

40

**Collection
ÉTUDES ET ANALYSES**

**Recherche et évaluation
relatives à la transformation
du système de santé
et de services sociaux**

2

**ÉVALUATION DES CHANGEMENTS
DANS L'OFFRE ET L'UTILISATION
DES SERVICES HOSPITALIERS ET
DES SERVICES AMBULATOIRES**

ENSEMBLE DU QUÉBEC

PLANIFICATION-ÉVALUATION SANTÉ SERVICES SOCIAUX

Québec 

40

**Collection
ÉTUDES ET ANALYSES**

**Recherche et évaluation
relatives à la transformation
du système de santé
et de services sociaux**

2

**ÉVALUATION DES CHANGEMENTS
DANS L'OFFRE ET L'UTILISATION
DES SERVICES HOSPITALIERS ET
DES SERVICES AMBULATOIRES**

ENSEMBLE DU QUÉBEC

**Lysette Trahan
Pauline Bégin
Marie Demers
Pierre Lafontaine**

1999



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la planification et de l'évaluation

Édition produite par

le Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document. Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**

1-800-707-3380 (sans frais)

Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : <http://www.msss.gouv.qc.ca/fr/document/> à la section publications gratuites – Collection Planification-Évaluation

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-34698-X

Tous droits réservés pour tous pays.

Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, même partielles, interdites sans l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

Devant les enjeux que pose la transformation du système de santé et de services sociaux, la Direction de la recherche et de l'évaluation a entrepris des études dans divers champs d'application (santé physique, santé mentale, intégration et adaptation sociale) pour évaluer les effets des changements en cours sur l'accessibilité, la continuité, la qualité et les coûts des services.

Dans le cadre de ces travaux, des mécanismes de collaboration avec les régions régionales ont été mis en place pour favoriser la complémentarité des activités d'évaluation et l'harmonisation des outils et des méthodes utilisés.

La transformation du système de santé et des services sociaux qui est en cours à l'heure actuelle ne sera pas terminée avant quelques années. Nous avons choisi de produire des analyses évaluatives tout au long de ce processus et non seulement à son terme. Le numéro 40 de la collection Études et Analyses regroupera la majorité des travaux de recherche et d'évaluation qui seront réalisés au ministère de la Santé et des Services sociaux sur le sujet.

Une étude ne peut à elle seule fournir une évaluation complète des effets que peut avoir une telle restructuration des services en santé physique. C'est pourquoi un plan de travail composé de différents projets faisant appel à des méthodes d'analyse variées a été préparé.

Ce plan s'appuie sur le cadre conceptuel classique de Donabedian, qui repose sur des associations entre trois niveaux d'analyse : la structure, le processus et les résultats¹. Ce cadre conceptuel met en relation un choix de mesures structurales et de mesures qui touchent aux modes organisationnels et aux pratiques professionnelles. Le choix des mesures qui seront analysées s'appuie sur un certain nombre de considérations, dont principalement le fait qu'elles impliquent d'importantes modifications dans la pratique et dans les habitudes de consommation. La diminution du nombre de lits, la fermeture de centres hospitaliers de courte durée et les effets de ces mesures sur la durée des séjours hospitaliers, la substitution de la chirurgie et de la médecine hospitalière par la chirurgie et la médecine de jour, le développement ou l'intensification des services spécialisés offerts par les CLSC et les changements dans la prestation des services ambulatoires font partie de ces choix.

Ce cadre détermine les dimensions sur lesquelles ces mesures, qui sont interdépendantes, ont des répercussions. Il s'agit de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et des coûts des services. Le cadre théorique fait également place aux aspects démographiques ou sociologiques, telles les barrières culturelles et linguistiques, de même qu'aux conditions socioéconomiques, dans l'évaluation

1. A. DONABEDIAN. 1966. « The quality of medical care : How can it be assessed ? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, p. 1743-1748.

de la transformation du système de santé sur les dimensions déjà mentionnées. On y analyse aussi les effets de cette transformation sur les familles et les proches des utilisateurs de services, et sur l'état de santé et de bien-être de ces derniers et des travailleurs du réseau.

Ces études permettront de faire le point sur une situation à une date déterminée, et l'information qu'elles contiennent pourra éventuellement être mise à jour, mais ce ne sera pas leur seule contribution. L'intérêt de publier une étude à un moment précis permet d'avancer certaines explications au sujet des changements en train de s'opérer ou de leurs conséquences, réelles ou prévisibles, de pousser plus loin la réflexion et de clarifier des concepts pas toujours bien définis. Par ailleurs, le fait de pouvoir déterminer en cours de processus quelles sont les questions à approfondir, de proposer des pistes pour alimenter les processus décisionnels quant à l'efficacité et quant à la pertinence de certains choix organisationnels déjà arrêtés ou non, représente un avantage complémentaire à la publication continue des résultats des travaux de recherche et d'évaluation en la matière.

RÉSUMÉ

La présente étude s'inscrit dans le cadre des travaux d'évaluation des effets de la transformation actuelle du réseau québécois de la santé. Elle vise à apporter une compréhension globale et intégrée des changements relatifs à la prestation des services et de leurs conséquences sur l'utilisation de ces services en vue de refléter leur accessibilité. Précisons aussi que cette étude porte essentiellement sur la santé physique.

Compte tenu du transfert de la prestation de services en chirurgie d'un jour et en médecine de jour, de la fermeture concomitante de centres hospitaliers et de lits de soins de courte durée et du changement de vocation d'hôpitaux de soins de courte durée, la transformation actuelle du réseau demande un nouvel ajustement des pratiques professionnelles aussi bien que des habitudes d'utilisation des services. Il importe de vérifier si la réduction des services hospitaliers a été compensée par la mise en place de nouveaux services ambulatoires dans la communauté ou à domicile de façon que l'on puisse continuer à répondre adéquatement (mais selon d'autres modalités) aux besoins de la population. Il importe aussi de s'assurer que les changements survenus dans le secteur hospitalier n'ont pas entraîné de réduction de l'accessibilité des soins qui nécessitent une hospitalisation.

Ces changements ont été évalués à l'aide des indicateurs suivants : l'évolution du nombre et du taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour en chirurgie et en médecine, du nombre et du taux de chirurgie d'un jour, du nombre et de la part des services médicaux ambulatoires spécialisés ou relevant de l'omnipratique, et enfin, des usagers et des services des CLSC (le peu d'information sur les services offerts en médecine de jour ne permet pas de couvrir cet aspect des soins). L'analyse est basée sur l'information contenue dans les fichiers administratifs où sont colligées les données relatives à l'utilisation des services (fichiers MED-ÉCHO et RAMQ) et la période couverte s'étale de 1990-91 à 1996-97.

Le nombre d'hospitalisations en chirurgie était en baisse tout au long de la période étudiée. Cette diminution s'est accélérée après 1994-95, alors qu'en médecine, les hospitalisations ont augmenté jusqu'en 1994-95, pour diminuer par la suite. De la même façon, le nombre de journées d'hospitalisation en chirurgie a diminué tout au long de la période étudiée, alors que les journées d'hospitalisation en médecine ont commencé à diminuer après 1993-94 seulement. À partir de 1994-95, la réduction du nombre d'hospitalisations a été de 10,7 %, soit de 18,8 % en chirurgie et de 5,3 % en médecine, alors que le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 17,7 %, soit de 23,5 % en chirurgie et de 13,7 % en médecine, ce qui représentait environ 65 000 hospitalisations et 930 000 journées d'hospitalisation de moins en 1996-97 comparativement à 1994-95.

La durée moyenne de séjour était en baisse tout au long de la période d'observation, de façon un peu plus accentuée en médecine qu'en chirurgie. Entre 1994-95 et 1996-97, elle est passée de 8,7 à 7,9 jours en médecine et de 8,8 à 8,3 jours en chirurgie. Cette baisse est attribuable en bonne partie à la réduction du délai préopératoire, mais aussi à la réduction du séjour postopératoire. La proportion des interventions chirurgicales réalisées le jour de l'admission a doublé au cours des deux dernières années, atteignant 42 % en 1996-97 ; l'objectif visé est de 85 %.

En 1996-97, le nombre de cas traités en chirurgie d'un jour dépassait légèrement et pour la première fois le nombre de cas de chirurgie avec hospitalisation, atteignant plus de 220 000 cas ; ainsi, une chirurgie sur deux est maintenant pratiquée en chirurgie d'un jour. L'augmentation du nombre de cas de chirurgie d'un jour au cours de la dernière année (+ 0,5 %) ne compense pas la baisse des cas de chirurgie avec hospitalisation (- 11,2 %). Si l'on ne considère que la liste d'interventions (40) transférables en chirurgie d'un jour, la proportion d'interventions réalisées en chirurgie d'un jour est passée de 57,8 % en 1990-91 à 83,5 % en 1996-97 ; pour les clientèles admissibles, l'objectif de 100 % est prévu pour 1999.

En 1996-97, on observait une réduction de 2,2 millions de services ambulatoires offerts par les médecins comparativement à 1992-93 (année où s'amorce cette baisse), ce qui représente une diminution de 4,1 % en omnipratique et de 4,6 % en spécialité. Traduite en visites, cette baisse équivaut à 850 000 visites ambulatoires de moins. En omnipratique, la réduction a été observée en clinique externe, à l'urgence et à domicile, alors que dans les domaines spécialisés, elle se concentre en cabinet. Au cours des deux dernières années, les services médicaux prodigués à des malades hospitalisés ont, quant à eux, diminué de 1,4 million, ce qui représente une baisse de 9,2 %. Il est peu probable que ces diminutions aient été compensées par l'augmentation relativement modeste de la part de la pratique ambulatoire rémunérée sous forme de salaire ou de vacation au cours de la période d'observation.

Les données fragmentaires disponibles concernant les usagers et les services des CLSC indiquent une augmentation de 63,1 % des personnes postopérées et convalescentes du programme de maintien à domicile entre 1994-95 et 1996-97 ; celles-ci ne représentaient toutefois que 11,2 % de la clientèle bénéficiant de ce programme en 1996-97. Pour ces usagers, les soins infirmiers constituent le principal centre d'activité, puisqu'ils s'adressent aux trois quarts d'entre eux. Le programme de maintien à domicile rejoignait en moyenne 329 personnes par CLSC en 1994-95 comparativement à 421 personnes en 1996-97 pour les soins à caractère physique. Des interventions plus spécialisées qu'auparavant sont aussi faites à domicile.

Les taux d'utilisation standardisés pour l'âge ont été choisis comme indicateur de l'accessibilité des services. Le taux d'hospitalisation a diminué tout au long de la période étudiée en chirurgie, alors que la baisse s'est amorcée après

1994-95 en médecine. Les taux d'hospitalisation se sont maintenus ou ont augmenté pour des interventions dites pertinentes alors qu'ils ont diminué pour des interventions discrétionnaires. En chirurgie d'un jour, les données disponibles pour les deux dernières années à l'étude indiquent un taux d'utilisation invariable pour les interventions prises dans leur ensemble.

Parmi les faits les plus marquants de cette étude, mentionnons la diminution de la chirurgie avec hospitalisation, qui n'a toutefois pas été totalement compensée par l'augmentation de la chirurgie d'un jour, la diminution du nombre et du taux d'hospitalisations en médecine, phénomène qui peut refléter des modifications dans les pratiques professionnelles et organisationnelles, la baisse du nombre de visites ambulatoires chez le médecin malgré la diminution observée des hospitalisations, le rôle accru des spécialistes dans le secteur ambulatoire, la hausse du nombre d'hospitalisations de gravité clinique plus élevée en raison du transfert des cas plus légers en chirurgie d'un jour, la stabilisation récente du nombre de visites d'omnipraticien à domicile et la possibilité de gains appréciables dans la réalisation d'interventions chirurgicales le jour même de l'admission.

Mise à jour du rapport concernant l'année 1997-1998

Les hospitalisations en chirurgie et en médecine

Au cours de 1997-98, le nombre et le taux d'hospitalisation en chirurgie ont continué de baisser, bien que la diminution ait été un peu moins marquée qu'au cours des dernières années. Elle est de l'ordre de 10 640 hospitalisations de moins. Pour ce qui est du taux d'hospitalisation, qui est maintenant de 23,9 pour 1 000 habitants contre 29,7 en 1996-97, la baisse est de 6,9 %, soit deux fois moindre que celle observée entre 1996-97 et 1995-96. En médecine, par contre, le nombre d'hospitalisations, qui était en baisse depuis deux ans, a augmenté de 6 068 en 1997-98 ; ce qui représente une légère hausse de 0,2 %. En 1997-98, ce nombre était de 44,1 pour 1 000 habitants contre 44,0 en 1996-97. Si le nombre d'hospitalisations s'est accru en médecine en 1997-98, c'est surtout à cause de l'augmentation du nombre de personnes distinctes qui ont été hospitalisées.

La durée moyenne de séjour a peu varié en 1997-98 pour ce qui est de la chirurgie (elle est passée de 8,3 à 8,2 jours). La durée du séjour préopératoire est demeurée sensiblement la même (elle est passée de 2,07 à 2,01 jours) ; il en va de même pour le séjour postopératoire, qui est demeuré stable (6,17 jours comparativement à 6,18 jours). La proportion d'interventions chirurgicales réalisées le jour même de l'admission continue sa progression (elle était de 48 % en 1997-98 comparativement à 42 % en 1996-97), mais cette progression est plus lente que celle observée à partir de 1994-95. En médecine, la durée du séjour moyen continue de décroître à un rythme assez rapide (il est passé de 7,9 à 7,5 jours).

Le nombre de journées d'hospitalisations a diminué en chirurgie et en médecine, mais la baisse est moins importante dans les deux cas que celle observée les années précédentes (- 6,2 % en chirurgie et - 3,7 % en médecine comparativement à 12,9 et 7 % respectivement l'année précédente).

La gravité des cas admis dans les centres hospitaliers

Les tendances observées en 1996-97 se sont confirmées en 1997-98, à savoir qu'on a noté une croissance des niveaux de gravité clinique élevée et extrême, et cela, tant en chirurgie qu'en médecine. L'an dernier, 11,8 % des cas admis en chirurgie et 18,2 % des cas admis en médecine étaient de ces niveaux de gravité ; en 1997-98, ces proportions étaient respectivement de l'ordre de 13,2 et de 19,8 %.

L'hospitalisation pour des conditions particulières

Les taux d'hospitalisation pour des interventions chirurgicales dites pertinentes continuent d'augmenter ou tout au moins se maintiennent au niveau des années précédentes. Par contre, les taux d'hospitalisation pour les interventions dites discrétionnaires ont diminué pour à peu près toutes les conditions examinées. Ce sont les hystérectomies, les amygdalectomies et les hémorroïdectomies qui ont subi les diminutions les plus marquées.

Les données de 1997-98 tendent à renforcer l'hypothèse selon laquelle, à cause de la transformation du système de santé, le taux d'interventions pertinentes devrait se maintenir ou s'accroître et que, s'il y avait une baisse, ce sont les interventions de nature plus discrétionnaires qui devraient être le plus affectées.

En médecine, les conditions pour lesquelles il peut exister un traitement ailleurs qu'à l'hôpital continuent de diminuer (problèmes de dos, diabète, chimiothérapie, angine de poitrine, bronchite et asthme) ou présentent le même taux que l'année précédente (hypertension). Par ailleurs, le taux d'hospitalisation pour la maladie pulmonaire obstructive chronique, la pneumonie simple et la pleurésie, l'insuffisance cardiaque et la gastroentérite non inflammatoire, est en hausse. Dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde, le taux d'hospitalisation est en baisse depuis 1993-94.

La chirurgie d'un jour

En 1997-98, le nombre de cas de chirurgie d'un jour a continué d'augmenter. Pour l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie d'un jour, l'augmentation a été de 2 244 cas alors qu'elle a été de 18 493 pour les interventions transférables. Au total, il y a toujours moins de cas traités en chirurgie qu'en 1996-97 (avec hospitalisation et chirurgie d'un jour). Cependant, la diminution est légèrement inférieure à celle observée entre 1995-96 et 1996-97.

La proportion de cas de chirurgie traités en chirurgie d'un jour pour l'ensemble des interventions était de 53 et de 88 % pour les interventions transférables. Ces chiffres se rapprochent de plus en plus des objectifs ministériels, qui sont respectivement de 60 et de 100 %.

Pour ce qui est du taux de chirurgie d'un jour, il est demeuré stable à 29,5 pour 1 000 habitants pour l'ensemble des interventions et à 19 pour 1 000 habitants pour les interventions transférables. C'est donc dire que la diminution du taux de chirurgie avec hospitalisation n'a pas encore été complètement compensée par un accroissement de la chirurgie d'un jour. Cependant, l'analyse plus fine des interventions révèle des diminutions de taux pour des interventions ayant pu être transférées en clinique externe ou pour lesquelles les pratiques ont changé (libération du canal carpien, myringotomie avec insertion de tube, destruction et occlusion bilatérale des trompes de Fallope, excision ou destruction

d'une lésion ou d'un tissu du sein, amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie). Par contre, une question subsiste à propos du maintien de l'accessibilité en urologie, particulièrement, où les taux d'utilisation continuent de baisser sans qu'on puisse expliquer cette diminution autrement que par une réduction de l'offre de services.

Les services médicaux ambulatoires

En 1997-98, la diminution du nombre de services ambulatoires s'est poursuivie en omnipratique (elle est de l'ordre de 500 000), mais non chez les spécialistes. Conséquemment, la réduction du nombre de visites ambulatoires en omnipratique depuis 1992-93 atteint maintenant 1,2 million.

Le nombre de services d'omnipratique offerts à des malades hospitalisés a également continué à diminuer (de l'ordre de 100 000), tandis que le nombre de services offerts par les spécialistes a très légèrement augmenté par rapport à l'année précédente.

La part des visites ambulatoires attribuables à l'omnipratique a continué à diminuer en 1997-98 ; elle est maintenant de 57,9 %, comparativement à 58,5 % en 1996-97. Les visites ambulatoires spécialisées sont quant à elles en augmentation, aussi bien en cabinet privé qu'en clinique externe et à l'urgence.

Les visites en omnipratique à l'urgence continuent de baisser ; cette baisse est de 460 000 visites depuis 1994-95, soit 12,7 %. Au cours de la même période, les visites spécialisées à l'urgence se sont accrues de 7,1 %, ce qui représente 37 000 visites de plus.

Au cours de la dernière année, les coûts relatifs aux omnipraticiens salariés en CLSC se sont accrus de 3,4 millions. Le nombre d'omnipraticiens supplémentaires payés selon ce mode de rémunération est de 85 ; remarquons toutefois qu'il ne s'agit pas nécessairement de personnes pratiquant à temps plein en CLSC. L'omnipratique en CLSC (quel que soit le mode de rémunération) représente maintenant 13,3 % des coûts de l'omnipratique ambulatoire. Les modes de rémunération autres que la rémunération à l'acte comptaient pour 16,2 % des coûts de l'omnipratique ambulatoire en 1997-98, comparativement à 13,6 % en 1996-97.

Les services offerts par les CLSC

Les données pour l'année 1997-98 n'étant pas disponibles, nous n'avons pu faire la mise à jour pour ce type de services.

REMERCIEMENTS

Les auteurs désirent remercier toutes les personnes qui ont apporté leur concours à la réalisation de cette étude.

Pour leurs judicieux commentaires au moment de la lecture préalable du document, nous remercions nos partenaires des régions régionales :

- madame Carole Roy (Estrie) ;
- monsieur Pierre Tousignant (Montréal-Centre) ;
- monsieur André Tourigny (Québec) ;
- monsieur Yves Desjardins (Laurentides).

Nous tenons aussi, pour la même raison, remercier nos collègues du Ministère :

- madame Betty Guedj ;
- madame Ginette Leclair ;
- monsieur Pierre Joubert ;
- monsieur Pierre Montambault ;
- monsieur Yvon Brunelle ;
- monsieur Jean-Yves Julien ;
- monsieur Jacques Piché ;
- monsieur Jean-Benoît Perry ;
- monsieur Laval Laurent.

Le traitement informatique nécessaire à la préparation des fichiers de données a été réalisé par madame Hélène Boucher et par messieurs François Bégin et Guy Trottier.

Des données supplémentaires et des explications nous ont aussi été fournies par mesdames Gisèle Drapeau et Lorraine Nadeau, ainsi que par messieurs Marc-André St-Pierre, Michel Beaupré et Luc Deschênes.

Enfin, nous exprimons nos remerciements à madame Lise Lapointe, pour son patient travail de mise en pages du document et à madame Andrée Michaud qui en a fait la révision linguistique.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODOLOGIE	5
1.1 LES HOSPITALISATIONS	5
1.2 LA CHIRURGIE D'UN JOUR	8
1.3 LES SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES.....	11
1.4 LES USAGERS ET LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	11
RÉSULTATS.....	13
2.1 LA PRESTATION DES SERVICES HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES	13
2.1.1 L'hospitalisation de courte durée en chirurgie et en médecine.....	13
2.1.2 La chirurgie d'un jour	33
2.1.3 Les services médicaux ambulatoires.....	40
2.1.4 Les services offerts par les CLSC.....	52
2.2 L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES	61
2.2.1 Le recours à l'hospitalisation de courte durée en chirurgie et en médecine.....	61
2.2.2 L'évolution de l'utilisation des services de chirurgie d'un jour en 1995-96 et en 1996-97	71
2.2.3 L'évolution de l'utilisation des services médicaux ambulatoires.....	73
ANALYSE GLOBALE DES RÉSULTATS.....	75
3.1 UNE OFFRE DE SERVICES QUI SE MODIFIE	75
3.2 DES CHANGEMENTS DANS LE RECOURS AUX SERVICES.....	81
CONCLUSION	87
ANNEXE 1 NOMBRE DE CAS ET NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION DES PERSONNES ADMISES EN COURTE DURÉE EN 1996-1997	89
ANNEXE 2 LES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES EN CHIRURGIE D'UN JOUR.....	93
ANNEXE 3 SÉLECTION DES DONNÉES POUR LA CHIRURGIE D'UN JOUR : FICHE EXPLICATIVE	97
ANNEXE 4 DÉFINITION DES CENTRES D'ACTIVITÉ DU PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE.....	101
ANNEXE 5 SÉJOURS PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES SELON CERTAINS DRG, 1990-1991 ET 1996-1997.....	105
ANNEXE 6 RECOURS À L'HOSPITALISATION DE PERSONNES DISTINCTES	109
ANNEXE 7 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES, DE 1990-1991 À 1996-1997	113
ANNEXE 8 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS ET DU TAUX D'HOSPITALISATIONS ET DE CHIRURGIE D'UN JOUR POUR CERTAINS DRG CHIRURGICAUX, 1995-1996 ET 1996-1997	117

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE ET CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997	13
TABLEAU 2	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997	14
TABLEAU 3	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997	14
TABLEAU 4	DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET NOMBRE DE LITS DRESSÉS POUR SOINS OPÉRATOIRES ET SPÉCIALISÉS (SITUATION AU 31 MARS), MÉDECINE ET CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997	23
TABLEAU 5	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU NOMBRE TOTAL DE JOURS PAR CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTICS, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE	25
TABLEAU 6	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU NOMBRE TOTAL DE JOURS PAR CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTICS, DE 1990-1991 À 1996-1997, MÉDECINE	27
TABLEAU 7	ÉVOLUTION DU SÉJOUR MOYEN POUR CERTAINS DRG, DE 1990-1991 À 1996-1997	30
TABLEAU 8	NOMBRE DE CAS DE CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION ET DE CAS DE CHIRURGIE D'UN JOUR ET % DE VARIATION, SELON DES INTERVENTIONS SÉLECTIONNÉES, 1995-1996 ET 1996-1997	38
TABLEAU 9	PROPORTION DE CAS DE CHIRURGIE D'UN JOUR PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES CAS DE CHIRURGIE, SELON LE TYPE D'INTERVENTION, 1996-1997	39
TABLEAU 10	NOMBRE DE CAS EN CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION ET EN CHIRURGIE D'UN JOUR ET % DE CHIRURGIE D'UN JOUR, SELON DE NOUVELLES INTERVENTIONS PRATIQUÉES EN CHIRURGIE D'UN JOUR, 1995-1996 ET 1996-1997	39
TABLEAU 11	ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES MÉDICAUX, DE 1990-1991 À 1996-1997	41
TABLEAU 12	ÉVOLUTION DU COÛT DES SERVICES MÉDICAUX, DE 1990-1991 À 1996-1997	42
TABLEAU 13	ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS DE SERVICES MÉDICAUX, DE 1992-1993 À 1996-1997	42
TABLEAU 14	SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE, SELON LE LIEU DE PRESTATION, DE 1990-1991 À 1996-1997	43
TABLEAU 15	SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS, SELON LE LIEU DE PRESTATION, DE 1990-1991 À 1996-1997	45
TABLEAU 16	PART DES VISITES AMBULATOIRES EFFECTUÉES EN OMNIPRATIQUE ET DANS UN SECTEUR SPÉCIALISÉ, DE 1990-1991 À 1996-1997	48
TABLEAU 17	COÛTS, PART DES COÛTS ET NOMBRE D'OMNIPRATICIENS EN CLSC	51
TABLEAU 18	COÛTS ET PART DES COÛTS DES SERVICES D'OMNIPRATIQUE AMBULATOIRES RÉMUNÉRÉS SOUS FORME DE SALAIRE OU DE VACATION	51
TABLEAU 19	COÛTS ET PART DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS RÉMUNÉRÉS SOUS FORME DE SALAIRE OU DE VACATION	52

TABLEAU 20	PROPORTION DES INTERVENTIONS À CARACTÈRE PHYSIQUE LES PLUS FRÉQUEMMENT RÉALISÉES À DOMICILE PAR LES CLSC, DE 1994-1995 À 1996-1997	57
TABLEAU 21	TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DITES PERTINENTES ET CERTAINES INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES, SELON CERTAINS GROUPES D'ÂGE, DE 1990-1991 À 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS).....	63
TABLEAU 22	TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DITES PERTINENTES ET CERTAINES INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES, SELON CERTAINS GROUPES D'ÂGE, 1995-1996 ET 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS)	65
TABLEAU 23	CHIRURGIE D'UN JOUR, NOMBRE DE CAS ET TAUX STANDARDISÉ, 1995-1996 ET 1996-1997 (POUR 1 000 HABITANTS).....	71
TABLEAU 24	LES DIX INTERVENTIONS LES PLUS FRÉQUENTES EN CHIRURGIE D'UN JOUR, SELON LA LISTE DES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES, NOMBRE DE CAS ET TAUX STANDARDISÉ, 1995-1996 ET 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS).....	71
TABLEAU 25	ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES PAR USAGER, PAR AN	73

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE ET MÉDECINE.....	14
FIGURE 2 VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN 1996-1997 PAR RAPPORT À 1990-1991	15
FIGURE 3 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE ,DE 1990-1991 À 1996-1997	15
FIGURE 4 VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE	16
FIGURE 5 VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, MÉDECINE	16
FIGURE 6 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION ET DU NOMBRE DE LITS EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997.....	17
FIGURE 7 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997	18
FIGURE 8 ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE, DE 1990- 1991 À 1996-1997	19
FIGURE 9 ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU SÉJOUR PRÉOPÉRATOIRE, DE 1990- 1991 À 1996-1997	21
FIGURE 10 ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU SÉJOUR POSTOPÉRATOIRE, DE 1990-1991 À 1996-1997	21
FIGURE 11 PROPORTION D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES RÉALISÉES LE JOUR DE L'ADMISSION, DE 1990-1991 À 1996-1997	22
FIGURE 12 IMPORTANCE RELATIVE DE CHACUNE DES CATÉGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTICS DANS LA RÉDUCTION DU SÉJOUR HOSPITALIER, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE.....	26
FIGURE 13 IMPORTANCE RELATIVE DE CHACUNE DES CATÉGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTICS DANS LA RÉDUCTION DU SÉJOUR HOSPITALIER, DE 1990-1991 À 1996-1997, MÉDECINE	28
FIGURE 14 RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS EN CHIRURGIE SELON LE NIVEAU DE GRAVITÉ CLINIQUE, DE 1993-1994 À 1996-1997	32
FIGURE 15 RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE SELON LE NIVEAU DE GRAVITÉ CLINIQUE, DE 1993-1994 À 1996-1997	32
FIGURE 16 CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION, CHIRURGIE D'UN JOUR ET TOTAL DES CHIRURGIES, ENSEMBLE DES INTERVENTIONS, 1995-1996 ET 1996-1997.....	34
FIGURE 17 CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION, CHIRURGIE D'UN JOUR ET TOTAL DES CHIRURGIES, SELON UNE LISTE D'INTERVENTIONS, DE 1990-1991 À 1996-1997	35
FIGURE 18 PROPORTION DE CAS DE CHIRURGIE D'UN JOUR PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES CAS DE CHIRURGIE ,SELON UNE LISTE D'INTERVENTIONS, DE 1990-1991 À 1996-1997	35
FIGURE 19 PART DES SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES, DE 1990-1991 À 1996-1997	41

FIGURE 20 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES, DE 1990-1991 À 1996-1997.....	44
FIGURE 21 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES MÉDICAUX OFFERTS À DES MALADES HOSPITALISÉS, DE 1990-1991 À 1996-1997.....	44
FIGURE 22 PART DES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE SELON LE LIEU DE PRESTATION, 1996-1997.....	46
FIGURE 23 PART DES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS SELON LE LIEU DE PRESTATION, 1996-1997	46
FIGURE 24 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE VISITES AMBULATOIRES, DE 1990-1991 À 1996-1997	47
FIGURE 25 VARIATION DU NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE, DE 1992-1993 À 1996-1997	49
FIGURE 26 VARIATION DU NOMBRE TOTAL DE VISITES À DOMICILE, DE 1990-1991 À 1996-1997 ...	50
FIGURE 27 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS DU PROGRAMME SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997	53
FIGURE 28 PART RELATIVE DES POSTOPÉRÉS ET DES CONVALESCENTS PARMI LES USAGERS DU PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997.....	53
FIGURE 29 NOMBRE MOYEN DE POSTOPÉRÉS ET DE CONVALESCENTS PAR CLSC PARMI LES USAGERS DU PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997.....	54
FIGURE 30 PROPORTION DES NOUVEAUX POSTOPÉRÉS ET CONVALESCENTS DANS LE PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, SELON LA SOURCE DE RÉFÉRENCE, DE 1994-1995 À 1996-1997 ...	54
FIGURE 31 RÉPARTITION DES USAGERS POSTOPÉRÉS ET CONVALESCENTS, SELON LA NATURE DES SERVICES REÇUS DANS LE PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997	55
FIGURE 32 NOMBRE MOYEN D'INTERVENTIONS PAR USAGER POUR LES POSTOPÉRÉS ET LES CONVALESCENTS DU PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997...	56
FIGURE 33 PROPORTION DES INTERVENTIONS À CARACTÈRE PHYSIQUE LES PLUS FRÉQUEMMENT RÉALISÉES À DOMICILE PAR LES CLSC, DE 1994-1995 À 1996-1997	58
FIGURE 34 NOMBRE D'ACTES PAR USAGER POUR LES INTERVENTIONS À CARACTÈRE PHYSIQUE FRÉQUEMMENT RÉALISÉES À DOMICILE PAR LES CLSC, DE 1994-1995 À 1996-1997.....	59
FIGURE 35 NOMBRE MOYEN D'USAGERS PAR CLSC AYANT REÇU DES INTERVENTIONS À CARACTÈRE PHYSIQUE À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997.....	60
FIGURE 36 VARIATION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION ET DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN 1996-1997 PAR RAPPORT À 1990-1991.....	61
FIGURE 37 ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997	62
FIGURE 38 VARIATION DES TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE ET MÉDECINE (POUR 1 000 HABITANTS).....	62
FIGURE 39 TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DITES PERTINENTES, DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS).	64
FIGURE 40 TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES, DE 1990-1991 À 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS)	64

FIGURE 41	TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS AYANT NÉCESSITÉ UNE HOSPITALISATION OU RÉALISÉES EN CHIRURGIE D'UN JOUR, 1995-1996 ET 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS).....	66
FIGURE 42	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES RELIÉES À L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE, DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)	67
FIGURE 43	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES RELIÉES À L'APPAREIL RESPIRATOIRE, DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)	68
FIGURE 44	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION POUR DES PATHOLOGIES OU DES INTERVENTIONS DIVERSES, DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS).....	68
FIGURE 45	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES RELIÉES À DIFFÉRENTS SYSTÈMES, DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)	69
FIGURE 46	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997 (POUR 1 000 HABITANTS)	70
FIGURE 47	VARIATION DES TAUX STANDARDISÉS DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE ET MÉDECINE (POUR 1 000 HABITANTS)	70
FIGURE 48	VARIATION DES TAUX STANDARDISÉS DE CHIRURGIE D'UN JOUR, SELON CERTAINES INTERVENTIONS, 1996-1997/1995-1996.....	72

Introduction

La transformation qui touche le secteur de la santé physique à l'intérieur du mouvement de réorganisation du système de santé et de services sociaux répond à deux préoccupations de fond. La première vise à mieux répondre aux besoins changeants de la population avec les moyens les plus efficaces qui soient, à partir des perspectives offertes par les nouvelles pratiques et les technologies nouvelles et en fonction de l'intégration et de la continuité des services offerts. Le souci de s'attaquer à la hausse des dépenses de santé, lesquelles augmentaient plus rapidement que la richesse nationale au début des années 90, constitue l'autre raison fondamentale de procéder à une réorganisation des services.

D'importants changements structurels ont eu lieu dans l'ensemble du Québec dans le secteur de la santé physique en réponse aux orientations et aux objectifs ministériels. Compte tenu de la prestation de services en chirurgie d'un jour et en médecine de jour, de la fermeture concomitante de centres hospitaliers et de lits de soins de courte durée et du changement de vocation d'hôpitaux de soins de courte durée, la transformation actuelle du réseau demande un ajustement des pratiques professionnelles aussi bien que des habitudes d'utilisation des services.

La présente étude poursuit plusieurs objectifs. Elle vise d'abord à mettre en lumière les changements réalisés dans la prestation des soins en milieu hospitalier au cours des dernières années. Elle vise ensuite à vérifier si la réduction des services hospitaliers a été compensée par la mise en place de nouveaux services ambulatoires dans la communauté ou à domicile, de façon que l'on puisse continuer à répondre adéquatement (mais selon d'autres modalités) aux besoins de la population. Dans la même optique, l'examen du transfert d'interventions en chirurgie d'un jour permet aussi de déterminer s'il y a adéquation entre les services offerts antérieurement en milieu hospitalier et ceux offerts actuellement de façon ambulatoire. Cette étude a enfin pour but de vérifier si les changements survenus dans le secteur hospitalier ont entraîné une réduction de l'accessibilité des soins qui nécessitent une hospitalisation. Une meilleure compréhension des changements qui s'opèrent dans le processus de prestation des services à partir de données empiriques peut également nous aider à mieux cibler les évaluations subséquentes.

Cette étude propose une vision analytique qui s'inscrit en complémentarité avec les travaux du Comité mixte MSSS-RRSSS chargé de suivre l'évolution de la transformation à partir de certains indicateurs².

2. Comité MSSS-Régies régionales sur le suivi de la transformation du réseau. 1999. *Indicateurs – Suivi des résultats de la transformation du réseau*.

D'autres provinces ont entrepris, quelques années avant le Québec, une restructuration des services hospitaliers et ont publié récemment des résultats généraux relatifs à l'évolution de l'utilisation de ces services et des effets des changements effectués^{3 4 5 6}. Leurs analyses concernent principalement les services hospitaliers au regard des grands indicateurs que sont les taux d'hospitalisation et de journées d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour et les taux de chirurgie d'un jour. La présente étude reprend sensiblement les mêmes indicateurs dans une perspective évolutive depuis 1990-91. En revanche, elle se distingue surtout par le regard qui est porté sur l'évolution des services ambulatoires, principalement les services offerts par les médecins omnipraticiens et spécialistes, dans les différents lieux de pratique. Les services à domicile offerts par les CLSC y sont également traités mais de façon moins exhaustive, étant donné, dans ce cas, les limites des systèmes d'information. Cette étude se distingue également par l'analyse plus fine qu'elle propose de la pratique de la chirurgie d'un jour et de l'évolution de l'utilisation hospitalière, à travers, notamment, l'analyse d'interventions ciblées et par l'attention accordée à la notion de gravité clinique associée à la lourdeur des cas d'hospitalisation dans l'analyse de la prestation des services.

On peut s'attendre à ce que les transformations récentes apportées à l'organisation du système de soins aient entraîné des changements dans la prestation des services. La réduction du nombre de lits de soins de courte durée et le transfert d'activités en chirurgie d'un jour devraient se traduire par une diminution du nombre d'hospitalisations et du nombre de jours d'hospitalisation ainsi que par une augmentation de la gravité clinique des cas admis à l'hôpital. Par contre, l'accessibilité à ces services devrait se maintenir. L'évolution des taux d'utilisation des services constitue une façon de mesurer l'évolution de l'accessibilité. Les gains attribuables à une meilleure gestion des lits disponibles et de l'épisode de soins devraient avoir pour effet d'accroître la proportion des interventions réalisées le jour même de l'admission (l'objectif fixé est de 85 % des interventions) et de diminuer la durée du séjour à l'hôpital. Le suivi des personnes postopérées et des convalescents après leur sortie de l'hôpital ou après une chirurgie d'un jour devrait s'améliorer, ce qui aura aussi pour effet de réduire la durée du séjour, puisque le patient pourra être libéré de l'institution plus rapidement. L'amélioration du suivi devrait se traduire par une hausse des ser-

-
3. C.D. NAYLOR et D.P. DEBOER. 1996. « *Variations in selected surgical procedures and medical diagnoses by year and region* », dans V. Goel et al., *Patterns of Health Care in Ontario. The Ices Practice Atlas*, 2^e édition, Ottawa, Canadian Medical Association, p. 54-63.
 4. G. ANDERSON. 1997. « Hospital restructuring and the epidemiology of hospital utilization. Recent experience in Ontario », *Medical Care*, vol. 10, p. OS93-OS101.
 5. N.P. ROOS et E. SHAPIRO. 1995. « Using the information system to assess change : The impact of downsizing the acute sector ». *Medical Care*, vol. 33, n° 12, p. DS109-DS126.
 6. M.D. BROWNELL et N.P. ROOS. 1995. *Monitoring the Winnipeg Hospital System : The Update Report - 1993-1994*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Department of Community Health Sciences of Medicine, University of Manitoba.

vices ambulatoires offerts par les médecins ou par les autres professionnels travaillant en CLSC. Ainsi, la part de l'ambulatoire dans la pratique des médecins devrait s'accroître ; de la même façon, le nombre de personnes postopérées et convalescentes faisant appel aux services des CLSC devrait aussi augmenter, tout comme le volume et la complexité des services qui leur sont offerts.

On doit interpréter les résultats de cette étude en tenant compte du fait que les analyses ne font pas intervenir les variables relatives à la santé et les variables sociodémographiques et territoriales susceptibles de moduler les effets observés dans l'ensemble de la population. Ces aspects seront traités dans deux études qui paraîtront sous peu. L'analyse régionale fera l'objet d'un document annexe au présent rapport. Mentionnons enfin que l'univers de données utilisées ici correspond aux objectifs spécifiques de cette étude et qu'il serait inapproprié de tenter d'établir une correspondance entre les résultats présentés ici et ceux illustrés dans d'autres travaux, puisque chacun repose sur un univers de données qui lui est propre. Il s'agit donc de facettes différentes d'une même réalité permettant de répondre à des questionnements différents.

Les aspects méthodologiques liés à la réalisation de cette étude sont exposés dans le chapitre qui suit. Le chapitre 2 est consacré à la présentation des résultats. Deux perspectives ont été retenues pour analyser les changements associés à la restructuration des services en santé physique. L'utilisation des services est d'abord décrite à partir de données qui se rattachent davantage aux dispensateurs de services. C'est donc de la situation de l'offre et de son évolution dont il sera question en première partie. Du dispensateur, la perspective retenue se déplace vers l'aspect populationnel, c'est-à-dire l'utilisateur. Le recours aux services est analysé dans cette deuxième partie à partir des taux d'utilisation, ce qui permet d'aborder l'accès aux services. Dans la discussion qui fait l'objet du chapitre 3, on explique, compare et met en évidence les principales tendances observées.

MÉTHODOLOGIE

La présente partie décrit les aspects méthodologiques liés à la réalisation de l'étude. On s'y attarde aux sources de données, à la méthode de standardisation retenue, aux périodes couvertes, et on y définit les indicateurs utilisés. Quatre dimensions sont traitées dans cette partie, à savoir les hospitalisations, la chirurgie d'un jour, les services médicaux ambulatoires ainsi que les clientèles et les services du programme de soutien à domicile des CLSC.

1.1 Les hospitalisations

Les données utilisées pour l'analyse du volet hospitalier sont tirées des fichiers des AP-DRG version 8.0 (All patient Diagnosis Related Groups) et des APR-DRG version 12.0 (All Patient Refined Diagnosis Related Groups), une version raffinée qui permet entre autres d'attribuer à chacun des DRG un niveau de gravité clinique et de risque de mortalité. Ce système permet de regrouper des séjours hospitaliers considérés comme similaires tant sur le plan clinique que sur le plan de la consommation des ressources hospitalières.

Les données comprises dans le système des DRG proviennent des formulaires abrégés d'admission remplis par les centres hospitaliers et servant à constituer la banque de données MED-ÉCHO. Ce dernier système contient de multiples renseignements sur les hospitalisations survenues dans les centres hospitaliers québécois offrant des soins de courte durée, y compris la chirurgie d'un jour.

La section sur les hospitalisations ne porte que sur les cas de santé physique traités soit en médecine, soit en chirurgie. Sont donc exclus des calculs les cas de psychiatrie, d'obstétrique et les nouveau-nés, tous les cas de longue durée avec hospitalisation dans des lits de courte durée et les personnes admises en courte durée et par la suite transférées en longue durée ; ces dernières représentent moins de 1 % de l'ensemble des cas traités. Par ailleurs, le nombre de jours ainsi exclus du calcul de la durée moyenne de séjour représente respectivement 3 et 5 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation en courte durée pour la chirurgie et la médecine. L'impact que cela représente sur la durée moyenne de séjour, en 1996-1997, est de 0,19 jour pour la chirurgie et de 0,30 jour pour la médecine. Les calculs effectués montrent que le séjour moyen en courte durée de personnes qui ont été par la suite transférées en longue durée est de 49,9 jours pour la chirurgie et de 31,5 jours pour la médecine (annexe 1).

Les hospitalisations de résidents du Québec survenues à l'extérieur du Québec, par exemple aux États-Unis, ne sont pas comprises dans nos calculs, ce qui entraîne une certaine sous-estimation de la population résidant au Québec et ayant été hospitalisée au cours d'une année. Sur le plan régional, une certaine proportion des résidents d'une région peuvent être hospitalisés dans une autre province pour différentes raisons, ce qui entraîne aussi une sous-estimation du nombre d'hospitalisations. Cela est notamment le cas de l'Outaouais, puisqu'un certain nombre d'hospitalisations de résidents de cette région se font en Ontario. À l'opposé, les données présentées ici ne tiennent pas compte des résidents des autres provinces au Canada ou d'autres pays qui auraient pu être hospitalisés au Québec au cours d'une année.

Les cas atypiques autres que les cas de longue durée dans des lits de courte durée sont inclus dans les calculs. Ils concernent les cas de décès, les départs sans autorisation médicale, les transferts vers un autre centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, les services d'hôpital à domicile et les cas dont la durée de séjour excède le séjour maximal des DRG.

Cette étude porte sur la période 1990-91 à 1996-97. De manière à pouvoir procéder à une comparaison des données dans le temps, les taux présentés dans cette partie ont été standardisés selon la méthode de la standardisation directe avec comme population de référence la population du Québec, sexes réunis, selon le recensement de 1991. Cette standardisation des taux permet d'établir des comparaisons d'une période à l'autre en éliminant les différences liées à la structure par âge.

La méthode consiste à appliquer les taux d'hospitalisation du Québec (ou les taux de journées d'hospitalisation), selon l'âge et le sexe, pour chacune des années à l'étude, à la population de référence répartie selon l'âge. Les nombres d'hospitalisations (ou de journées d'hospitalisation) ainsi obtenus pour chaque groupe d'âge sont ensuite cumulés et le total obtenu est divisé par la population de référence pour obtenir un taux standardisé.

Les indicateurs retenus dans la partie sur les hospitalisations sont les suivants :

- *le nombre d'hospitalisations*, qui correspond au nombre de sorties de personnes admises dans un centre hospitalier de courte durée et *le taux standardisé d'hospitalisation*, tel que défini plus haut ; le taux est exprimé pour 1 000 habitants. Notons que le nombre de sorties ou le nombre d'hospitalisations ne correspond pas au nombre de personnes traitées. En d'autres termes, une personne ayant été hospitalisée plus d'une fois au cours d'une même année sera comptabilisée autant de fois qu'elle aura été hospitalisée ;
- *le nombre de journées totales d'hospitalisation* et *le taux standardisé de journées d'hospitalisation* ; ce taux est exprimé pour 1 000 habitants. Les taux

standardisés d'hospitalisation et de journées d'hospitalisation sont utilisés comme indicateurs de l'accessibilité des services hospitaliers ;

- *la durée moyenne de séjour*, qui est égale au nombre de journées d'hospitalisation dénombrées au cours d'une année divisé par le nombre de sorties au cours de la même période.

L'évolution des séjours pré et postopératoires et la proportion des interventions chirurgicales réalisées le jour de l'admission sont également analysées. Les séjours pré et postopératoires sont obtenus par le calcul du nombre de jours d'écart entre la date de l'intervention, d'une part, et la date d'admission ou de sortie, d'autre part.

Les taux standardisés d'hospitalisation pour certaines interventions chirurgicales et conditions médicales sont également pris en considération. En chirurgie, les interventions dites pertinentes font référence à des interventions dont les bénéfices sont importants pour la qualité de vie. Avec les changements organisationnels occasionnés par le virage ambulatoire, il y a lieu de vérifier ce qui en est jusqu'à maintenant et ce qui adviendra de l'accessibilité de telles interventions. Le taux standardisé d'hospitalisation pour ces interventions fournit une mesure de cette accessibilité. Les interventions discrétionnaires, pour leur part, sont les interventions pour lesquelles on observe des variations d'un milieu à l'autre. En médecine, les conditions choisies touchent plusieurs systèmes organiques, avec ou sans complication, et pour lesquelles une alternative de traitement ou d'investigation diagnostique à l'extérieur de l'hôpital peut exister.

Dans le cas des interventions nécessitant une hospitalisation, on a calculé ces taux pour chacune des années à l'étude. Pour les interventions pouvant également être réalisées en chirurgie d'un jour, les taux standardisés ont été calculés pour les années 1995-96 et 1996-97, soit les deux années pour lesquelles les données sur la chirurgie d'un jour sont complètes ; pour ces deux années, on a cumulé les cas ayant nécessité une hospitalisation et les cas de chirurgie d'un jour de manière à avoir une information précise sur la quantité d'interventions réalisées dans la population. Les codes utilisés pour le traitement de cette information proviennent de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux⁷.

Pour les années 1993-94 à 1996-97, nous présentons la répartition des cas d'hospitalisation selon le niveau de gravité clinique, information que l'on trouve aussi dans le fichier des APR DRG. Le niveau de gravité clinique d'un diagnostic fait référence au lien entre la condition du patient et les ressources nécessaires à son traitement. Le niveau de gravité clinique est étroitement lié à la lourdeur des cas pour un même APR DRG. On distingue quatre niveaux de gravité clinique, soit les niveaux faible, modéré, élevé et extrême. Le calcul de cet in-

7. STATISTIQUE CANADA, CENTRE CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ et CENTRE DE RÉFÉRENCE EN NOSOLOGIE, *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux*, 2^e édition, 652 p.

dice tient compte de variables telles que les diagnostics secondaires, l'âge, le code de l'APR DRG et la présence de certains traitements non effectués en salle d'opération.

Une variation du niveau de gravité clinique dans le temps pourrait être associée à un meilleur enregistrement des diagnostics secondaires, ce qui expliquerait qu'il y ait une plus grande proportion de cas présentant un niveau plus élevé de gravité clinique. Dans l'ensemble, il ne semble cependant pas y avoir eu de modifications majeures au cours de la période étudiée dans la façon dont l'information nécessaire à la détermination du niveau de gravité clinique a pu être consignée. Il existe certains écarts régionaux dus à des politiques de codification et des gains pourront être réalisés à cet égard pour assurer une plus grande uniformité mais, de façon générale, l'information colligée pour les années étudiées est assez fiable.

L'analyse de la durée de séjour par DRG et par niveau de gravité clinique montre une nette croissance de cette durée à mesure que le niveau de gravité clinique augmente. S'il y avait eu un sous-enregistrement marqué des diagnostics secondaires, on aurait pu observer des durées de séjour trop élevées pour des niveaux de gravité clinique faible ou modéré, ce qui n'est pas le cas. Même si l'effet d'une codification plus précise de l'information a pu jouer un certain rôle dans l'évolution du niveau de gravité clinique, celui-ci n'apparaît pas majeur. Il semble plutôt que des changements associés à une meilleure codification pourront être observés au cours des prochaines années, en 1998-99 notamment, compte tenu de la formation offerte sur le sujet et d'un effort de sensibilisation à l'importance de ce type d'information pour la planification et l'évaluation.

Le niveau de gravité clinique s'avère un indicateur pertinent dans le cadre de ce projet. En effet, on peut s'attendre qu'à l'avenir, avec la transformation que connaît l'organisation des services de santé, les cas les plus légers ne nécessitant pas une hospitalisation soient davantage traités à l'extérieur du milieu hospitalier ou en chirurgie d'un jour.

1.2 La chirurgie d'un jour

La chirurgie d'un jour correspond à l'ensemble des activités destinées à un patient inscrit qui reçoit son congé le jour même de l'intervention⁸. Pour les besoins de l'étude, la chirurgie d'un jour comprend également les séjours des patients hospitalisés mais admis et sortis le même jour, à l'exception des décès et des transferts.

Le développement de la chirurgie d'un jour au Québec est examiné sous deux aspects. L'examen de l'évolution de la prestation des services est d'abord présenté. Cette analyse porte, dans un premier temps, sur les années 1995-96 et 1996-97, selon l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie d'un jour,

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1995. *La chirurgie d'un jour et son organisation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 72 p.

c'est-à-dire l'ensemble des cas traités. Dans un second temps, l'étude porte sur la période allant de 1990-91 à 1996-97 et est faite selon une liste d'interventions transférables en chirurgie d'un jour (annexe 2). Notre objectif était de vérifier l'augmentation de la chirurgie d'un jour au Québec et d'apprécier dans quelle mesure les interventions reconnues comme transférables en chirurgie d'un jour selon la liste le sont effectivement. Une analyse comparative du nombre et du type d'interventions réalisées en 1995-96 et en 1996-97 permet de caractériser la pratique québécoise de la chirurgie d'un jour.

La chirurgie d'un jour est par la suite analysée sous l'angle de l'accessibilité des services. Il s'agissait de vérifier si, dans le cadre de la transformation du réseau en santé physique, l'accès aux services de chirurgie s'était maintenu. La substitution de la chirurgie avec hospitalisation par la chirurgie d'un jour devrait permettre d'accroître cet accès. Cette analyse est faite selon l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie d'un jour, selon la liste d'interventions retenue pour l'analyse de la dimension décrite au paragraphe précédent et selon les dix interventions les plus fréquemment effectuées en 1995-96 et 1996-97.

Toutes les données utilisées proviennent des renseignements fournis par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et colligés au fichier MED-ÉCHO. Le système de classification AP-DRG est celui qui a été utilisé pour déterminer les séjours pouvant être considérés comme des séjours de nature chirurgicale (y compris en obstétrique).

L'analyse des données relatives à la chirurgie d'un jour comporte cependant certaines limites. Avant 1995-96, l'obtention de données homogènes sur l'ensemble des activités réalisées en chirurgie d'un jour est difficile, puisque certains centres hospitaliers n'ont pas rapporté leurs activités en chirurgie d'un jour au fichier MED-ÉCHO, même s'ils en effectuaient. De plus, les interventions réalisées en chirurgie d'un jour pendant cette période comprenaient des actes diagnostiques, d'où l'expression « soins d'un jour » alors utilisée.

Pour l'obtention de données comparables concernant l'évolution de la prestation des services en chirurgie d'un jour pour la période allant de 1990-91 à 1996-97, un certain nombre d'établissements ont été pris en considération. Les critères présentés à l'annexe 3 ont été utilisés pour la sélection de ces établissements. De plus, une liste d'interventions transférables en chirurgie d'un jour, établie par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) en 1995 (annexe 2), a été utilisée pour que nous puissions nous assurer que ce sont les mêmes interventions réalisées en chirurgie d'un jour qui sont prises en considération dans les établissements à l'étude pour la période 1990-91 à 1996-97.

Plusieurs listes ont déjà été conçues pour déterminer le potentiel de la chirurgie d'un jour au Québec. Ainsi, un répertoire d'environ quarante interventions pouvant être substituées à la chirurgie d'un jour a d'abord été établi par l'AHQ, en

1992⁹, pour mesurer le potentiel de développement de la chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier. En 1993, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal¹⁰, dans une analyse du potentiel de développement de la chirurgie d'un jour au Québec, proposait une liste de 103 interventions transférables regroupées en 27 catégories. C'est cette liste qui a été utilisée dans le document ministériel *La chirurgie d'un jour et son organisation*. Par la suite, un autre répertoire des interventions transférables en chirurgie d'un jour a été constitué par l'AHQ en 1995¹¹ pour tenir compte de l'évolution des connaissances et des pratiques en chirurgie et en anesthésie. C'est ce répertoire qui est utilisé dans la présente étude. Il est composé des 35 catégories d'interventions auxquelles on a le plus fréquemment recours en chirurgie d'un jour dans les centres hospitaliers de pointe en ce domaine en Amérique du Nord. Il a été établi à partir d'une recension des écrits sur le sujet et de la consultation d'un groupe de médecins chirurgiens québécois. Tout comme l'a fait l'AHQ¹¹, nous avons exclu les interventions suivantes de la liste que nous avons retenue : celles pratiquées hors du bloc opératoire (ex. : en salle d'endoscopie) ; celles ayant un faible potentiel de substitution, soit parce qu'elles se font généralement à plus de 95 % en chirurgie d'un jour (notamment la circoncision [7609] et la vasectomie complète ou partielle [7564]), soit qu'elles requièrent une hospitalisation dans presque tous les cas ; celles à faible volume, c'est-à-dire pour lesquelles il y a eu moins de 500 opérations au Québec au cours de la dernière année étudiée.

Par ailleurs, un examen de la prestation et de l'utilisation de la chirurgie d'un jour pour les années 1995-96 et 1996-97 a été fait pour l'ensemble des centres hospitaliers effectuant de la chirurgie d'un jour, puisque ceux-ci ont tous déclaré leurs activités.

Le système de classification AP-DRG a été utilisé pour déterminer les séjours pouvant être considérés comme des séjours de nature chirurgicale. Tous les cas qui avaient été classés comme tels par le système ont été retenus. Toutefois, une sous-estimation du nombre de cas de chirurgie d'un jour a été observée, puisque le système AP-DRG ne prend pas en considération un certain nombre de cas traités en chirurgie d'un jour, étant donné que ceux-ci ne sont

-
9. P. BOYLE. 1992. *Appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier à l'aide de MED-ÉCHO*, Projet OPTIMAH, série Rapports et bilans, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 77 p.
 10. R. BLAIS, P. BOYLE, R. PINEAULT, J. AUBIN. 1993. *Analyse du potentiel de développement de la chirurgie d'un jour*, GRIS, Université de Montréal, rapport n° R93-08 présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre, 75 p.
 11. P. BOYLE, D. NADEAU et A. FRAMARIN. 1995. *La chirurgie d'un jour : peut-on faire plus? Trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour*, 2^e édition, Projet OPTIMAH, collection Trousses d'implantation, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 50 p.

pas classés comme des traitements opératoires. Il s'agit des actes ayant les codes 98.06, 98.09 et 98.12. Ce sont, dans la catégorie « opérations sur la peau et le tissu sous-cutané » : la mise en place de port-à-cathéter (accès vasculaire), autre incision de la peau et du tissu sous-cutané ainsi que l'excision ou la destruction localisée de lésion ou tissu de la peau et de tissu sous-cutané. En 1996-97, on dénombre 10 510 cas traités en chirurgie d'un jour selon ces actes. Ils n'ont pas été retenus dans la présente étude.

1.3 Les services médicaux ambulatoires

L'examen de l'évolution de la prestation des services médicaux ambulatoires porte principalement sur les services offerts par les médecins et, dans une moindre mesure, sur les services offerts par les CLSC. Les services médicaux ambulatoires sont définis comme ceux qui sont offerts à des patients non hospitalisés et non hébergés, c'est-à-dire les services en cabinet privé, en clinique externe, à l'urgence, à domicile et en CLSC (dans ce dernier cas, uniquement s'ils sont rémunérés à l'acte). Rappelons que les services psychiatriques sont exclus de cette étude car celle-ci ne porte que sur la santé physique. L'analyse est effectuée à partir de l'information colligée sur l'ensemble des demandes de paiement des médecins rémunérés à l'acte pour chacune des années prises en considération, soit les années 1990-91 à 1996-97 inclusivement. Soulignons que ce mode de rémunération comptait pour 87 % de l'ensemble des coûts générés par la pratique médicale en 1996.

Dans un deuxième temps, la pratique des médecins selon d'autres modes de rémunération a aussi été prise en considération, mais uniquement en ce qui a trait aux coûts relatifs à cette pratique, car aucune information n'existe concernant le nombre et la nature des services, les bénéficiaires et les lieux de prestation. L'information provient des banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les aspects suivants de la prestation de services médicaux ambulatoires sont examinés : 1) la part des services ambulatoires parmi l'ensemble des services médicaux ; 2) les nombres et les proportions de services et de visites ambulatoires selon les lieux de prestation (cabinet privé, clinique externe, urgence, domicile) et selon le type de dispensateurs (omnipraticiens et spécialistes) ; 3) la part des services ambulatoires relevant de l'omnipratique ; 4) les coûts de l'omnipratique en CLSC ; 5) les coûts des services spécialisés ambulatoires rémunérés sous forme de salaire ou de vacation.

1.4 Les usagers et les services de soutien à domicile

Les données concernant les usagers et les services offerts à domicile par les CLSC proviennent de la banque commune de données SIC CLSC actuellement en développement dans le cadre d'une opération conjointe MSSS-Fédération des CLSC du Québec. La période d'observation s'étend de 1994-95 à 1996-97.

Il faut rappeler que les données portent sur un nombre partiel de CLSC, qui peut varier selon la date d'observation et selon le type d'information traité. Globalement, de 50 à 60 % des CLSC sont représentés dans l'échantillon. Cet échantillon de CLSC dont sont issues les données demeure intéressant même si on ne peut présumer que les CLSC absents auraient un profil similaire à ceux qui font partie de l'échantillon. Toutes les régions (sauf les régions 17 et 18) sont représentées et il n'y a que trois régions pour lesquelles la proportion de CLSC faisant partie de l'étude est inférieure à 50 %. Des CLSC des milieux urbains, semi-urbains et ruraux font partie de l'échantillon.

Les variables examinées sont les suivantes : le nombre et la proportion de personnes postopérées et convalescentes parmi les usagers du programme de soutien à domicile, l'établissement ou la personne ayant orienté ces usagers vers le programme de soutien à domicile, la répartition des usagers selon la nature des services reçus et la fréquence des interventions par usager. La nature et l'intensité des interventions à caractère physique ont ensuite été examinées pour l'ensemble des usagers du programme de soutien à domicile.

RÉSULTATS

2.1 La prestation des services hospitaliers et ambulatoires

2.1.1 L'hospitalisation de courte durée en chirurgie et en médecine

Le développement accéléré des nouvelles technologies médicales et la mise au point de nouveaux produits pharmaceutiques a entraîné des changements dans la pratique médicale. Cela permet de donner, sur une base ambulatoire ou au domicile des gens, des soins pour lesquels ceux-ci auraient dû être hospitalisés antérieurement. Une meilleure planification du séjour hospitalier et du retour à domicile, combinée au développement ou à l'intensification des services spécialisés à domicile, offre la possibilité d'abrèger de manière sensible les séjours hospitaliers.

Nombre d'hospitalisations en médecine et en chirurgie réunies

En 1996-97, on dénombrait 541 464 cas admis en médecine et en chirurgie dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du Québec, soit 24 745 cas de moins qu'en 1990-91 (tableau 1).

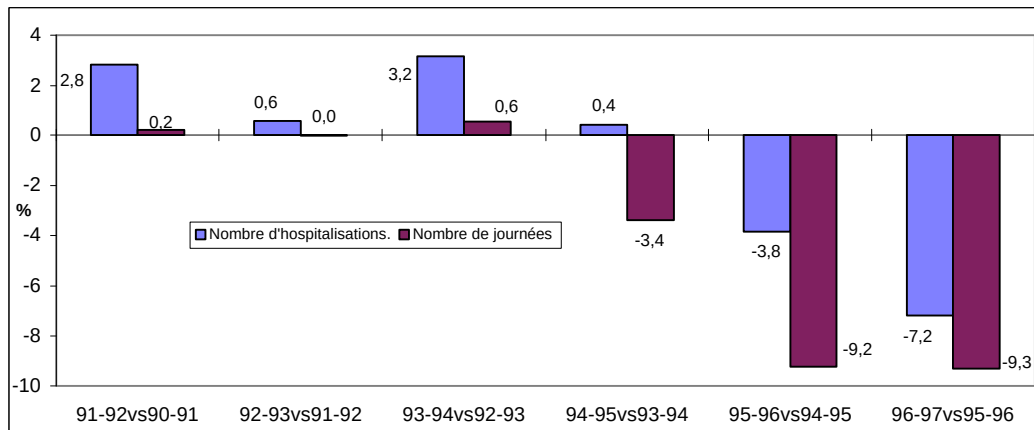
TABLEAU 1
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION
EN MÉDECINE ET CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Nombre d'hospitalisations	566 209	582 156	585 543	604 005	606 574	583 364	541 464
Nombre de journées	5 436 739	5 448 717	5 447 649	5 477 822	5 291 878	4 803 061	4 356 307
Nombre de lits	20 945	20 998	20 895	20 631	19 972	18 190	15 875

Note : Les centres de soins suivants ont été exclus du calcul du nombre de lits qui apparaît dans ce tableau : psychiatrie, soins de longue durée, réadaptation, berceaux et gynéco-obstétrique. Les données proviennent des rapports statistiques (formulaire AS-478) produits par le Service de l'analyse statistique et par Infocentre, MSSS. Ces données sous-estiment quelque peu la réalité, car les lits en gynécologie ont été soustraits des totaux alors qu'ils devraient y être inclus. À titre d'exemple, 1 990 lits de gynéco-obstétrique ont été exclus du calcul en 1995-96 et 1 325 en 1996-97.

Le nombre total d'hospitalisations a commencé à décroître en 1995-96 et cette tendance s'est poursuivie à un rythme plus rapide encore en 1996-97 avec 7 % d'hospitalisations de moins qu'en 1995-96 (figure 1). Au cours de la période d'observation, le nombre d'hospitalisations en chirurgie et en médecine a diminué de 4 % (figure 2). Depuis 1994-95, la réduction a été de 10,7 % ; donc, au total, 65 110 cas de moins ont été admis en chirurgie et en médecine depuis cette année.

FIGURE 1
VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE ET MÉDECINE



Nombre d'hospitalisations selon le type de soins

La situation diffère lorsque le type de soins est pris en considération. En chirurgie, on dénombrait, en 1996-97, 61 940 hospitalisations de moins qu'en 1990-91 (tableau 2), ce qui représente une diminution de 24 %. Par contre, en médecine, 37 195 hospitalisations de plus ont été enregistrées au cours de la période d'observation (tableau 3), pour une augmentation de 12 % par rapport à 1990-91 (figure 2).

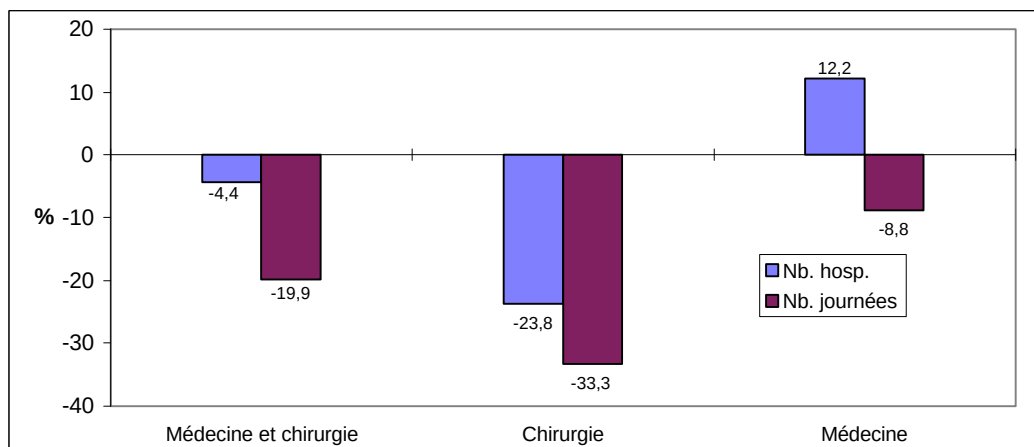
TABEAU 2
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Nombre d'hospitalisations	260 599	261 872	257 669	253 765	244 734	255 3006	198 659
Nombre de journées	2 457 814	2 409 222	2 352 518	2 266 121	2 143 870	1 882 039	1 639 233

TABEAU 3
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997

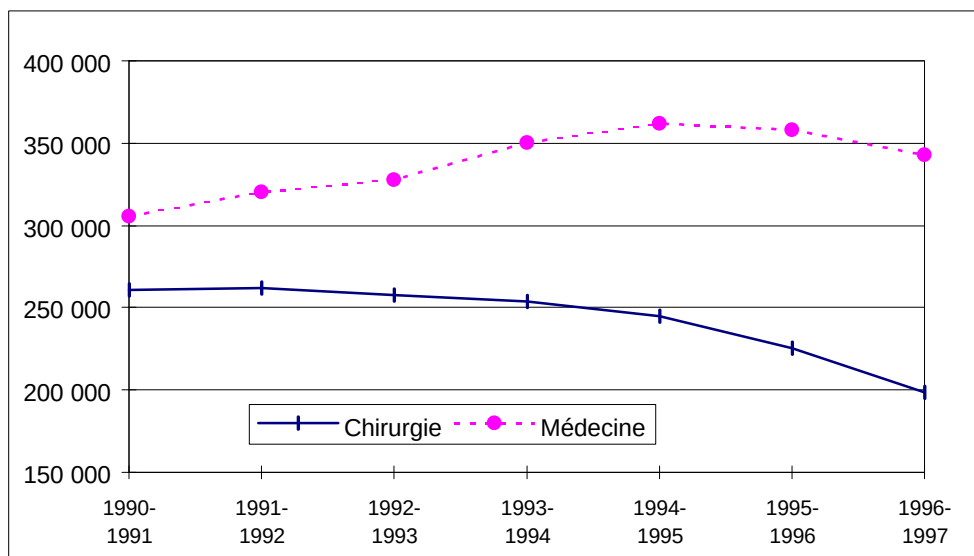
	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Nombre d'hospitalisations	305 610	320 284	327 874	350 240	361 840	358 058	342 805
Nombre de journées	2 078 925	3 039 495	3 095 131	3 211 701	3 148 008	2 921 022	2 717 074

FIGURE 2
VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE
JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN 1996-1997 PAR RAPPORT À 1990-1991



Dans la figure 3, on voit que la baisse du nombre d'hospitalisations observée en chirurgie était présente dès 1992-93 et qu'elle s'est poursuivie par la suite. Par contre, en médecine, le nombre d'hospitalisations a plutôt augmenté chaque année jusqu'en 1994-95 pour amorcer une baisse par la suite. Il faut noter que la réduction du nombre d'hospitalisations observée depuis 1995-96 a été plus marquée en chirurgie qu'en médecine.

FIGURE 3
ÉVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN CHIRURGIE ET
EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997



Les années 1995-96 et 1996-97 se caractérisent par une accélération de la réduction du volume des hospitalisations en chirurgie, avec des diminutions respectives de 8 et de 12 % (figure 4) et par le début d'une tendance à la baisse en médecine. En 1995-96, la réduction n'a été que de 1 %, mais la diminution du nombre d'hospitalisations s'est accentuée l'année suivante pour atteindre 4 % (figure 5). Depuis 1994-95, 18,8 % moins de cas ont été admis en chirurgie et 5,3 % en médecine.

FIGURE 4
VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE

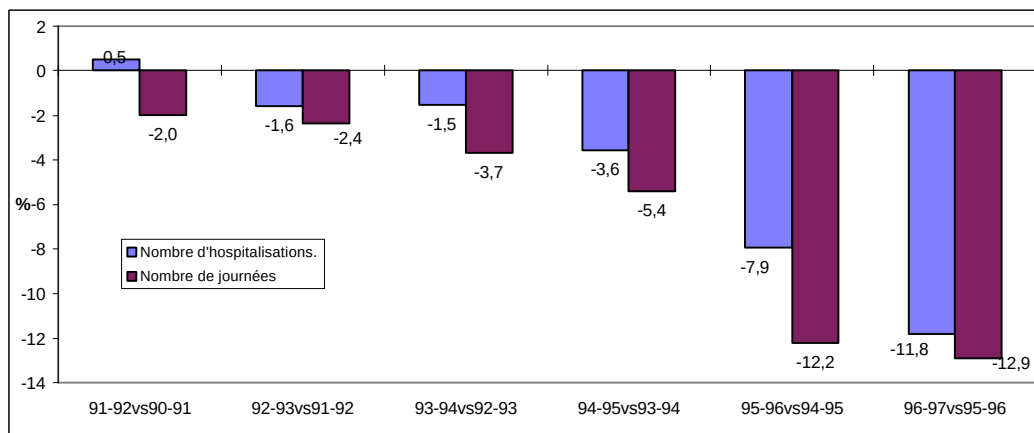
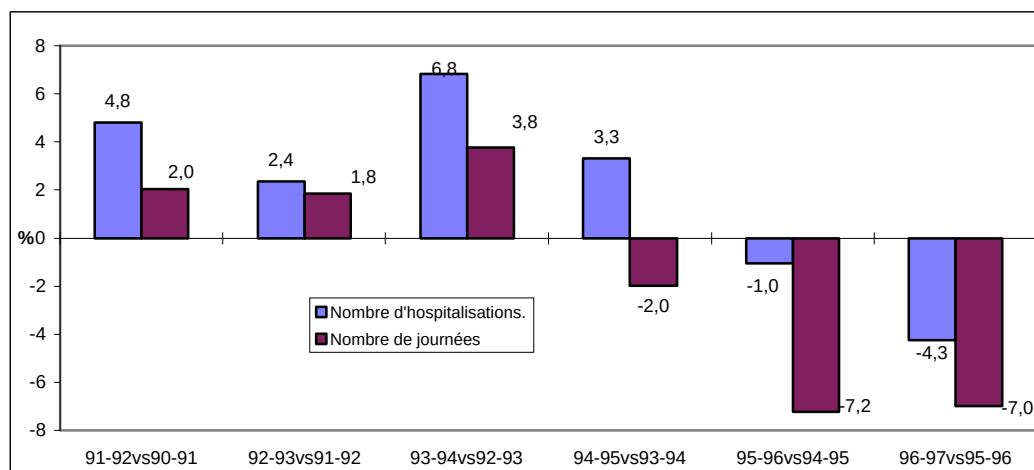


FIGURE 5
VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ET DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION, DE 1990-1991 À 1996-1997, MÉDECINE

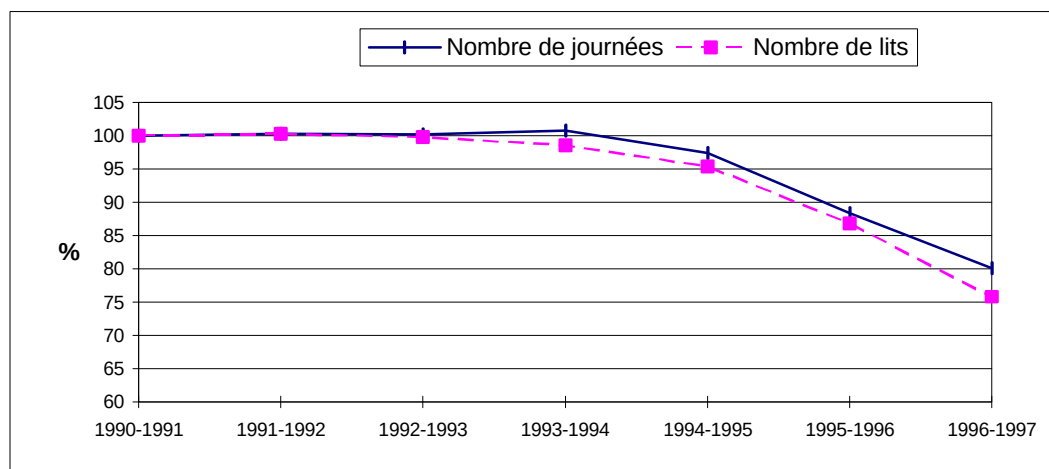


Nombre de journées d'hospitalisation en médecine et en chirurgie réunies

Le nombre de journées d'hospitalisation en médecine et en chirurgie a diminué de 20 % au cours de la période d'observation (figure 2). Cette baisse s'est amorcée en 1994-95 ; depuis cette année, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 17,7 %. C'est à partir de 1995-96 qu'on enregistre les plus fortes diminutions du nombre de journées d'hospitalisation, qui sont de l'ordre de 9 % chaque année (figure 1). Au total, on dénombre 1 080 432 journées d'hospitalisation de moins en 1996-97 qu'en 1990-91 (tableau 1), ce qui correspond à 3 482 équivalents-lits¹².

Si on met en relation la diminution des journées d'hospitalisation et la baisse du nombre de lits du 1^{er} avril 1991 au 31 mars 1997, on constate qu'au cours de cette période, la réduction du nombre de journées d'hospitalisation (- 1 080 432 jours, ce qui correspond à 3 482 équivalents-lits) est moins marquée que la diminution du nombre de lits, qui a été de 5 070 pendant la même période ; on notera que l'écart était un peu plus important en 1996-97 (tableau 1). On doit rappeler que les nombres de lits sont quelque peu sous-estimés, puisque des lits en gynécologie-obstétrique ont été soustraits du nombre total, alors qu'ils auraient dû en faire partie. Cette sous-estimation est de l'ordre de 3,5 % environ chaque année et le biais ainsi obtenu est systématique d'une année à l'autre. On constate que la réduction du nombre de journées d'hospitalisation est fortement associée à la diminution du nombre de lits (figure 6).

FIGURE 6
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION
ET DU NOMBRE DE LITS EN MÉDECINE ET CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997

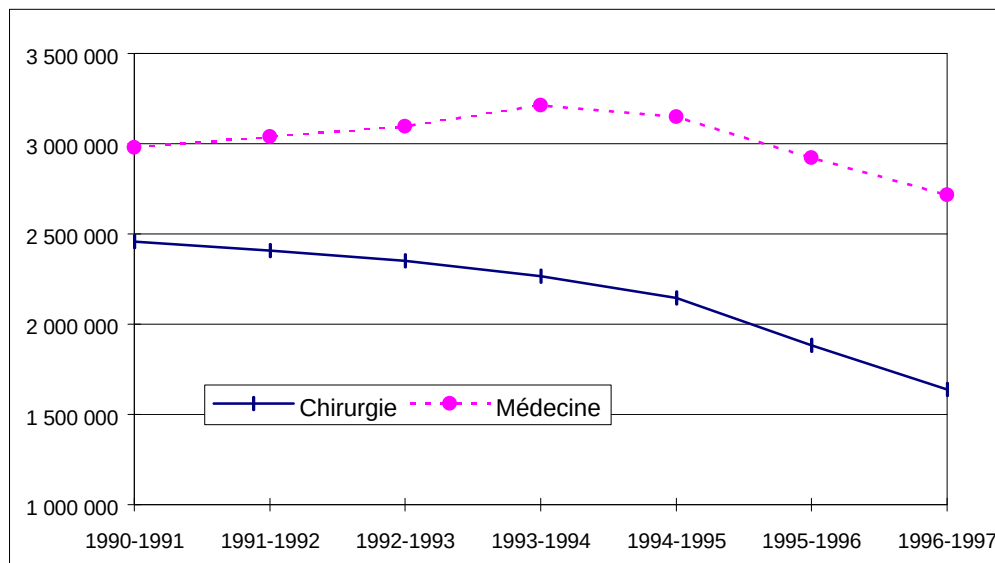


12. Ce nombre est calculé selon un taux d'occupation de 85 % (journées d'hospitalisation/365/0,85).

Nombre de journées d'hospitalisations selon le type de soins

La presque totalité de la baisse du nombre de journées d'hospitalisation est observée en chirurgie, où 818 581 jours-présence de moins ont été enregistrés en 1996-97. Cela représente une baisse remarquable de 33,3 % par rapport à 1990-91 (figure 2). Cette baisse est sensible tout au long de la période d'observation, avec toutefois une accentuation en 1995-96 (figure 7). En médecine, 261 851 jours-présence de moins ont été enregistrés au cours de la période d'observation, ce qui représente une réduction de 8,8 % par rapport à 1990-91 (figure 2). Cette tendance à la baisse s'est manifestée timidement en 1994-95, alors qu'au cours des années précédentes, on assistait plutôt à une augmentation annuelle du nombre de journées d'hospitalisation.

FIGURE 7
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE
ET EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997



Au cours des deux dernières années d'observation, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation a été un peu plus importante en chirurgie qu'en médecine. Pour chacune de ces deux années, la proportion de journées en moins a été de 12 % environ en chirurgie et de 7 % en médecine (figures 4 et 5).

Évolution de la durée moyenne de séjour

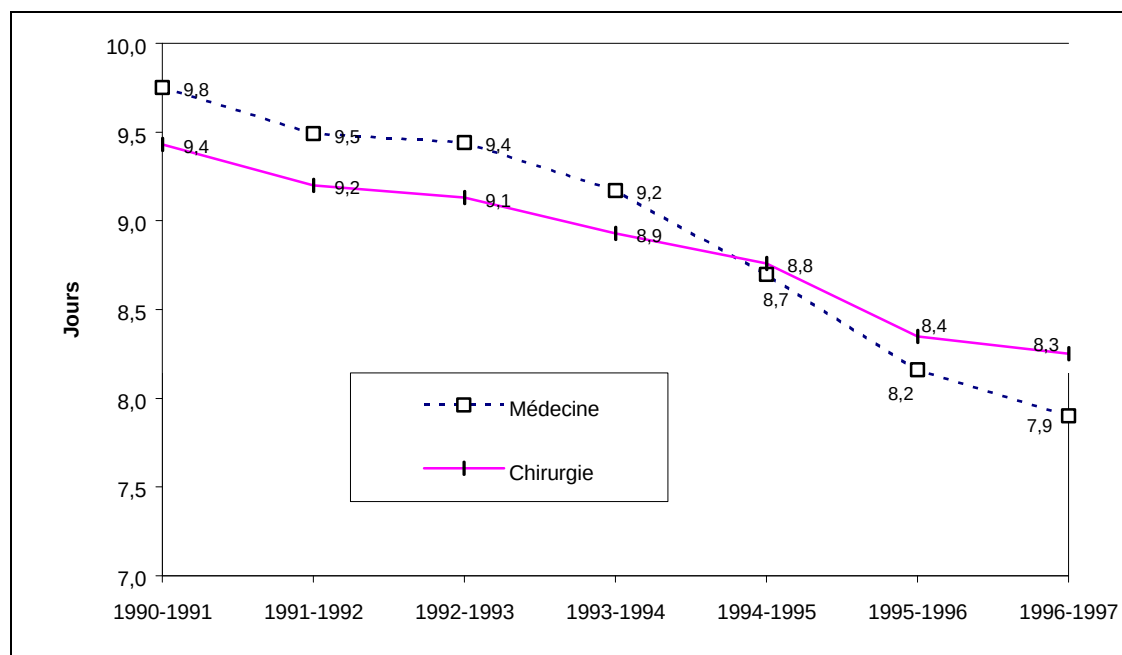
On observe une diminution de la durée moyenne de séjour entre 1990-91 et 1996-97 au Québec, tant en médecine qu'en chirurgie (figure 8). Cette baisse de la durée moyenne de séjour a été plus importante en médecine (19,4 %) qu'en chirurgie (11,7 %). En effet, cette réduction a été de près de 2 jours en

médecine, où la durée de séjour est passée de 9,8 à 7,9 jours alors qu'en chirurgie, la diminution a été de 1,1 journée.

En médecine, cette diminution est plus marquée à compter de 1993-94 ; en deux ans, la durée moyenne de séjour a baissé d'une journée, passant de 9,2 à 8,2 jours. Pour la dernière année d'observation, la durée moyenne de séjour baisse toujours, mais à un rythme un peu moins prononcé. En 1994-95, la durée moyenne de séjour en médecine était inférieure à celle observée en chirurgie et l'écart s'est accru par la suite.

En chirurgie, c'est en 1995-96 que la baisse a été la plus importante. En 1996-97, la diminution a été plus faible ; cette situation pourrait s'expliquer en partie par une plus grande proportion d'hospitalisations pour des cas plus complexes, qui exigent une durée de séjour plus élevée.

FIGURE 8
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MÉDECINE
ET EN CHIRURGIE, DE 1990-1991 À 1996-1997



À partir des données disponibles, nous avons analysé l'évolution des délais pré et postopératoires et de la proportion d'interventions chirurgicales réalisées le jour de l'admission, de même que l'évolution du séjour moyen par catégorie majeure de diagnostic.

Évolution des séjours pré et postopératoires et de la proportion d'interventions réalisées le jour de l'admission à l'hôpital

La réduction du séjour préopératoire se rapporte davantage à la question des examens et des consultations précédant l'intervention et pouvant être réalisés en externe. La proportion d'interventions chirurgicales réalisées le jour même de l'admission constitue un bon indice pour mesurer comment évolue la situation à cet égard. Quant à la réduction du séjour postopératoire, elle est liée à toute la question du suivi une fois que la personne a quitté l'hôpital, notamment à l'organisation des services à domicile.

Évolution des séjours pré et postopératoires

Les séjours préopératoires et postopératoires ont tous deux diminué entre 1990-91 et 1996-97 (figures 9 et 10). Dans le premier cas, la durée de séjour est passée de 2,85 à 2,07 jours, ce qui constitue une diminution de 27 %, alors que dans le second cas, elle est passée de 6,58 à 6,18 jours, ce qui représente une baisse de 6 %. La réduction du séjour préopératoire a eu lieu pour une large part en 1995-96 et en 1996-97. Le séjour préopératoire, qui comptait pour 30 % de l'ensemble du séjour hospitalier en 1990-91, ne représentait plus que 25 % en 1996-97. Les gains effectués à ce chapitre comptent pour plus de 65 % de la diminution de la durée moyenne de séjour observée en chirurgie au cours de la période étudiée.

L'analyse des figures 9 et 10 montre un lien plus étroit entre la durée de séjour et le séjour préopératoire à partir de 1992-93. Les courbes illustrant l'évolution de ces deux variables laissent voir une baisse régulière à partir de cette année. Par contre, l'importante diminution de la durée moyenne de séjour en 1991-92 est presque exclusivement due à une baisse du séjour postopératoire. Cette dernière variable, après une importante baisse en 1991-92, a connu par la suite de faibles diminutions ; on note même une augmentation du séjour postopératoire en 1996-97, après une baisse non négligeable l'année précédente.

FIGURE 9
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU SÉJOUR PRÉOPÉRATOIRE,
DE 1990-1991 À 1996-1997

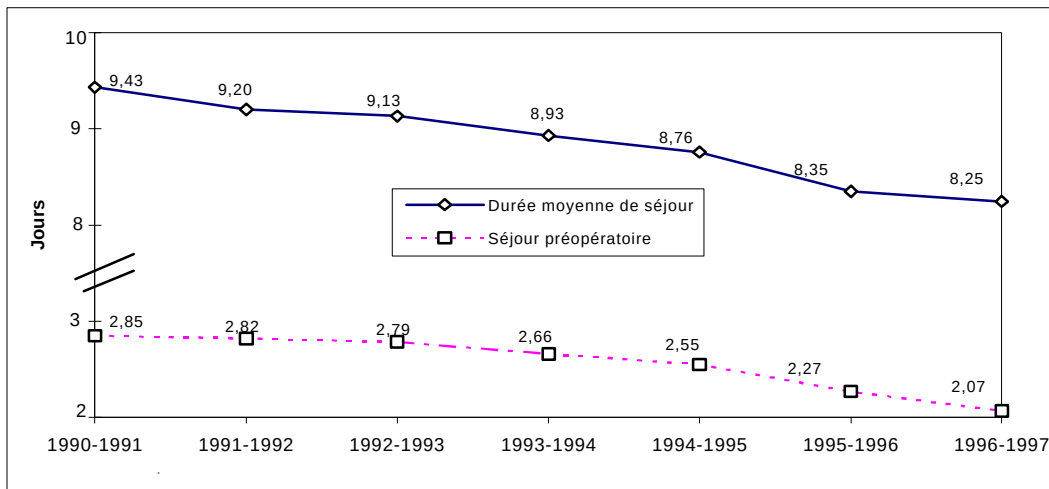
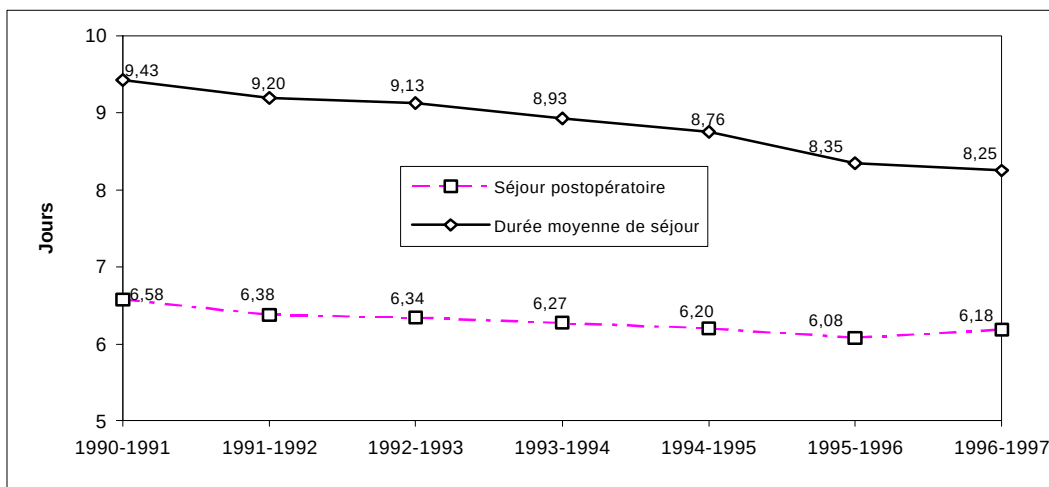


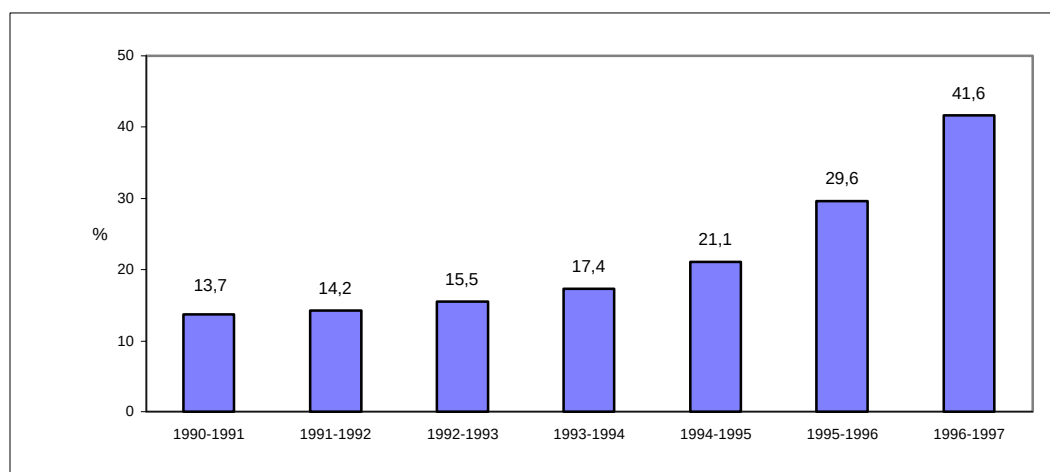
FIGURE 10
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU SÉJOUR POSTOPÉRATOIRE,
DE 1990-1991 À 1996-1997



Interventions le jour même de l'admission à l'hôpital

La proportion d'interventions chirurgicales réalisées le jour même de l'admission à l'hôpital a connu une hausse des plus importantes au cours des sept années à l'étude. Dans l'ensemble du Québec, cette proportion a triplé et atteint, en 1996-97, 42 % des hospitalisations en chirurgie (figure 11). Au cours des deux dernières années étudiées, cette proportion a doublé. Cette augmentation de la chirurgie le jour de l'admission, plutôt faible au cours des premières années, a crû de façon substantielle à compter de l'année 1994-95.

FIGURE 11
PROPORTION D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES RÉALISÉES LE JOUR DE L'ADMISSION,
DE 1990-1991 À 1996-1997



Lien entre l'évolution de la durée de séjour et du nombre de lits pour des soins généraux et spécialisés

Une gestion efficace des lits destinés aux soins généraux et spécialisés demeure, en principe, un moyen efficace pour réduire la durée du séjour hospitalier. À cet égard, une diminution du nombre de lits dressés dans les hôpitaux pour des soins de courte durée pourrait se traduire par une diminution de la durée moyenne de séjour.

À la lumière des données disponibles, il ne semble pas y avoir de lien immédiat entre l'évolution de la durée moyenne de séjour et le nombre de lits dressés au cours des premières années étudiées (tableau 4). Le nombre de lits dressés fluctue très peu jusqu'en 1993-94, alors que la durée moyenne de séjour, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, amorce une baisse dès le début de la période d'observation. Par contre, les trois dernières années ont été marquées par une forte diminution de la durée moyenne de séjour en médecine et du nombre de lits.

TABLEAU 4
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET NOMBRE DE LITS DRESSÉS POUR SOINS
OPÉRATOIRES ET SPÉCIALISÉS (SITUATION AU 31 MARS), MÉDECINE ET CHIRURGIE,
DE 1990-1991 À 1996-1997

Variable	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Durée moyenne de séjour (jours)							
Chirurgie	9,4	9,2	9,1	8,9	8,8	8,4	8,3
Médecine	9,8	9,5	9,4	9,2	8,7	8,2	7,9
Nombre de lits	20 945	20 998	20 895	20 631	19 972	18 190	15 875

Source : Service de l'analyse statistique et Infocentre ; données produites à partir des rapports statistiques annuels des centres hospitaliers (formulaire AS-478).

Note : Les centres de soins suivants ont été exclus du calcul du nombre de lits : psychiatrie, soins de longue durée, réadaptation, berceaux et gynéco-obstétrique.

Durée moyenne de séjour selon la catégorie majeure de diagnostics ; évolution et situation actuelle

Chirurgie

En chirurgie, la durée moyenne de séjour est passée de 9,4 à 8,3 jours, ce qui constitue une baisse de 12 %. La durée moyenne de séjour de toutes les catégories majeures de diagnostics a diminué au cours de la période étudiée ; la plus importante baisse, en termes relatifs, concerne les maladies du système hépato-biliaire et du pancréas (CMD 07), pour lesquelles on a constaté une baisse de 42 % de la durée de séjour, qui est passée de 10 jours en 1990-91 à 5,8 jours en 1996-97 (tableau 5). Cette catégorie majeure de diagnostics a bénéficié du passage à la technologie de l'endoscopie.

La durée du séjour hospitalier pour les maladies de l'appareil respiratoire (CMD 04) et les maladies du système nerveux (CMD 01) a également connu une importante diminution, soit une baisse de plus de 5 jours au cours de la période étudiée, ce qui représente une baisse d'un peu moins de 30 %. Ce sont toutefois les traumatismes multiples (CMD 25) qui, en valeurs absolues, ont connu la plus forte diminution, soit une diminution de 7,8 jours. Cette situation peut s'expliquer, en partie, par une meilleure prise en charge des personnes à leur sortie de l'hôpital par des ressources consacrées à la réadaptation dans le milieu de vie. Les traumatismes multiples présentaient néanmoins, en 1996-97, la durée moyenne de séjour la plus élevée, soit 24 jours.

Au total, ces diminutions représentent quelque 818 000 journées d'hospitalisation en moins en 1996-97 par rapport à la situation prévalant six années auparavant. Outre la diminution de la durée moyenne de séjour, une baisse du nombre d'hospitalisations dans la grande majorité des catégories majeures de diagnostics contribue à expliquer cette situation. Les maladies de l'appareil digestif (CMD 06), de l'appareil musculosquelettique (CMD 08) et de

l'appareil reproducteur chez la femme (CMD 13) viennent en tête de liste avec chacune au moins 100 000 journées d'hospitalisation en moins. Les maladies du système hépato-biliaire et du pancréas (CMD 07) suivent avec près de 86 000 journées d'hospitalisation en moins. L'importance relative de ces catégories majeures de diagnostics dans la réduction observée varie de 11 à 17 % (figure 12).

Néanmoins, les maladies de l'appareil digestif (CMD 06) et de l'appareil musculosquelettique (CMD 08) regroupent chacune près de 20 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation en chirurgie en 1996-97 ; cette situation est due au fait que certaines interventions parmi ces deux catégories présentent une durée de séjour élevée malgré l'importante diminution que quelques-unes de ces interventions ont connue ; de plus, ces deux catégories comptent le plus grand nombre d'hospitalisations. Les maladies de l'appareil circulatoire (CMD 05), troisième cause d'hospitalisation en chirurgie, regroupent pour leur part 15 % des journées d'hospitalisation, comparativement à 10 % six années auparavant.

Médecine

En médecine, la durée de séjour est passée de 9,8 à 7,9 jours entre 1990-91 et 1996-97, ce qui représente une diminution de 19 %. Comme pour la chirurgie, la durée moyenne de séjour de toutes les catégories majeures de diagnostics a connu une diminution, à l'exception de la durée moyenne de séjour pour des maladies liées à l'appareil reproducteur chez la femme (CMD 13), où la situation est demeurée stable (tableau 6). Les plus importantes diminutions, supérieures à 3 journées d'hospitalisation, concernent les maladies du système nerveux (CMD 01), les troubles mentaux organiques provoqués par des substances toxiques (CMD 20) et les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (CMD 24), c'est-à-dire le VIH. Les plus importantes causes d'hospitalisation, soit les maladies de l'appareil circulatoire (CMD 05) et les maladies de l'appareil respiratoire (CMD 04), ont connu chacune une baisse de 2 jours. En 1996-97, les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (CMD 24) et les traumatismes multiples (CMD 25) présentent la durée moyenne de séjour la plus élevée, avec 15 jours.

On a observé une diminution de près de 262 000 journées d'hospitalisation pour les cas de médecine au cours de la période à l'étude, soit trois fois moins qu'en chirurgie. La plus importante baisse vient des maladies du système nerveux (CMD 01), avec au-delà de 65 000 journées d'hospitalisation en moins, ce qui représente près de 25 % de la diminution observée en médecine (figure 13). Les maladies de l'appareil circulatoire (CMD 05) et les troubles endocriniens et du métabolisme (CMD 10) comptent pour plus de 10 % de cette diminution, avec quelque 30 000 journées en moins.

Contrairement à la situation observée en chirurgie, le nombre de jours d'hospitalisation pour quelques catégories majeures de diagnostics a augmenté entre 1990-91 et 1996-97. C'est le cas des maladies de l'appareil respiratoire (CMD 04), des maladies infectieuses et parasitaires (CMD 18) et de la catégorie

« autres facteurs influant sur l'état de santé » (CMD 23). Cette situation s'explique par une hausse du nombre de cas d'hospitalisation, laquelle peut dépendre soit d'une hausse du nombre de nouveaux cas, soit d'une hausse du nombre de réhospitalisations.

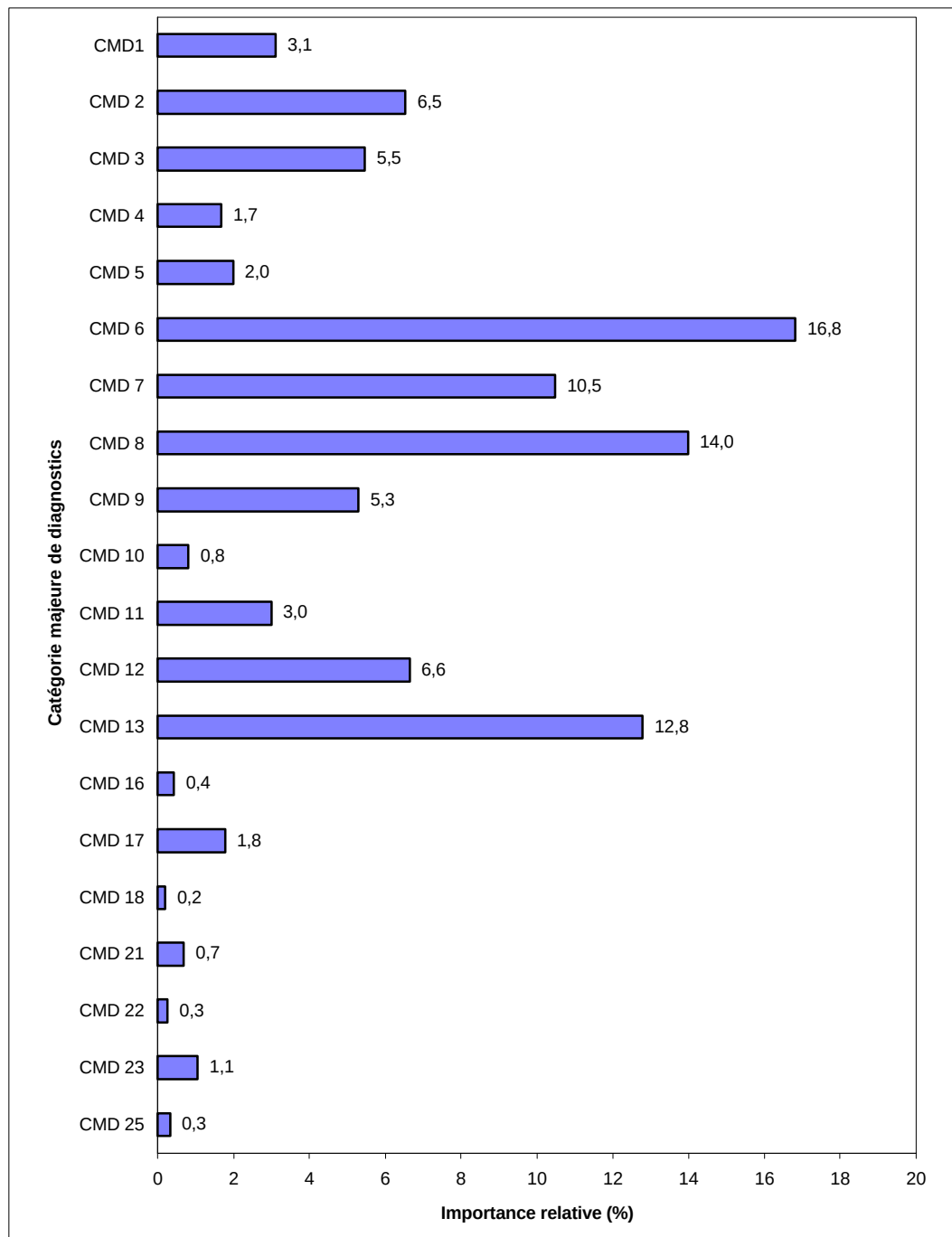
Les maladies de l'appareil circulatoire (CMD 05) et de l'appareil respiratoire (CMD 04) comptaient pour respectivement 23 et 19 % des journées d'hospitalisation en 1996-97 ; les maladies du système nerveux (CMD 01) suivaient avec 13 %.

TABEAU 5
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU NOMBRE TOTAL DE JOURS
PAR CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTICS,
DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE

Catégorie majeure de diagnostics	Séjour moyen		Diminution de la durée de séjour	Diminution du nombre total de jours
	1990-1991	1996-1997		
			(en %)	nb
Système nerveux (CMD 01)	18,3	13,2	-27,9	-25 481
Maladies et troubles oculaires (CMD 02)	3,5	2,4	-30,5	-53 449
Oreille, nez, bouche et gorge (CMD 03)	3,5	3,2	-7,7	-44 768
Appareil respiratoire (CMD 04)	19,8	14,5	-26,6	-13 777
Appareil circulatoire (CMD 05)	13,2	10,5	-20,5	-16 253
Appareil digestif (CMD 06)	9,3	8,3	-10,5	-137 663
Système hépato-biliaire et pancréas (CMD 07)	10,0	5,8	-42,0	-85 794
Appareil musculosquelettique et tissu conjonctif (CMD 08)	11,3	9,0	-20,3	-114 411
Peau, tissu sous-cutané et sein (CMD 09)	6,2	4,7	-24,0	-43 365
Maladies et troubles endocriniens, de la nutrition et du métabolisme (CMD 10)	9,5	6,7	-29,7	-6 594
Appareil urinaire (CMD 11)	11,2	8,5	-24,3	-24 620
Appareil reproducteur de l'homme (CMD 12)	7,8	5,7	-27,4	-54 398
Appareil reproducteur de la femme (CMD 13)	6,7	5,2	-21,3	-104 727
Maladies et troubles immunitaires, du sang et des organes hématopoïétiques (CMD 16)	10,8	8,6	-20,2	-3 499
Maladies et troubles myéloprolifératifs et tumeurs peu différenciées (CMD 17)	18,6	14,8	-20,5	-14 610
Maladies infectieuses et parasitaires, siège non précisé (CMD 18)	20,3	18,1	-11,1	-1 625
Blessures, empoisonnements et effets toxiques des drogues (CMD 21)	13,2	11,9	-9,8	-5 559
Brûlures (CMD 22)	27,7	23,1	-16,7	-2 048
Autres facteurs influant sur l'état de santé (CMD 23)	13,8	14,6	5,2	-8 642
Traumatismes multiples (CMD 25)	31,4	23,6	-24,8	-2 645
Sous-total	9,0	7,9	-12,2	-763 928
Autres DRG ¹	21,9	18,6	-15,1	-54 653
Ensemble des CMD	9,4	8,3	-11,7	-818 581

1. Il s'agit de DRG pouvant être associés à plusieurs catégories majeures de diagnostics.

FIGURE 12
IMPORTANCE RELATIVE DE CHACUNE DES CATÉGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTICS DANS LA RÉDUCTION DU SÉJOUR HOSPITALIER, DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE

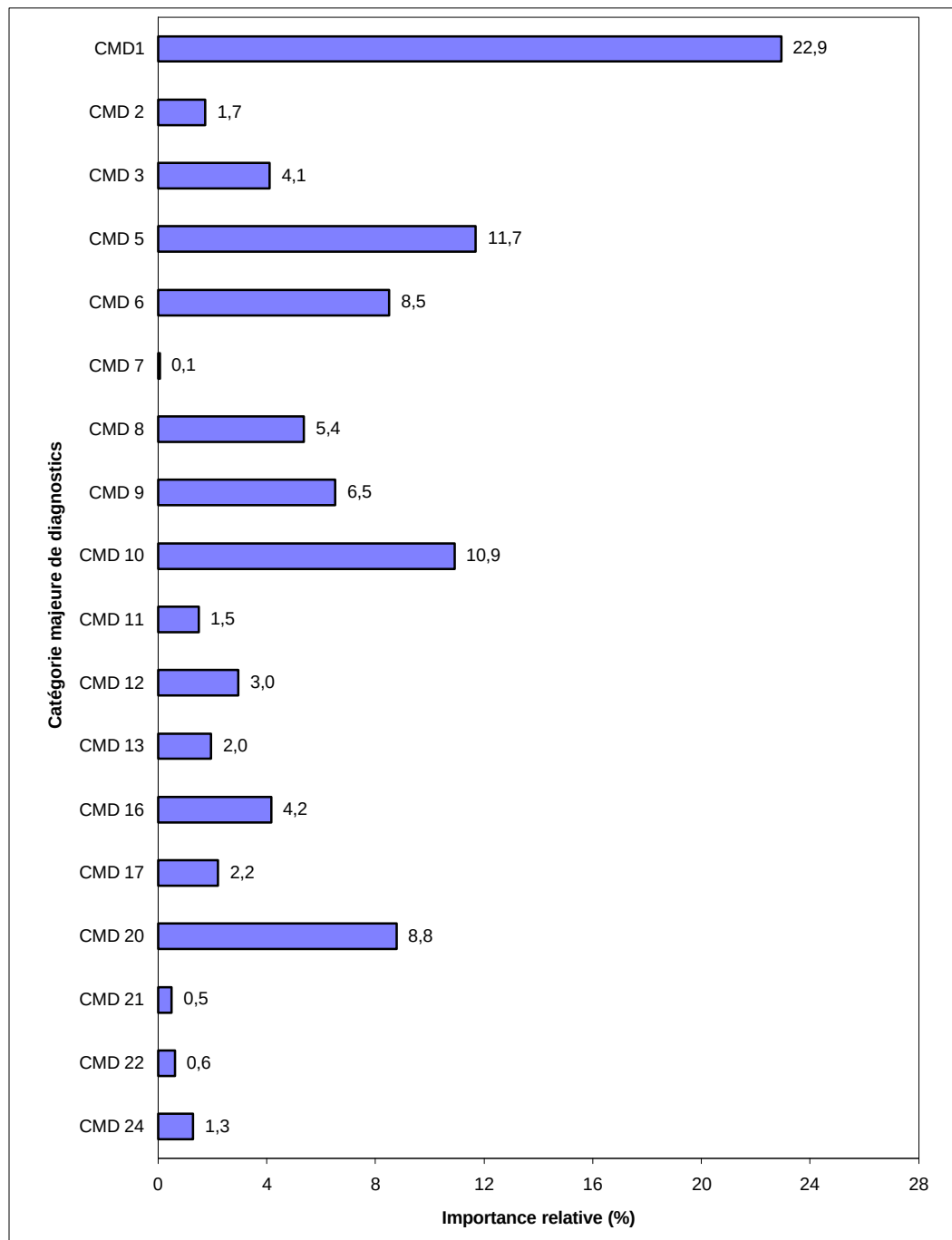


TABEAU 6
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET DU NOMBRE TOTAL DE JOURS PAR CATÉGORIE MAJEURE DE
DIAGNOSTICS, DE 1990-1991 À 1996-1997, MÉDECINE

Catégorie majeure de diagnostics	Séjour moyen		Diminution de la durée de séjour	Diminution du nombre total de jour
	1990-1991	1996-1997		
			%	nb
Système nerveux (CMD 01)	15,9	12,1	-23,9	-65 171
Maladies et troubles oculaires (CMD 02)	6,1	5,7	-7,5	-4 931
Oreille, nez, bouche et gorge (CMD 03)	4,3	4,0	-5,5	-11 683
Appareil respiratoire (CMD 04)	9,5	7,5	-20,6	3 395
Appareil circulatoire (CMD 05)	10,1	7,9	-21,8	-33 221
Appareil digestif (CMD 06)	7,0	5,7	-18,6	-24 201
Système hépato-biliaire et pancréas (CMD 07)	10,7	8,4	-21,5	-188
Appareil musculosquelettique et tissu conjonctif (CMD 08)	11,2	10,3	-8,2	-15 234
Peau, tissu sous-cutané et sein (CMD 09)	9,2	7,7	-15,6	-18 522
Maladies et troubles endocriniens, de la nutrition et du métabolisme (CMD 10)	10,9	8,5	-22,1	-30 981
Appareil urinaire (CMD 11)	7,2	6,1	-15,1	-4 268
Appareil reproducteur de l'homme (CMD 12)	9,1	8,0	-13,0	-8 398
Appareil reproducteur de la femme (CMD 13)	5,7	5,9	2,3	-5 578
Maladies et troubles immunitaires, du sang et des organes hématopoïétiques (CMD 16)	9,7	7,2	-25,7	-11 827
Maladies et troubles myéloprolifératifs et tumeurs peu différenciées (CMD 17)	12,2	9,4	-22,8	-6 314
Maladies infectieuses et parasitaires, siège non précisé (CMD 18)	6,6	6,0	-8,8	1 996
Troubles mentaux organiques provoqués par substances toxiques (CMD 20)	12,1	8,6	-29,1	-24 917
Blessures, empoisonnements et effets toxiques des drogues (CMD 21)	6,5	5,4	-15,9	-1 431
Brûlures (CMD 22)	9,1	7,8	-14,0	-1 784
Autres facteurs influant sur l'état de santé (CMD 23)	8,1	7,3	-9,9	10 156
Infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (CMD 24)	18,9	15,2	-19,5	-3 688
Traumatismes multiples (CMD 25)	17,6	15,0	-14,8	43
Sous-total	9,6	7,8	-19,0	-256 747
Autres DRG ¹	27,1	35,5	31,0	-5 104
Ensemble des CMD	9,8	7,9	18,6	-261 851

1. Il s'agit de DRG pouvant être associés à plusieurs catégories majeures de diagnostics.

FIGURE 13
IMPORTANCE RELATIVE DE CHACUNE DES CATÉGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTICS DANS LA RÉDUCTION DU SÉJOUR HOSPITALIER, DE 1990-1991 À 1996-1997, MÉDECINE



Évolution de la durée moyenne de séjour selon certains diagnostics spécifiques

Au chapitre des diagnostics spécifiques, certaines interventions chirurgicales et certaines pathologies retiennent l'attention soit à cause de leur fréquence, soit à cause de leur durée moyenne de séjour élevée, soit en fonction de l'importante diminution qu'elles ont connue à cet égard. Le tableau 7 présente quelques-uns de ces diagnostics ; bon nombre d'entre ceux-ci ont été retenus par le groupe du Centre de recherche de l'Université du Manitoba en politiques de santé et évaluation pour étudier l'effet d'une diminution de la durée de séjour sur la ré-admission hospitalière dans les trente jours suivant le départ d'une personne de l'hôpital^{13 14}.

La durée de séjour pour la cholécystectomie sans complication a connu une réduction de près de 60 %, passant de 6,7 à 2,8 jours ; mentionnons qu'avec plus de 10 000 cas d'hospitalisation en 1996-97, cette intervention est celle dont la fréquence est la plus élevée après les opérations de l'utérus ; ces dernières comptent quelque 13 400 cas et leur durée de séjour a subi une baisse de 35 %. On note également une substantielle diminution de près de 7 journées de la durée de séjour pour les opérations majeures des articulations, soit une baisse de 32 %. La durée de séjour pour la cure de hernie inguinale fémorale et la prostatectomie a aussi connu, en valeurs relatives, d'importantes réductions.

En médecine, le séjour moyen pour les affections cérébrovasculaires spécifiques a diminué de façon importante, passant de 24 à 17 jours, ce qui constitue une diminution de 30 %. La maladie pulmonaire obstructive chronique, qui a connu la plus importante baisse, avec 33 % de réduction, demeure le diagnostic le plus fréquent, avec plus de 14 600 cas ; le séjour moyen pour cette pathologie est passé de 12,5 à 8,3 jours. La durée de séjour pour l'insuffisance cardiaque et pour la bronchite et l'asthme chez les moins de 18 ans, qui comptent chacune plus de 10 000 cas, a connu des baisses respectives de 26 et de 17 %. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, il s'agit d'une baisse de 3 jours. On observe également une baisse de 15,5 à 12,1 jours pour l'infarctus aigu du myocarde.

13. N.P. ROOS et E. SHAPIRO. 1995. *op.cit.*, p. DS 109-DS 126.

14. M.L. HARRISON et autres. 1995. « Discharging patient earlier from Winnipeg hospitals : Does it adversely affect quality of care?, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 153 n° 6, p.745-751.

TABLEAU 7
ÉVOLUTION DU SÉJOUR MOYEN POUR CERTAINS DRG, DE 1990-1991 À 1996-1997

DRG	CAS	SÉJOUR MOYEN	SÉJOUR MOYEN	VARIATION
	1996-97	1990-91	1996-97	
	nb	jours	jours	%
Chirurgie				
39 Opérations sur le cristallin	3 567	3,0	1,9	-38,5
107 Pontage coronarien sans cathétérisme	2 544	13,3	10,2	-22,8
148 Opérations majeures sur intestin avec cc	3 220	22,1	17,4	-21,3
162 Hernie inguinale fémorale > 17 ans sans cc	4 810	4,1	1,9	53,0
197 Cholécystectomie sans exploration avec cc	3 050	11,0	7,1	-35,4
198 Cholécystectomie sans exploration sans cc	10 142	6,7	2,8	-58,2
209 Opérations majeures articulation réinsertion d'extrémités	5 625	20,9	14,1	-32,4
211 Opérations majeures hanche + fémur sauf...> 17 ans sans cc	2 270	19,3	12,7	34,3
337 Prostatectomie sans cc	2 585	7,3	4,3	-40,8
359 Opérations utérus sans tumeur maligne sans cc	13 427	7,1	4,6	-34,8
Médecine				
14 Affections cérébrovasculaires spécifiques	7 872	24,0	17,0	-29,5
88 Maladie pulmonaire obstructive chronique	14 667	12,5	8,3	-33,2
89 Pneumonie simples + pleurésie > 17 ans avec cc	6 507	12,4	9,0	-27,9
775 Bronchite + asthme < 18 ans sans cc	10 519	3,4	2,8	-17,9
121 Infarctus aigu avec complication cardiovasculaire	5 151	15,5	12,1	-22,1
127 Insuffisance cardiaque et choc	10 122	12,3	9,1	-26,3
128 Thrombophlébite veine profonde	3 018	10,6	8,0	-25,2
140 Angine	8 027	9,9	7,5	-24,6
182 Œsophagite, gastroentérite > 17 ans avec cc	5 770	8,7	6,4	-26,6
294 Diabète > 35 ans	2 717	11,4	8,3	-27,6

Note : cc signifie complication.

Évolution de la gravité clinique des cas admis en centre hospitalier de courte durée

Avec la transformation que connaissent les services de santé, notamment au chapitre de la chirurgie d'un jour et d'une utilisation plus adéquate des ressources existantes, on peut s'attendre à ce que la proportion de cas d'hospitalisation présentant un niveau de gravité clinique plus élevé augmente et que les cas plus légers soient davantage traités de façon ambulatoire.

Les niveaux de gravité clinique modérée, élevée et extrême ont vu leur importance relative croître depuis 1993-94. C'est cependant en chirurgie que cette hausse a été la plus sentie. Les cas présentant un niveau de gravité élevé et extrême ont notamment augmenté de près de 50 %, leur importance relative passant de 7,9 à 11,8 % (figures 14 et 15). Cette situation peut s'expliquer, en partie, par l'essor qu'a connu la chirurgie d'un jour ces dernières années. À l'opposé, la proportion de cas de gravité clinique faible a connu une diminution de l'ordre de 10 % au cours de la même période, et ce, tant en chirurgie qu'en médecine.

La proportion de cas légers est beaucoup plus importante en chirurgie qu'en médecine, avec plus de 60 % des cas d'hospitalisation. En médecine, ce type de cas domine également, mais l'écart avec le niveau modéré est beaucoup plus faible.

On note une tendance à la hausse des cas présentant un niveau plus élevé de gravité clinique depuis 1993-94 ; tant en médecine qu'en chirurgie, la hausse de l'importance relative des cas de niveau élevé et extrême a été plus prononcée au cours des deux dernières années à l'étude, tout comme l'a été la diminution des cas plus légers. Pour ce qui est du niveau modéré, l'augmentation de l'importance relative d'une année à l'autre présente plus de régularité. Même si une codification plus précise a pu contribuer jusqu'à un certain point à cette hausse du niveau de gravité clinique, les données disponibles laissent néanmoins entrevoir une augmentation de l'importance relative des cas d'hospitalisation plus lourds.

FIGURE 14
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS EN CHIRURGIE SELON LE NIVEAU DE GRAVITÉ CLINIQUE, DE 1993-1994 À 1996-1997

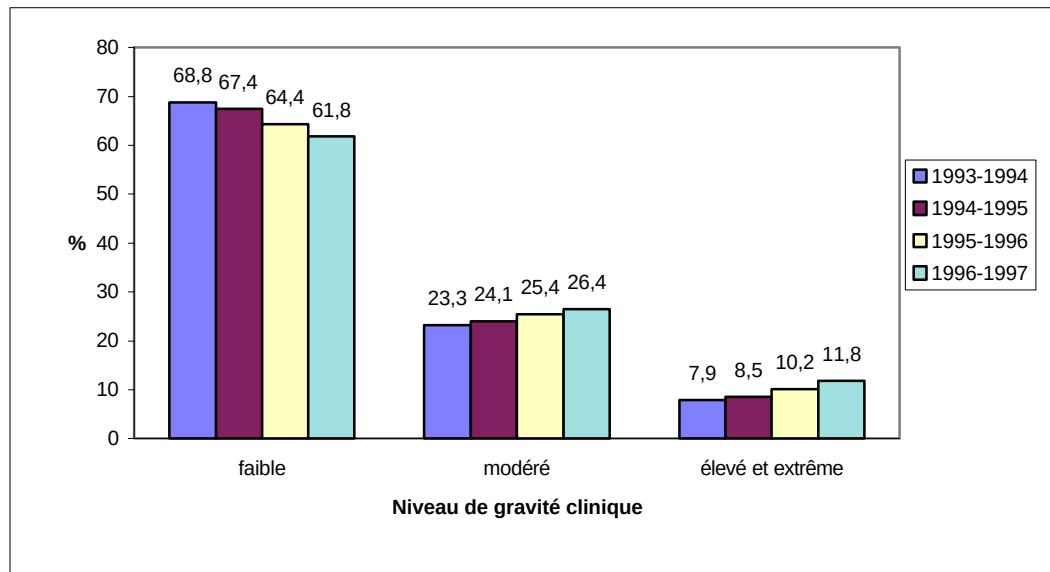
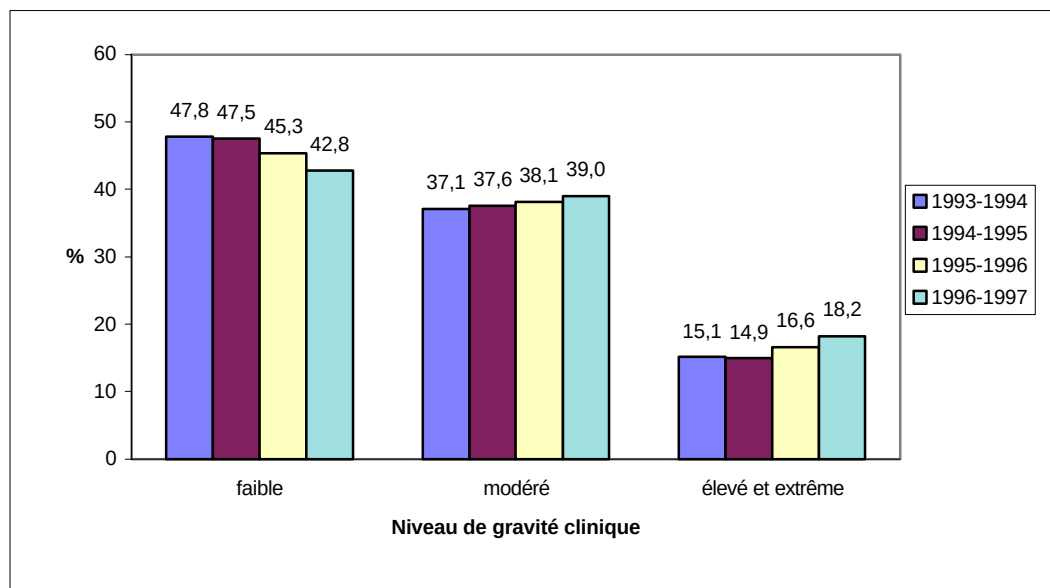


FIGURE 15
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE SELON LE NIVEAU DE GRAVITÉ CLINIQUE, DE 1993-1994 À 1996-1997



2.1.2 La chirurgie d'un jour

La chirurgie d'un jour est l'une des mesures qui a largement contribué à la transformation du réseau et particulièrement au virage ambulatoire en santé physique. En mars 1995, le ministre Jean Rochon faisait connaître les objectifs retenus pour améliorer l'accessibilité des services de chirurgie¹⁵. De façon plus précise, on avait prévu atteindre 50 % des actes reconnus comme transférables en chirurgie d'un jour pour les clientèles admissibles en 1997 et 100 % d'ici 1999. Cet objectif visait à accroître le recours à la chirurgie d'un jour (exploitation du potentiel), puisque des activités en chirurgie d'un jour avaient lieu dans la plupart des centres hospitaliers du Québec depuis un certain nombre d'années.

Dans ce contexte, le recours à la chirurgie d'un jour devrait continuer de croître et, conséquemment, une diminution assez marquée du recours à l'hospitalisation devrait être observée pendant la période allant de 1990-91 à 1996-97. De plus, une augmentation de la gravité clinique des interventions réalisées en chirurgie d'un jour devrait également être constatée en 1996-97.

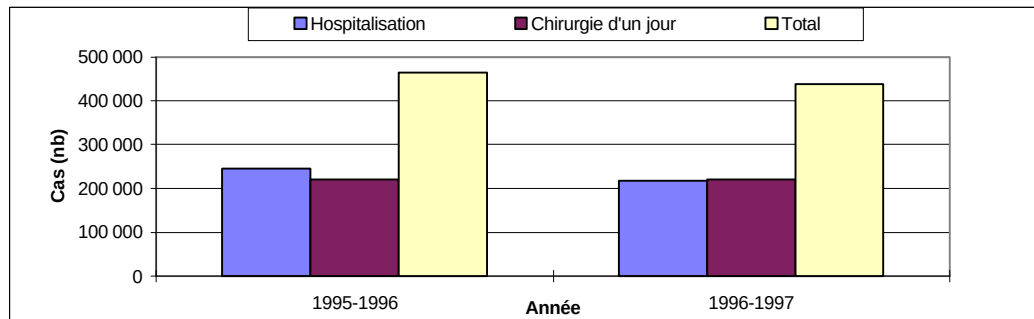
Évolution et proportion de cas de chirurgie d'un jour, selon l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie d'un jour, 1995-96 et 1996-97

L'évolution du développement de la chirurgie d'un jour est d'abord examinée pour 1995-96 et 1996-97 en raison de la disponibilité de données complètes pour chacune de ces années. Pendant cette courte période, le nombre total de cas de chirurgie d'un jour présente une très légère augmentation (0,5 %), alors que le nombre de cas de chirurgie avec hospitalisation subit une diminution assez prononcée (11,2 %), passant de 244 860 à 217 497 (figure 16). De plus, une diminution de 5,6 % du nombre total de cas traités en chirurgie a été constatée durant cette période.

Dans l'ensemble du Québec, la proportion des cas traités en chirurgie d'un jour était de 47,3 % en 1995-96. Par ailleurs, un cas de chirurgie sur deux a été traité en chirurgie d'un jour en 1996-97.

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1995. *Plan d'action sur l'accessibilité des services en chirurgie, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux*, 11 p.

FIGURE 16
CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION, CHIRURGIE D'UN JOUR ET TOTAL DES CHIRURGIES,
ENSEMBLE DES INTERVENTIONS, 1995-1996 ET 1996-1997



Cas	1995-1996	1996-1997	1996-1997/1995-1996
	nb	nb	% de variation
Hospitalisation	244 860	217 397	-11,20 %
Chirurgie d'un jour	219 669	220 775	0,50 %
Total	464 529	438 172	-5,67 %

N.B. Les actes 98.06, 98.09 et 98.12 ne sont pas inclus dans ces nombres.

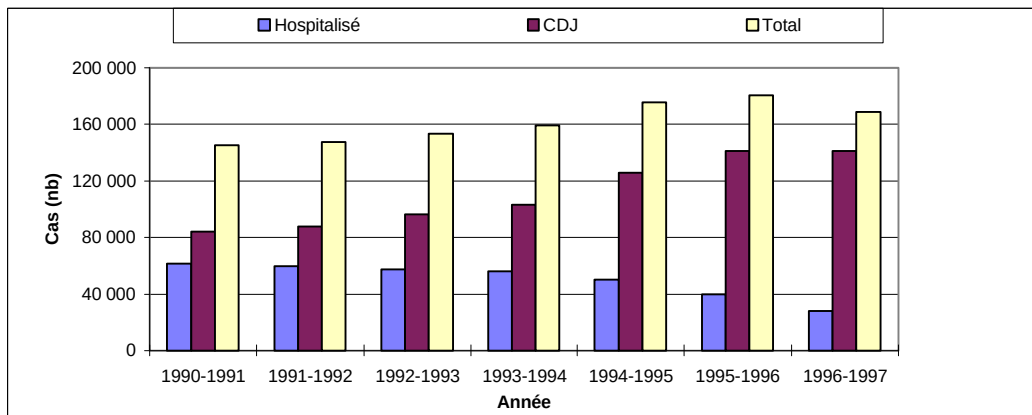
Évolution et proportion de cas de chirurgie d'un jour, selon une liste d'interventions transférables, de 1990-91 à 1996-97

Si l'on considère l'évolution du développement de la chirurgie d'un jour selon une liste d'interventions transférables en chirurgie d'un jour (annexe 2), on observe, entre 1990-91 et 1996-97, une forte croissance (68 %) du nombre de cas de chirurgie d'un jour (figure 17). Une diminution du nombre de cas de chirurgie avec hospitalisation a également été observée pendant toute cette période.

Au cours de la même période, le nombre total de cas en chirurgie augmentait légèrement, passant de 145 555 à 169 181 (ce qui représente une augmentation de 16,2 %). Cependant, entre 1995-96 et 1996-97, une diminution du nombre de cas a été observée (de 180 754 à 169 181) ; cette diminution respecte la tendance observée précédemment, lorsque l'ensemble des interventions chirurgicales est pris en considération.

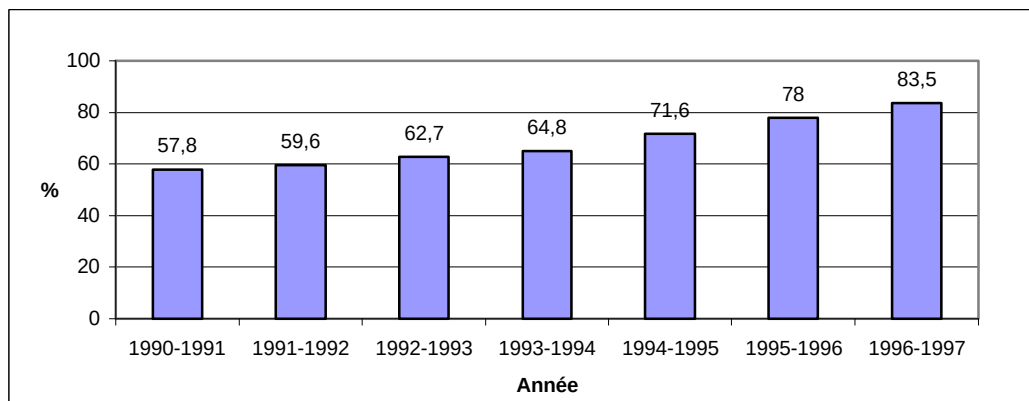
Déjà, en 1990-91, plus de 50 % des interventions sélectionnées étaient réalisées en chirurgie d'un jour au Québec. En 1996-97, cette proportion atteignait 83,5 % (figure 18).

FIGURE 17
CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION, CHIRURGIE D'UN JOUR ET TOTAL DES CHIRURGIES
SELON UNE LISTE D'INTERVENTIONS, DE 1990-1991 À 1996-1997



Cas	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Hospitalisé	61 421	59 505	57 267	56 037	49 896	39 744	27 897
CDJ	84 134	87 765	96 135	103 358	125 742	141 010	141 284
Total	145 555	147 270	153 402	159 395	175 638	180 754	169 181

FIGURE 18
PROPORTION DE CAS DE CHIRURGIE D'UN JOUR PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES CAS
DE CHIRURGIE, SELON UNE LISTE D'INTERVENTIONS, DE 1990-1991 À 1996-1997



Évolution et proportion de cas de chirurgie d'un jour selon des interventions sélectionnées, 1995-96 et 1996-97

La liste des interventions transférables en chirurgie d'un jour est composée de 35 catégories d'intervention. Pour les besoins de l'analyse, celles-ci ont été regroupées selon les systèmes organiques (tableau 8). Ces interventions se pratiquent fréquemment en chirurgie d'un jour dans les milieux de pointe et ont été retenues pour exploiter le potentiel de chirurgie d'un jour au Québec. L'analyse de la fréquence et de la proportion de cas, selon le type d'intervention, permet de caractériser la pratique de la chirurgie d'un jour au Québec pour les années 1995-96 et 1996-97.

Les interventions les plus fréquentes

En 1996-97, plus de la moitié des cas de chirurgie ont eu trait à l'un des trois types d'opérations suivants : les opérations sur les yeux, les opérations sur le nez, la bouche et le pharynx et les opérations sur le système musculosquelettique.

Les dix interventions les plus fréquentes (plus de 4 000) sont :

- l'ablation de cataracte par phakofragmentation (25 824),
- l'amygdalectomie avec ou sans ablation d'adénoïde (16 292),
- la destruction ou l'occlusion bilatérale des trompes par endoscopie (8 812),
- la libération du canal carpien (7 288),
- la myringotomie avec insertion de tube (7 204),
- l'excision du cartilage semi-lunaire du genou (6 372),
- la cure de hernie inguino-crurale (5 693),
- l'excision localisée de lésion du sein (4 649),
- la dilation et le curetage sans avortement (4 870),
- l'excision de lésion, de tendon, de bourse ou d'autres parties molles (4 253).

Certaines de ces interventions sont également pratiquées en clinique externe dans certains milieux. C'est le cas, notamment, de la libération du canal carpien, de la dilatation et du curetage sans avortement.

Variation du pourcentage du nombre de cas de chirurgie d'un jour entre 1995-96 et 1996-97

La pratique de la chirurgie d'un jour varie selon le type d'intervention entre 1995-96 et 1996-97. Ainsi, le nombre de cas d'ablation de cataracte par phakofragmentation et de cure de hernie inguino-crurale avec greffe ou prothèse a augmenté respectivement de 20 et de 59,2 % en 1996-97. Notons toutefois que pour ces interventions, on constate une diminution du nombre de cas avec hospitalisation pour une ablation de cataracte et une augmentation du nombre de cas avec hospitalisation pour une cure de hernie inguino-crurale (65.11 à 64.14). Pour ces deux interventions, une augmentation du nombre total de cas

(avec hospitalisation et en chirurgie d'un jour) a été observée. Cependant, lorsque l'ensemble des cures de hernie inguino-crurale est pris en considération, on note plutôt une diminution de 5,3 % du nombre total de cas. Par ailleurs, le nombre de cas de laparoscopie diagnostique, d'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie et de dilatation et de curetage sans avortement diminuait (tableau 8) pendant la même période. Pour toutes ces interventions, une diminution du nombre de cas avec hospitalisation, et, conséquemment, du nombre total de cas de chirurgie, a été notée.

Proportion de cas traités en chirurgie d'un jour

Les interventions sélectionnées représentaient, en 1996-97, 51,8 % de l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie d'un jour. Plusieurs des interventions reconnues comme transférables en chirurgie d'un jour ont été réalisées à plus de 90 % en chirurgie d'un jour. Ce sont sensiblement les mêmes qui sont reconnues comme les plus fréquentes, sauf l'ablation de cataracte et la cure de hernie inguino-crurale (tableau 9).

Par ailleurs, le recours à la chirurgie d'un jour a été inférieur à 50 % pour quelques-unes de ces interventions ; c'est notamment le cas de l'ablation des hémorroïdes.

Les nouvelles interventions praticables en chirurgie d'un jour

Selon l'Association des hôpitaux du Québec¹⁶, de nouvelles interventions sont pratiquées en chirurgie d'un jour dans certains milieux au Québec (tableau 10). Ce phénomène récent est tributaire, dans plusieurs cas, d'une sélection encore plus rigoureuse des patients et de soins postopératoires à domicile bien structurés. La cholécystectomie par laparoscopie est l'une de ces interventions. La part de cette intervention réalisée en chirurgie d'un jour est passée de 10,4 % en 1995-96 à 18,5 % en 1996-97.

16. P. BOYLE, D. NADEAU et A. FRAMARIN. 1995. *op.cit.*, p. 3.29.

TABEAU 8
NOMBRE DE CAS DE CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION ET DE CAS DE CHIRURGIE D'UN JOUR
ET % DE VARIATION, SELON DES INTERVENTIONS SÉLECTIONNÉES, 1995-1996 ET 1996-1997

Type d'intervention (Code CCADTC)	1995-1996		1996-1997		% var.
	Hosp.	CDJ	Hosp.	CDJ	
Opérations sur le système nerveux					
Libération canal carpien (1733)	193	7 082	110	7 288	2,9
Opérations sur les yeux					
Avancement des muscles oculaires (2329)	154	1 552	101	1 637	5,5
Extraction extracapsulaire cristallin (2751,2759)	1 268	3 540	493	2 485	-29,8
Extraction cataracte membraneuse secondaire (2761)	4	5	7	6	20,0
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	4 640	21 515	3 067	25 824	20,0
Autre extraction du cristallin (2769)	42	114	29	130	14,0
Opérations sur l'oreille					
Correction chirurgicale prominauris (3049)	41	2 062	25	2 045	-0,8
Myringotomie avec insertion tube (3201)	306	7 906	207	7 204	-8,9
Opérations sur le nez, la bouche et le pharynx					
Turbinectomie (3351,3359)	1 151	3 807	670	3 565	-6,4
Rhinoplastie (3373, 3374,3376)	1 331	2 273	848	2 268	-0,2
Ethmoïdectomie (3454)	937	1 688	707	1 819	7,8
Amygdalectomie avec/sans adénoïdectomie (4019,4029,4059)	1 997	18 260	1 181	16 292	-10,8
Opérations sur l'appareil respiratoire					
Excision du larynx (4209)	325	1 934	197	1 790	-7,5
Opérations sur l'appareil cardiovasculaire					
Ligature et tringlage de veines variqueuses (5048)	2 006	3 210	1 131	3 098	-3,5
Opérations sur le système lymphatique					
Lymphadénectomie simple (5211 à 5219)	1 004	1 054	902	1 207	14,5
Opérations sur l'appareil digestif et la région abdominale					
Excision destruction localisée lésion tissu gros intestin (5729)	122	127	125	76	-40,2
Incision ou excision tissu périanal (6101 à 6104)	824	322	820	349	8,4
Incision ou excision de fistule anale (6111,6112)	471	859	332	920	7,1
Excision destruction localisée lésion tissu de l'anus (6129)	236	928	166	858	-7,5
Ablation des hémorroïdes (6136)	2 332	1 044	1 686	1 090	4,4
Section du sphincter anal (6149)	127	472	87	505	7,0
Cure de hernie inguino-crurale enfants et adultes (6501à 6504)	6 339	4 920	3 705	5 693	15,7
Cure de hernie inguino-crurale enfants et adultes (6511 à 6514)	1 866	1 650	1 960	2 627	59,2
Laparoscopie diagnostique (6683)	1 412	5 173	1 108	4 167	-19,5
Opérations sur les voies urinaires					
Suppression de sténose urétrale (7049)	200	362	147	288	-20,4
Opérations sur les organes génitaux masculins					
Excision d'hydrocèle/varicocèle (7319,7509)	313	1 148	223	1 181	2,9
Orchidopexie (7449)	191	570	147	663	16,3
Opérations sur les organes génitaux féminins					
Destruction occlusion bilatérale trompes endoscopie (7831 à 7839)	360	9 328	169	8 812	-19,5
Destruction lésion tissu cervical (7922,7929)	107	2 457	77	2 470	-5,5
Dilatation et curetage diagnostique sans avortement (8109)	947	5 565	567	4 870	-12,5
Autre excision destruction localisée vulve périnée (8329)	217	816	208	950	16,4
Opérations sur le système musculosquelettique					
Bunionectomie (8941, 8949)	1 328	1 186	1 031	1 188	0,2
Excision localisée tissu osseux (8950 à 8959)	766	2 051	677	1 953	-4,8
Exérèse appareil fixation interne (9060 à 9069)	996	3 816	924	3 647	-4,4
Excision cartilage semi-lunaire du genou (9332)	1 015	6 082	595	6 372	4,8
Arthroscopie de la plupart des articulations (9280 à 9289)	232	1 204	192	1 272	5,7
Excision incision lésion de la main (9401,9421,9435)	247	3 184	161	3 179	-0,2
Excision lésion tendon bourse et autres parties molles (9521,9529,9549)	726	4 367	544	4 253	-2,6
Opérations sur le sein					
Excision localisée lésion sein (9711)	768	4 999	496	4 649	-7,0
Mastectomie partielle (9728)	2 204	2 378	2 085	2 594	9,1

Tableau 9
Proportion de cas de chirurgie d'un jour par rapport à l'ensemble des cas de chirurgie,
selon le type d'intervention, 1996-1997

Type d'intervention	% CDJ
Correction chirurgicale prominauris (3049)	98,8
Libération canal carpien (1733)	98,5
Destruction occlusion bilatérale trompes endoscopie (7831 à 7839)	98,1
Myringotomie avec insertion tube (3201)	97,2
Destruction lésion tissu cervical (7922,7929)	97,0
Excision incision lésion de la main (9401,9421,9435)	95,2
Avancement des muscles oculaires (2329)	94,2
Amygdalectomie avec/sans adénoïdectomie (4019,4029,4059)	93,2
Excision cartilage semi-lunaire du genou (9332)	91,5
Excision localisée lésion sein (9711)	90,4
Excision du larynx (4209)	90,1
Dilatation et curetage diagnostique sans avortement (8109)	89,6
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	89,4
Excision lésion tendon bourse et autres parties molles (9521,9529,9549)	88,7
Arthroscopie de la plupart des articulations (9280 à 9289)	86,9
Section du sphincter anal (6149)	85,3
Turbinectomie (3351,3359)	84,2
Excision d'hydrocèle/varicocèle (7319,7509)	84,1
Excision destruction localisée lésion tissu de l'anus (6129)	83,8
Extraction extracapsulaire cristallin (2751,2759)	83,5
Autre excision destruction localisée vulve périnée (8329)	82,0
Orchidopexie (7449)	81,9
Autre extraction du cristallin (2769)	81,8
Exérèse appareil fixation interne (9060 à 9069)	79,8
Laparoscopie diagnostique (6683)	79,0
Excision localisée tissu osseux (8950 à 8959)	74,3
Incision ou excision de fistule anale (6111,6112)	73,5
Ligature et tringlage de veines variqueuses (5048)	73,3
Rhinoplastie (3373, 3374,3376)	72,8
Ethmoïdectomie (3454)	72,0
Suppression de sténose urétrale (7049)	66,2
Cure de hernie inguino-crurale enfants et adultes (6501à 6504)	60,6
Cure de hernie inguino-crurale enfants et adultes (6511 à 6514)	57,3
Lymphadénectomie simple (5211 à 5219)	57,2
Mastectomie partielle (9728)	55,4
Bunionectomie (8941, 8949)	53,5
Extraction cataracte membraneuse secondaire (2761)	46,2
Ablation des hémorroïdes (6136)	39,3
Excision destruction localisée lésion tissu gros intestin (5729)	37,8
Incision ou excision tissu périanal (6101 à 6104)	29,9

TABLEAU 10
NOMBRE DE CAS EN CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION ET EN CHIRURGIE D'UN JOUR ET % DE CHIRURGIE D'UN
JOUR, SELON DE NOUVELLES INTERVENTIONS PRATIQUÉES EN CHIRURGIE D'UN JOUR (1),
1995-1996 ET 1996-1997

Type d'intervention (CCDATC)	1995-1996			1996-1997		
	CDJ (nb)	Hosp. (nb)	% CDJ	CDJ (nb)	Hosp. (nb)	% CDJ
Cholécystectomie par laparoscopie (63.14)	1 606	13 842	10,4	2 727	12 030	18,5
Prostatectomie transurétrale (72.19)	165	5 009	3,2	200	4 219	4,5
Hystérectomie (subtotale, totale) par voie vaginale (80.4)	3	4 779	0,06	12	4 557	0,3
Opérations sur le sein (97.12, 97.14, 97.16)	103	1 054	8,9	137	1 134	10,8
Résection d'un quadrant du sein (97.27)	86	128	40,2	90	84	51,7
Mastectomie subtotale (97.28)	2 378	2 202	52,0	2 594	2 083	55,5

1. Association des hôpitaux du Québec, OPTIMAH

2.1.3 Les services médicaux ambulatoires

La prestation des services médicaux ambulatoires a été examinée afin de voir si la transformation du réseau de soins pouvait avoir occasionné des changements significatifs en ce domaine. Compte tenu du transfert de la prestation de services en chirurgie d'un jour et en médecine de jour, de la fermeture concomitante de lits hospitaliers et du changement de vocation de certains hôpitaux de soins de courte durée, on pourrait s'attendre à une augmentation du nombre de services médicaux ambulatoires ainsi qu'à une augmentation de la part qu'ils occupent parmi l'ensemble des services offerts par les médecins.

Les services médicaux ambulatoires ont été examinés principalement sous l'angle de la prestation, de façon à accorder moins d'importance aux taux d'utilisation des services ; cela permet d'analyser le processus de la transformation plus que ses effets. Cette démarche a été adoptée à cause de la difficulté d'associer les changements dans les taux d'utilisation des services ambulatoires aux mesures de transformation du réseau. Cette difficulté est liée au fait que la très grande majorité des gens utilisent les services ambulatoires au cours d'une année, que des facteurs discrétionnaires interviennent souvent dans le recours à ce type de services (aussi bien chez le dispensateur que chez l'utilisateur) et que certaines variations dans l'utilisation de ces services pourraient être attribuées au peu d'information sur les services offerts selon d'autres modes de rémunération que la rémunération à l'acte. L'analyse est donc principalement basée sur les volumes de services offerts.

Cet examen ne prétend pas tracer un portrait exhaustif de l'évolution de la prestation des services ambulatoires dans le cadre de la transformation du réseau de soins de santé au Québec. Le virage ambulatoire a été amorcé en même temps qu'une série de modifications (par exemple, au niveau de la rémunération des médecins) susceptibles d'avoir entraîné des changements dans la prestation et dans l'utilisation des services, si bien qu'il est difficile de cerner les effets d'un facteur de changement précis. De plus, la courte période d'observation (sept ans) invite à la prudence dans l'interprétation des résultats.

Part des services médicaux ambulatoires

Pour l'ensemble du Québec, plus des trois quarts des services offerts par les médecins sont des services ambulatoires, c'est-à-dire qu'ils s'adressent à des personnes non hospitalisées et non hébergées, et ce, quelle que soit l'année (figure 19). Une légère diminution a été observée jusqu'en 1994-95, suivie d'une légère remontée par la suite. Cette tendance a été observée aussi bien pour les services d'omnipratique que pour les services spécialisés. Le nombre total de services ambulatoires offerts par les médecins a atteint un maximum en 1992-93 et il a diminué par la suite (tableau 11) ; le nombre total de services médicaux est aussi en baisse depuis 1994-95. Ces changements se reflètent dans l'évolution des coûts (tableau 12). Par contre, le nombre d'utilisateurs des

FIGURE 19
PART DES SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES,
DE 1990-1991 À 1996-1997

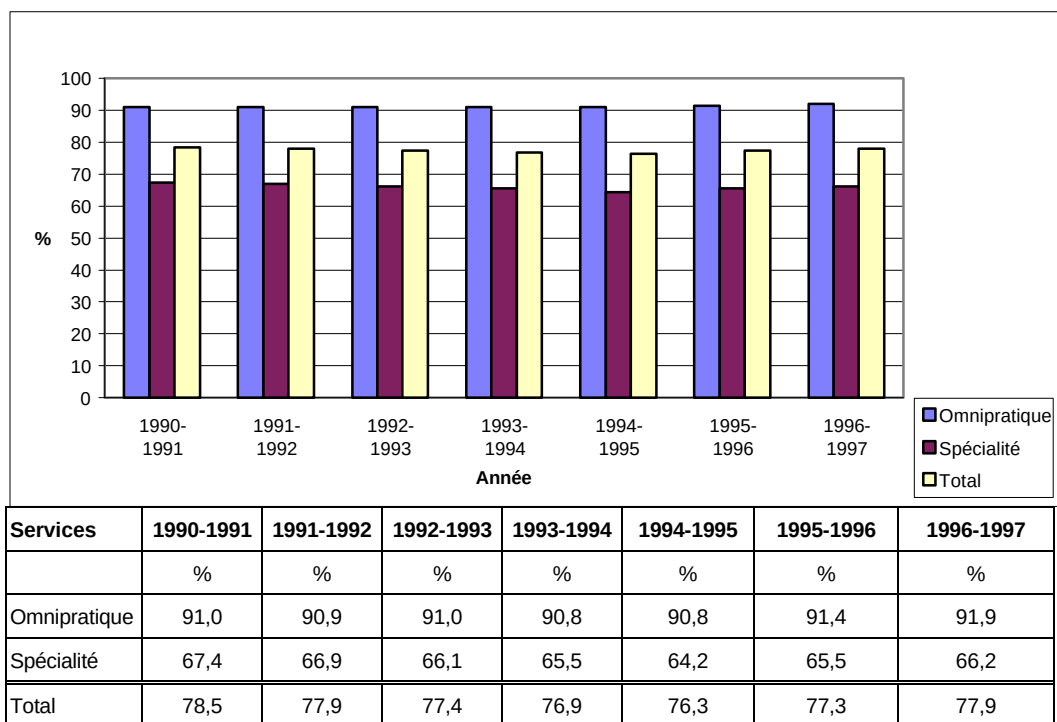


TABLEAU 11
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES MÉDICAUX,
DE 1990-1991 À 1996-1997

Variable	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
		nb	nb	nb	nb	nb	nb
Services médicaux (total)							
Omnipraticque	29 417 811	29 948 071	30 431 452	30 187 768	29 872 884	29 749 545	28 909 356
Spécialité	33 610 104	35 305 867	36 498 450	36 809 880	35 684 516	35 413 677	34 778 357
Total	63 027 915	65 253 938	66 929 902	66 997 648	65 557 400	65 163 222	63 687 713
Services ambulatoires							
Omnipraticque	26 783 035	27 224 197	27 693 830	27 418 743	27 108 749	27 180 314	26 568 502
Spécialité	22 667 723	23 625 220	24 118 352	24 104 312	22 923 072	23 179 022	23 021 220
Total	49 450 758	50 849 417	51 812 182	51 523 055	50 031 821	50 359 336	49 589 722

TABEAU 12
ÉVOLUTION DU COÛT DES SERVICES MÉDICAUX,
DE 1990-1991 À 1996-1997

Variable	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
		nb	nb	nb	nb	nb	nb
Services médicaux (totaux)							
Omnipratique	592 213 848	637 422 792	657 836 540	695 683 947	709 963 928	703 016 838	696 712 033
Spécialité	871 434 521	937 931 005	989 751 813	1 009 278 644	1 060 594 060	1 062 604 975	1 046 276 970
Total	1 463 648 370	1 575 353 798	1 647 588 353	1 704 962 592	1 770 557 989	1 795 621 813	1 742 989 003
Services ambulatoires							
Omnipratique	525 789 924	563 357 549	581 724 480	613 397 710	626 870 599	623 750 643	622 107 500
Spécialité	480 632 595	512 962 236	536 380 878	543 136 625	575 457 677	602 714 424	605 608 172
Total	1 006 422 520	1 076 319 786	1 118 105 359	1 156 534 335	1 202 328 277	1 226 465 067	1 227 715 673

Note : Les coûts sont présentés en dollars courants.

services médicaux a connu peu de variations au cours de la période à l'étude (tableau 13). La mise en place des plafonds individuels de rémunération et des masses salariales fermées chez les omnipraticiens et les spécialistes sont des facteurs importants à considérer dans l'explication de la diminution du nombre total de services médicaux offerts d'une année à l'autre.

TABEAU 13
ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS DE SERVICES MÉDICAUX,
DE 1992-1993 À 1996-1997

Variable	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Services médicaux (total)		nb	nb	nb	nb
Omnipratique	5 460 428	5 482 351	5 477 505	5 446 041	5 435 265
Spécialité	4 147 497	4 155 506	4 179 192	4 167 831	4 140 554
Total	6 205 321	6 235 287	6 192 276	6 179 880	6 177 371
Services ambulatoires					
Omnipratique	5 400 182	5 421 031	5 419 412	5 391 362	5 383 544
Spécialité	3 943 051	3 950 849	3 978 593	3 972 567	3 948 658
Total	6 077 819	6 103 873	6 067 387	6 061 401	6 060 414

Note : La région de résidence du bénéficiaire n'était connue qu'à partir de 1992-1993, ce qui explique l'absence de données pour les deux années précédentes.

Services médicaux d'omnipratique

Plus de 90 % des services d'omnipratique offerts durant la période couverte constituent des services ambulatoires, quelle que soit l'année prise en considération (figure 19). Le nombre total de services ambulatoires d'omnipratique a diminué de 1,1 million à partir de 1992-93 (soit de 4,1 %) (figure 20). Le tableau 14 présente l'évolution de la distribution des services ambulatoires d'omnipratique selon le lieu de prestation. Le nombre total de services en cabinet privé fluctue légèrement d'une année à l'autre, alors que les services en clinique externe et ceux donnés à domicile ont connu une baisse graduelle à partir du début de la période d'observation. Les services donnés à l'urgence ont atteint un maximum en 1994-95. On constate, par ailleurs, que le nombre total de services offerts par les omnipraticiens à des malades hospitalisés a diminué de 400 000 au cours des deux dernières années, ce qui représente une réduction de plus de 15 % (figure 21).

TABEAU 14
SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE, SELON LE LIEU DE PRESTATION,
DE 1990-1991 À 1996-1997

Lieu	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Cabinet privé	20 234 321	20 518 567	20 878 683	20 639 897	20 264 201	20 440 002	20 192 806
Clinique externe			1 086 845	1 028 659	963 881	929 170	736 715
Urgence			4 695 342	4 765 100	4 927 130	4 855 772	4 657 323
Domicile	863 218	853 721	838 286	785 623	759 306	752 004	752 078
Malade hospitalisé	2 634 776	2 723 874	2 737 622	2 769 025	2 764 135	2 569 231	2 340 854

Note : Les données des urgences ont été séparées de celles des cliniques externes au début de 1990, mais leur enregistrement est valide depuis 1992 seulement.

En 1996-97, plus des trois quarts des services ambulatoires d'omnipratique rémunérés à l'acte étaient offerts en cabinet privé, 17,7 % à l'urgence, 2,9 % à domicile et 2,8 % en clinique externe (figure 22). Les services d'omnipratique offerts à des malades hospitalisés sont à peu près dix fois moins nombreux que les services d'omnipratique en cabinet privé et deux fois moins nombreux que ceux donnés à l'urgence (tableau 14).

FIGURE 20
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES, DE 1990-1991 À 1996-1997

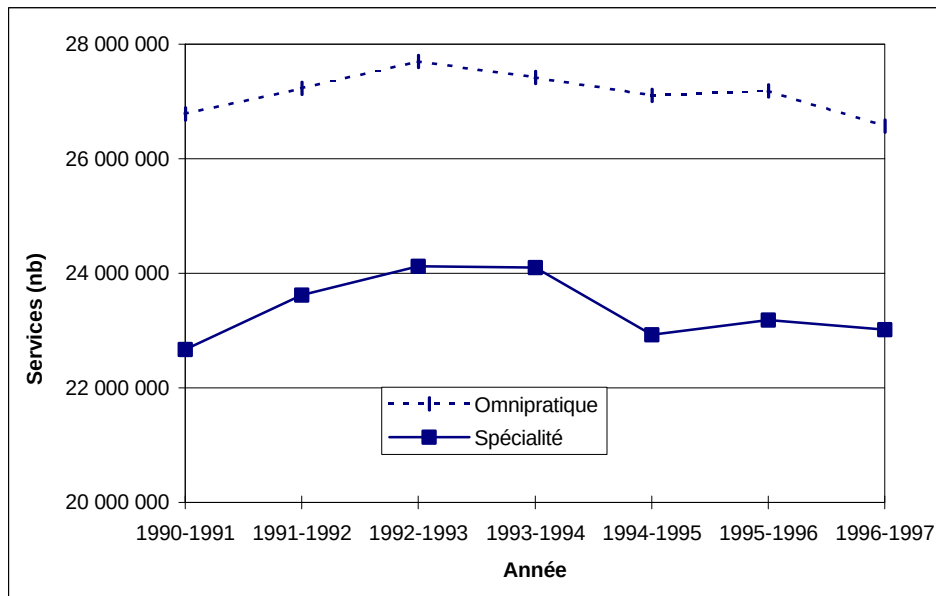
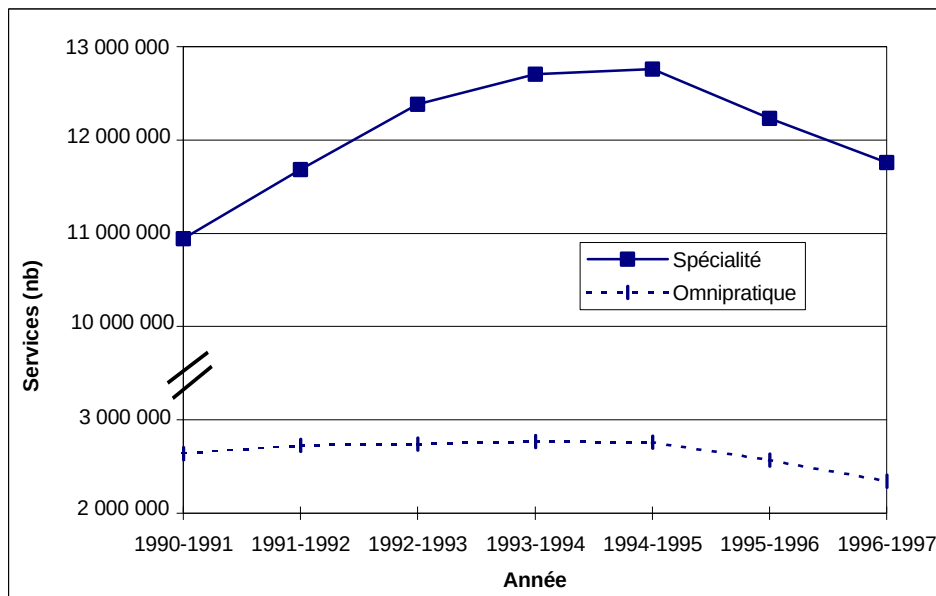


FIGURE 21
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SERVICES MÉDICAUX OFFERTS À DES MALADES HOSPITALISÉS, DE 1990-1991 À 1996-1997



Services médicaux spécialisés

Près des deux tiers des services médicaux spécialisés offerts durant la période couverte constituent des services ambulatoires, quelle que soit l'année prise en considération (figure 19). Cette proportion a aussi connu une très légère remontée au cours des deux dernières années à l'étude. Le volume total de services a cependant diminué de 1,1 million après 1993-94 (soit de 4,6 %) (figure 20). Les services en cabinet sont en baisse depuis 1992-93, alors que les services en clinique externe fluctuent d'une année à l'autre et que les services à l'urgence ont connu une augmentation constante à partir du début de la période d'observation (tableau 15). Mentionnons que les interventions réalisées en chirurgie d'un jour sont codifiées comme étant réalisées en clinique externe sur la demande de paiement du médecin.

TABEAU 15
SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS, SELON LE LIEU DE PRESTATION,
DE 1990-1991 À 1996-1997

Lieu	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1 993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Cabinet privé	13 571 010	14 025 229	13 903 755	13 677 632	12 788 502	12 617 721	12 395 285
Clinique externe			9 575 081	9 791 763	9 438 035	9 857 612	9 898 405
Urgence			619 404	614 869	688 279	695 326	719 302
Domicile	35 258	23 520	18 463	18 136	6 633	6 762	6 509
Malade hospitalisé	10 942 381	11 680 647	12 380 098	12 705 568	12 761 444	12 234 655	11 757 137

Note : Les données des urgences ont été séparées de celles des cliniques externes au début de 1990, mais leur enregistrement est valide depuis 1992 seulement.

Le nombre de services offerts à des malades hospitalisés par les spécialistes a diminué d'un million (soit 7,9 %) au cours des deux dernières années à l'étude (figure 21). En 1996-97, 53,8 % des services ambulatoires spécialisés rémunérés à l'acte étaient offerts en cabinet privé, 43,0 % en clinique externe et 3,1 % à l'urgence (figure 23). On remarque que chaque année, le nombre de services spécialisés offerts à des malades hospitalisés est inférieur au nombre de services spécialisés offerts en cabinet (tableau 15). L'écart s'est rétréci jusqu'en 1994-95 pour augmenter par la suite. Ainsi, il était de 2,6 millions de services en 1990-91, diminuant à 27 000 en 1994-95 et remontant à 600 000 services en 1996-97. Cependant, comme les services spécialisés offerts à des malades hospitalisés sont plus coûteux que les services en cabinet, il reste que la part des coûts découlant de services à des malades hospitalisés est plus importante. Cette part s'est accrue jusqu'à 62,5 % en 1993-94, pour diminuer par la suite, atteignant 60,7 % en 1996-97.

FIGURE 22
PART DES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE SELON LE LIEU DE PRESTATION, 1996-1997

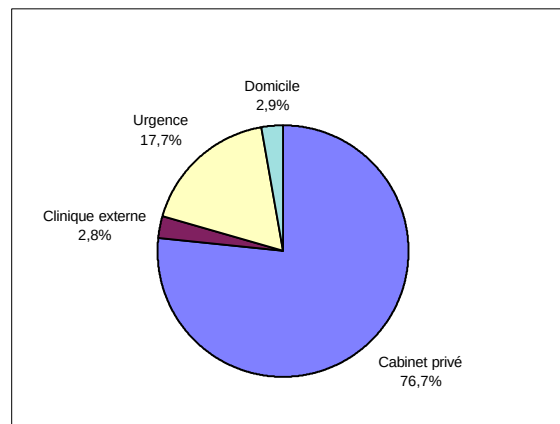
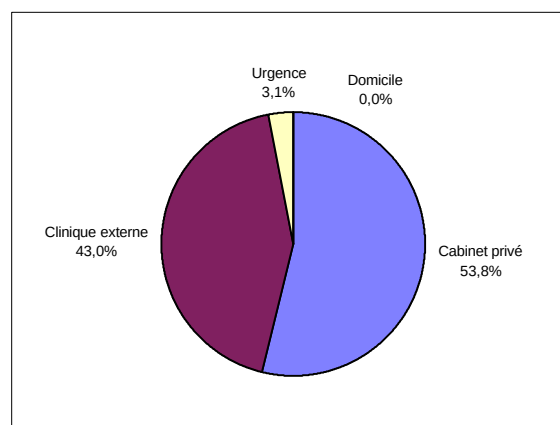


FIGURE 23
PART DES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS SELON LE LIEU DE PRESTATION, 1996-1997



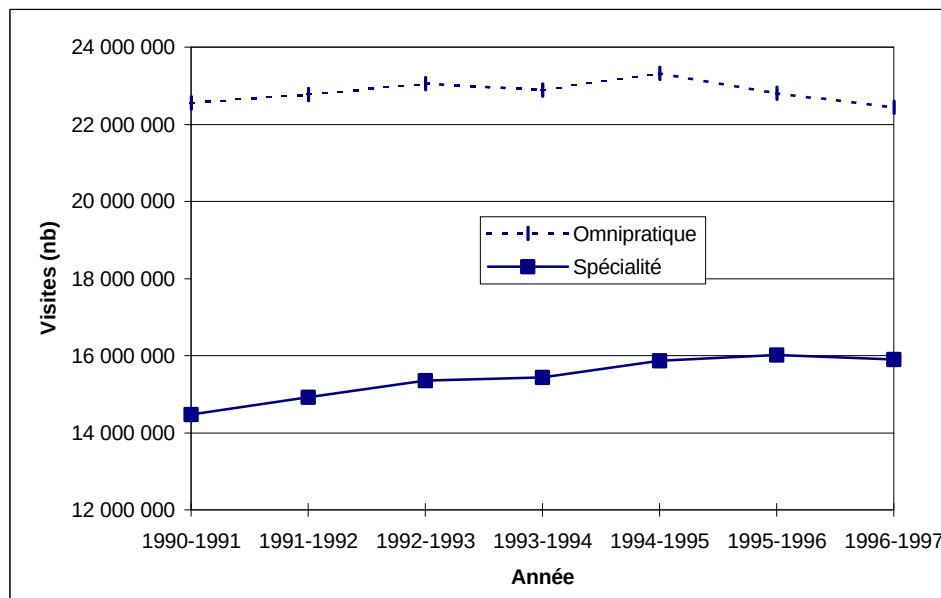
Visites ambulatoires en omnipratique et spécialisées

Les réductions du nombre de services médicaux ambulatoires ont été traduites en visites, car plus d'un service peut être offerts au cours d'une même visite. Une visite est définie comme un contact entre un médecin et un patient au cours d'une journée donnée. Rappelons que sous l'angle de la prestation de services médicaux, ce qui nous intéresse, c'est la visite médicale, et non la visite du patient.

En 1996-97, 2,2 millions de services ambulatoires de moins ont été donnés qu'en 1992-93, également répartis entre l'omnipratique et les spécialités. Cette réduction s'est traduite par une baisse globale de 850 000 visites ambulatoires

entre 1994-95 et 1996-97 (soit une baisse de 887 050 visites en omnipratique et une hausse de 36 710 visites spécialisées) (figure 24).

FIGURE 24
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE VISITES AMBULATOIRES, DE 1990-1991 À 1996-1997



Visites ambulatoires attribuables à l'omnipratique

L'omnipratique compte pour environ 60 % des visites ambulatoires ; cette proportion a légèrement diminué, mais de façon constante, au cours de la période d'observation (tableau 16), au profit des visites spécialisées. Avec l'augmentation du nombre d'interventions réalisées en chirurgie d'un jour (services offerts principalement par des spécialistes et auparavant à des malades hospitalisés), on peut s'attendre à une accentuation de cette tendance. Par contre, avec la réduction du nombre d'hospitalisations et de la durée de séjour, on pourrait aussi s'attendre à ce que l'omnipratique ambulatoire prenne le relais des spécialistes travaillant en milieu hospitalier dans le suivi des personnes postopérées et convalescentes, ce qui n'est pas évident ici.

TABLEAU 16
PART DES VISITES AMBULATOIRES EFFECTUÉES EN OMNIPRATIQUE ET EN SPÉCIALITÉ,
DE 1990-1991 À 1996-1997

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
	%	%	%	%	%	%	%
Omnipratique	60,9	60,4	60,1	59,7	59,5	58,8	58,5
Spécialité	39,1	39,6	39,9	40,3	40,5	41,2	41,5

Visites ambulatoires en milieu hospitalier

Les visites ambulatoires en milieu hospitalier comprennent les visites en clinique externe et les visites à l'urgence. Compte tenu du changement survenu dans la codification de la clinique externe et de l'urgence sur la demande de paiement du médecin, les données à ce sujet n'ont pu être analysées qu'à partir de 1992-93. La part des visites ambulatoires (en omnipratique et spécialisées) effectuées en clinique externe a augmenté légèrement, mais de façon constante, au cours de la période étudiée, passant de 18,6 % des visites en 1992-93 à 19,7 % en 1995-96. Globalement, la part des visites ambulatoires (en omnipratique et spécialisées) effectuées en milieu hospitalier a légèrement augmenté au Québec, passant de 29,0 % en 1992-93 à 30,1 % en 1995-96. Cette augmentation se concentre en clinique externe, puisque la part allant aux visites effectuées à l'urgence est demeurée stable : ces dernières représentent 10 % de l'ensemble des visites ambulatoires.

Si la part des visites à l'urgence demeure inchangée, il n'en va pas de même de leur nombre. Une attention particulière a été accordée à l'évolution du nombre de visites à l'urgence, car leur réduction constituait un des objectifs de la transformation du réseau.

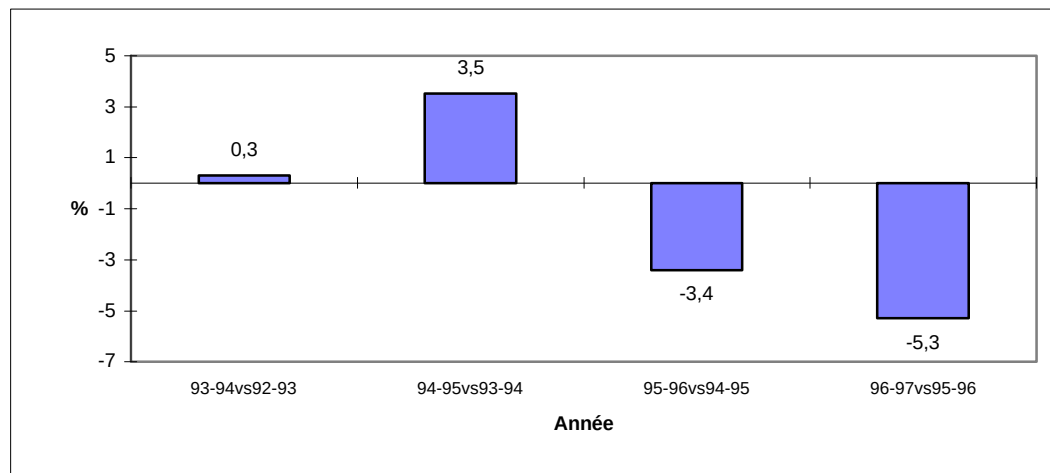
Visites en salle d'urgence

Le nombre de visites médicales à l'urgence dans les centres hospitaliers de soins de courte durée a été déterminé pour chaque année depuis 1992 (année à partir de laquelle il a été possible d'obtenir des données valides). Rappelons que les visites prises en considération sont celles qui ont été effectuées par un patient donné auprès d'un médecin. Elles renvoient donc au nombre de contacts médecin-patient et non pas au nombre de séjours des patients à l'urgence. Ces visites incluent à la fois les visites faites à un omnipraticien ou à un spécialiste, ces dernières représentant 14,2 % du total.

Pour l'ensemble du Québec, le nombre de visites médicales à l'urgence a diminué de 5,1 % entre 1992-93 et 1996-97 ; ce nombre a augmenté jusqu'en 1994-95, alors que des baisses de 3,4 % et de 5,3 % ont été respectivement notées en 1995-96 et en 1996-97 (figure 25). Cette diminution concerne essentielle-

ment les visites en omnipratique (tableaux 14 et 15). En 1996-97, il y a donc eu 3 258 117 visites en omnipratique et 540 081 visites spécialisées à l'urgence (ce nombre est légèrement inférieur au nombre de services offerts à cet endroit, puisque plus d'un service peut être offert au cours de la même visite).

FIGURE 25
VARIATION DU NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE,
DE 1992-1993 À 1996-1997



Visites à domicile par un omnipraticien

En 1996-97, les omnipraticiens rémunérés à l'acte avaient effectué 750 288 visites à domicile dans l'ensemble du Québec, soit 12,9 % de moins qu'en 1990-91 ; le nombre de visites effectuées à domicile a diminué chaque année entre 1990-91 et 1995-96, puis il est demeuré stable en 1996-97 (figure 26). Il n'est pas possible de savoir si la variation observée reflète un changement dans la pratique ou si la relève a été prise par les omnipraticiens exerçant en CLSC et pour lesquels aucune information relative à la pratique clinique n'est disponible.

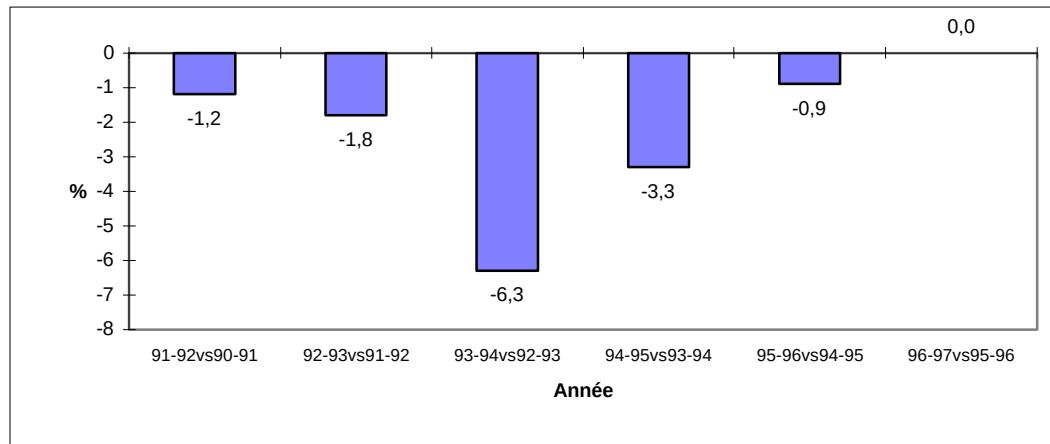
Les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec indiquent¹⁷ que 3 939 omnipraticiens ont effectué des visites à domicile en 1996, ce qui représente 54,6 % du total des omnipraticiens pour cette année. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, car ils n'incluent pas les services offerts par les médecins qui ont effectué des visites en étant rémunérés autrement qu'à l'acte. Par comparaison, mentionnons qu'en 1990¹⁸, 4 065 omnipraticiens ont vu des

17. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. 1997. *Statistiques annuelles 1996*, Québec, RAMQ.

18. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. 1991. *Statistiques annuelles 1990*, Québec, RAMQ.

patients à domicile, ce qui représente 61,5 % du total des omnipraticiens pratiquant au Québec en 1990. Le pourcentage d'omnipraticiens exerçant à domicile a donc diminué dans la même proportion (13,1 %) que le nombre de visites au cours de la période étudiée.

FIGURE 26
VARIATION DU NOMBRE TOTAL DE VISITES À DOMICILE,
DE 1990-1991 À 1996-1997



Omnipratique ambulatoire en CLSC

Une attention particulière a été accordée aux coûts de la pratique des omnipraticiens en CLSC, puisqu'on ne peut pas faire le décompte des services qui y sont offerts, ces services n'étant pas comptabilisés à la source. Il est ainsi impossible de préciser la part de la pratique en CLSC qui va à la prestation de services cliniques.

Les coûts relatifs à l'omnipratique en CLSC et la part qu'ils représentent parmi l'ensemble des coûts des services ambulatoires d'omnipratique se sont accrus au cours de la période étudiée (tableau 17). En 1990-91, 46,6 millions de dollars allaient à l'omnipratique en CLSC (tous modes de rémunération confondus) ; en 1996-97, ces sommes atteignaient 79,4 millions de dollars (en dollars courants). De ce dernier montant, 5,5 % allaient à des services rémunérés à l'acte, soit 4,4 millions de dollars.

La part des coûts relatifs à l'omnipratique ambulatoire en CLSC est passée de 8,2 % en 1990-91 à 11,4 % en 1996-97. Le nombre d'omnipraticiens exerçant en CLSC (sur une base permanente ou à temps partiel) a aussi augmenté au cours de la période étudiée, passant de 1 164 à 1 752 (tableau 17). De ce nombre, 305 omnipraticiens à salaire étaient considérés à temps plein et 350 à

mi-temps en 1991-92 contre 333 à temps plein et 395 à mi-temps en 1996-97¹⁹. Au total, on est ainsi passé de 798 omnipraticiens à salaire en CLSC en 1991-92 à 901 en 1996-97.

Tableau 17
Coûts, part des coûts et nombre d'omnipraticiens en CLSC

Variable	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Coût (\$)	46 573 305	52 666 889	57 583 113	66 647 364	69 705 651	75 634 331	79 437 985
Part (%)	8,2	8,6	9,1	9,9	10,1	10,9	11,4
Omni (nb)	1 164	1 264	1 383	1 490	1 590	1 612	1 752

Note : Les coûts sont présentés en dollars courants. Tous les coûts sont inclus, indépendamment du mode de rémunération.

Pratique ambulatoire sous forme de salaire ou de vacation

On ne peut faire un examen complet de la pratique ambulatoire sans regarder l'évolution du salariat et de la vacation au cours de la période étudiée. Ici, seuls les coûts attribuables à la pratique en CLSC, en clinique externe et à l'urgence sont pris en considération, ce qui exclut les médecins n'ayant pas de pratique clinique. Dans le cas de l'omnipratique, le coût de ces deux modes de rémunération est passé de 45,0 millions de dollars en 1990-91 à 97,8 millions de dollars en 1996-97 (en dollars courants). La part qu'ils représentent dans l'omnipratique ambulatoire est donc passée de 7,9 à 13,6 % de 1990-91 à 1996-97 (tableau 18). Plus des trois quarts des coûts générés par ces modes de rémunération vont à l'omnipratique en CLSC.

TABLEAU 18
COÛTS ET PART DES COÛTS DES SERVICES D'OMNIPRATIQUE AMBULATOIRES RÉMUNÉRÉS
SOUS FORME DE SALAIRE OU DE VACATION

Variable	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Coût (\$)	45 023 688	50 814 977	55 247 988	74 322 824	86 978 905	92 216 919	97 812 639
Part (%)	7,9	8,3	8,7	10,8	12,2	12,9	13,6

Note : Les coûts sont présentés en dollars courants.

La part des services ambulatoires spécialisés donnés par des omnipraticiens rémunérés sous forme de salaire ou de vacation est beaucoup plus faible : elle constituait 0,3 % des coûts des services en 1990-91 et 3,0 % en 1996-97, ce qui représente respectivement 1,5 et 18,8 millions de dollars pour ces deux an-

19. P. LALIBERTÉ, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, communication personnelle.

nées (tableau 19) (mentionnons que cette part serait beaucoup plus importante si la psychiatrie était comprise dans l'étude, car cette spécialité compte pour une proportion importante de la rémunération des spécialistes sous forme de vacation). Cette part, en croissance jusqu'en 1994-95, a accusé un ralentissement par la suite.

TABEAU 19
COÛTS ET PART DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS
RÉMUNÉRÉS SOUS FORME DE SALAIRE ET DE VACATION

Variable	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Coût (\$)	1 475 726	2 300 970	1 536 626	10 239 185	16 908 291	17 233 138	18 769 537
Part (%)	0,3	0,5	0,3	1,9	2,9	2,8	3,0

Notes : La psychiatrie, qui compte pour une bonne part des services ambulatoires spécialisés, n'est pas incluse dans les coûts comptabilisés. Les coûts sont présentés en dollars courants.

2.1.4 Les services offerts par les CLSC

Usagers du programme de soutien à domicile

Une attention particulière a été accordée aux personnes postopérées et convalescentes bénéficiant du programme de soutien à domicile des CLSC, car les mesures de transformation du réseau devraient entraîner une plus grande prise en charge de ces personnes par ce type de ressources ambulatoires.

Les données partielles disponibles sur le programme de soutien à domicile indiquent que le nombre de personnes postopérées et convalescentes s'est accru de 63,1 % entre 1994-95 et 1996-97, soit un peu plus rapidement que pour les autres usagers de ce programme (figure 27) (les autres usagers comprennent les malades à long terme, les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, celles atteintes de troubles du psychisme ou de difficultés d'adaptation, les patients en phase terminale et les sidéens). Les personnes postopérées et les convalescents comptaient pour 10,1 % des usagers du programme de soutien à domicile en 1994-95 ; cette proportion est passée à 11,2 % en 1996-97 (figure 28).

En se basant sur le nombre de CLSC pour lesquels des données étaient disponibles, il a été possible de déterminer un nombre moyen d'usagers par CLSC. Ces résultats doivent être considérés avec prudence étant donné l'absence d'information sur près de la moitié des CLSC ; le nombre de CLSC couverts inclut néanmoins 56 % de la population du Québec. Cette mise en garde étant faite, la figure 29 illustre la hausse du nombre de postopérés et de convalescents au cours des trois années examinées. En moyenne, un CLSC offrait des services à 183 postopérés en 1994-95 et à 245 en 1996-97 ; pendant ce temps, le nombre moyen de convalescents passait de 145 à 224. Un écart type très

élevé vient illustrer la très grande variabilité dans le nombre d'utilisateurs d'un CLSC à l'autre, même dans les CLSC qui présentent une population similaire.

FIGURE 27
ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS DU PROGRAMME SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997

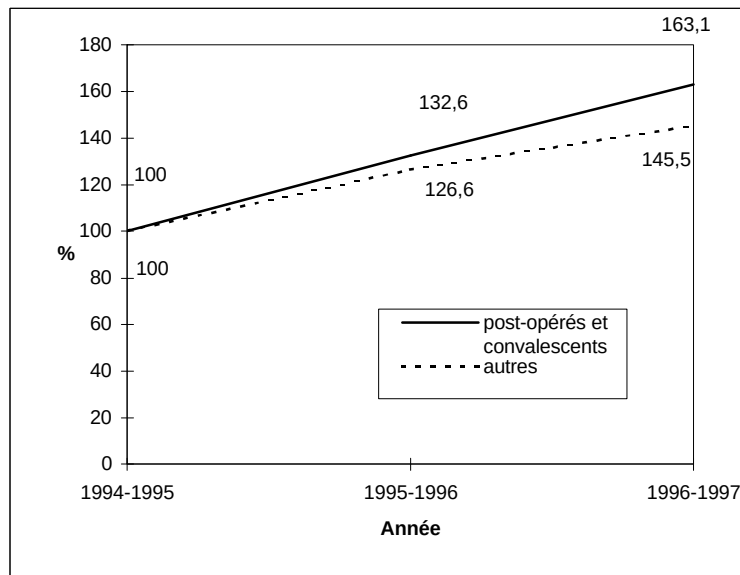


FIGURE 28
PART RELATIVE DES POSTOPÉRÉS ET DES CONVALESCENTS PARMI LES USAGERS DU PROGRAMME SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997

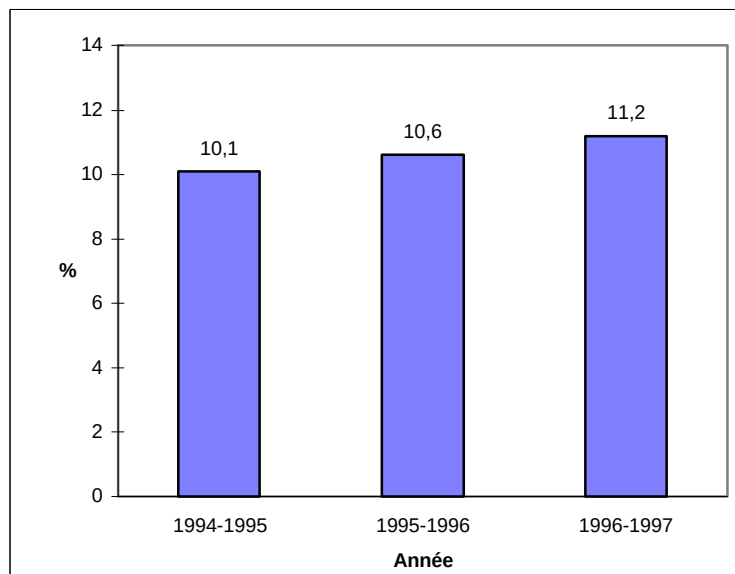
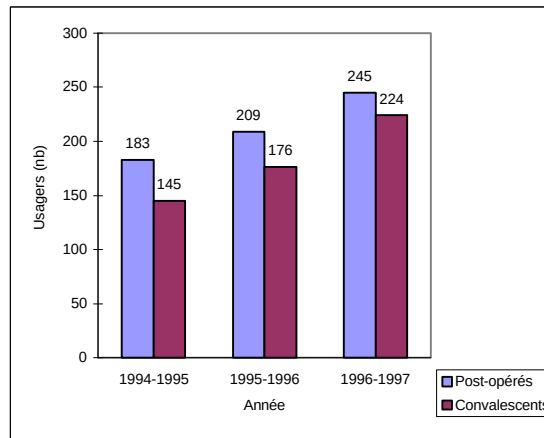
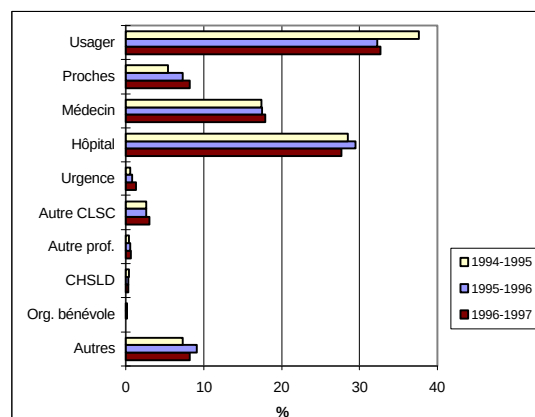


FIGURE 29
NOMBRE MOYEN DE POSTOPÉRÉS ET DE CONVALESCENTS PAR CLSC
PARMI LES USAGERS DU PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997



Le plus souvent, c'est l'utilisateur lui-même qui est à l'origine de son inscription au programme de soutien à domicile du CLSC (soit dans environ le tiers des cas) ; les autres sources de référence sont, par ordre d'importance, l'hôpital, le médecin et les proches (figure 30). D'une année à l'autre, les proches prennent plus d'importance comme source de référence et l'utilisateur est donc moins souvent à l'origine de son inscription.

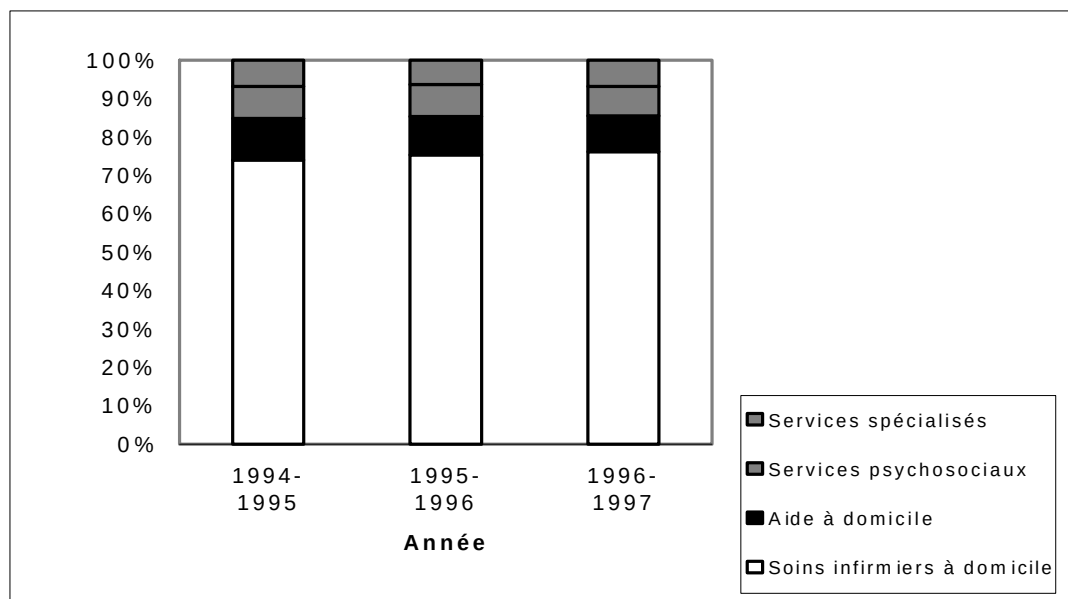
FIGURE 30
PROPORTION DES NOUVEAUX POSTOPÉRÉS ET CONVALESCENTS DANS LE PROGRAMME
DE SOUTIEN À DOMICILE, SELON LA SOURCE DE RÉFÉRENCE, DE 1994-1995 À 1996-1997



Le programme de soutien à domicile comporte quatre principaux centres d'activité²⁰. Les soins infirmiers à domicile constituent le principal centre d'activité pour les personnes postopérées et convalescentes et il prend plus d'importance d'une année à l'autre : ces soins s'adressaient à 74 % des postopérés et des convalescents en 1994-95 et à 76,3 % en 1996-97 (figure 31). Vient ensuite l'aide à domicile, dont bénéficiaient 10,9 % des usagers en 1994-95 et 9,3 % en 1996-97. Les services psychosociaux et les services spécialisés (incluant l'inhalothérapie, l'ergothérapie et la physiothérapie) touchaient une plus petite portion des usagers.

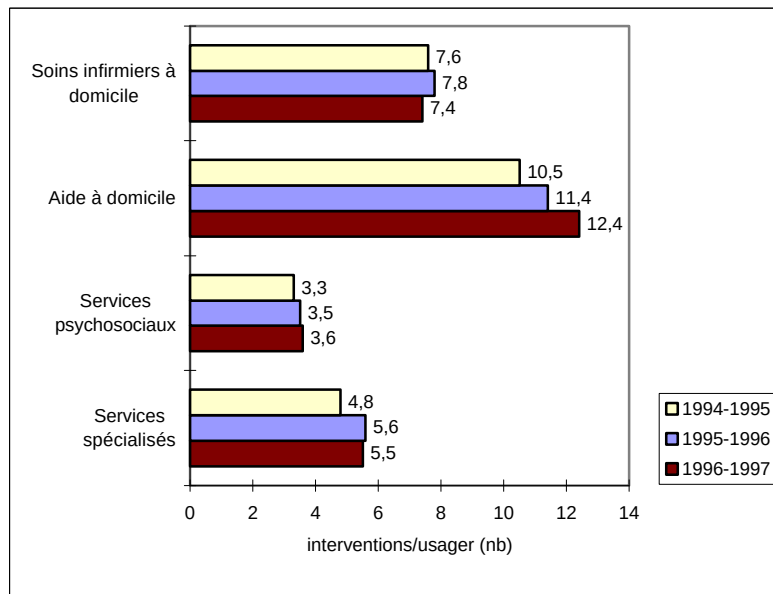
Les usagers postopérés et convalescents bénéficiant de soins infirmiers à domicile ont reçu entre 7 et 8 interventions en moyenne au cours de chaque année (figure 32) ; le nombre d'interventions destinées à ceux ayant reçu de l'aide à domicile est passé de 10,5 en 1994-95 à 12,4 en 1996-97. En plus de s'adresser à moins d'usagers que les deux autres centres d'activité, les services psychosociaux et les services spécialisés ont donné lieu à moins d'interventions par usager.

FIGURE 31
RÉPARTITION DES USAGERS POSTOPÉRÉS ET CONVALESCENTS, SELON LA NATURE DES SERVICES REÇUS DANS LE PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997



20. Ceux-ci sont définis à l'annexe 4.

FIGURE 32
NOMBRE MOYEN D'INTERVENTIONS PAR USAGER POUR LES POSTOPÉRÉS ET LES CONVALESCENTS DU PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997



Les interventions à caractère physique

Les interventions à caractère physique réalisées par les CLSC dans le cadre du programme de soutien à domicile ont été examinées afin de voir si la transformation et, plus particulièrement, le virage ambulatoire, pouvaient avoir occasionné des changements significatifs dans les activités des CLSC. Toutes les personnes ayant reçu des soins à caractère physique ont été considérées, quel que soit leur profil : personnes postopérées, convalescentes, malades en phase terminale, malades à long terme, etc.

La nature et l'intensité des soins offerts à domicile par les CLSC peuvent différer d'un CLSC à l'autre en fonction, notamment, des besoins ou de la demande des usagers, en raison d'impératifs liés au volume de ressources, tant financières qu'humaines, dont dispose le CLSC, ou en raison de pratiques organisationnelles distinctes d'un lieu à l'autre. Cependant, malgré les divers profils que peuvent présenter les CLSC en matière d'interventions à caractère physique, on peut s'attendre à un accroissement de la prestation des soins plus directement associés aux besoins des malades hospitalisés ou à ce que certains soins jusqu'ici donnés dans des centres hospitaliers ou sous la supervision du personnel de ces établissements soient assumés entièrement ou en partie par les CLSC.

Les soins à caractère physique qui ont été retenus sont les suivants : les soins de plaies et les pansements, les changements de mèche et les installations ou les retraits de drain, les infiltrations et injections de médicaments, l'admi-

nistration de médicaments, la préparation de médicaments, la préparation d'insuline et les soins de colostomie. Ce choix est fondé sur l'importance, d'un point de vue quantitatif, que chacune de ces interventions représente parmi les activités des CLSC faisant partie de l'échantillon pris en considération et sur le fait que la plupart de ces CLSC les offrent. Par ailleurs, on a retenu trois autres types d'interventions, soit l'antibiothérapie intraveineuse, l'administration d'oxygène et l'inhalothérapie, qui sont moins fréquemment et moins uniformément offerts, et dont l'ajout à la gamme des interventions à caractère physique effectuées dans les CLSC est un peu plus récent.

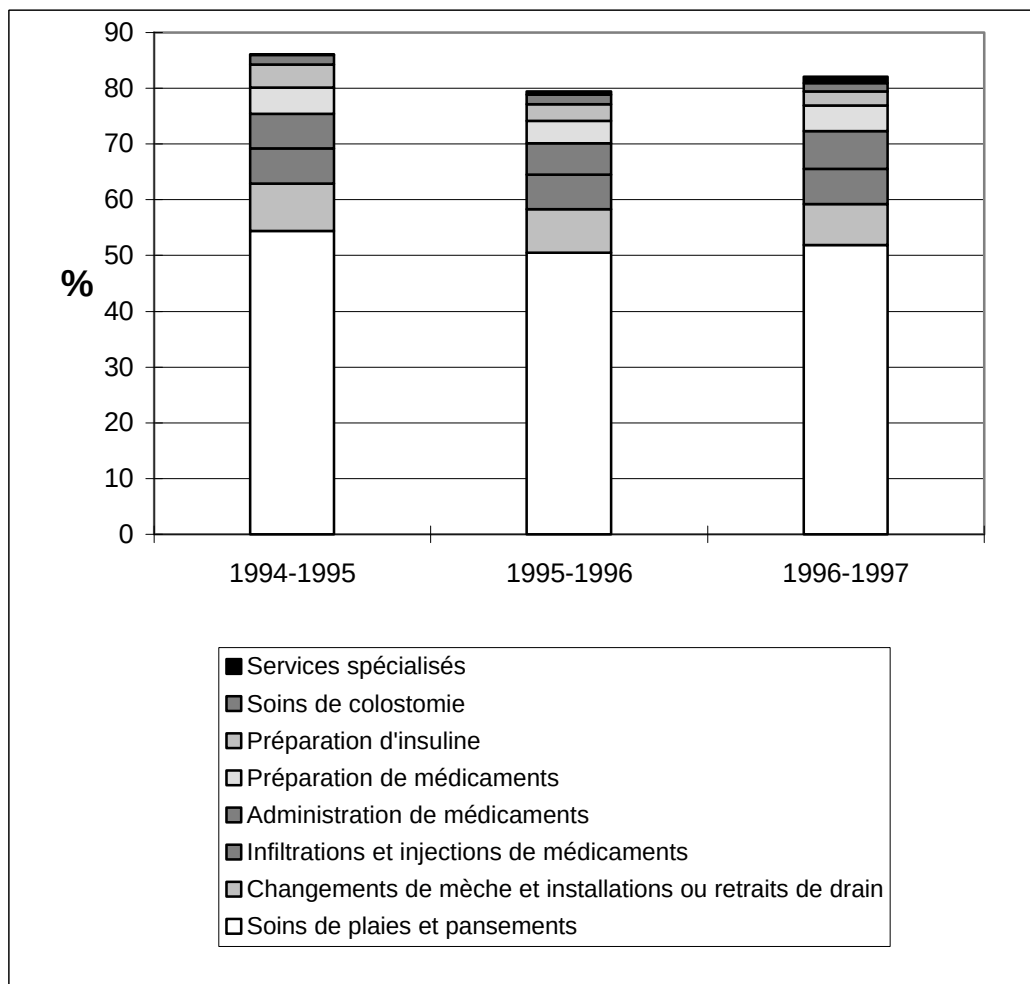
Les données partielles dont nous disposons sur la nature des interventions à caractère physique offertes dans le cadre du programme de soutien à domicile indiquent une augmentation de la part des interventions spécialisées et, plus particulièrement, de l'antibiothérapie intraveineuse, dans les activités des CLSC en matière de soins à domicile de 1994-95 à 1996-97 (figure 33).

Toutefois, la place occupée par les services spécialisés parmi l'ensemble des interventions à caractère physique offertes par les CLSC demeure limitée comparativement aux autres services offerts. Plus de 50 % des interventions réalisées à domicile on trait aux soins de plaies et aux pansements. Si l'on y ajoute la préparation et l'administration de médicaments, les changements de mèche et les installations et les retraits de drain et les injections et infiltrations de médicaments, c'est environ 80 % des interventions à caractère physique effectuées à domicile par les CLSC qui se trouvent ainsi couvertes (tableau 20).

TABLEAU 20
PROPORTION DES INTERVENTIONS À CARACTÈRE PHYSIQUE
LES PLUS FRÉQUEMENT RÉALISÉES À DOMICILE PAR LES CLSC,
DE 1994-1995 À 1996-1997

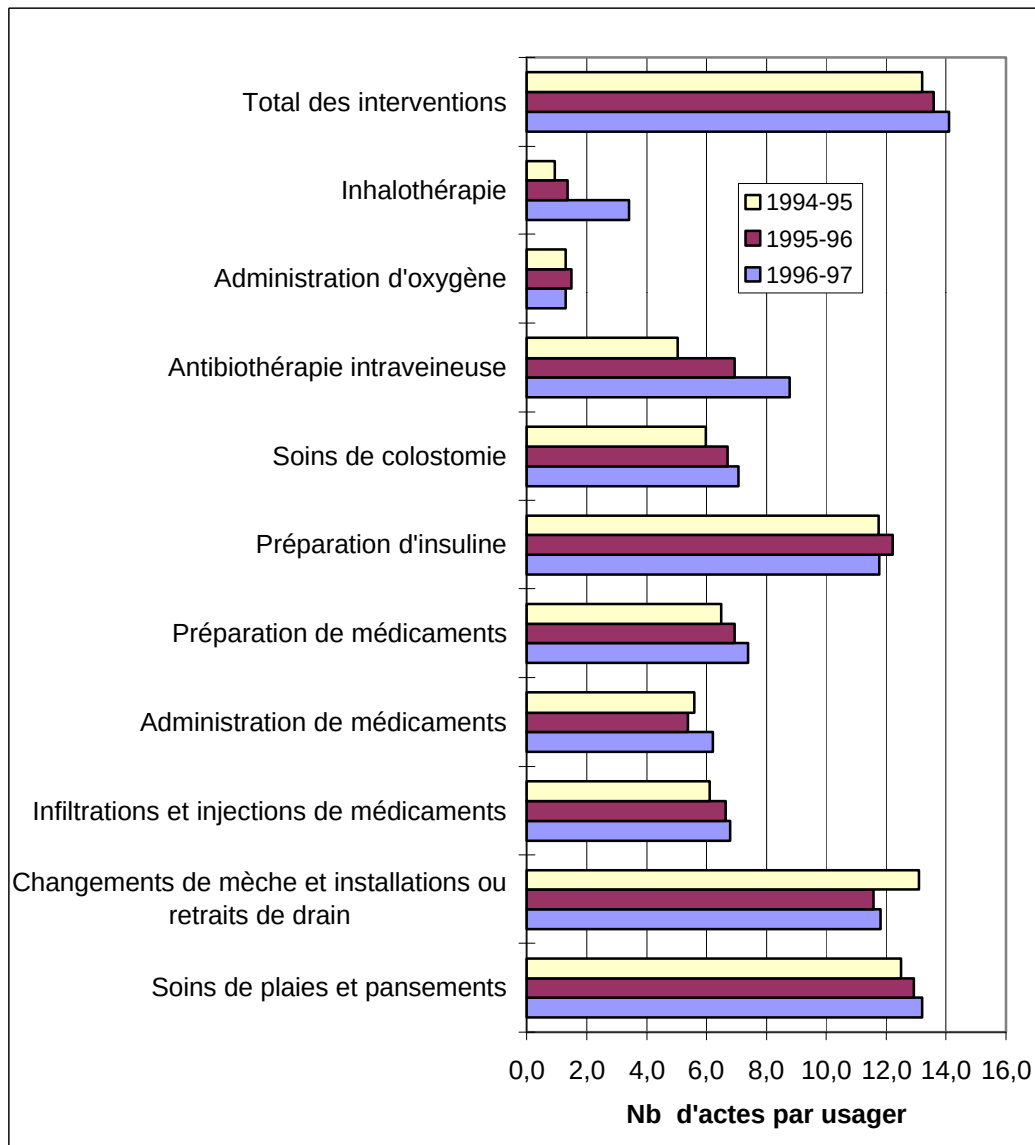
Type d'intervention	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Soins de plaies et pansements	54,37	50,49	51,93
Changements de mèche et installations ou retraits de drain	8,58	7,78	7,26
Infiltrations et injections de médicaments	6,31	6,22	6,36
Administration de médicaments	6,17	5,61	6,77
Préparation de médicaments	4,74	4,05	4,60
Préparation d'insuline	4,04	2,98	2,51
Soins de colostomie	1,79	1,69	1,51
Installations, retraits ou changements d'un soluté	0,15	0,48	0,57
Antibiothérapie	0,06	0,42	1,08
Administration d'oxygène	0,06	0,08	0,05
Inhalothérapie	0,03	0,10	0,04
Autres	11,08	12,74	9,99
Interventions non détaillées	2,62	7,36	7,33

FIGURE 33
PROPORTION DES INTERVENTIONS À CARACTÈRE PHYSIQUE
LES PLUS FRÉQUEMMENT RÉALISÉES À DOMICILE PAR LES CLSC,
DE 1994-1995 À 1996-1997



Ce sont les personnes bénéficiant de soins de plaies et ayant besoin de changement de pansements qui ont reçu le plus d'interventions par usager en 1996-97, soit 13,2. Suivent celles ayant besoin d'un changement de mèche et de drain et celles recevant de l'insuline, avec 11,8 interventions par usager dans chacun des cas. Les personnes qui reçoivent de l'antibiothérapie intraveineuse demandent également plusieurs interventions chacune. Le nombre d'interventions par usager a tendance à s'accroître au fil des ans ; il est en effet passé de 13,2 en 1994-95 à 14,1 en 1996-97 (figure 34).

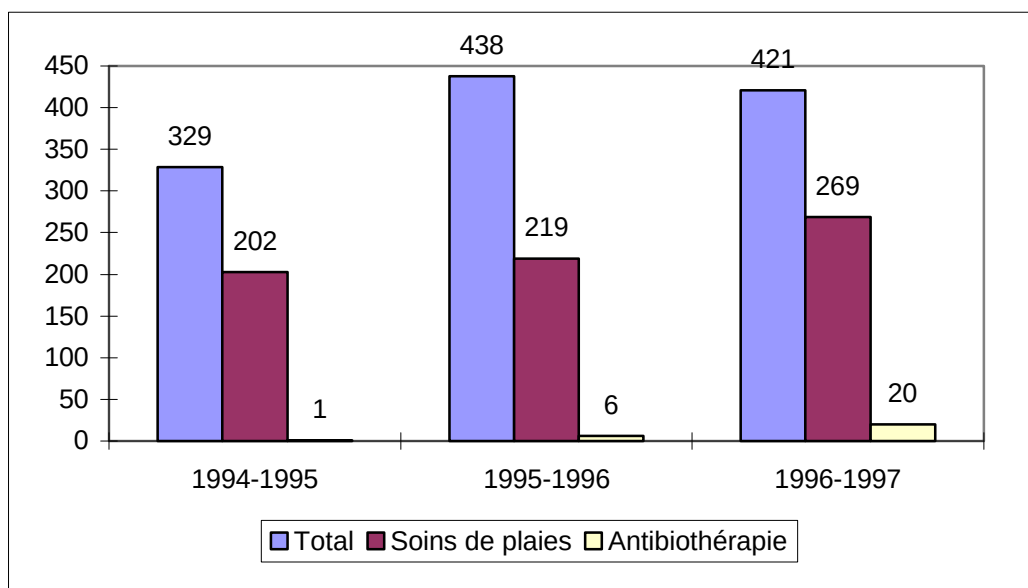
FIGURE 34
NOMBRE D'ACTES PAR USAGER POUR LES INTERVENTIONS À CARACTÈRE PHYSIQUE
LES PLUS FRÉQUEMMENT RÉALISÉES À DOMICILE PAR LES CLSC,
DE 1994-1995 À 1996-1997



En se basant sur le nombre de CLSC pour lesquels des données étaient disponibles, il a été possible de déterminer un nombre moyen d'utilisateurs par CLSC bénéficiant d'interventions à caractère physique. Lorsque l'ensemble des interventions est pris en considération, un CLSC offrait en moyenne des services à 329 personnes en 1994-1995 et à 421 en 1996-97. Pour les soins de plaies et les pansements, en moyenne, un CLSC offrait des services à 202 personnes en 1994-95 et 269 en 1996-97. Pour l'antibiothérapie intraveineuse à domicile, un CLSC offrait des services à une personne en 1994-95 comparativement à 20 en 1996-97 (figure 35).

Un écart type très élevé – de l'ordre de 339 en 1996-97 lorsque l'ensemble des interventions est pris en considération – illustre la très grande variabilité dans le nombre de personnes traitées d'un CLSC à l'autre. La taille de la population et la proportion de personnes âgées faisant partie de chaque territoire de CLSC peuvent expliquer en grande partie ces variations.

FIGURE 35
NOMBRE MOYEN D'USAGERS PAR CLSC AYANT REÇU DES INTERVENTIONS
À CARACTÈRE PHYSIQUE À DOMICILE, DE 1994-1995 À 1996-1997



2.2 L'utilisation des services hospitaliers et ambulatoires

2.2.1 Le recours à l'hospitalisation de courte durée en chirurgie et en médecine

Le taux standardisé d'hospitalisation

En contrôlant l'effet de l'âge, les tendances observées au chapitre précédent sont les mêmes, mais les réductions sont plus marquées. Ainsi, en chirurgie, le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 31 % entre 1990-91 et 1996-97. En 1996-97, ce taux se chiffrait à 25,7 pour 1 000 habitants, comparativement à 37,4 en 1990-91. En revanche, en médecine, le taux standardisé d'hospitalisation est demeuré le même, soit 44 pour 1 000 habitants en 1996-97 par rapport à 1990-91 (figure 36).

Le taux d'hospitalisation en chirurgie est en constante diminution depuis 1990-91. L'accentuation de la réduction du taux d'hospitalisation observée à partir de 1995-96 s'est poursuivie à un rythme encore plus soutenu en 1996-97. En médecine, au contraire, le taux a augmenté chaque année avant d'amorcer une baisse en 1995-96 (figure 37). On a assisté pour la première fois à une baisse des taux d'hospitalisation à la fois en médecine et en chirurgie à partir de 1995-96.

FIGURE 36
VARIATION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
ET DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION
EN 1996-1997 PAR RAPPORT À 1990-1991

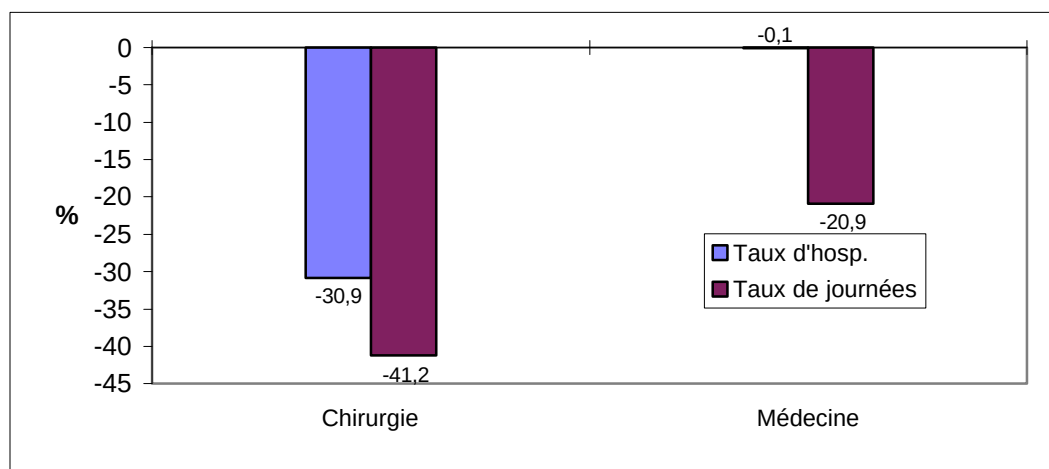
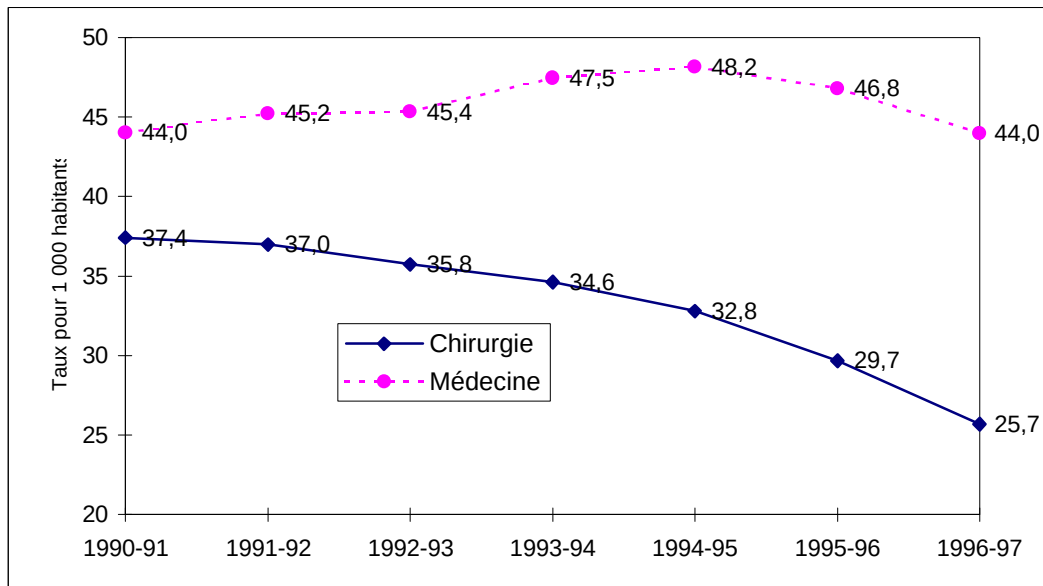
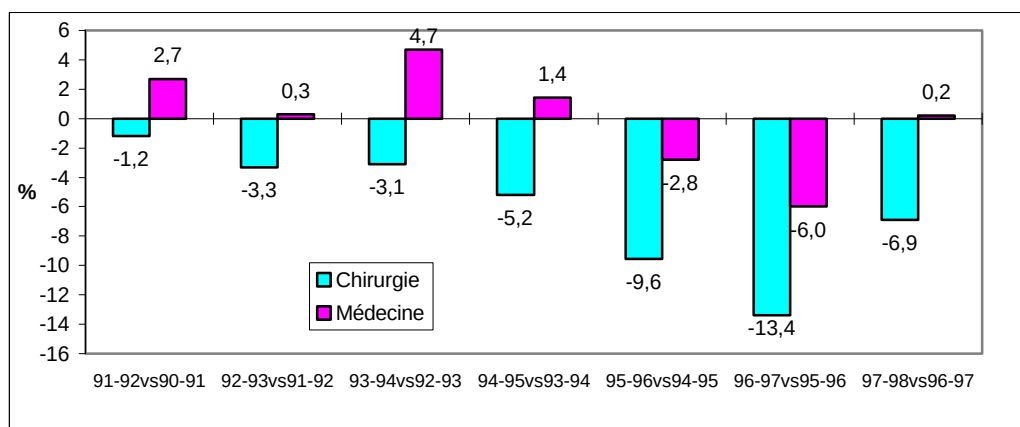


FIGURE 37
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE
ET EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997



Tant en chirurgie qu'en médecine, la réduction la plus marquée des taux d'hospitalisation s'est produite en 1996-97, avec des diminutions respectives de 13 et de 6 % (figure 38).

FIGURE 38
VARIATION DES TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION,
DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE ET MÉDECINE (POUR 1 000 HABITANTS)



Le taux standardisé d'hospitalisation pour certaines interventions chirurgicales

Le tableau 21 et les figures 39 et 40 présentent, pour une série d'interventions dites pertinentes et certaines interventions discrétionnaires nécessitant une hospitalisation, l'évolution des taux standardisés de 1990-91 à 1996-97, en fonction de certains groupes d'âge. Les interventions dites pertinentes font référence à des interventions dont les bénéfices sont importants pour la qualité de vie. Avec les changements organisationnels occasionnés par le virage ambulatoire, il y a lieu de vérifier comment les choses ont évolué jusqu'à maintenant et ce qui adviendra de l'accessibilité de telles interventions. Le taux standardisé d'hospitalisation pour ces interventions fournit une mesure de cette accessibilité. Les interventions discrétionnaires sont des interventions qui font l'objet de critiques à cause de leur utilisation parfois excessive et pour lesquelles on observe des variations d'un milieu à l'autre.

TABLEAU 21
TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DITES PERTINENTES
ET CERTAINS INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES, SELON CERTAINS GROUPES D'ÂGE,
DE 1990-1991 À 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS)

Intervention	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
Interventions dites pertinentes							
Pontage aorto-coronarien 18 ans ou +	62,9	74,2	77,6	78,0	78,3	77,5	77,4
Remplacement total de la hanche 50 ans ou +	104,2	105,5	105,1	113,9	111,2	113,5	104,9
Prothèse de la hanche, 50 ans ou +	77,9	71,7	71,2	70,7	68,9	69,4	73,0
Prothèse du genou, 50 ans ou +	70,1	80,6	82,7	96,4	102,8	107,1	105,8
Interventions discrétionnaires							
Hystérectomie, 18-74 ans	582,8	566,8	547,4	523,9	512,7	501,3	454,9
Laminectomie, 18-74 ans	57,4	56,8	51,1	48,2	51,5	52,5	45,7

Dans la catégorie des interventions dites pertinentes, on note, en premier lieu, une augmentation substantielle de 50 % du taux d'hospitalisation pour la pose d'une prothèse du genou, augmentation qui, dans l'ensemble, s'est produite tout au long de la période étudiée, à l'exception de l'année 1996-97, où l'on note une très faible baisse par rapport à l'année précédente. Le taux d'hospitalisation pour cette intervention est similaire à celui observé pour le remplacement total de la hanche ; celui-ci a connu une hausse importante en 1993-94. Variant peu au cours des deux années suivantes, le taux d'hospitalisation pour cette dernière intervention a cependant connu une baisse importante en 1996-97, pour se situer à un niveau analogue à celui observé au début de la période d'observation.

Pour ce qui est des pontages aorto-coronariens, après une augmentation importante de 1990-91 à 1992-93, la situation est demeurée stable. Seule la pose d'une prothèse de la hanche a connu une diminution au cours de la période étudiée, diminution essentiellement survenue en 1991-92. Au cours des années

FIGURE 39
TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DITES PERTINENTES, DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)

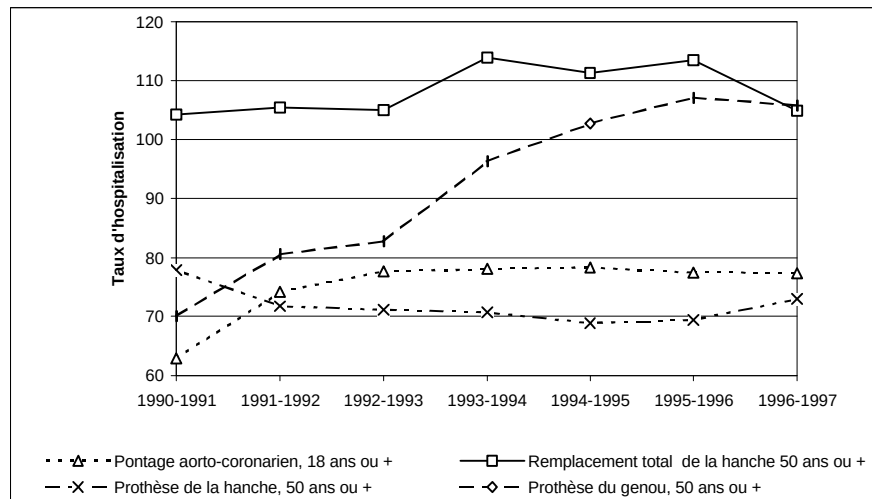
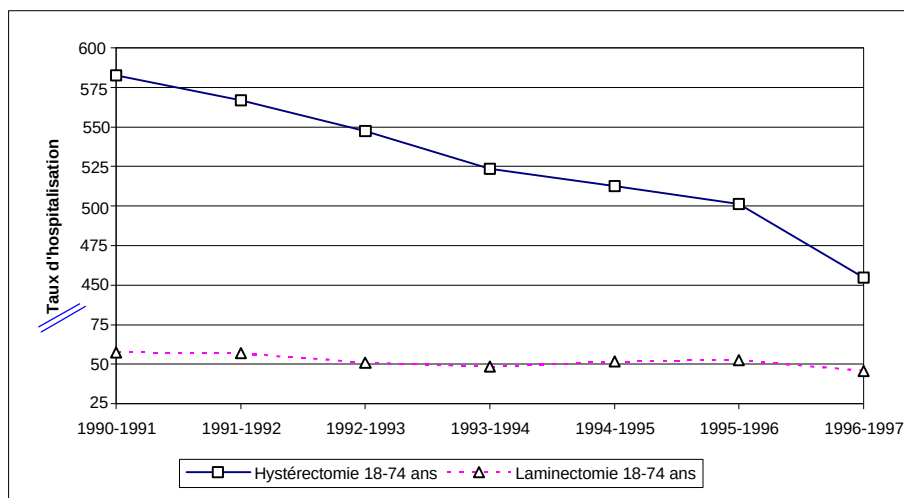


FIGURE 40
TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES, DE 1990-1991 À 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS)



subséquentes, le taux a diminué un peu, mais a connu une hausse substantielle en 1996-97. On n'observe pas de baisse majeure pour les interventions retenues. Pour ce qui est du nombre de cas, on note une hausse très marquée pour les prothèses du genou, lesquelles totalisaient quelque 2 100 hospitalisations en 1996-97, de même qu'une hausse des pontages aorto-coronariens au cours des deux premières années prises en considération ; cette dernière intervention regroupait près de 4 700 cas en 1996-97.

La réduction des taux d'hospitalisation pour les deux interventions discrétionnaires retenues est de l'ordre de 20 % au cours de la période étudiée (figure 40). Pour l'hystérectomie, on note une baisse régulière jusqu'en 1995-96, puis une diminution plus marquée en 1996-97. Au cours de cette dernière année, le taux d'hospitalisation pour hystérectomie a chuté de quelque 10 % par rapport à l'année précédente et regroupait quelque 12 900 cas d'hospitalisation.

Le taux d'hospitalisation pour une laminectomie, après une diminution jusqu'en 1993-94, a connu une légère remontée les deux années suivantes. En 1996-97, cependant, on observe une baisse substantielle supérieure à 10 % de sorte que la valeur observée au cours de cette dernière année est la plus faible de toute la période étudiée.

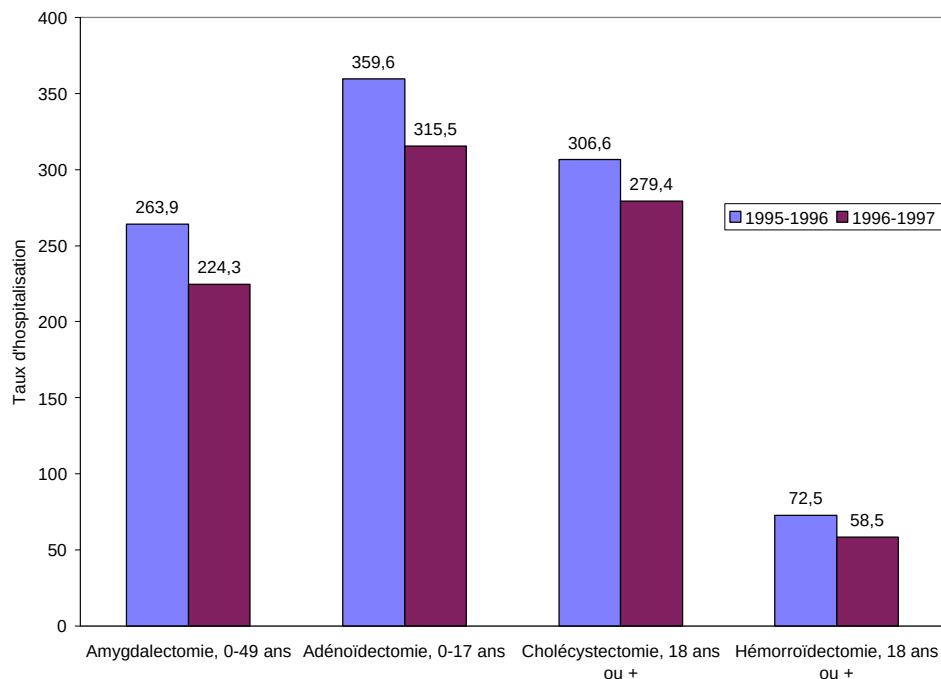
Certaines interventions dites pertinentes et certaines interventions discrétionnaires peuvent être réalisées soit au moment d'une hospitalisation, soit en chirurgie d'un jour. Comme les données concernant la chirurgie d'un jour ne sont complètes que pour les deux dernières années de l'étude, nous avons calculé pour ces interventions des taux standardisés ne portant que sur ces deux années. Les valeurs obtenues apparaissent au tableau 22.

TABEAU 22
TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS DITES PERTINENTES ET CERTAINES INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES, SELON CERTAINS GROUPES D'ÂGE, 1995-1996 ET 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS)

Intervention	1995-1996	1996-1997
Interventions dites pertinentes		
Angioplastie (18 ans ou +)	101,4	92,7
Ablation de cataractes (50 ans ou +)	1 494,8	1 494,5
Interventions discrétionnaires		
Amygdalectomie (0-49 ans)	263,9	224,3
Adénoïdectomie (0-17 ans)	359,6	315,5
Cholécystectomie (18 ans ou +)	306,6	279,4
Hémorroïdectomie (18-74 ans)	72,5	58,5

On note une baisse du taux d'hospitalisation pour chacune des interventions retenues, à l'exception de l'ablation de cataractes, où la situation demeure stable. Cette dernière intervention est, de loin, l'intervention la plus fréquente, et elle regroupait, en 1996-97, 31 000 cas. L'angioplastie a connu une baisse de 8 %. Pour les interventions discrétionnaires, les diminutions varient de 9 % pour la cholécystectomie à 19 % pour l'hémorroïdectomie. L'adénoïdectomie demeure l'intervention discrétionnaire présentant le taux d'hospitalisation le plus élevé (figure 41).

FIGURE 41
TAUX STANDARDISÉS D'HOSPITALISATION POUR CERTAINES INTERVENTIONS AYANT NÉCESSITÉ
UNE HOSPITALISATION OU RÉALISÉES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
1995-1996 ET 1996-1997, SEXE RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)



Le taux standardisé d'hospitalisation pour certaines conditions médicales

En médecine, tout comme en chirurgie, des changements de pratique et l'apparition de nouveaux médicaments peuvent permettre de traiter les personnes différemment et d'éviter une admission en centre hospitalier. La diminution du taux d'hospitalisation observée récemment en médecine nous incite à analyser l'évolution des taux d'hospitalisation pour certaines conditions médicales ciblées en tâchant de voir si une substitution de l'hospitalisation par la médecine de jour a pu se produire. La démarche est exploratoire car, contrairement à la situation qui prévaut pour la chirurgie d'un jour, l'information concernant la médecine de jour n'est pas encore colligée de façon systématique.

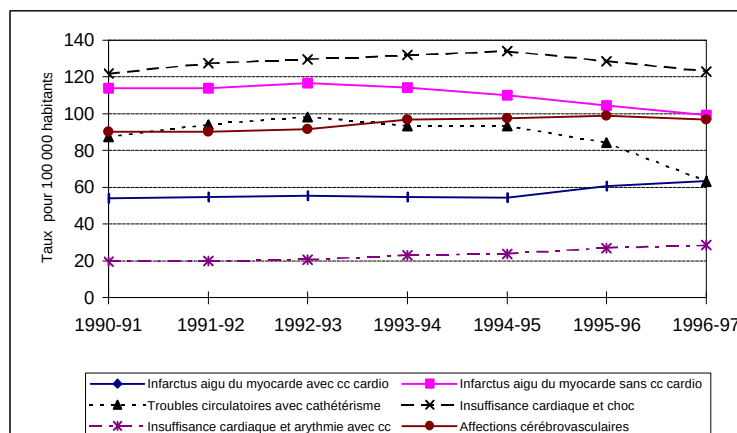
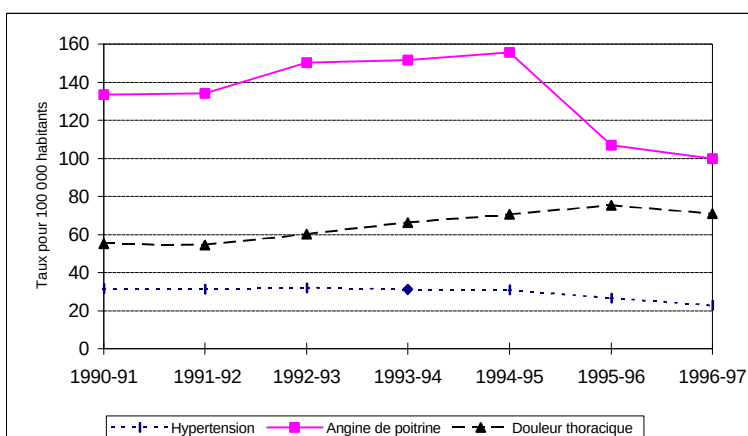
Les conditions choisies touchent plusieurs systèmes organiques, certaines se présentant avec ou sans complication, alors que pour d'autres, il existe une alternative au traitement et au suivi ou à l'investigation diagnostique à l'extérieur de l'hôpital.

Les figures 42 à 45 présentent l'évolution des taux standardisés d'hospitalisation de 1990-91 à 1996-97 pour les pathologies retenues en fonction de certains groupes d'âge, le cas échéant.

Globalement, on observe une diminution du taux d'hospitalisation pour 13 des 21 pathologies analysées. La baisse s'est produite au cours des deux dernières années d'observation dans la plupart des cas. Les réductions les plus marquées s'appliquent aux conditions suivantes : angine de poitrine, troubles circulatoires avec cathétérisme, diabète, de même que œsophagite et gastro-entérite sans complication. On note également une diminution dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde sans complication.

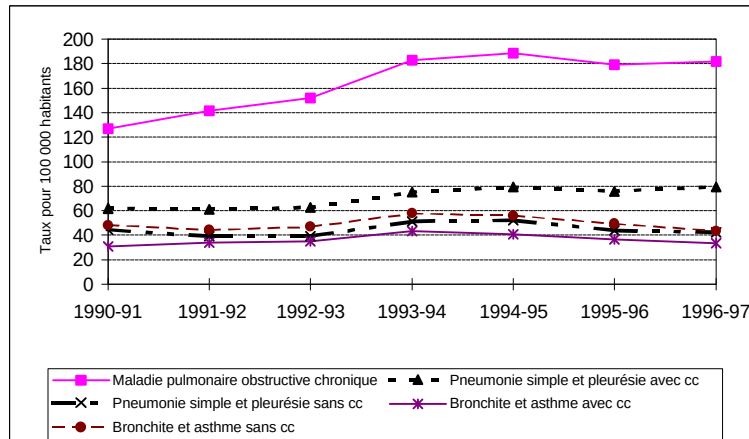
Par ailleurs, le taux d'hospitalisation des personnes présentant une des affections reliées à l'appareil cardiovasculaire et qui présentent des complications a augmenté. Il en va de même pour les cas de maladie pulmonaire obstructive chronique, de pneumonie simple et de pleurésie avec complication.

FIGURE 42
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION POUR
CERTAINES PATHOLOGIES RELIÉES À L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE,
DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)



Note : cc signifie « complication »

FIGURE 43
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
POUR CERTAINES PATHOLOGIES RELIÉES À L'APPAREIL RESPIRATOIRE,
DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)



Note : cc. signifie « complication ».

FIGURE 44
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
POUR DES PATHOLOGIES OU DES INTERVENTIONS DIVERSES,
DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)

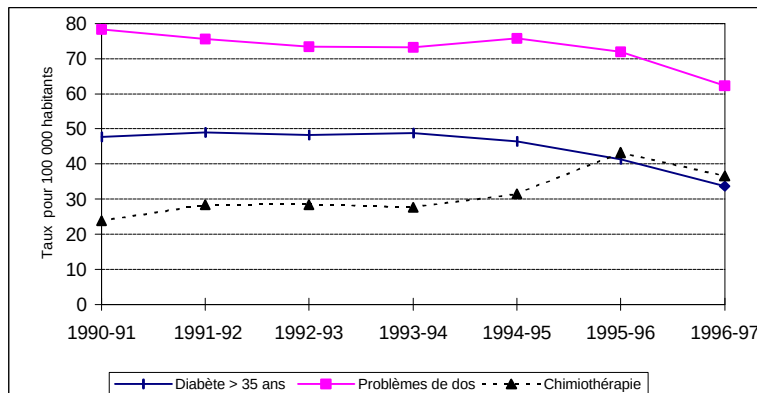
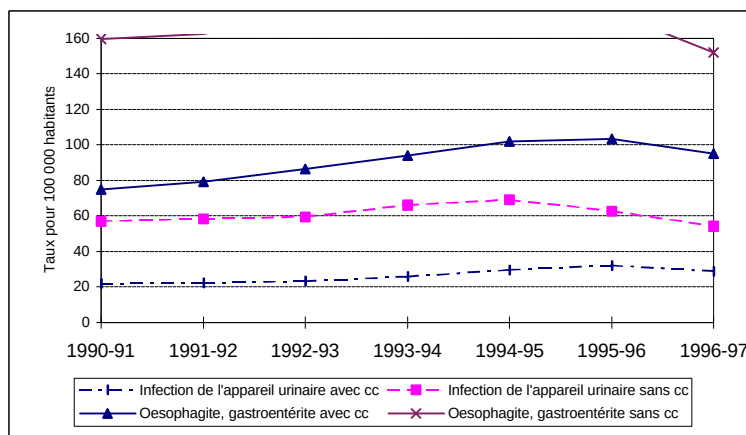


FIGURE 45
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
POUR CERTAINES PATHOLOGIES RELIÉES À DIFFÉRENTS SYSTÈMES,
DE 1990-1991 À 1996-1997, SEXES RÉUNIS (POUR 100 000 HABITANTS)



Note : cc signifie « complication »

Le taux standardisé de journées d'hospitalisation

En chirurgie, l'effet combiné de la diminution du taux standardisé d'hospitalisation et du séjour moyen s'est traduit pour l'ensemble de la période étudiée par une baisse importante du taux standardisé de journées d'hospitalisation. En 1996-97, ce taux s'établissait à 208,6 jours pour 1 000 habitants, ce qui constitue un recul de 41 % par rapport à 1990-91 (figure 36). La réduction est observable tout au long de la période étudiée, mais elle est davantage marquée en 1995-96, et elle continue au même rythme en 1996-97 (figure 46).

En médecine, la réduction plus marquée de la durée moyenne de séjour a compensé la légère augmentation du taux d'hospitalisation, de sorte que le taux de journées d'hospitalisation a subi une baisse au cours de la période à l'étude. De 431,3 jours pour 1 000 habitants en 1990-91, le taux standardisé de journées d'hospitalisation est passé à 341,3 en 1996-97, ce qui constitue une réduction de 21 %. Ce n'est qu'en 1994-95 que la réduction s'est amorcée, mais depuis 1995-96, les diminutions sont beaucoup plus substantielles, tant en chirurgie qu'en médecine, et elles se font au même rythme chaque année. Pour ce qui est de la chirurgie, le taux de journées d'hospitalisation diminue de 14 % annuellement et pour la médecine, la réduction est de 9 % (figure 47).

FIGURE 46
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION
EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, DE 1990-1991 À 1996-1997
(POUR 1 000 HABITANTS)

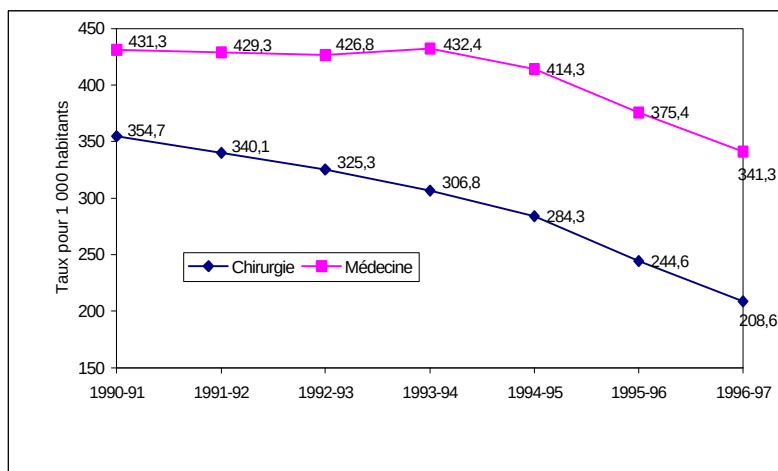
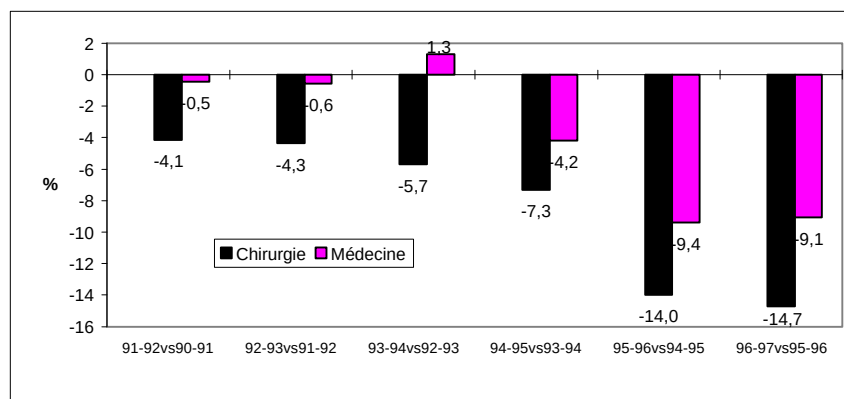


FIGURE 47
VARIATION DES TAUX STANDARDISÉS DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION,
DE 1990-1991 À 1996-1997, CHIRURGIE ET MÉDECINE (POUR 1 000 HABITANTS)



2.2.2 L'évolution de l'utilisation des services de chirurgie d'un jour en 1995-96 et en 1996-97

L'utilisation de la chirurgie d'un jour, selon l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie d'un jour et selon une liste d'interventions

En 1995-96 et en 1996-97, l'utilisation de la chirurgie d'un jour s'est maintenue à 29 pour 1 000 habitants si l'on considère l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie d'un jour, et à 19 pour 1 000 habitants selon la liste d'interventions mentionnée précédemment (tableau 23).

TABEAU 23
CHIRURGIE D'UN JOUR, NOMBRE DE CAS ET TAUX STANDARDISÉ,
1995-1996 ET 1996-1997 (POUR 1 000 HABITANTS)

Année	1995-1996		1996-1997	
	nb	taux/1 000	nb	taux/1 000
Chirurgie d'un jour				
Selon l'ensemble des interventions	219 669	29,7	220 775	29,5
Selon une liste d'interventions	141 052	19,0	141 284	19,0

L'utilisation de la chirurgie d'un jour selon les dix interventions les plus fréquentes

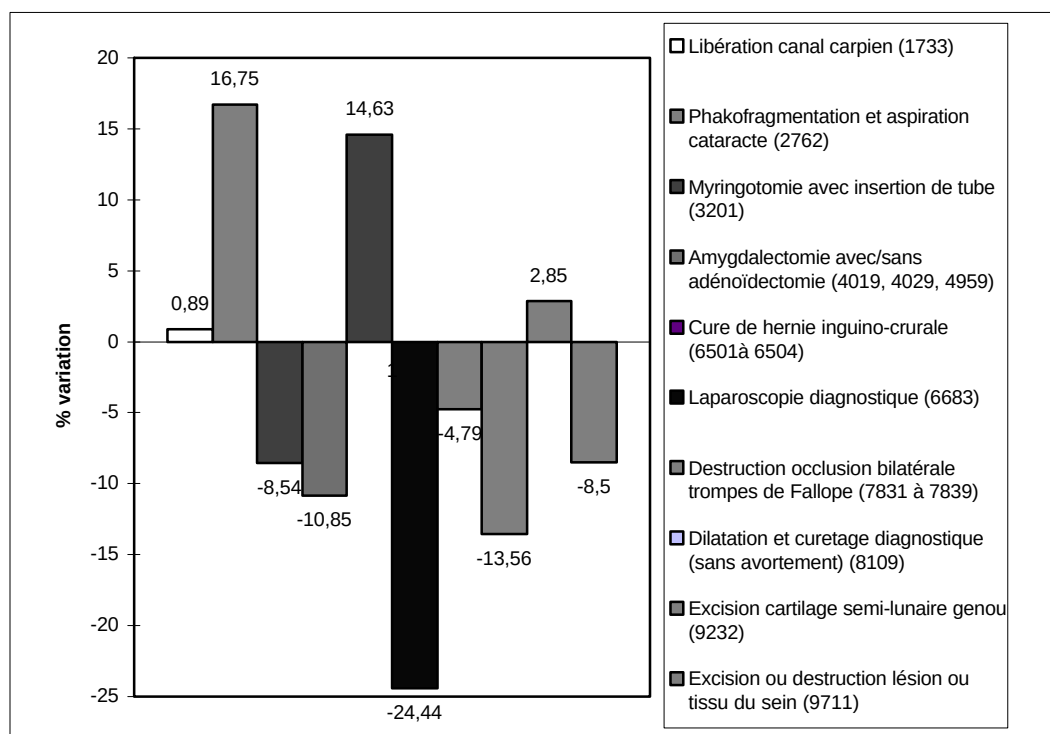
Au tableau 24, on trouve les dix interventions les plus fréquentes en 1995-96 et en 1996-97.

TABEAU 24
LES DIX INTERVENTIONS LES PLUS FRÉQUENTES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
SELON LA LISTE DES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES,
NOMBRE DE CAS ET TAUX STANDARDISÉ,
1995-1996 ET 1996-1997 (POUR 100 000 HABITANTS)

Type d'intervention (CCADTC)	1995-1996		1996-1997	
	nb	taux/100 000	nb	taux/100 000
Libération canal carpien (1733)	7 082	92,08	7 288	92,90
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	21 515	272,05	25 824	317,62
Myringotomie avec insertion de tube (3201)	7 906	109,65	7 204	100,37
Amygdalectomie avec/sans adénoïdectomie (4019, 4029, 4959)	18 260	256,61	16 292	228,75
Cure de hernie inguino-crurale (6501 à 6504)	4 920	66,83	5 693	76,61
Laparoscopie diagnostique (6683)	5 173	73,52	4 167	59,08
Destruction occlusion bilatérale trompes de Fallope (7831 à 7839)	9 328	268,52	8 812	255,65
Dilatation et curetage diagnostique (sans avortement) (8109)	5 565	145,13	4 870	125,44
Excision cartilage semi-lunaire genou (9232)	6 082	80,93	6 372	83,24
Excision ou destruction lésion ou tissu du sein (9711)	4 999	66,07	4 649	60,45

On observe certaines variations si l'on examine l'utilisation de la chirurgie d'un jour, selon les interventions retenues, entre 1995-96 et 1996-97 (figure 48). Une augmentation assez importante de la chirurgie d'un jour a été observée pour l'ablation de cataractes et la cure de hernie inguino-crurale ; cette augmentation est moindre pour la libération du tunnel carpien et l'excision semi-lunaire du genou. Des diminutions ont par ailleurs été observées pour la myringotomie, l'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie, la laparoscopie diagnostique, la destruction et l'occlusion bilatérale des trompes de Fallope et l'excision ou la destruction de lésion ou de tissu du sein.

FIGURE 48
VARIATION DES TAUX STANDARDISÉS DE CHIRURGIE D'UN JOUR,
SELON CERTAINES INTERVENTIONS, 1996-1997/1995-1996



2.2.3 L'évolution de l'utilisation des services médicaux ambulatoires

Le tableau 13 illustre l'absence de variation dans le nombre d'utilisateurs de services médicaux d'une année à l'autre. Le nombre moyen de visites ambulatoires par usager est l'indicateur qui a été retenu pour décrire l'évolution de l'utilisation des services. On doit toujours garder à l'esprit que les données présentées ne tiennent compte que de la rémunération à l'acte (qui représente environ 87 % de la pratique médicale). Ainsi, une diminution du nombre de visites par usager au cours de la période à l'étude ne signifierait pas pour autant une réduction de l'accessibilité des services, mais pourrait être le signe que la place prise par la pratique ambulatoire, rémunérée sous forme de salaire ou de vacation, est plus grande. Par contre, une stabilité ou une hausse du nombre moyen de visites par usager indiquerait le maintien ou l'amélioration de l'accessibilité des services, car, étant donné l'augmentation de la part de la pratique ambulatoire des médecins sous forme de salariat ou de vacation au cours de la période étudiée, l'indice retenu ne peut qu'être sous-estimé.

Le nombre moyen de visites ambulatoires en omnipratique par usager a diminué après 1994-95, passant de 4,30 pour cette année à 4,17 en 1996-97 (tableau 25). Le nombre moyen de visites ambulatoires spécialisées par usager a, par contre, augmenté au cours de la période d'observation, passant de 3,89 en 1992-93 à 4,03 en 1996-97. Ces différences semblent peu prononcées, mais elles sont significatives.

TABLEAU 25
ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES PAR USAGER, PAR AN

Variable	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997
	nb	nb	nb	nb	nb
Omnipratique	4,27	4,22	4,30	4,23	4,17
Spécialité	3,89	3,91	3,99	4,03	4,03

ANALYSE GLOBALE DES RÉSULTATS

3.1 Une offre de services qui se modifie

Moins d'hospitalisations et des séjours plus courts

Dans le contexte de la réorganisation des services en santé physique où le système doit évoluer d'une situation où il y a une utilisation importante des services en institution à celle où le recours aux services ambulatoires prend davantage d'importance, le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée devrait diminuer. C'est ce qui s'est produit au cours de la période d'observation, bien que la baisse du nombre d'hospitalisations entre 1990-91 et 1996-97 ait été faible. La relative stabilité du nombre de cas admis en centre hospitalier au cours de cette période cache une réalité fort différente selon le type de soins en cause²¹. Le nombre d'hospitalisations en chirurgie a constamment diminué à partir de la période d'observation, alors qu'en médecine, ce nombre s'est accru jusqu'en 1994-95, pour connaître une baisse par la suite. Les progrès réalisés dans le domaine médical et technologique, qui ont permis le recours à une pratique axée sur les soins d'un jour, se sont fait sentir plus rapidement en chirurgie, ce qui explique que la réduction des admissions en chirurgie se soit manifestée plus tôt.

La réduction de la durée de séjour représente une autre facette des mesures prises pour offrir des soins, des traitements et des services de façon différente. On peut l'observer tout au long de la période étudiée. Une telle diminution résulte de plusieurs facteurs, dont les améliorations sur le plan des traitements chirurgicaux (adoption de nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales), de la médication et de la gestion de l'épisode de soins préopératoires. Il est également possible qu'une meilleure concertation entre les établissements et une utilisation plus judicieuse des ressources disponibles dans le milieu de vie des gens aient contribué à réduire le séjour postopératoire. L'amélioration de la gestion des lits disponibles constitue également un facteur à considérer.

On a vu que les gains effectués en ce qui concerne le séjour préopératoire y ont été pour beaucoup dans la réduction de la durée moyenne de séjour. Ces gains s'expliquent notamment par une hausse de la préadmission, étape où l'on vise à effectuer l'ensemble des examens et des consultations préalables à

21. On doit rappeler que nous n'avons pas analysé toute l'activité hospitalière, mais seulement les cas de santé physique traités en médecine et en chirurgie, ce qui veut dire que les cas traités en psychiatrie ou en obstétrique sont exclus de notre étude, tout comme les nouveau-nés.

l'admission avant l'hospitalisation. Faute de données, il est impossible de vérifier dans quelle mesure l'objectif fixé dans le plan d'action sur l'accessibilité des services en chirurgie, – voulant qu'en 1997, 95% des patients dont la chirurgie était prévisible auraient dû subir leurs examens et leurs consultations préopératoires en externe (préadmission) –, a été atteint. Par ailleurs, des gains sont encore possibles au chapitre des interventions à réaliser le jour même de l'admission, malgré les progrès significatifs des dernières années, puisque pour l'année 1996-97, la proportion de chirurgies réalisées le jour de l'admission a atteint 42 %, alors que l'objectif visé était de 85 %.

Malgré l'importance des gains réalisés sur le plan préopératoire pour l'ensemble des interventions chirurgicales, les réductions de séjour pour un certain nombre d'interventions se sont davantage produites sur le plan postopératoire. La cholécystectomie et les opérations majeures sur les articulations et la réinsertion d'extrémités en constituent de bons exemples (annexe 5). Ces gains importants témoignent notamment d'une amélioration des techniques opératoires. Les gains potentiels pouvant être réalisés sur le plan postopératoire dépendent également de la complémentarité et de la concertation entre les établissements du réseau et d'une organisation adéquate des services dans la communauté à la sortie de l'hôpital. À cet égard, l'augmentation des interventions spécialisées observée entre 1994-95 et 1996-97 à l'intérieur du programme de soutien à domicile, même si la part qu'elles occupent demeure marginale, indique un accroissement de l'offre de services par les CLSC. Les données à notre disposition demeurent cependant partielles et ne permettent pas une évaluation approfondie ; à titre d'exemple, les services touchant à la réadaptation ne sont pas inclus dans ces données.

Par ailleurs, avec une hausse de la proportion des hospitalisations présentant un plus grand degré de gravité clinique à la suite d'un transfert de certaines chirurgies en chirurgie d'un jour, les gains au chapitre du séjour postopératoire pourront s'avérer plus difficiles à réaliser. Éventuellement, on pourrait assister à un plafonnement dans la capacité de réduire la durée du séjour hospitalier en chirurgie. On a d'ailleurs observé, en 1996-97, une légère hausse du séjour postopératoire par rapport à l'année précédente. Même si la concertation entre les différents partenaires du réseau est nécessaire pour réduire le séjour postopératoire, cette réduction passe également par les améliorations et les innovations qui pourront être apportées dans le réseau de la santé et des services sociaux sur le plan technologique.

Malgré les gains importants réalisés ces dernières années, il demeure encore possible d'améliorer la situation. Ainsi, une étude menée au Manitoba auprès d'un certain nombre d'hôpitaux a démontré que, même en tenant compte des principales caractéristiques des patients, la durée moyenne de séjour pouvait

varier substantiellement d'un hôpital à l'autre en raison de pratiques différentes²² ; les chercheurs ont observé, pour certains diagnostics comme l'infarctus aigu du myocarde, que la durée de séjour variait de façon non négligeable d'un centre hospitalier à un autre. Ainsi, les résultats de cette étude laissent entendre que des gains en efficience se traduisant par une réduction de la durée moyenne de séjour pourraient être réalisés à l'intérieur de certains centres hospitaliers. Les auteurs estiment que les économies ainsi faites en ce qui concerne les lits disponibles ne réduisent pas pour autant l'accès aux soins hospitaliers, puisqu'il s'agit de traiter de façon plus efficiente les patients dans les lits en place.

La diminution du nombre d'hospitalisations, jumelée au raccourcissement des séjours, s'est traduite par une réduction de plus d'un million de journées d'hospitalisation au total (médecine et chirurgie), ce qui équivaut à la fermeture potentielle d'un nombre substantiel de lits. Dans les faits, la fermeture des lits a été plus importante qu'on pourrait le croire si on tient compte du nombre de journées économisées. Cela ne signifie pas pour autant que la réduction du nombre de journées d'hospitalisation aurait pu être aussi grande que la réduction du nombre de lits, car l'augmentation du taux d'occupation au cours de la période à l'étude peut expliquer une bonne partie de la différence observée.

Des solutions de rechange à l'hospitalisation

La chirurgie d'un jour : une pratique de plus en plus courante

Présente depuis plusieurs années dans la plupart des centres hospitaliers de courte durée, la chirurgie d'un jour est l'une des mesures privilégiées du virage ambulatoire en santé physique. D'abord mise en place dans un contexte de développement des ressources, la chirurgie d'un jour s'effectue dorénavant selon un mode de substitution des ressources et contribue ainsi à réduire le recours à l'hospitalisation.

L'analyse du développement de la chirurgie d'un jour à partir d'une liste d'interventions transférables en chirurgie d'un jour permet de confirmer l'augmentation soutenue de la prestation de services de chirurgie d'un jour et leur évolution pour la période allant de 1990-91 à 1996-97. La substitution de la chirurgie avec hospitalisation par la chirurgie d'un jour est de plus en plus manifeste au cours de ces années.

Par ailleurs, une diminution du nombre total des cas de chirurgie a été observée en 1996-97 comparativement à 1995-96, tant en ce qui a trait à l'ensemble des interventions réalisées en chirurgie qu'aux interventions transférables en chirurgie d'un jour. Dans les deux cas, le nombre de cas de chirurgie d'un jour augmente très légèrement, alors que le nombre de cas de chirurgie avec hospitali-

22. M.D. BROWNELL et N.P. ROOS. 1995. « Variation in length of stay as a measure of efficiency in Manitoba hospitals », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152 n° 5, p. 675-682.

sation diminue de façon plus marquée. Cette diminution n'est donc pas attribuable uniquement au transfert d'activités en chirurgie d'un jour. Différents facteurs peuvent être reliés à cette réduction, soit la fermeture de certains blocs opératoires, le départ à la retraite de certains chirurgiens, des pratiques médicales différentes et l'utilisation d'autres lieux de pratique (cliniques externes, cabinets privés).

En 1996-97, la moitié des interventions chirurgicales ont été faites en chirurgie d'un jour. Cette proportion atteint 83 % si l'on considère les interventions reconnues comme potentiellement transférables en chirurgie d'un jour et se rapproche ainsi de l'objectif à atteindre en 1999, soit 100 % des interventions transférables pour les clientèles admissibles, c'est-à-dire celles répondant aux critères établis pour la sélection des patients en chirurgie d'un jour²³.

Le recours à la chirurgie d'un jour varie selon la nature des interventions. Là où l'utilisation des nouvelles techniques chirurgicales et de nouveaux modes d'anesthésie le permettent, deux situations se profilent. Dans un cas, des interventions, dont notamment celles destinées aux enfants, sont pratiquées à plus de 90 % en chirurgie d'un jour et cette pratique a cours depuis plusieurs années. Dans l'autre, et malgré les avantages que confèrent les changements technologiques, certaines interventions n'ont pas été effectuées aussi majoritairement en chirurgie d'un jour, notamment la cure de hernie inguino-crurale et l'hémorroïdectomie. Le fait que la proportion d'hospitalisations non prévues à la suite de ces interventions en chirurgie d'un jour atteigne 12 % n'est sans doute pas étranger à ce recours moins marqué à la chirurgie d'un jour²⁴. Plusieurs facteurs seraient à l'origine de ces proportions élevées d'hospitalisation après une chirurgie d'un jour selon l'Association des hôpitaux du Québec. Outre les complications chirurgicales et anesthésiques, des facteurs liés à l'organisation des services, tels l'aménagement du programme opératoire et les heures de fermeture de l'unité de soins d'un jour, contribueraient à cette situation.

Quelques interventions couramment pratiquées en chirurgie d'un jour sont maintenant effectuées en clinique externe et dans certains cas en cabinet privé, telles que la libération du canal carpien, de même que la dilatation et le curetage diagnostique sans avortement. Ce déplacement du lieu de réalisation de certaines chirurgies dites « plus légères » vers des milieux moins spécialisés laisse supposer des changements de pratique en chirurgie et devrait s'accroître au cours des prochaines années. D'un autre côté, on note que certains centres hospitaliers au Québec se distinguent en effectuant des interventions plus complexes, telle la cholécystectomie par laparoscopie.

23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La chirurgie d'un jour et son organisation*, op. cit., p. 21-22.

24. P. BOYLE, D. NADEAU et A. FRAMARIN. 1995. op. cit. p. 3.25.

Réduction des services médicaux en omnipratique

Aux mesures prises pour offrir les soins, les traitements et les services de façon différente, s'ajoute la substitution de services offerts à des patients admis en centre hospitalier par des services ambulatoires, qu'ils soient donnés en cabinet privé, au CLSC ou à domicile. Ainsi, une réduction des hospitalisations et du séjour à l'hôpital devrait se manifester par une hausse de la prestation de services ambulatoires permettant d'assurer le suivi des patients.

La réduction observée dans le nombre de services médicaux offerts à des patients hospitalisés au cours des dernières années reflète bien la réduction visée en matière de soins hospitaliers. Par contre, le nombre de services médicaux ambulatoires (d'omnipratique) est aussi en baisse. Cette baisse est observée dans tous les milieux de pratique (à l'exception de l'omnipratique rémunérée à l'acte en CLSC) et de façon plus marquée en clinique externe. Dans l'optique où les services de première ligne devraient être assumés principalement par l'omnipraticien et où le suivi du patient postopéré ou convalescent devrait également être effectué par l'omnipraticien, cette diminution du nombre de visites ambulatoires en omnipratique est inattendue.

Il est peu plausible que cette importante réduction ait été compensée par une augmentation équivalente des visites ambulatoires des omnipraticiens exerçant en CLSC. Rappelons que leur nombre s'est accru de 162 entre 1994-95 et 1996-97. Si chacun d'eux exerçait à temps plein en CLSC (ce qui est peu probable, car seulement 19 % des omnipraticiens travaillant en CLSC y sont à temps plein) et que leur volume d'activités cliniques était du même ordre que celui d'un omnipraticien rémunéré à l'acte en cabinet (ce qui est aussi fort peu probable, étant donné la nature différente de leurs activités), on observerait néanmoins une diminution de 300 000 visites ambulatoires en omnipratique entre 1994-95 et 1996-97.

On peut se demander si une partie de cette diminution peut être attribuable au départ des 265 omnipraticiens qui ont bénéficié du programme d'allocation de fin de carrière en 1996-97 ; les informations disponibles indiquent toutefois que la majorité de ces départs ont eu lieu à la fin de la période étudiée, ce qui laisse peu de place à un changement dans la prestation de services. La mise en place des enveloppes budgétaires fermées pour les services médicaux est un autre facteur qui aurait pu influencer la baisse du nombre de visites, mais à partir de 1996-97 seulement ; les changements dans les plafonds de rémunération, quant à eux, sont survenus trop tard pour que leur influence se fasse sentir sur la prestation des services. Enfin, il est possible que l'élargissement du service téléphonique Info-Santé ait contribué à éviter le recours à un omnipraticien dans certaines circonstances ; rappelons que ce service a traité plus de 2 millions d'appels en 1995-96.

Il est étonnant de constater l'importante diminution du nombre de visites de l'omnipraticien à domicile entre 1990-91 et 1996-97 ; cette diminution est plus

accentuée dans les années précédant la transformation proprement dite et tend à se résorber à partir de 1995-96, sans pour autant atteindre le volume de visites prévalant en 1990-91. L'absence de données disponibles sur la pratique des omnipraticiens en CLSC ne permet pas de savoir si la diminution observée durant la période précédant la transformation a été compensée par une hausse des visites à domicile des médecins travaillant en CLSC.

Les visites en omnipratique à l'urgence ont aussi diminué de façon importante entre 1994-95 et 1996-97 ; cette baisse est difficilement attribuable à un seul facteur, puisque plusieurs changements sont survenus au cours de ces deux années. Il n'est pas possible de quantifier la part attribuable à la fermeture d'hôpitaux, à la fermeture des urgences de certains hôpitaux ou à la substitution possible des services de l'urgence par d'autres types de ressources telles que les CLSC ou le service Info-Santé. On ne peut conclure que cette baisse a été compensée par d'autres ressources ni qu'elle a modifié l'accessibilité des services.

Un rôle croissant des médecins spécialistes dans le secteur ambulatoire

Les visites spécialisées sont en hausse, tout au long de la période d'observation, ce qui laisse supposer que le rôle des spécialistes dans le secteur ambulatoire est de plus en plus important. Cette hausse se reflète dans l'augmentation du nombre moyen de visites par usager (ce nombre est en baisse dans le cas de l'omnipratique). La hausse est observée en clinique externe (ce qui ne surprend pas, car les interventions effectuées en chirurgie d'un jour sont codifiées, sur la demande de paiement du médecin, comme des interventions réalisées en clinique externe) et à l'urgence ; les visites en cabinet ont légèrement diminué au cours des deux dernières années, mais pas suffisamment pour masquer la hausse des visites en clinique externe.

La diminution des visites ambulatoires en omnipratique et la légère hausse des visites spécialisées ont pour effet d'accroître la part de l'ambulatoire attribuable aux visites auprès d'un spécialiste. Cette part est en augmentation constante au cours de la période d'observation, mais la tendance est trop ancienne pour être attribuable à la transformation du réseau. Les données de la Régie de l'assurance maladie révèlent que la pratique médicale spécialisée prend de plus en plus de place, et ce, malgré le rôle que l'on souhaite confier aux omnipraticiens travaillant en première ligne afin de favoriser l'accessibilité, la globalité et la continuité des services^{25 26}. Il est fort probable que la diminution importante des services offerts par les spécialistes à des malades hospitalisés contribue, à l'avenir, à accroître le rôle de ces professionnels en première ligne.

25. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. 1995. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 47 p.

26. B. MILLETTE et autres. 1996. « Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec », *Le Médecin du Québec*, vol. n° 31, p. 87-93.

Malgré la diminution des services ambulatoires spécialisés, le nombre de visites continue néanmoins d'augmenter ; ces données laissent supposer que la mise en place des plafonds de rémunération et des masses salariales fermées aurait eu un effet sur le nombre de services offerts mais non pas sur la disponibilité des spécialistes : plutôt que le nombre de visites, c'est le nombre moyen de services par visite qui a été réduit.

Tendance à une participation accrue des CLSC

Les données partielles dont on dispose indiquent une participation plus grande des CLSC dans la prestation de services aux personnes postopérées et convalescentes. Le groupe formé par ces personnes est en forte croissance, même si celles-ci ne représentaient que 11,2% des usagers du programme de soutien à domicile des CLSC en 1996-97. À la lumière des données disponibles à l'heure actuelle, il est cependant impossible de déterminer, parmi l'ensemble des personnes postopérées ou convalescentes susceptibles de bénéficier d'un suivi par le CLSC après leur sortie de l'hôpital, quelle proportion est effectivement prise en charge ; cette information s'avérerait très pertinente dans l'optique du maintien des services et de la continuité des soins offerts à cette clientèle.

Les données utilisées semblent indiquer une plus grande spécialisation des services à domicile offerts par les CLSC. Par exemple, l'antibiothérapie intraveineuse tend à occuper une place un peu plus grande dans l'activité des CLSC à domicile. Par ailleurs, l'augmentation du nombre d'interventions par usager observée tant pour ce type d'intervention que pour les soins de plaies et les changements de pansements indique que la condition des personnes maintenant traitées par les CLSC serait plus grave. Le manque de données sur les usagers des CLSC et sur les services qui y sont offerts rend difficile l'évaluation, s'il y a eu, du transfert de services vers ce type de ressource. Il serait souhaitable qu'un meilleur système de collecte de l'information soit mis en place par les CLSC afin de fournir une vision plus globale des soins offerts à la population.

3.2 Des changements dans le recours aux services

En changeant de perspective, c'est-à-dire en analysant l'information d'un point de vue populationnel, soit du point de vue de l'usager, il est possible de percevoir certaines tendances en ce qui a trait à l'évolution de l'accessibilité des services en réponse aux changements qui ont eu cours dans le secteur de la santé physique au cours des dernières années. Le taux d'utilisation des services est un des indicateurs retenus pour apprécier le niveau d'accessibilité de ces services dans la population en général. En standardisant les taux afin de garder constant l'effet de l'âge et du sexe, la réduction du nombre d'hospitalisations et du nombre de journées d'hospitalisation est encore plus marquée que ce que le calcul des taux bruts révélait.

Il faut rappeler que le taux standardisé d'hospitalisation combine à la fois le nombre de personnes distinctes hospitalisées au cours d'une période donnée

ainsi que le nombre de fois qu'elles ont été hospitalisées. L'analyse laisse voir que le taux d'hospitalisation a diminué parce que le taux de personnes distinctes hospitalisées a baissé, alors que le nombre moyen de séjours par personne est demeuré relativement stable au fil des années depuis 1992-93. Les résultats indiquent également qu'une proportion importante de personnes séjournent à de multiples reprises à l'hôpital, et cela, en médecine plus particulièrement. En 1996-97, le taux standardisé d'hospitalisation pour des personnes distinctes était de 29,6 pour 1 000 habitants et le taux d'hospitalisation global, de 44 pour 1 000. Cependant, ces données sont très générales et une analyse plus fine serait nécessaire pour approfondir la problématique des séjours multiples ; un projet est d'ailleurs prévu dans ce sens à court terme.

Au cours des deux dernières années, le taux d'hospitalisation en chirurgie a continué à décroître sans qu'il y ait un accroissement équivalent du taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour. Une analyse plus fine des taux d'utilisation (hôpital et chirurgie d'un jour) des interventions à fort volume, qui ont subi une baisse en 1996-97, révèle que dans un bon nombre de cas, il est possible d'attribuer les diminutions observées soit à l'existence d'une alternative médicale au traitement chirurgical (ex. : ulcères), soit au transfert de certaines interventions en clinique externe (ex. : dilatation et curetage sans tumeur maligne), soit à la remise en question par les médecins spécialistes de la pertinence du recours à la chirurgie dans certains cas (ex. : hystérectomies), soit à l'adoption de nouvelles techniques d'intervention (ex. : veines variqueuses). Il n'en demeure pas moins que la baisse du taux d'utilisation observée, notamment en urologie et en cardiologie, peut difficilement s'expliquer autrement que par une diminution de l'offre de services et qu'elle traduit une réduction de l'accès à ces niveaux (annexe 8). Cependant, ces résultats doivent être considérés avec réserve, compte tenu de la durée relativement restreinte de la période d'observation.

Même si l'offre de services était maintenue intégralement, l'existence de listes d'attente constituerait un symptôme de la diminution de l'accès aux services. Le Groupe de soutien à l'accès aux services chirurgicaux a mis en lumière l'importance des listes et des délais d'attente à la fin de l'année 1997²⁷. Les spécialités les plus affectées étaient la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la gynécologie, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie. La durée d'attente variait selon la spécialité, allant de 2,2 mois en chirurgie cardiaque à 8,3 mois en ophtalmologie. En chirurgie d'un jour, les patients en attente se retrouvaient majoritairement en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie, en chirurgie générale et orthopédique. Le délai d'attente était d'environ quatre mois, quelle que soit la spécialité.

Si l'accessibilité des services a diminué pour certaines chirurgies d'un jour, pour d'autres, elle a augmenté. C'est le cas, notamment, de l'ablation de cataractes

27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1998. *Liste d'attente en chirurgie en date du 6 décembre 1997*, Québec Direction générale de la planification et de l'évaluation, Groupe de soutien à l'accès aux services chirurgicaux, 5 p.

par phakofragmentation et de l'excision semi-lunaire du genou, interventions dont la pratique est facilitée par les nouvelles techniques et dont les taux ont augmenté substantiellement au cours des dernières années.

Le maintien de l'accessibilité de la chirurgie a aussi été examiné en suivant l'évolution du recours à des interventions chirurgicales spécifiques. Cet examen visait à vérifier l'hypothèse selon laquelle, dans un contexte de transformation, le taux d'hospitalisation pour des interventions discrétionnaires (soit celles pour lesquelles il existe des variations importantes dans la pratique) devrait diminuer, alors que le taux d'hospitalisation pour des interventions dites pertinentes (c'est-à-dire destinées à accroître la qualité de vie) devrait tout au moins se maintenir. L'éventail des interventions examinées à l'heure actuelle n'est cependant pas assez vaste pour en arriver à des conclusions fermes. L'analyse se complique à cause des modifications survenues au cours des dernières années dans les techniques anesthésiques et chirurgicales pour certaines interventions. De plus, les interventions discrétionnaires sont souvent de nature moins complexe et sont plus propices à être transférées en chirurgie d'un jour, ce qui accroît la difficulté de la comparaison. Cette question sera explorée plus à fond ultérieurement. Tout au plus, pour l'instant, peut-on faire remarquer que les taux d'interventions dites pertinentes examinées n'ont pas baissé au cours des dernières années ; la diminution observée entre 1995-96 et 1996-97 pour le remplacement total de la hanche, par exemple, pourrait être due à une substitution de cette intervention par la pose de la prothèse de la hanche, laquelle a augmenté au cours de la même période, mais cette hypothèse n'a pas encore été vérifiée.

Les résultats pour certaines de ces interventions sont analogues à ce qui a été observé en Ontario au cours de la même période. Ainsi, le taux d'interventions pour la pose de prothèses du genou a également connu une hausse importante en Ontario et se rapprochait sensiblement du taux d'interventions pour le remplacement total de la hanche²⁸. Au Québec, en 1996-97, le taux standardisé d'interventions pour la pose de prothèses du genou dépassait même quelque peu la valeur observée pour le remplacement total de la hanche. Les effets positifs que cette intervention procure sur la qualité de vie et les progrès de la technologie sont deux des facteurs qui expliquent l'augmentation du nombre d'interventions de ce type. Si l'on tient compte de la prévalence des problèmes de cette nature dans une population vieillissante, il y a lieu de croire que la demande pour ce type d'intervention croîtra au cours des années à venir. En outre, les problèmes ostéoarticulaires du genou associés à la pratique de certains sports sont possiblement appelés à croître avec l'essor des activités physiques chez les baby boomers, ce qui pourrait occasionner une plus grande demande pour ce type d'intervention. Au cours de la période à l'étude, le nombre d'interventions impliquant la pose de prothèses du genou est passé d'un peu moins de 1 300 à plus de 2 100. Pour ce qui est de l'hystérectomie, les données

28. C.D. NAYLOR et D.P. DEBOER, *op. cit.*, p. 54-63.

québécoises révèlent la même tendance que celle observée en Ontario, soit une nette diminution.

En médecine, il est beaucoup plus difficile d'expliquer la diminution des hospitalisations par un changement dans les pratiques car les données concernant les soins de jour en médecine demeurent fragmentaires. Néanmoins, les données disponibles laissent entendre qu'une substitution de l'hospitalisation par la médecine de jour se serait produite récemment, sans qu'il soit possible d'en apprécier l'ampleur. Par exemple, depuis 1994-95, le nombre de cas hospitalisés dont l'hospitalisation était évitable a diminué²⁹ (annexe 6). De plus, une analyse de l'évolution des taux d'hospitalisation pour certaines pathologies, qui représentent 41 % des hospitalisations en médecine chez les adultes, laisse également deviner une tendance à la diminution des hospitalisations pour des conditions pour lesquelles une alternative de traitement ou d'investigation diagnostique existe à l'extérieur de l'hôpital ou pour lesquelles un suivi plus systématique peut avoir été mis en place dans la communauté (ex. : hypertension, diabète, angine de poitrine, maladies de l'appareil respiratoire, etc.). En parallèle, les taux d'hospitalisation pour certaines conditions plus complexes ont tendance à se maintenir et même à augmenter (ex. : infarctus aigu avec complication cardiovasculaire, affections cérébrovasculaires).

Il faudra continuer à suivre cette évolution sur un certain nombre d'années et procéder à des analyses complémentaires pour apprécier plus adéquatement l'effet des changements observés sur l'accessibilité des services en médecine. Préalablement, il faudra travailler au développement d'un système d'information capable de recueillir des données valides sur la médecine de jour.

Les tendances observées dans la réduction des hospitalisations en chirurgie et en médecine ne sont pas exclusives au Québec. En Ontario, par exemple, les taux d'hospitalisation, tant en chirurgie qu'en médecine, sont en constante diminution depuis le début de la période d'observation servant de base aux études effectuées dans cette province, soit 1984-85³⁰. Depuis 1990-91, année à partir de laquelle des données sont disponibles et au Québec et en Ontario, les taux standardisés d'hospitalisation en chirurgie sont comparables entre ces deux provinces³¹. En médecine, ils ont toujours été inférieurs au Québec ; un écart moyen d'environ 25 % sépare les deux provinces à ce chapitre, et cet écart a eu

29. Cette analyse a été faite à partir d'une liste d'interventions qui pourraient être pratiquées sans hospitalisation, préparée par le groupe OPTIMAH, *Trousse de repérage et d'application des hospitalisations potentiellement évitables en médecine*, 2^e édition, 1996, Association des hôpitaux du Québec. Les interventions cibles sont regroupées en six groupes : biopsie et ponctions, cardio (cathétérisme cardiaque sans angioplastie), imagerie invasive, endoscopies avec ou sans biopsie, tomodensitométries et examens par résonance magnétique et interventions thérapeutiques, dont diabète et chimiothérapie.

30. GOEL et autres (sous la dir. de), *Patterns of Health Care in Ontario - The ICES Practice Atlas*, 2^e édition, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Studies in Ontario, 1996, 354 p.

31 G. ANDERSON, *op. cit.*, p. OS93-OS101.

tendance à s'amenuiser au cours des dernières années. L'Ontario et le Québec ont subi des baisses analogues du nombre de journées d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour depuis un peu plus de cinq ans.

CONCLUSION

La phase actuelle de réorganisation des services de santé a accentué les tendances déjà observables depuis plusieurs années dans la prestation et dans l'utilisation de ces services. L'objectif de substitution des services hospitaliers par des services ambulatoires a été en grande partie atteint, principalement pour ce qui a trait à la chirurgie ; la situation est beaucoup moins évidente pour les traitements réalisés en médecine, à la fois en raison du manque d'information concernant le développement de la médecine de jour et l'ensemble des services offerts par les CLSC, mais aussi en raison de la diminution inattendue du nombre de visites ambulatoires en omnipratique au cours des dernières années. Ce dernier facteur, tout comme la diminution du nombre total de chirurgie pratiquée et l'existence de listes d'attente pour l'obtention de certains traitements chirurgicaux, nous empêchent de conclure au maintien de l'accessibilité des services ; au stade actuel de l'avancement des travaux, il est cependant impossible de cerner les situations précises où un problème d'accès a pu se poser. Le présent rapport voulait mettre l'accent sur les résultats observés dans l'ensemble du Québec, ce qui peut masquer des effets décelables uniquement dans certaines régions ou auprès de certains groupes plus vulnérables en raison de leurs caractéristiques propres. C'est ce qui sera mis en lumière dans deux prochains rapports qu seront produits sur ce sujet.

Annexe 1

**Nombre de cas et nombre de journées d'hospitalisation
des personnes admises en courte durée
en 1996-1997**

**Nombre de cas et nombre de journées d'hospitalisation
des personnes admises en courte durée
en 1996-1997**

	Cas admis en courte durée et transférées par la suite en longue durée			Cas admis en courte durée et non transférés par la suite en longue durée		
	Nombre de cas	Séjour total (courte et longue durée ; en jours)	Séjour en longue durée ; en jours	Nombre de cas	Séjour total (courte durée ; en jours)	Séjour moyen (courte durée ; en jours)
Chirurgie	900	104 881	59 954	198 659	1 639 233	8,25
Médecine	4 554	394 845	251 365	342 805	2 717 074	7,93

**Séjour moyen en courte durée de personnes transférées
par la suite en longue durée**

Chirurgie : $(104\,881 - 59\,954) = 44\,927$ $44\,927 / 900 = 49,9$ jours

Médecine : $(394\,845 - 251\,365) = 143\,480$ $143\,480 / 4\,554 = 31,5$ jours

**Séjour moyen en courte durée incluant les personnes ayant séjourné en
courte durée avant d'être transférées en longue durée**

Chirurgie : $(44\,927 + 1\,639\,233) / (900 + 198\,659) = 8,44$ jours

Médecine : $(143\,480 + 2\,717\,074) / (4\,554 + 342\,805) = 8,23$ jours

Annexe 2

Les interventions transférables en chirurgie d'un jour

Les interventions transférables en chirurgie d'un jour

Interventions	Code CCDATC*
Avancement/recul des muscles oculaires	23.29
Extraction extracapsulaire cristallin	27.51, 27.59
Autre extraction cristallin (sauf intracapsulaire)	
Extraction cataracte membraneuse secondaire	27.61
Phakofragmentation et aspiration de cataracte	27.62
Autre extraction du cristallin	27.69
Correction chirurgicale de prominauris	30.49
Myringotomie avec insertion de tube	32.01
Turbinectomie	33.51, 33.59
Rhinoplastie	33.73, 33.74, 33.76
Ethmoïdectomie	34.54
Amygdalectomie avec/sans adénoïdectomie	40.19, 40.29, 40.59
Excision lésion larynx	42.09
Ligature et tringlage veines variqueuses (membres inf.)	50.48
Lymphadénectomie simple	52.11 à 52.19
Excision destruction localisée lésion tissu gros intestin	57.29
Chirurgie fistule/sphincter/tissu anal ou périanal	
Incision ou excision de tissu périanal	61.01 à 61.04
Incision ou excision de fistule anale	61.11, 61.12
Excision destruction localisée lésion tissu de l'anus	61.29
Section du sphincter anal	61.49
Ablation des hémorroïdes	61.36
Cure d'hernie inguino-crurale (enfants et adultes)	65.01 à 65.04 65.11 à 65.14
Suppression de sténose urétrale	70.49
Excision d'hydrocèle/varicocèle tunique vaginale	
cordon spermatique	73.19, 75.09
Orchidopexie	74.49
Laparoscopie diagnostique	66.83
Destruction occlusion bilatérale trompes endoscopie	78.31 à 78.39
Destruction lésion tissu cervical	79.22, 79.29
Dilatation et curetage diagnostique (sans avortement) **	81.09
Autre excision destruction localisée vulve périnée	83.29
Excision localisée lésion sein	97.11
Mastectomie partielle	97.28
Libération canal carpien**	17.33
Bunietomie	89.41, 89.49
Excision localisée tissu osseux	89.50 à 89.59
Exérèse appareil fixation interne	90.60 à 90.69
Excision cartilage semi-lunaire genou	92.32
Arthroscopie de la plupart des articulations	92.80 à 92.89
Excision incision lésion de la main	94.01, 94.21, 94.35
Excision tendon bourse et autres parties molles	95.21, 95.29, 95.49

* CCDATC : Classification canadienne des actes diagnostics, thérapeutiques et chirurgicaux.

** Ces interventions sont pratiquées en externe dans plusieurs milieux.

Source : A. FRAMARIN, D. NADEAU et P. BOYLE. 1995. *La chirurgie d'un jour : peut-on faire plus?* Trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour, 2e édition, Montréal, OPTIMAH, Association des Hôpitaux du Québec, collection Trousse d'implantation, n° 1, annexe 1.

Annexe 3

**Sélection des données pour la chirurgie d'un jour :
fiche explicative**

Sélection des données pour la chirurgie d'un jour : fiche explicative

Validation des données

Avant 1995-96, certains hôpitaux ne rapportaient pas leurs activités en soins infirmiers d'un jour (centre d'activité utilisé avant 1995 et incluant la chirurgie d'un jour) pour compilation au fichier MED-ÉCHO. Afin d'assurer la comparabilité des données d'une année à l'autre, pour la période allant de 1990-91 à 1996-97, certains ajustements ont été apportés aux données originales obtenues.

Certains centres hospitaliers n'ont pas été retenus pour cette période. Les critères suivants ont été utilisés dans la sélection effectuée :

- les établissements qui n'ont pas déclaré d'activités en chirurgie d'un jour (ou en soins infirmiers d'un jour) mais qui ont déclaré des hospitalisations dont la date d'admission est la même que la date de sortie ont été retenus ;
- les établissements qui n'ont pas déclaré d'activités dans MED-ÉCHO avant 1995-96 alors qu'ils en réalisaient n'ont pas été retenus (c'est le cas de l'hôpital de Chicoutimi, par exemple) ;
- les centres de santé n'ont pas été retenus puisqu'ils n'ont pas effectué de chirurgie d'un jour pendant la période à l'étude ;
- pour l'année 1992-93, le centre hospitalier régional de l'Outaouais (région 07) n'a pas été retenu puisqu'il n'a pas déclaré d'activités en chirurgie d'un jour alors qu'il en déclarait pour les autres années ;
- les centres hospitaliers effectuant seulement de la chirurgie avec hospitalisation ont été exclus des calculs (c'est le cas du Centre hospitalier thoracique de Montréal) ;
- en 1996-97, tous les centres hospitaliers et certains centres de santé qui ont déclaré des cas de chirurgie d'un jour ont été retenus.

Annexe 4

Définition des centres d'activité du programme de soutien à domicile

Définition des centres d'activité du programme de soutien à domicile

Soins infirmiers à domicile

Activités reliées aux soins infirmiers prodigués aux bénéficiaires dans leur milieu naturel, lorsque leur état le permet, afin d'éviter l'hospitalisation ou d'en diminuer la durée.

Aide à domicile

Activités reliées à des services de soutien et d'aide offerts en vue du maintien à domicile et de la préservation du milieu familial.

Services spécialisés à domicile

Traitement des bénéficiaires, dans le cadre des services de maintien à domicile, par les diverses actions et pratiques suivantes :

- techniques d'inhalothérapie pour les bénéficiaires affectés de troubles respiratoires ;
- traitements de physiothérapie par des moyens physiques et par l'utilisation d'agents naturels : air, eau, chaleur, etc.
- traitements d'ergothérapie visant la réadaptation fonctionnelle des bénéficiaires par l'activité thérapeutique.

Services psychosociaux à domicile

Activités offertes aux bénéficiaires dans le cadre des services de maintien à domicile et ayant pour objet de soutenir les personnes qui vivent une situation psychologique et sociale difficile. Ces services comprennent également les activités menant à des mesures de placement substitut touchant ces bénéficiaires.

Annexe 5

**Séjours pré et postopératoires selon certains DRG,
1990-1991 et 1996-1997**

Séjours pré et postopératoires selon certains DRG, Québec, 1990-1991 et 1996-1997

DRG	1990-1991		1996-1997		Diminution	
	Séjour préopératoire (en jours)	Séjour postopératoire (en jours)	Séjour préopératoire (en jours)	Séjour postopératoire (en jours)	Séjour préopératoire (en jours)	Séjour postopératoire (en jours)
05 107	4,5	8,8	2,9	7,3	1,6	1,5
06 148	6,0	16,1	4,3	13,1	1,7	3,0
06 162	1,3	2,8	0,4	1,5	0,9	1,3
07 197	3,3	7,7	2,7	4,4	0,6	3,3
07 198	1,9	4,8	0,9	1,9	1,0	2,9
08 209	3,2	17,7	1,5	12,6	1,7	5,1
08 211	2,1	17,3	1,0	11,7	1,1	5,6
12 337	2,4	4,9	1,0	3,3	1,4	1,6
13 359	1,6	5,5	0,6	4,0	1,0	1,5
Ensemble des DRG	2,9	6,6	2,1	6,2	0,8	0,4

Description des DRG :

05107 : pontage coronarien sans cathétérisme

06148 : opération majeure de l'intestin, avec cc

06162 : hernie inguinale fémorale > 17 ans sans cc

07197: cholécystectomie sans exploration avec cc

07198: cholécystectomie sans exploration sans cc

08209 : opérations majeures des articulations et réinsertion d'extrémités

08211 : opérations hanche + fémur sauf... > 17 ans sans cc

12337 : prostatectomie sans cc

13359 : opérations de l'utérus sans tumeur maligne sans cc

Note : cc signifie complication.

Annexe 6

Recours à l'hospitalisation de personnes distinctes

**Changements dans le recours à l'hospitalisation en chirurgie,
de 1992-1993 à 1996-1997**

	Nb pers. distinctes	Nb d'hosp.	Taux pers. dist.	Taux hosp.	Nb hosp/pers.	Taux réhospit.
1992-1993	212 432	257 669	29,5	35,8	1,21	21,3
1993-1994	207 907	253 765	28,4	34,6	1,22	22,1
1994-1995	198 745	244 734	26,7	32,8	1,23	23,1
1995-1996	181 599	225 306	24,0	29,7	1,24	24,1
1996-1997	160 519	198 659	20,8	25,7	1,24	23,8
Var. 1996/1992	-24,4	-22,9	-29,4	-28,2	1,7	0,12

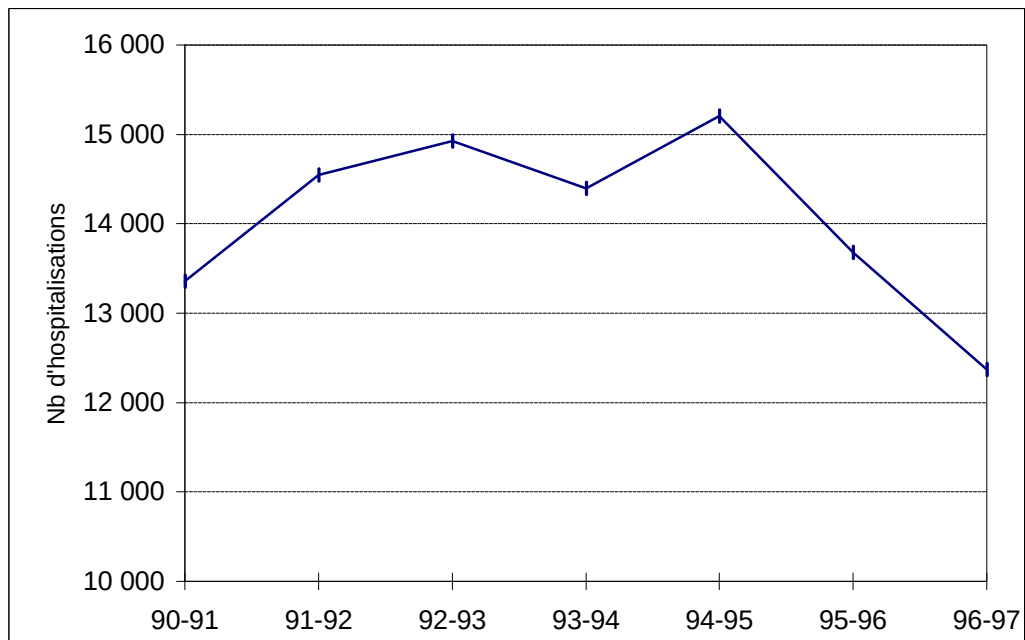
**Changements dans le recours à l'hospitalisation en médecine,
de 1992-1993 à 1996-1997**

	Nb pers. distinctes	Nb d'hosp.	Taux pers. dist.	Taux hosp.	Nb hosp/pers.	Taux réhospit.
1992-1993	221 391	327 874	30,7	45,4	1,48	48,1
1993-1994	236 497	350 240	32,1	47,5	1,48	48,1
1994-1995	240 507	361 840	32,1	48,2	1,50	50,4
1995-1996	237 611	358 058	31,1	46,8	1,50	50,7
1996-1997	230 108	342 805	29,6	44	1,48	49,0
Var. 1996/1992	3,9	4,6	-3,3	-3,1	0,3	0,02

Annexe 7

**Évolution du nombre d'hospitalisations
potentiellement évitables, de 1990-1991 à 1996-1997**

Évolution du nombre d'hospitalisations potentiellement évitables, de 1990-1991 à 1996-1997



Annexe 8
Évolution du nombre de cas et du taux d'hospitalisation
et de chirurgie d'un jour pour certains DRG chirurgicaux,
1995-1996 et 1996-1997

Évolution du nombre de cas et du taux d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour pour certains DRG chirurgicaux*, 1995-1996 et 1996-1997

		1995-96		1996-97		96-97/95-96	95-96	96-97	95-96	96-97
		Total (Hosp. + CDJ)		Total (Hosp. + CDJ)		Total (H+ CDJ)	Hospitalisations		Chirurgie d'un jour	
DRG chirurgicaux	Code	Cas (nb)	Taux	Cas (nb)	Taux	% var taux	Taux	Taux	Taux	Taux
Autres opérations intra-oculaires sauf rétine, iris et cristallin	42	2 756	35,64	2 361	29,85	-16,25	22,71	16,37	12,93	13,48
Rhinoplastie	56	3 336	46,31	2 749	38,06	-17,81	17,29	10,73	29,01	27,33
Opérations sur amygdales et adénoïdes, âge < 18	58	6 973	97,02	5 864	81,82	-15,67	4,94	2,86	92,08	78,96
Amygdalectomie et adénoïdectomie, sans autre opér. âge > 17	59	2 420	35,13	2 176	31,43	-10,52	9,35	5,19	25,78	26,24
Amygdalectomie et adénoïdectomie sans autre opér., âge < 18	60	10 608	149,07	9 121	127,70	-14,33	12,06	6,59	137,01	121,11
Opérations cardiovasculaires majeures avec cc	110	1 232	15,91	1 109	14,01	-11,93	15,87	13,99	0,04	0,02
Ligature et stripping veines variqueuses	119	5 337	70,86	4 312	56,60	-20,13	27,11	15,31	43,75	41,29
Opérations mineures gros intestin et intestin grêle, sans cc	153	2 380	31,71	1 600	21,10	-33,46	21,85	17,06	9,86	4,04
Opérations estomac, oesophage et duodénum, âge > 17 avec cc	154	2 016	25,93	1 856	23,28	-10,20	25,04	23,12	0,89	0,16
Opérations estomac, oesophage et duodénum, âge > 17 sans cc	155	4 037	52,61	2 405	30,65	-41,74	29,85	25,19	22,76	5,46
Opérations région anale, périanale et stomie sans cc	158	7 784	103,06	6 816	89,11	-13,54	10,20	8,31	1,55	1,59
Cure hernie inguinale et fémorale âge > 17, avec cc	161	1 412	18,10	1 255	15,76	-12,92	94,56	61,72	66,70	88,04
Opérations sur la bouche sans cc	169	1 353	18,14	1 237	16,31	-10,09	4,42	4,03	13,72	12,29
Autres opérations appareil digestif sans cc	171	1 027	14,10	745	10,15	-28,01	8,28	6,56	5,82	3,59
Biopsie sein et excision locale tumeur bénigne	262	5 402	71,87	4 835	63,62	-11,47	7,24	3,70	64,63	59,92
Opérations par voie transurétrale sans cc	311	4 548	59,08	4 107	52,25	-11,58	37,10	29,70	21,99	22,55
Prostatectomie transurétrale avec cc	336	1 219	15,56	1 054	13,06	-16,09	15,46	13,02	0,10	0,04
Prostatectomie transurétrale sans cc	337	3 183	41,14	2 755	34,87	-15,25	39,42	32,69	1,73	2,18
Circoncision âge > 17	342	1 203	16,45	1 064	14,34	-12,85	1,10	0,41	15,35	13,93
Opérations utérus et annexes sans tumeur maligne, avec cc	358	2 713	35,55	2 343	30,16	-15,15	34,03	28,30	1,51	1,87
Section des trompes et laparoscopie	361	5 675	80,58	4 696	66,61	-17,34	11,78	8,75	68,80	57,86
Dilatation et curetage conisation et radio-implantation pour tumeur maligne	363	1 157	15,70	997	13,38	-14,74	5,88	4,22	9,82	9,16
Dilatation et curetage conisation sans tumeur maligne	364	7 141	94,75	6 244	82,12	-13,32	11,02	6,52	83,73	75,60
Autres raisons d'admission avec opérations	461	2 422	32,93	1 937	26,17	-20,53	8,19	7,04	24,74	19,13
Autres opérations vasculaires sans cc	479	1 518	19,62	1 371	17,32	-11,71	17,64	14,98	1,97	2,34
Opérations sur le cou et dos sauf fusion vertébrale sans cc	758	3 045	40,60	2 732	35,79	-11,84	39,62	34,76	0,97	1,04

* Nombre de cas du total (hospitalisation et CDJ) supérieur à 1 000 et pourcentage de variation des taux du total (hospitalisation et CDJ) (1996-1997/1995-1996) de plus de 10 %.

Note : cc signifie « complication ».

COLLECTION ÉTUDES ET ANALYSES

DERNIERS TITRES PARUS

- N° 41 **Facteurs explicatifs des variations territoriales du recours à l'hospitalisation.**
(J. PICHÉ et H. CÔTÉ – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, 1998)
- N° 40 **Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux**
1 : Rétention et autosuffisance des régions en matière de services médicaux ambulatoires et d'hospitalisation.
(L. TRAHAN, M. DEMERS et coll. P. BROSSEAU – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1998)
2 : Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires – ensemble du Québec.
(L. TRAHAN, P. BÉGIN, M. DEMERS et P. LAFONTAINE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1999)
- N° 39 **Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements de la recherche évaluative.**
(A. GAUTHIER – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1998)
- N° 38 **Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec.**
(A. LEBEAU, G. VERMETTE et C. VIENS – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 37 **Pour une aide adaptée aux besoins des personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de leurs proches.**
(J. TENDLAND – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 36 **Synthèse du contexte structurel des pratiques intersectorielles en toxicomanie.**
(A. LEBEAU, C. VIENS et G. VERMETTE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 35 **Soutien à la transformation du réseau – Évaluation des besoins en lits pour les soins de courte durée physique – PHASE II.**
(J.-B. PERRY – Direction des normes et standards d'allocation et d'organisation des ressources, 1997)
- N° 34 **La toxicomanie au Québec – Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990.**
(L. GUYON et Y. GEOFFRION – RISQ, Direction de la planification, 1997)
- N° 33 **Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie.**
(R. HÉBERT *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 32 **Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission – Une mise à jour.**
(L. TRAHAN – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 31 **Les coûts directs de l'infection au VIH et du sida au Québec – Évolution et perspectives pour l'an 2000.**
(D. BOUCHARD – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 30 **La capitation régionale, une avenue d'intérêt ?**
(Y. BRUNELLE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 29 **L'allocation directe au Québec : des modes de fonctionnement variés à découvrir, des points de vue à faire connaître.**
(A. TOURIGNY *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 28 **Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes.**
(J. OTIS – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)

- N° 27 **Évolution de la consommation de soins hospitaliers de courte durée par les personnes âgées : une mise à jour.**
(M. LEVASSEUR – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 26 **Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention.**
(M. CLERMONT – Direction de la planification, 1996)
- N° 25 **Évaluation de l'impact de la tarification des médicaments sur le profil de consommation des personnes âgées.**
(S. RHEAULT *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1995)
- N° 24 **Évaluation des modalités de financement dans le domaine sociosanitaire.**
(S. RHEAULT – Direction de l'évaluation, 1994)
- N° 23 **La violence familiale : perspective systémique et essai de synthèse.**
(M. CLARKSON – Direction de la planification, 1994)
- N° 22 **L'évaluation économique des modes d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Recension des méthodes et des résultats.**
(S. RHEAULT – Direction de l'évaluation, 1994)
- N° 21 **Impact des changements démographiques sur l'évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux.**
(M. ROCHON – Direction de la planification, 1994)
- N° 20 **Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles.**
(L. GARANT – Direction de l'évaluation, 1994)
- N° 19 **Une évaluation de la prestation de services dans les CLSC et les centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie.**
(L. TRAHAN, L. BÉLANGER et M. BOLDUC – Direction de l'évaluation, 1994)
- N° 18 **L'état de santé perçu et les habitudes de vie des corésidents de personnes présentant des troubles mentaux.**
(D. ST-LAURENT – Direction de la planification, 1993)
- N° 17 **Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie.**
(C. MOISAN et S. LAFLAMME-CUSSON – Direction de l'évaluation, 1993)
- N° 16 **La qualité des soins et services : un cadre conceptuel.**
(Y. BRUNELLE – Direction de l'évaluation, 1993)
- N° 15 **Les programmes de soutien familial : une alternative au placement des jeunes ?**
(L. GARANT – Direction de l'évaluation, 1992)
- N° 14 **Situation dans les salles d'urgence 1988-1991.**
(M. BRETON et F. CAMIRAND – Direction de l'évaluation, 1992)

La collection « Études et Analyses », publiée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation, prend la relève de la collection du même nom produite par la Direction de l'évaluation de 1982 à 1988 (n^{os} 1 à 32), ainsi que de la collection « Études de santé » du Service des études socio-sanitaires, publiée de 1986 à 1987 (n^{os} 1 à 4).

La liste complète des documents publiés peut être obtenue à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
1075, chemin Sainte-Foy, 11^{ème} étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Tél. : (418) 646-8890