

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995

Patricia Tully, Étienne Saint-Pierre *

Résumé

La période comprise entre les années financières 1986-1987 et 1994-1995 a été marquée par une réduction du nombre d'hôpitaux au Canada et par des changements fondamentaux dans la manière d'offrir leurs services. Au cours de ces années, le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 14 % et les lits approuvés dans ces mêmes hôpitaux, de 11 %. Il en découle que le nombre de lits dotés en personnel pour 1 000 habitants est passé de 6,6 à 4,1.

La majeure partie du déclin dans le nombre de lits approuvés dans les hôpitaux publics peut être attribuée à la réduction observée dans les hôpitaux de soins prolongés. En effet, certains hôpitaux disposant d'unités de soins prolongés ont été réassignés comme établissements de soins pour bénéficiaires internes. De plus, il s'est dégagé une tendance commune à tous les types d'hôpitaux publics : le nombre de patients traités en consultation externe a augmenté et les journées d'hospitalisation ont diminué.

Entre 1986-1987 et 1991-1992, le taux de croissance annuelle moyen des dépenses d'exploitation, en dollars courants, des hôpitaux publics était de 8 %. Entre 1991-1992 et 1994-1995, les hôpitaux publics avaient un taux négatif de croissance annuelle moyen de leurs dépenses (-2,4 %), témoignant ainsi des efforts entrepris par les diverses administrations publiques pour rationaliser leurs dépenses hospitalières.

Cet article présente les données qui proviennent des rapports colligés par Statistique Canada : le Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994 et le Rapport annuel préliminaire des hôpitaux pour les données de 1994-1995.

Mots-clés : consultation externe, durée du séjour, dépenses hospitalières, lits dotés en personnel, lits approuvés

Depuis le milieu des années 1980, les hôpitaux canadiens ont été le théâtre de profonds changements. Le nombre d'hôpitaux, et par conséquent, le nombre de lits dotés en personnel ont diminué. La baisse du nombre de journées d'hospitalisation a concordé avec la chute de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux. Ces changements peuvent être liés en grande partie à une réduction importante du secteur hospitalier de soins prolongés et une augmentation du nombre de consultations externes. Alors que quelques hôpitaux ont été fermés, certains ont été utilisés comme établissements de soins pour bénéficiaires internes. Ces tendances ont amené les hôpitaux à réduire leurs dépenses d'exploitation plus particulièrement depuis les années 1990.

Le présent article décrit les changements récents survenus dans divers aspects des soins hospitaliers tels le nombre de lits dotés en personnel, la durée de séjour, les traitements en consultation externe et les dépenses d'exploitation. Les données proviennent des rapports colligés par Statistique Canada : le Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994¹ et le Rapport annuel préliminaire des hôpitaux pour les données de 1994-1995² (voir *Méthodologie*).

Diminution du nombre d'hôpitaux

Pour l'année financière 1994-1995, il y avait 978 hôpitaux en activité au Canada, parmi lesquels 901 appartenaient au secteur public, 22 au secteur privé et 55 au secteur fédéral (voir *Définitions*). Dans l'ensemble des hôpitaux, il y avait 156 547 lits approuvés par les autorités provinciales, excluant les berceaux pour les nouveau-nés. Les hôpitaux publics détenaient la grande majorité (98 %) des lits approuvés (tableau 1).

* Patricia Tully (613) 951-8782 et Étienne Saint-Pierre (613) 951-4226 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Méthodologie

Source des données

Les données utilisées proviennent du *Rapport annuel des établissements de santé-Hôpitaux* et du *Rapport annuel préliminaire des hôpitaux*, source de données disponible pour l'exercice financier 1994-1995. En vertu de la Loi sur la statistique, tous les établissements doivent compléter ce rapport, c'est-à-dire tous les établissements qui possèdent une licence pour exploiter un hôpital. La licence est accordée par les ministères provinciaux de la santé et certains ministères fédéraux. L'univers visé est donc l'ensemble des hôpitaux publics, privés et fédéraux en activité dans toutes les provinces et les territoires.

Les résultats suivants proviennent de la base de données tirées du Rapport annuel et du Rapport préliminaire dont le taux de réponse est toujours situé à plus de 80 % et qui représente plus de 90 % des lits. Le taux de réponse des hôpitaux publics seulement est en général supérieur (environ 90 %). Les estimations dans cet article sont basées uniquement sur les valeurs déclarées.

Technique d'analyse

Pour obtenir le nombre de visites en consultation externe, il faut additionner les visites de malades externes aux unités d'urgence, aux programmes de soins chirurgicaux de jour, aux consultations générales et spécialisées et aux programmes de soins externes de jour et de nuit.

Le nombre de visites aux programmes de soins externes de jour et de nuit est estimé à partir du nombre de malades externes qui sont inscrits aux programmes de soins externes de jour et de nuit. Pour obtenir ce résultat, le nombre total de visites aux programmes de soins externes de jour ou de nuit pendant l'année doit être multiplié par la proportion de malades externes par rapport au nombre total de malades qui bénéficient de ces programmes.

Pour les comparaisons provinciales, la proportion de malades externes qui sont inscrits aux programmes de soins externes de jour et de nuit est déterminée indépendamment pour chaque province. L'absence de données sur ce ratio pour le Québec fait en sorte que la proportion calculée pour l'ensemble du Canada est utilisée pour estimer le nombre de visites de malades externes à ces programmes. La même approximation a été faite pour l'Ontario en 1993-1994.

Pour les comparaisons entre les différents types d'hôpitaux, la proportion utilisée pour établir le nombre de visites de malades externes aux programmes de soins externes de jour et de nuit est calculée indépendamment pour chaque type d'établissement.

Limites

Les données sur le nombre de visites en consultation externe ne sont pas recueillies pour le *Rapport annuel préliminaire des hôpitaux*. Les statistiques présentées sur les consultations externes et les journées d'hospitalisation n'incluent ni les hôpitaux privés et fédéraux, ni les postes de soins infirmiers et hôpitaux éloignés.

Nous ne possédons pas encore de déflateur (inflation) approprié par province pour les dépenses des hôpitaux en 1994-1995. C'est pourquoi nous utilisons ici des données exprimées en dollars courants. En outre, les hôpitaux privés et fédéraux ne sont pas tenus de fournir des données financières pour cette enquête.

Entre 1986-1987 et 1994-1995, le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 14 % et les lits approuvés dans ces mêmes hôpitaux, de 11 %. Plus de la moitié de la réduction des lits approuvés dans les hôpitaux publics au cours de ces huit années est attribuable à la réduction du secteur hospitalier de soins prolongés.

Alors que quelques hôpitaux ont été fermés, certains ont été utilisés à d'autres fins dans le domaine de la santé. Quelques-uns parmi ces derniers, disposant d'unités de soins de longue durée, ont été désignés par les provinces comme des établissements de soins pour bénéficiaires internes. N'étant plus désignés comme hôpitaux, ces établissements ne sont par conséquent pas inclus dans les données, alors que d'autres hôpitaux ont été réassignés à l'usage exclusif des malades externes ou, encore, ont été fusionnés à d'autres établissements.

Lits d'hôpitaux dotés en personnel

Pour l'ensemble des hôpitaux, le nombre de lits dotés en personnel (c'est-à-dire ceux qui sont réellement à la disposition des malades) se chiffrait à 120 774 en 1994-1995, soit 30 % de moins que le sommet de 172 425 lits dotés en personnel atteint en 1986-1987 (tableau 2).

Ce sont les hôpitaux publics de soins prolongés qui ont connu la baisse la plus marquée de lits dotés en personnel avec 46 % de lits en moins. Des réductions importantes de lits dotés en personnel ont également été relevées dans les hôpitaux publics spécialisés (34 %) et les hôpitaux publics généraux sans unités de longue durée (32 %).

La réduction numérique de lits dotés en personnel était plus grande dans les unités de soins de courte durée (30 023) que dans les unités de soins de longue durée (21 628). Cependant, la baisse en pourcentage dans le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de longue durée (36 %) excédait celle observée dans les unités de soins de courte durée (27 %).

Au niveau national, le nombre de lits dotés en personnel pour 1 000 habitants est passé de 6,6 à 4,1 entre 1986-1987 et 1994-1995. Bien que l'augmentation de la population ait contribué à la baisse de ce ratio, le virage ambulatoire qui s'est amorcé dans l'ensemble des

Tableau 1

Répartition des hôpitaux et des lits autorisés[†], selon le type d'établissement, Canada, certaines années

	1986-1987		1993-1994		1994-1995		Taux de variation entre 1986-1987 et 1994-1995	Taux de variation entre 1993-1994 et 1994-1995
		%		%		%	%	%
Hôpitaux								
Total	1 224	100	1 157	100	978	100	-20	-15
Hôpitaux publics	1 053	86	998	86	901	92	-14	-10
Généralistes sans unité de soins de longue durée	417	34	366	32	352	36	-16	-4
Généralistes avec unité de soins de longue durée	365	30	353	31	363	37	-1	3
Enseignement	61	5	58	5	56	6	-8	-3
Spécialisés	35	3	34	3	34	3	-3	-
Soins prolongés	150	12	136	12	96	10	-36	-29
Postes infirmiers et hôpitaux éloignés [‡]	25	2	51	4	-	-	-100	-100
Hôpitaux privés	59	5	57	5	22	2	-63	-61
Hôpitaux fédéraux	112	9	102	9	55	6	-51	-46
Lits autorisés[†]								
Total	178 137	100	172 222	100	156 547	100	-12	-9
Hôpitaux publics	171 461	96	166 153	96	152 939	98	-11	-8
Généralistes sans unité de soins de longue durée	25 440	14	23 326	14	21 021	13	-17	-10
Généralistes avec unité de soins de longue durée	64 255	36	64 062	37	63 076	40	-2	-2
Enseignement	39 787	22	38 384	22	37 263	24	-6	-3
Spécialisés	5 790	3	5 166	3	4 923	3	-15	-5
Soins prolongés	36 084	20	35 070	20	26 656	17	-26	-24
Postes infirmiers et hôpitaux éloignés [‡]	105	--	145	--	--	--	-100	-100
Hôpitaux privés	3 682	2	3 587	2	1 226	1	-67	-66
Hôpitaux fédéraux	2 994	2	2 482	1	2 382	2	-20	-4

Sources : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100.

[†] Inclut les lits pour les adultes et les enfants, mais exclut les berceaux pour les nouveau-nés.

[‡] Aucun poste infirmier ni hôpital éloigné public n'a dispensé de soins à des malades hospitalisés en 1994-1995; pour cette raison, aucun de ces établissements n'a été désigné comme étant un hôpital.

- Néant ou zéro.
-- Nombre infimes.

Tableau 2

Nombre de lits dotés en personnel dans les hôpitaux selon les unités de soins, Canada et les provinces, 1986-1987 et 1994-1995

	Toutes les unités			Unités de soins de courte durée			Unités de soins de longue durée		
	1986-1987	1994-1995	Taux de variation	1986-1987	1994-1995	Taux de variation	1986-1987	1994-1995	Taux de variation
			%			%			%
Canada[†]	172 425	120 774	-30,0	111 696	81 673	-26,9	60 729	39 101	-35,6
Terre-Neuve	3 401	2 753	-19,1	2 691	1 987	-26,2	710	766	7,9
Île-du-Prince-Édouard	755	513	-32,1	662	477	-27,9	93	36	-61,3
Nouvelle-Écosse	5 705	3 722	-34,8	5 242	3 324	-36,6	463	398	-14,0
Nouveau-Brunswick	5 151	3 397	-34,1	3 949	2 494	-36,8	1 202	903	-24,9
Québec	54 741	38 849	-29,0	27 089	25 121	-7,3	27 652	13 728	-50,4
Ontario	51 181	37 303	-27,1	37 334	24 354	-34,8	13 847	12 949	-6,5
Manitoba	6 369	5 527	-13,2	5 134	4 482	-12,7	1 235	1 045	-15,4
Saskatchewan	7 272	4 675	-35,7	6 448	4 097	-36,5	824	578	-29,9
Alberta	17 990	8 372	-53,5	11 755	7 598	-35,4	6 235	774	-87,6
Colombie-Britannique	19 466	15 527	-20,2	11 040	7 628	-30,9	8 426	7 899	-6,3

Sources : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

[†] Inclut les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

provinces et les fermetures de lits qui en ont découlé expliquent en grande partie cette tendance.

Pendant toute cette période, le Québec a eu le plus haut ratio de lits dotés en personnel par habitant. L'Alberta avait le deuxième ratio plus élevé en 1986-1987, mais les

réformes survenues dans cette province dans les années suivantes ont fait en sorte qu'en 1994-1995, ce ratio était le plus faible au pays (tableau 3). Le Manitoba est la province qui a le moins réduit son nombre de lits dotés en personnel par 1000 habitants, son ratio passant de 5,8 à 4,9.

Définitions

Hôpital : Établissement qui reçoit des personnes requérant des soins médicaux et leur dispense de façon continue ces soins ainsi que des services diagnostiques et thérapeutiques d'appoint, et qui est enregistré ou reconnu comme hôpital par une province ou est administré par le gouvernement du Canada.

Hôpital public : Hôpital reconnu par la province comme "public". Ces hôpitaux ne visent ordinairement pas à réaliser des bénéfices et sont la propriété d'une municipalité, d'un organisme ou d'un ministère d'un gouvernement provincial, d'une congrégation religieuse ou d'un organisme bénévole laïque.

Hôpital privé : Hôpital qui appartient à des particuliers ou des organismes privés et exploité en vue de réaliser des bénéfices. Ces hôpitaux offrent divers services, incluant des soins actifs de courte durée et des soins prolongés.

Hôpital fédéral : Hôpital appartenant à un ministère ou un organisme du gouvernement du Canada ne visant pas à réaliser des bénéfices et desservant des groupes de patients qui relèvent de la responsabilité de ces ministères. À titre d'exemple, le ministère des Anciens combattants est propriétaire d'un hôpital pour anciens combattants; Santé Canada possède des postes de soins infirmiers et des hôpitaux éloignés desservant les personnes vivant dans les régions isolées et le ministère de la Défense nationale possède des hôpitaux pour le traitement des membres des Forces armées canadiennes.

Unité de soins de longue durée : Unité d'hospitalisation où sont traités les malades dont l'état, au moment de leur admission, requiert des soins médicaux de longue durée.

Unité de soins de courte durée : Unité d'hospitalisation où sont traités les malades dont l'état, au moment de l'admission, requiert des services diagnostiques et thérapeutiques et (ou) des soins infirmiers spécialisés et une surveillance médicale.

Hôpital général sans unités de soins de longue durée : Hôpital qui assure principalement le diagnostic et le traitement à court terme d'une grande variété d'affections et de traumatismes, sans distinction d'âge et de sexe des malades.

Hôpital général avec unités de soins de longue durée : Hôpital qui comprend un groupe de lits ou de chambres ou encore une aile ou un bâtiment séparé pour les soins de longue durée qui est considéré comme un quartier de traitement distinct.

Hôpital d'enseignement : Hôpital qui offre des programmes d'enseignement, dûment autorisés par les autorités compétentes, pour la formation clinique principale des étudiants effectuant leurs deux dernières années d'étude dans des disciplines médicales, dont la médecine interne et la chirurgie générale.

Hôpital spécialisé : Hôpital qui assure principalement le diagnostic et le traitement à court terme d'un nombre restreint de maladies ou de traumatismes, ou fournit un éventail de services à des personnes d'un groupe d'âge particulier (hôpital pédiatrique, hôpital psychiatrique de soins de courte durée, institut neurologique).

Hôpital de soins prolongés : Hôpital qui comprend les établissements qui ont des patients atteints de maladies chroniques, les hôpitaux psychiatriques de longue durée et les hôpitaux de réadaptation.

Lit approuvé : Lit qui était approuvé par les autorités provinciales pour un hôpital ou une unité d'hôpital.

Lit doté en personnel : Lit qui était réellement à la disposition des malades (qu'il soit occupé ou non à cette date) et qui était doté du personnel pouvant fournir des soins de qualité et du type voulus.

Programme de soins de jour ou de nuit : Unité spécialement conçue, équipée et dotée du personnel nécessaire pour soigner les malades externes qui viennent pour un nombre donné d'heures, le jour ou la nuit. Par exemple, les soins de jour pour diabétiques ou en gériatrie, les dialyses, les soins psychiatriques de jour ou de nuit ou les soins de jour ou de nuit liés à la toxicomanie seraient inclus dans ces programmes.

Programme de soins chirurgicaux de jour : Ce service est agréé et organisé principalement pour les malades externes et dispense des traitements électifs, chirurgicaux ou endoscopiques, sous anesthésie générale ou locale. Cette personne n'est pas admise comme hospitalisée, n'occupe pas un lit d'hospitalisé et repart le jour même.

Consultations générales et spécialisées : Ces services sont spécialement conçus, équipés et dotés du personnel pour offrir des services diagnostiques et thérapeutiques principalement aux malades externes. Le traitement du cancer ou des allergies, les consultations en ophtalmologie ou en dermatologie, par exemple, y seraient inclus.

Établissements de soins pour bénéficiaires internes : Établissements agréés, subventionnés ou titulaires d'un permis délivré par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé ou des Services sociaux. Certains établissements s'adressent en général à des malades chroniques ou à des personnes handicapées qui y résident plus ou moins en permanence. D'autres établissements accueillent les bénéficiaires pendant une période plus courte et dispensent souvent un programme de services. En général, les soins dispensés par les établissements pour bénéficiaires internes se situent à un niveau inférieur à celui des services offerts par les hôpitaux, bien qu'il y ait un certain chevauchement. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes regroupent les résidences (maisons de repos comprises) pour les personnes âgées, les personnes souffrant d'un handicap physique, les handicapés développementaux, les personnes souffrant de troubles psychiques, les alcooliques et les toxicomanes, les enfants souffrant de troubles émotifs, les personnes itinérantes, les délinquants ainsi que d'autres bénéficiaires.

Le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de courte durée par 1 000 habitants a chuté dans toutes les provinces. Terre-Neuve est la seule province qui a vu augmenter le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de longue durée par 1 000 habitants.

La chute dans le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de longue durée a été particulièrement prononcée en Alberta et au Québec. Ainsi, depuis 1990-1991 en Alberta et 1993-1994 au Québec, certains hôpitaux de soins prolongés et certaines unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux ont été désignés par la province comme étant des établissements de soins pour bénéficiaires internes. En Alberta, plus de 5 000 lits approuvés dans 67 hôpitaux publics et au Québec plus 9 000 lits approuvés dans 71 hôpitaux (38 publics et 33 privés) ont été ainsi désignés.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour à l'hôpital a aussi baissé. Dans l'ensemble du pays, la durée d'un séjour dans des unités de soins de courte durée, des hôpitaux publics en 1994-1995, était en moyenne de 7 jours alors qu'elle était de 9 jours en 1986-1987. C'est au Québec que les patients demeuraient le plus longtemps à l'hôpital, neuf jours en moyenne en 1994-1995. Les durées moyennes de séjour en Alberta et en Colombie-Britannique (6,5 jours) étaient les plus courtes. Dans l'ensemble des provinces, la durée moyenne de séjour dans des unités de soins de courte durée était moindre en 1994-1995 qu'en 1986-1987.

Les séjours dans les unités de soins de longue durée étaient évidemment beaucoup plus longs. Mais la durée moyenne de séjour a aussi baissé, passant de 236 à 153 jours.

Consultations externes et hospitalisation

Il s'est dégagé une tendance commune à tous les types d'hôpitaux publics : le nombre de consultations externes a augmenté et les journées d'hospitalisation ont diminué. En 1993-1994, il y a eu dans l'ensemble des hôpitaux publics du Canada, 38 millions de visites en consultation externe, soit 15 % de plus qu'en 1986-1987. Par contre,

les journées d'hospitalisation sont passées de 52 à 43 millions pendant la même période, une baisse de 17 %.

L'augmentation des visites en consultation externe, pendant cette période, est liée à l'accroissement rapide des visites effectuées dans le cadre de programmes de soins de jour et de nuit (2,7 millions de visites en 1993-1994, en hausse de 46 %), des visites effectuées pour obtenir des soins chirurgicaux de jour (1,8 millions, en hausse de 37 %) et des visites aux consultations générales et spécialisées (17,7 millions, en hausse de 24 %). Quant aux visites à l'urgence, leur nombre, en 1993-1994, dépassait à peine celui de 1986-1987, 15,9 millions (hausse inférieure à 1 %).

En 1993-1994, pour chaque journée d'hospitalisation d'un patient dans un hôpital public, il y avait 0,88 visite en consultation externe, alors qu'il y en avait 0,64 en 1986-1987. Les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux généraux sans unité de soins de longue durée avaient les ratios les plus élevés de visites en consultation externe aux journées d'hospitalisation : respectivement 2,03 et 1,34. Depuis 1986-1987, ce ratio a augmenté pour tous les types d'hôpitaux publics (graphique 1, tableau 4). En sept ans, la hausse du nombre de visites en consultation externe

Tableau 3

Lits dotés en personnel pour 1 000 habitants, Canada et les provinces, 1986-1987 et 1994-1995

	Toutes les unités		Unités de soins de courte durée		Unités de soins de longue durée	
	1986-1987	1994-1995	1986-1987	1994-1995	1986-1987	1994-1995
Canada[†]	6,6	4,1	4,2	2,8	2,3	1,3
Terre-Neuve	5,9	4,7	4,7	3,4	1,2	1,3
Île-du-Prince-Édouard	5,9	3,8	5,1	3,5	0,7	0,3
Nouvelle-Écosse	6,4	4,0	5,9	3,5	0,5	0,4
Nouveau-Brunswick	7,1	4,5	5,4	3,3	1,7	1,2
Québec	8,1	5,3	4,0	3,4	4,1	1,9
Ontario	5,4	3,4	3,9	2,2	1,5	1,2
Manitoba	5,8	4,9	4,7	4,0	1,1	0,9
Saskatchewan	7,0	4,6	6,2	4,0	0,8	0,6
Alberta	7,4	3,1	4,8	2,8	2,6	0,3
Colombie-Britannique	6,4	4,2	3,6	2,1	2,8	2,1

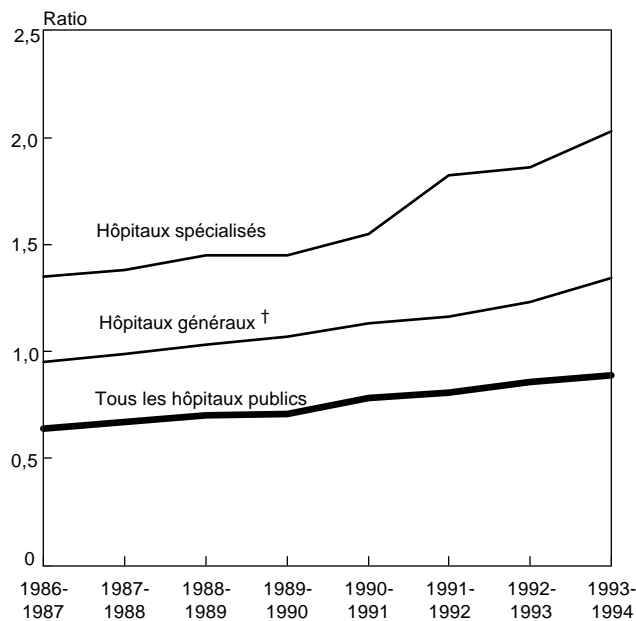
Sources : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

[†] Inclut les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

par journée d'hospitalisation se situait entre 39 % et 62 % selon le type d'hôpital public. En 1993-1994, le ratio était supérieur à 1,00 (plus de visites en consultation externe que de journées d'hospitalisation) dans la majorité des

Graphique 1

Ratio des visites en consultation externe par journée d'hospitalisation, dans certains types d'hôpitaux publics, Canada, 1986-1987 à 1993-1994



Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994

† Sans unité de soins de longue durée.

Tableau 4

Ratio des visites en consultation externe par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, Canada, 1986-1987 et 1993-1994

	1986-1987	1993-1994	Taux de variation
Tous les hôpitaux publics	0,64	0,88	38,9
Généraux, sans unité de soins de longue durée	0,95	1,34	41,8
Généraux, avec unités de soins de longue durée	0,65	0,90	38,7
Enseignement	0,90	1,29	43,0
Spécialisés	1,35	2,03	50,7
Soins prolongés	0,07	0,11	61,6

Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994

Nota : Les ratios sont arrondis alors que le taux de variation a été calculé à partir des chiffres non arrondis.

types d'hôpitaux, même que ce ratio était supérieur à 2,00 dans les hôpitaux spécialisés.

Cette hausse dans les consultations externes par rapport aux journées d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, s'observe dans toutes les provinces, mais à différents degrés et pour différentes raisons. Par exemple, en Alberta, le nombre de visites en consultation externe par journée d'hospitalisation a augmenté de 130 % (tableau 5). Dans une certaine mesure, le fait que depuis 1990-1991, les lits des hôpitaux de soins prolongés (hôpitaux auxiliaires) et les lits des unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux ne soient plus désignés comme lits d'hôpitaux par l'Alberta, explique ce résultat. À l'opposé, le Québec et le Manitoba ont eu une augmentation relativement faible de ce ratio : 17 % et 19 % respectivement. Pour le Québec, l'explication de ce résultat réside dans la faiblesse relative de la baisse du nombre de journées d'hospitalisation par rapport aux autres provinces pendant cette période. Par contre, au Manitoba, la diminution dans le nombre de journées

Tableau 5

Ratio du nombre de visites en consultation externe par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, Canada, provinces et territoires, 1986-1987 et 1993-1994

	1986-1987	1993-1994	Taux de variation
Canada	0,64	0,88	38,7
Terre-Neuve	0,85	1,20	41,3
Île-du-Prince-Édouard	0,57	0,88	54,8
Nouvelle-Écosse	0,83	1,16	39,6
Nouveau-Brunswick	0,71	1,03	45,0
Québec	0,64	0,75	17,1
Ontario	0,75	1,08	43,2
Manitoba	0,62	0,74	18,8
Saskatchewan	0,62	0,89	42,5
Alberta†	0,54	1,25	130,3
Colombie-Britannique	0,34	0,50	46,2
Yukon	..	1,04	...
Territoires-du-Nord-Ouest	0,89	1,83	105,0

Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994

Nota : Les ratios sont arrondis alors que le taux de variation a été calculé à partir des chiffres non arrondis.

† Depuis 1990-1991, les lits des hôpitaux de soins prolongés (hôpitaux auxiliaires) et les lits des unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux ne sont plus désignés comme lits d'hôpitaux par l'Alberta.

.. Données non disponibles.

... N'ayant pas lieu de figurer.

d'hospitalisation était comparable à celle observée au niveau national, mais le nombre de visites en consultation externe était stable.

Toujours en 1993-1994, les Territoires du Nord-Ouest avaient le ratio le plus élevé de visites en consultation externe (1,83) suivis par l'Alberta (1,25), Terre-Neuve (1,20) et la Nouvelle-Écosse (1,16), alors qu'en Colombie-Britannique, ce ratio était de 0,50.

Dépenses d'exploitation

Toutes les provinces maîtrisaient les coûts encourus par les hôpitaux ces dernières années. Entre 1991-1992 et 1994-1995, les hôpitaux publics avaient un taux négatif de croissance annuelle moyen de leurs dépenses d'exploitation, en dollars courants (-2,4 %). Ce résultat contraste avec le taux de croissance annuelle moyen de 8 % entre 1986-1987 et 1991-1992 (graphique 2).

Six provinces ont eu un taux de croissance annuelle moyen négatif entre 1991-1992 et 1994-1995. Les compressions les plus importantes dans les dépenses ont eu lieu en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Ontario : 4,6 %, 4,1 % et 3,7 % respectivement.

Graphique 2

Taux de croissance annuelle moyen des dépenses d'exploitation, en dollars courants, des hôpitaux publics, Canada et les provinces, 1986-1987 à 1991-1992, et 1991-1992 à 1994-1995

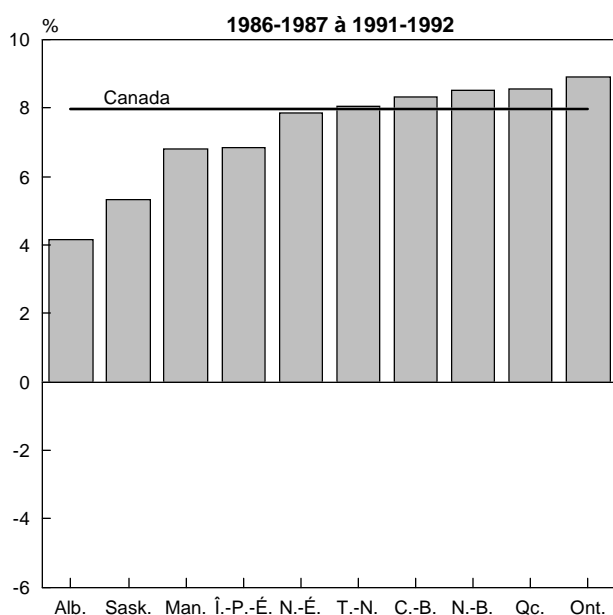


Tableau 6

Dépenses d'exploitation, en dollars courants, des hôpitaux publics, par habitant, Canada, provinces et territoires, certaines années

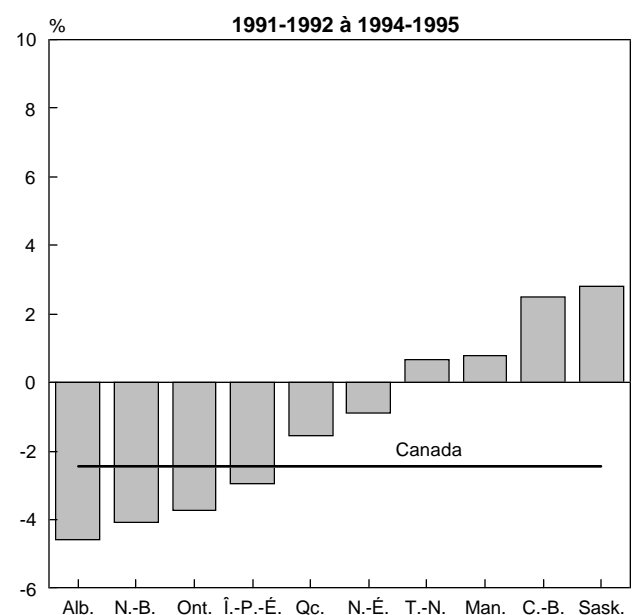
	Dépenses d'exploitation par habitants			Taux de variation entre 1993-1994 et 1994-1995	Taux de variation de la population [†] entre 1993 et 1994
	1986-1987	1993-1994	1994-1995	%	%
	en dollars courants			%	%
Canada	623	836	759	-9,2	1,1
T.-N.	623	938	927	-1,2	-0,6
Î.-P.-É.	458	621	553	-11,0	1,3
N.-É.	692	707	876	23,8	0,4
N.-B.	618	921	778	-15,6	0,3
Qc.	641	926	850	-8,2	0,6
Ont.	610	872	710	-18,5	1,3
Man.	633	862	870	1,0	0,4
Sask.	547	425	654	55,0	0,4
Alb.	724	803	676	-15,8	0,8
C.-B.	564	700	739	5,6	2,6
Yuk.	..	554	605	9,2	-1,5
T.N.-O.	399	305	203	-33,6	1,4

Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

Nota : La variation d'une année à l'autre des dépenses d'exploitation peut être influencée de façon significative par les hôpitaux non-répondants. Dans le cas où un groupe important d'hôpitaux omettrait de fournir des données, le total des dépenses d'exploitation pourrait être inférieur aux dépenses actuelles. Les chiffres pour les dépenses d'exploitation sont arrondis tandis que ceux du taux de variation ont été calculé à partir de chiffres non arrondis.

[†] Estimations postcensitaires de la population, révisées et corrigées au 1^{er} octobre; corrigées en fonction du sous-dénombrement net du recensement incluant les résidents non permanents.

.. Données non disponibles



Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

La prudence est de mise lorsque l'on interprète les données concernant les dépenses hospitalières. La croissance des dépenses peut être liée à l'augmentation de la population dans certaines provinces. Par exemple, la Colombie-Britannique a le taux de croissance annuelle moyen des dépenses le plus élevé entre 1986-1987 et 1994-1995. Une partie de cette augmentation est certainement liée à la croissance de la population qui a été de loin la plus marquée de toutes les provinces, soit 22 %.

En 1994-1995, les dépenses d'exploitation des hôpitaux par habitant étaient de 759\$ pour l'ensemble du Canada, en baisse de 9,2 % par rapport à l'année précédente. Parmi les provinces, Terre-Neuve avait le plus haut niveau de dépenses d'exploitation des hôpitaux par habitant (927\$) et l'Île-du-Prince-Édouard le plus faible (553\$) (tableau 6). En 1986-1987, l'Alberta avait le niveau de dépenses d'exploitation des hôpitaux par habitant le plus élevé, mais en 1994-1995, elle se classait huitième.

Par contre, la variation des dépenses d'exploitation d'une année à l'autre peut être influencée de façon significative par les hôpitaux non-répondants. Par exemple, en 1994-1995 il y a eu une hausse surprenante de 55 % en Saskatchewan des dépenses d'exploitation par habitant. Cette hausse soudaine dans les dépenses d'exploitation s'est produite parce que les données pour certains hôpitaux n'étaient pas disponibles en 1993-1994 et l'étaient en 1994-1995.

Répercussions

Le souci de contrôler les dépenses du secteur hospitalier est répandu dans les diverses administrations publiques. C'est pourquoi l'on observe des tendances communes dans l'administration des soins hospitaliers dans la majorité des provinces. En effet, le nombre de lits approuvés et de lits dotés en personnel décroît et les séjours dans les hôpitaux sont plus courts. Les traitements en consultation externe sont davantage privilégiés et les malades sont de moins en moins hospitalisés. De surcroît, les dépenses d'exploitation se sont stabilisées.

Les coûts des soins de santé ne disparaissent pas pour autant, lorsque les hôpitaux n'ont pas à les assumer. «Le processus qui consiste à alléger les hôpitaux de certains

coûts et de la prestation de certains soins peut avoir pour effet d'accroître les coûts à long terme pour l'ensemble du système³.» Des montants semblables peuvent ainsi être transférés à d'autres secteurs, par exemple aux établissements de soins pour bénéficiaires internes et aux services de soins à domicile, ainsi qu'aux patients et à leurs familles. Les coûts de soins infirmiers, des médicaments, des fournitures médicales, des prélèvements d'échantillon par le laboratoire, des repas, des services de buanderie et d'entretien ménager offerts par les hôpitaux, doivent être assumés par d'autres institutions ou par les patients eux-mêmes, soit de leur poche ou par le biais d'une assurance privée, une fois de retour à la maison après un congé précoce, une chirurgie d'un jour ou d'autres soins prodigués en consultation externe³.

Par conséquent, il est important de reconnaître que les statistiques hospitalières ne brossent qu'un tableau partiel du système de soins de santé au Canada. Les modifications dans le secteur hospitalier font ressortir la nécessité d'examiner leur incidence sur les domaines connexes de la prestation des soins de santé et les dépenses afférentes.

Références

1. Statistique Canada, *La statistique annuelle des hôpitaux*, 1993-1994, n° 83-242 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.
2. Statistique Canada, *Rapport annuel préliminaire, La statistique hospitalière : 1994-1995*, n° 83-241 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.
3. P. Armstrong et H. Armstrong, *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*, Toronto, Oxford University Press, 1996.