



BASSIN DE DESSERTE ET POPULATION DU TERRITOIRE : DEUX CONCEPTS BIEN DIFFÉRENTS

Définition et utilité

Les concepts de bassin de desserte et de population d'un territoire sont souvent confondus parce qu'ils reposent tous les deux sur une base populationnelle. Toutefois, ils réfèrent à des réalités bien différentes. Voyons ce qui les distingue.

La population d'un territoire

La population d'un territoire réfère à un ensemble d'individus résidant dans cet espace géographique qui, pour le réseau de la santé, correspond aux frontières du réseau local de services (RLS) ou de la région sociosanitaire. En Montérégie, on dénombre onze RLS avec leur population respective. Ces territoires sont mutuellement exclusifs.

Ce dénominateur est utilisé pour estimer la capacité du RLS à offrir l'éventail des services requis par sa population. On peut ainsi mesurer le taux de pénétration des services d'un CSSS au sein de sa population, calculer son per capita par programme-services (services locaux) ou le niveau de rétention locale de sa population pour sa consommation de services. Son utilisation est tout indiquée dans le contexte d'une démarche de planification visant à ajuster l'offre de services aux besoins évolutifs de la population. L'approche populationnelle est également appropriée dans une démarche d'élaboration d'un projet clinique, notamment la mise en place d'ententes de services avec d'autres dispensateurs au profit de la population du territoire.

Le bassin de desserte

Le bassin de desserte est un concept associé à un hôpital. Il repose sur la consommation des services produits par un hôpital pour une population qui peut provenir de plusieurs territoires locaux ou régionaux. La mesure de ce concept permet de transposer en base populationnelle le nombre réel d'hospitalisations réalisées dans un établissement à un moment précis dans le temps, qu'il s'agisse d'hospitalisations de résidents ou de non-résidents du territoire de RLS où il est localisé. Le résultat obtenu constitue un volume théorique de personnes (équivalent à une population) susceptibles d'utiliser les services de cet hôpital.

Ce dénominateur est utile pour comparer les ressources d'hospitalisation des établissements en nombre de lits de santé physique de courte durée, en fonction de leur desserte effective à un moment précis dans le temps. Il s'agit donc d'une mesure de capacité relative de chaque hôpital établie sur leur offre réelle de services d'hospitalisation. Cette mesure peut aussi être utilisée pour une région ou une sous-région en regroupant les établissements qui y sont associés.

Puisqu'il s'appuie sur des profils de consommation établis historiquement, le recours à cette mesure est davantage indiqué dans le cadre d'un bilan évaluatif de l'offre de services d'un hôpital ou de plusieurs hôpitaux d'une région. Dans une perspective de planification, cet indicateur doit être nuancé par d'autres facteurs, tels la croissance démographique, les phénomènes de rapatriement ou les taux d'hospitalisation.

Éléments de réflexion

Dans le cadre de la responsabilité populationnelle associée à chacun des RLS, tout CSSS ayant ou non une mission hospitalière doit tenir compte des besoins de la population de son territoire pour guider le développement de son offre de services et faciliter l'accès pour cette population aux services qu'il n'offre pas lui-même. Un enjeu se pose toutefois : quel est le niveau optimal de l'offre de services d'un CSSS destinée à sa propre population? Celui-ci ne peut être analysé qu'à la lumière de l'évolution démographique ou des besoins de santé de cette population, de sa mobilité dans sa consommation de services et de la capacité actuelle en ressources de l'établissement (physique, financière et professionnelle).

Quant au bassin de desserte, cette mesure demeure une estimation de population basée sur des pratiques observées d'hospitalisation. Elle demeure donc insuffisante pour guider des actions de changements dans l'offre de services visant une plus grande autonomie au plan local ou régional. Rappelons que l'on peut comparer la capacité relative des hôpitaux en mettant en relation leur nombre de lits d'hospitalisation et leur bassin de desserte (population théorique). La qualité de ce ratio demeure toutefois tributaire du juste dénombrement des lits de courte durée en santé physique. Les fluctuations récentes observées dans le nombre de lits utilisés (exemple : surcapacité) et la nature des services offerts posent donc des défis au plan de la mesure de ce ratio.

Méthode de calcul du bassin de desserte

Afin d'illustrer la méthode de calcul du bassin de desserte, nous présentons, à la page suivante, un exemple basé sur des données fictives. Pour faciliter la compréhension, nous avons identifié chaque hôpital et son territoire de localisation (RLS) par la même lettre.

Exemple : Méthode de calcul du bassin de desserte

Étape 1 Répartition entre les hôpitaux des hospitalisations « consommées »¹ par la population d'un RLS (en nombre et en pourcentage)

Dans un premier temps, on répartit selon les différents hôpitaux l'ensemble des hospitalisations réalisées pour la population de chacun des territoires de RLS.

Territoires de RLS	Hôpital A		Hôpital B		Hôpital C		Total par RLS	
RLS de résidence A	16 000	60 %	8 000	30 %	2 650	10 %	26 650	100 %
RLS de résidence B	3 000	14 %	14 000	64 %	4 840	22 %	21 840	100 %
RLS de résidence C	3 900	30 %	1 000	8 %	8 000	62 %	12 900	100 %

Dans l'exemple proposé, on constate que la population du RLS A a consommé 26 650 hospitalisations au cours de l'année, dont 16 000 à l'hôpital A (60 %) situé sur son territoire de résidence, 8 000 à l'hôpital B (30 %) et 2 650 à l'hôpital C (10 %) situés respectivement hors territoire.

Étape 2 Estimation du bassin de desserte de chaque hôpital en appliquant cette proportion à la population totale du territoire concerné

Ensuite, on calcule le bassin de desserte d'un établissement en appliquant la répartition des hospitalisations à la population totale du territoire concerné.

Population des RLS		Bassin de desserte des hôpitaux		
Territoires de RLS	Population	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C
RLS de résidence A	200 000	120 000	60 000	20 000
RLS de résidence B	100 000	14 000	64 000	22 000
RLS de résidence C	50 000	15 000	4 000	31 000
Total	350 000	149 000	128 000	73 000

Ainsi pour l'hôpital A, on lui attribue 60 % de la population du RLS A, 14 % de celle du RLS B et 30 % du RLS C. L'addition de ces populations « théoriques » détermine le bassin de desserte de l'hôpital A. On constate ainsi que le RLS A possède une population résidente de 200 000 personnes alors que l'hôpital A, localisé dans ce même territoire, dessert l'équivalent d'une population de 149 000 personnes.

Liens utiles :

Données sur les [bassins de desserte](#) des hôpitaux de la Montérégie.

PINEAULT, Raynald, et Mylaine BRETON. *L'approche populationnelle est-elle possible dans les réseaux locaux de service?* : communication présentée au Forum de discussion, Chaire GETOS, octobre 2004, [En ligne]. (Pages 35 à 46 consultées en mars 2014).

¹ Les hospitalisations retenues dans le calcul du bassin de desserte concernent exclusivement les soins physiques de courte durée. Sont exclues les hospitalisations en santé mentale, de longue durée dans des unités de courte durée, de type « hôpital de jour », de même que les chirurgies d'un jour, les nouveau-nés et les soins post-mortem.