP : Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif et Lésions traumatiques, blessures, empoisonnements et toxicité médicamenteuse.

vii. Vous trouverez une description complète de la méthodologie GMA+ sur le site Web de l'ICIS ([www.icis.ca](http://www.icis.ca)).

**Figure 10 : Catégories cliniques principales liées aux hospitalisations internes et externes**



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.

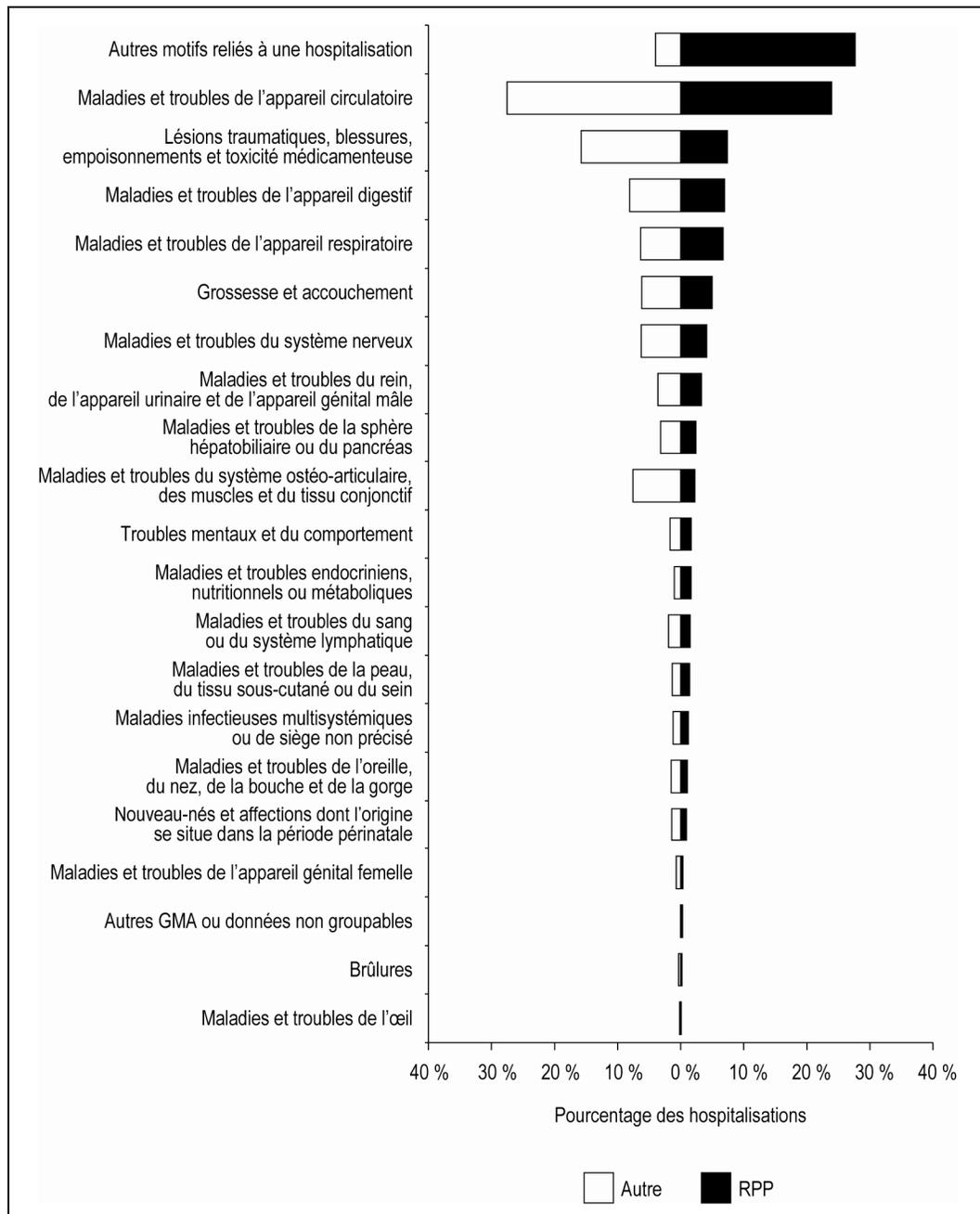
**Comment interpréter cette figure**

Les épisodes internes correspondent aux hospitalisations qui se sont entièrement déroulées à l'intérieur de la région de résidence du patient et les épisodes externes, à celles qui se sont entièrement déroulées à l'extérieur.

La figure 11 présente les CCP relatives aux hospitalisations mixtes. Seulement 5 % des hospitalisations (13 650) ont donné lieu à un transfert entre hôpitaux situés à l'intérieur et à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient.

- Si on les compare aux épisodes internes et externes, les épisodes mixtes étaient les plus susceptibles d'être liés aux CCP Maladies et troubles de l'appareil circulatoire, Lésions traumatiques ou Autres motifs reliés à une hospitalisation.
- Pour plusieurs CCP, une tendance distincte caractérisait l'apport des hôpitaux relevant de l'autorité sanitaire du patient (RPP) et celle des hôpitaux externes (autres). Les hospitalisations liées aux CCP Lésions traumatiques et Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif se déroulaient le plus souvent à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient. Pour ces CCP, l'apport des hôpitaux relevant de l'autorité sanitaire du patient a été prise en compte lorsque le patient y était ensuite hospitalisé en raison de la CCP Autres motifs reliés à une hospitalisation, essentiellement en raison de convalescence, réadaptation ou soins palliatifs.
- En revanche, dans le cas des épisodes mixtes attribuables aux CCP Grossesse et accouchement, Maladies et troubles de l'appareil digestif, Maladies et troubles de l'appareil circulatoire et Maladies et troubles de l'appareil respiratoire, les hospitalisations à l'intérieur et à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient étaient liées à la même CCP. Au cours de ces épisodes, il est possible que les hôpitaux situés à l'extérieur de la région de résidence du patient aient dispensé des services qui n'étaient pas offerts dans les hôpitaux de la région de résidence du patient.

**Figure 11 : Catégories cliniques principales liées aux hospitalisations mixtes**



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.

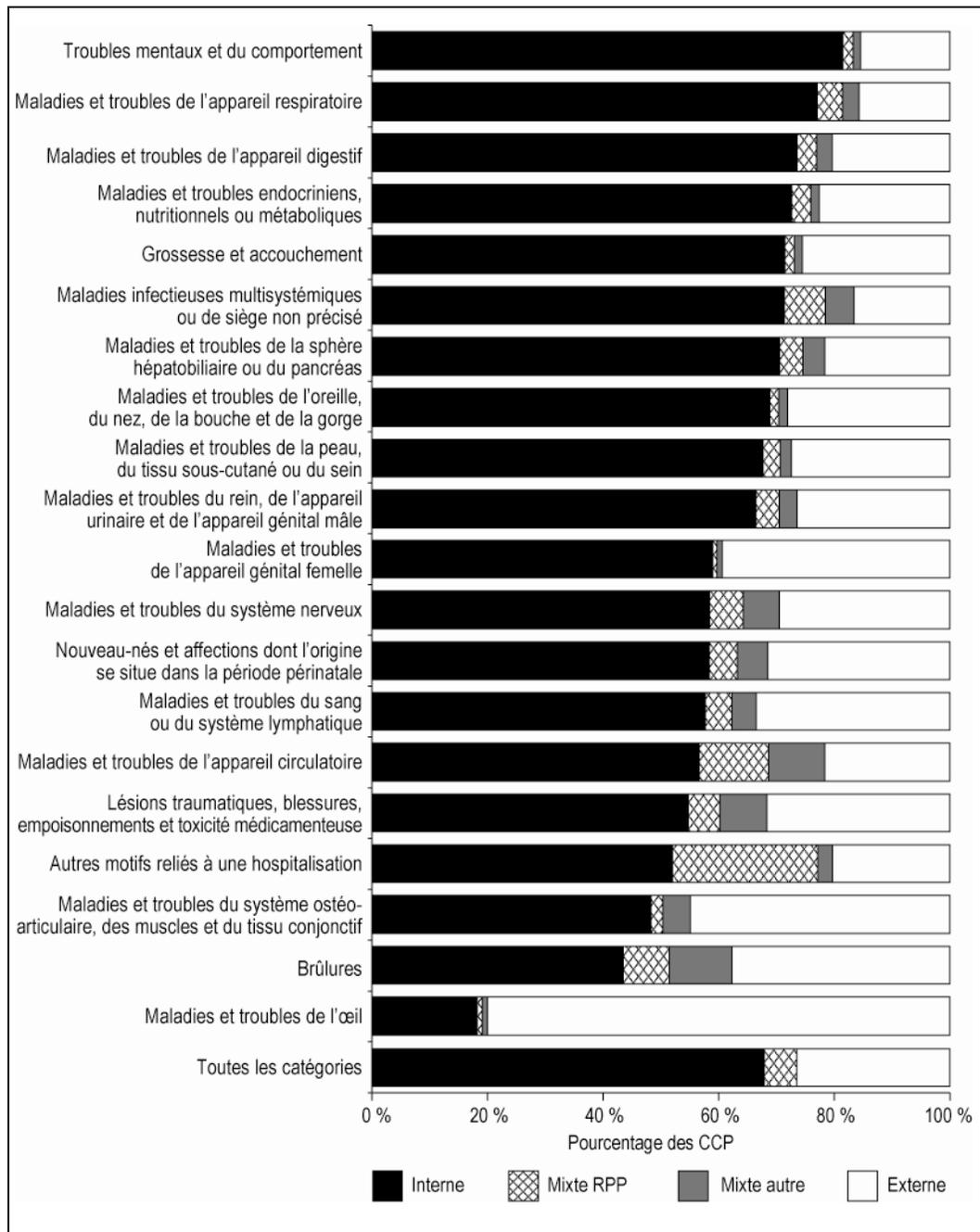
**Comment interpréter cette figure**

Les épisodes mixtes correspondent aux hospitalisations qui ont donné lieu à un transfert entre des hôpitaux situés à l'intérieur et à l'extérieur des frontières de l'autorité sanitaire du patient. Les hospitalisations mixtes sont divisées en deux groupes afin de faire la distinction entre les hôpitaux relevant d'autorités sanitaires de régions peu peuplées (RPP) et les hôpitaux externes (autres).

La figure 12 illustre l'apport respectif des différents lieux d'hospitalisation à différentes CCP. Voici quelques-uns des motifs d'hospitalisation les plus courants :

- une proportion considérable d'hospitalisations internes étaient liées aux CCP Troubles mentaux et du comportement, Maladies et troubles de l'appareil respiratoire, Maladies et troubles de l'appareil digestif et Grossesse et accouchement;
- une proportion considérable d'hospitalisations externes étaient liées aux CCP Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, Lésions traumatiques, blessures, empoisonnements et toxicité médicamenteuse et Maladies et troubles du système nerveux;
- une proportion relativement importante d'hospitalisations mixtes étaient liées aux CCP Maladies et troubles de l'appareil circulatoire et Autres motifs liés à une hospitalisation.

Figure 12 : Catégories cliniques principales, par lieu d'hospitalisation



**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 et Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada.



## Analyse

Les hôpitaux relevant d'autorités sanitaires de régions peu peuplées ont pour tâche de dispenser des soins à des populations de petite taille et de faible densité. Dans l'Ouest canadien, les hôpitaux sont généralement situés relativement près de la population qu'ils desservent. En revanche, les hôpitaux de ces régions sont petits et, par comparaison, peu de patients utilisent l'hôpital disponible le plus près.

Le rôle des hôpitaux dans la prestation des soins de santé aux résidents des régions peu peuplées diffère de celui des hôpitaux des régions très peuplées. Par exemple, le volume de service des hôpitaux de petite taille est beaucoup plus faible, de sorte qu'ils ne sont pas en mesure de profiter des mêmes économies d'échelle que les hôpitaux de grande taille. En outre, les hôpitaux de petite taille n'ont pas accès à de l'équipement aussi perfectionné sur le plan technologique que celui dont disposent les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires de grande taille. Les hôpitaux situés dans les régions peu peuplées se heurtent aussi à des difficultés particulières en matière de personnel. Les soins de santé exigent un personnel hautement qualifié ainsi que de l'équipement, des installations et des systèmes de transport spécialisés, des ressources qu'il est très difficile de se procurer dans de petits centres. Les hôpitaux de ces régions éprouvent en outre des difficultés particulières à recruter et maintenir en poste le personnel et les médecins.

Malgré ces différences, le présent rapport souligne le rôle clé joué par les hôpitaux communautaires des régions peu peuplées de l'Ouest canadien : dispenser des soins à la majorité des résidents et participer activement aux soins de suivi des patients qui retournent dans les frontières de leur autorité sanitaire après avoir été traités dans un hôpital externe de grande taille.

Ce vaste examen de l'utilisation des hôpitaux par les résidents des régions peu peuplées de l'Ouest canadien est vaste se veut une étape préliminaire, mais importante. Bien qu'il ne dresse pas le portrait complet de l'ensemble des facteurs à prendre en considération par les régions sanitaires dans l'évaluation des rôles joués par leurs hôpitaux, il jette un éclairage sur plusieurs questions névralgiques.

Il importe de noter que le volume des activités varie considérablement parmi les hôpitaux des régions peu peuplées, ce qui pourrait expliquer certaines des variations observées dans l'analyse. Le présent rapport n'a toutefois pas pour objectif d'étudier ces variations en détail. Il faut garder à l'esprit que ce rapport n'a pas été créé dans le but d'évaluer la qualité des services offerts par les régions peu peuplées aux patients qui habitent ces régions. Il permet plutôt aux planificateurs de dépeindre le rôle que jouent les hôpitaux des régions peu peuplées dans la vie des gens qui y vivent.



## Annexe : Notes techniques

Soulignons que la méthodologie adoptée a été spécialement élaborée pour le présent rapport. Ainsi, les résultats qui y figurent peuvent différer de ceux d'autres publications de l'ICIS qui poursuivaient un but différent ou utilisaient une autre méthodologie.

### Sources des données

- Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2009-2010, Institut canadien d'information sur la santé
- Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), Statistique Canada
- Organization Index Institution File, Institut canadien d'information sur la santé
- Recensement du Canada, 2006, Statistique Canada

### Critères d'inclusion

- Sorties d'un établissement de soins de courte durée
- Sorties entre le 1<sup>er</sup> avril 2009 et le 31 mars 2010

### Critères d'exclusion

- Sexe inconnu
- Numéro d'assurance-maladie non valide
- Nouveau-nés, mortinaissances et donneurs décédés
- Enregistrements en double potentiels

### Variables analytiques clés

La province et la région du patient ont été déterminées à partir de son code postal (indiqué dans la BDCP) et du FCCP+.

La province et la région de l'établissement ont été déterminées au moyen du code postal de l'établissement (indiqué dans l'Organization Index) et du FCCP+.

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

Les hôpitaux d'enseignement sont des membres de plein droit de l'ACISU. Selon l'ACISU, ses membres sont soit des hôpitaux d'enseignement indépendants dotés de leur propre structure de gouvernance, soit des réseaux formés d'hôpitaux uniques ou de centres régionaux à emplacements multiples. Les membres de l'ACISU offrent des programmes cliniques couvrant toute la gamme de soins, depuis les soins de santé primaires jusqu'aux services de santé très spécialisés, qui sont organisés en services régionaux (ou provinciaux) de soins de santé. Ils se distinguent par des partenariats interétablissements officiels qu'ils établissent avec les universités, avec lesquelles ils collaborent étroitement pour la formation médicale au premier cycle et aux cycles supérieurs.

Les hôpitaux sans vocation d'enseignement ont été répartis parmi les groupes d'hôpitaux semblables communautaires de grande, moyenne ou petite taille selon leur volume, déterminé au moyen des cas de patients hospitalisés, du total des cas pondérés et des jours-présence. Un hôpital était classé dans le groupe H1 s'il répondait à deux des trois critères suivants :

- plus de 8 000 cas de patients hospitalisés
- plus de 10 000 cas pondérés
- plus de 50 000 jours-présence

Un hôpital qui ne correspondait pas à ces critères était classé dans le groupe H2 ou H3, selon son total de cas pondérés (H2 : 2 000 ou plus; H3 : moins de 2 000). Les cas limites ont été étudiés et répartis de nouveau en fonction de leurs moyennes sur plusieurs années. Il est à noter que le groupe d'hôpitaux semblables auquel appartient un hôpital comptant plusieurs établissements a été déterminé par l'établissement dont le groupe est le plus élevé selon la hiérarchie suivante : T, H1, H2, H3.

Les CCP ont été déterminées à l'aide de la méthodologie de regroupement GMA+ 2010 de l'ICIS.

Des identificateurs uniques ont été créés au moyen du numéro d'assurance-maladie, de la date de naissance, du code de province et du code de sexe des patients.

Les épisodes de soins ont été construits comme suit :

- les transferts d'un hôpital de soins de courte durée vers un autre étaient considérés comme faisant partie du même épisode de soins si le transfert depuis ou vers un établissement de soins de courte durée, un service d'urgence ou un centre de soins ambulatoires était indiqué dans l'abrégé de réadmission ou l'abrégé précédent;
- une admission dans un établissement de soins de courte durée est survenue dans les 12 heures précédant ou les 24 heures suivant une autre sortie des soins de courte durée.

L'analyse de proximité a été réalisée à l'aide de la fonction « établissement le plus près » de l'extension Network Analyst du programme logiciel ArcGIS 10 d'ESRI. Cette fonction peut calculer la durée du trajet entre un point de départ (le domicile du patient) et la destination la plus près (l'hôpital), où la durée du trajet est fonction de la limite de vitesse et de la distance à parcourir. Les données du réseau routier utilisées ont été produites par Statistique Canada et les limites de vitesse ont été déterminées à l'aide d'Earth-To-Map GIS inc., entreprise d'experts-conseils située à Ottawa (Ontario) spécialisée dans les systèmes d'information géographique (SIG). Les patients et les hôpitaux ont été délimités (géocodés) à partir des codes postaux. La latitude et la longitude ont été dérivées du FCCP+, version 5G, qui fournit une codification géographique automatisée fondée sur le FCCP de Statistique Canada.

Tous les hôpitaux ont été inclus dans l'analyse; en revanche, certaines données sur les patients ont été exclues pour trois raisons :

- le FCCP+ n'a pas précisé la latitude et la longitude de certains codes postaux;
- le code postal du patient a été relié à un lieu situé à plus de deux kilomètres du réseau routier;
- en raison du réseau routier incomplet (ou fragmenté) entre le domicile du patient et l'hôpital, le calcul du temps de déplacement complet n'a pas pu être effectué (ce problème est uniquement survenu dans le cas des régions les plus éloignées).



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

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

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-55465-966-1 (PDF)

© 2011 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Profil des soins de courte durée aux patients hospitalisés des régions peu peuplées de l'Ouest canadien*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

This publication is also available in English under the title *Profiling Acute Inpatient Care for Sparsely Populated Areas in Western Canada*.

ISBN 978-1-55465-965-4 (PDF)

## Parlez-nous

### **ICIS Ottawa**

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860

### **ICIS Toronto**

4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002

### **ICIS Victoria**

880, rue Douglas, bureau 600  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7  
Téléphone : 250-220-4100

### **ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300  
Montréal (Québec) H3A 2R7  
Téléphone : 514-842-2226

### **ICIS St. John's**

140, rue Water, bureau 701  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6  
Téléphone : 709-576-7006