

40

**Collection
ÉTUDES ET ANALYSES**

**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**

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**

1

**RÉTENTION
ET AUTOSUFFISANCE
DES RÉGIONS EN MATIÈRE
DE SERVICES MÉDICAUX
AMBULATOIRES
ET D'HOSPITALISATION**

**Lysette Trahan
Marie Demers
Collaboration : Pauline Brosseau**

1998



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>

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1998

Bibliothèque nationale du Canada, 1998

ISBN 2-550-33222-9

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 des services et les coûts de ceux-ci.

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 complétée 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 sur le sujet.

Les études permettront de faire le point sur une situation à une date déterminée, l'information pouvant être mise à jour éventuellement, mais ce ne sera pas leur seule contribution. L'intérêt de publier une étude, à un moment précis, se justifie tout autant par l'explication et la réflexion qu'elle propose au sujet des changements en train de s'opérer ou de leurs conséquences, réelles ou prévisibles, ou par la clarification qu'elle permet de concepts mal définis. Également, 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 la pertinence de certains choix organisationnels déjà arrêtés ou à fixer à court ou à moyen terme, représente autant d'avantages complémentaires à une publication continue des résultats des travaux de recherche et d'évaluation en la matière.

Résumé

Cette étude examine l'évolution de la rétention et de l'autosuffisance des régions en matière de services médicaux ambulatoires et d'hospitalisation de courte durée au cours des années 1990 au regard de la transformation du réseau de la santé. Les résultats permettent de voir dans quelle mesure la situation décrite coïncide avec les objectifs poursuivis et rendent compte des disparités régionales.

L'analyse s'appuie sur des données contenues dans les fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie, pour ce qui est des services médicaux ambulatoires, et pour ce qui a trait à l'hospitalisation, sur celles du fichier MED-ÉCHO. La période étudiée inclut les années 1992-93 à 1995-96 pour les services ambulatoires et 1990-91 à 1995-96 pour l'hospitalisation. Les services médicaux ambulatoires incluent les services dispensés en cabinet privé, en clinique externe, à l'urgence et à domicile par les médecins rémunérés à l'acte. Dans le cas de la chirurgie d'un jour, seules les données de l'année 1995-96 étaient assez complètes pour être retenues ici.

La rétention régionale indique dans quelle mesure les résidents d'une région donnée utilisent les services médicaux dans leur propre région. Cet indicateur s'avère très élevé pour les services d'omnipratique, avec plus de 90 % dans onze des seize régions étudiées, et il varie peu au cours de la période déterminée. Par ailleurs, il n'y a pas de lien entre les variations régionales et la disponibilité d'omnipraticiens dans la région.

Pour les services spécialisés, la rétention est plus variable d'une région à l'autre. Ainsi, elle est supérieure à 90 % dans six régions, dont les trois régions universitaires ainsi que le Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Outaouais et l'Abitibi-Témiscamingue, et montre une progression dans sept régions, soit le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie-Bois-Francis, la Côte-Nord, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches et les Laurentides. La rétention est associée à la disponibilité de spécialistes dans la région.

Pour l'hospitalisation et pour la chirurgie d'un jour, les six mêmes régions que pour les services spécialisés montrent un degré de rétention supérieur à 90 %. La rétention est liée jusqu'à un certain point à la disponibilité de médecins spécialistes dans la région et au nombre de lits dressés par 1 000 habitants. Dans le cas de l'hospitalisation, le degré de rétention est assez stable au cours de la période étudiée et c'est dans les régions périphériques de Montréal qu'il progresse le plus, là même où le manque était le plus grand au départ.

L'autosuffisance régionale, pour sa part, indique dans quelle mesure la prestation de services dans une région suffit à répondre à la consommation de sa population, peu importe le lieu où les personnes reçoivent les services. Elle est définie ici en fonction du volume de services ou des coûts attribuables à une région, sans égard au type de services utilisés, qui serait beaucoup plus difficile à mesurer. Six régions peuvent être considérées comme autosuffisantes ou quasi autosuffisantes en ce qui concerne les coûts des services d'omnipratique utilisés par leur population, soit les trois régions universitaires de même que le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue, et quatre autres relativement aux coûts des services spécialisés, à savoir les trois régions universitaires et le Saguenay-Lac-Saint-

Jean. Une très légère amélioration de l'autosuffisance régionale est décelée au cours de la période étudiée dans cinq régions en ce qui a trait aux services d'omnipratique et une amélioration un peu plus prononcée est observée dans la moitié des régions pour ce qui est des services spécialisés. Toutefois, cette progression ne débute pas avec l'accentuation de la transformation du réseau.

Au regard de l'hospitalisation, cinq régions peuvent être qualifiées d'autosuffisantes, soit les trois régions universitaires, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Outaouais. Une réserve s'impose toutefois dans le cas de l'Outaouais en raison du fait que l'hospitalisation hors Québec n'a pas été prise en compte dans cette étude. Par ailleurs, l'Abitibi-Témiscamingue et le Bas-Saint-Laurent tendent aussi vers l'autosuffisance et une amélioration a été notée au cours de la période à Laval, dans les Laurentides et en Montérégie.

Quant à la chirurgie d'un jour, les trois régions universitaires, celles du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue se sont montrées autosuffisantes en 1995-96.

L'étude révèle que le degré de rétention d'une région ne varie pas uniquement en fonction de la disponibilité des ressources dans la région, mais dépend aussi du pouvoir d'attraction qu'exercent les régions environnantes, du comportement des dispensateurs de services et des usagers et de facteurs géographiques et historiques. Ainsi, l'autosuffisance d'une région ne garantit pas la rétention de sa clientèle.

Un phénomène d'imbrication des clientèles des différentes régions sociosanitaires pour les services ambulatoires spécialisés et l'hospitalisation se manifeste principalement à Montréal et dans ses quatre régions périphériques. L'examen de la rétention et du pouvoir d'attraction de chaque région ainsi que la prise en compte du comportement des omnipraticiens dans l'orientation de leurs patients vers les spécialistes fait ressortir que les liens entre les régions sont multiples et non unidirectionnels (où Montréal drainerait la clientèle des autres régions). Ainsi, par exemple, malgré une faible rétention et une faible autosuffisance, la région de Laval exerce un grand attrait sur la clientèle de ses régions limitrophes aussi bien pour les services ambulatoires d'omnipratique et de spécialité que pour l'hospitalisation. De plus, malgré la grande disponibilité des ressources, les omnipraticiens de Montréal réfèrent leurs patients à des médecins de l'extérieur de la région presque aussi souvent que ceux de la Mauricie–Bois-Francs. Cette réalité devra être prise en compte au moment de formuler des objectifs quant à la rétention et à l'autosuffisance régionales.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Région	Services médicaux ambulatoires								Hospitalisation			
	Rétention				Autosuffisance				Rétention		Autosuffisance	
	Omnipratique		Spécialité		Omnipratique		Spécialité					
	>90 %	↗	>90 %	↗	OUI	↗	OUI	↗	>90 %	↗	OUI	↗
01	X			X	X			X				
02	X		X	X	X	X	X	X	X		X	
03	X		X		X		X		X		X	
04	X			X				X				
05	X		X		X		X	X	X		X	
06	X		X		X		X		X		X	
07	X		X						X		X	
08	X	X	X		X	X			X			
09	X			X				X				
10												
11	X	X		X				X				
12	X	X		X		X		X				
13		X								X		X
14		X										
15		X		X		X		X		X		X
16		X				X				X		X

↗ : En hausse

Note : La chirurgie d'un jour n'est pas incluse dans ce tableau en raison de l'absence de données évolutives à ce sujet.

Remerciements

Cette étude s'insère dans un projet plus vaste qui vise à évaluer les effets de la transformation du réseau de soins en santé physique au Québec. Elle constitue la première d'une série d'études réalisées sur le sujet par la Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Les auteures désirent remercier toutes les personnes qui y ont collaboré dont les deux autres membres du groupe qui ont apporté leurs commentaires, soit madame Pauline Brosseau, du Service de l'évaluation des politiques et des programmes et monsieur Pierre Lafontaine, du Service de la recherche, de même que nos partenaires des régies régionales, soit madame Carole Roy, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, monsieur André Tourigny, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, monsieur Pierre Tousignant, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, et monsieur Yves Desjardins, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. Nos remerciements s'adressent également aux deux lecteurs externes, soit monsieur Jacques Piché, du Service du développement d'indicateurs, et le docteur Michel Masson, de la Direction de l'analyse des programmes et des statistiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les données nécessaires à l'analyse nous ont été fournies par madame Hélène Boucher, du Service de la recherche (pour les données concernant l'hospitalisation et la chirurgie d'un jour), et par monsieur François Bégin, du Service du soutien professionnel et de la rémunération (pour les données sur les services médicaux ambulatoires). Enfin, nous exprimons nos remerciements à madame Lise Lapointe, du Service de l'évaluation des politiques et des programmes, pour la mise en pages du document.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODOLOGIE.....	3
SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES	7
RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES	7
Services d’omnipratique	7
Services spécialisés.....	10
ATTRACTION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES	14
Services d’omnipratique	15
Services spécialisés.....	15
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES.....	18
Services d’omnipratique et services spécialisés	18
TRAFFIC INTERRÉGIONAL AU NIVEAU DES DEMANDES DE CONSULTATION.....	21
HOSPITALISATION.....	23
RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D’HOSPITALISATION	23
ATTRACTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D’HOSPITALISATION.....	29
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D’HOSPITALISATION	30
RELATION ENTRE LES SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES ET L’HOSPITALISATION.....	35
CHIRURGIE D’UN JOUR.....	37
RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE CHIRURGIE D’UN JOUR.....	37
ATTRACTION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE CHIRURGIE D’UN JOUR	39
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE CHIRURGIE D’UN JOUR	40
RELATION ENTRE L’HOSPITALISATION ET LA CHIRURGIE D’UN JOUR	43
CONCLUSION.....	45
ANNEXE	49

Liste des tableaux

TABLEAU 1 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE	8
TABLEAU 2 PROPORTION DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE SELON LA RÉGION DE PRESTATION ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE EN 1995-1996.....	10
TABLEAU 3 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS	11
TABLEAU 4 PROPORTION DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS SELON LA RÉGION DE PRESTATION ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE EN 1995-1996.....	13
TABLEAU 5 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE	20
TABLEAU 6 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS.....	20
TABLEAU 7 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION EN 1995-1996	24
TABLEAU 8 ÉVOLUTION DU DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE, 1990-1991 À 1995-1996	29
TABLEAU 9 ÉVOLUTION DE L'AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE DE 1990-1991 À 1995-1996	34
TABLEAU 10 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE DE LA CLIENTÈLE EN CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996.....	38
 TABLEAU A 1 RATIO POPULATION PAR OMNIPRATICIEN SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE, 1991-1995	51
TABLEAU A 2 RATIO POPULATION PAR SPÉCIALISTE SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE, 1991-1995.....	51
TABLEAU A 3 RATIO POPULATION PAR MÉDECIN SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE EN 1995	52
TABLEAU A 4 NOMBRE DE LITS DRESSÉS PAR 1 000 HABITANTS SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS – SITUATION OBSERVÉE AU 31 MARS, 1991 À 1996	55
TABLEAU A 5 PART DE LA PRATIQUE DES SPÉCIALISTES EN CABINET PRIVÉ, EN CLINIQUE EXTERNE ET AUPRÈS DE MALADES HOSPITALISÉS EN 1995-1996	57
TABLEAU A 6 PART DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES ALLANT À LA PRATIQUE EN CLSC, AU SALARIAT ET À LA VACATION EN 1995-1996	59
TABLEAU A 7 DISTRIBUTION DES SPÉCIALISTES PAR RÉGION SOCIO SANITAIRE EN 1995.....	60

Liste des figures

FIGURE 1 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN 1995-1996.....	9
FIGURE 2 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS EN 1995-1996.....	9
FIGURE 3 RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE ET LE NOMBRE D'OMNIPRATICIENS PAR 1 000 HABITANTS EN 1995-1996.....	12
FIGURE 4 RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS ET LE NOMBRE DE SPÉCIALISTES PAR 1 000 HABITANTS EN 1995-1996	12
FIGURE 5 NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN 1995-1996	16
FIGURE 6 NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS EN 1995-1996	16
FIGURE 7 POUVOIR D'ATTRACTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN 1995-1996.....	17
FIGURE 8 POUVOIR D'ATTRACTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS EN 1995-1996	17
FIGURE 9 AUTOSUFFISANCE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE SELON LA RÉGION SOCIOSANITAIRE EN 1995-1996.....	19
FIGURE 10 AUTOSUFFISANCE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS SELON LA RÉGION SOCIOSANITAIRE EN 1995-1996.....	19
FIGURE 11 RÉGIONS DE PROVENANCE ET DE PRESTATION DES CONSULTATIONS DEMANDÉES PAR LES OMNIPRATICIENS EN 1994.....	22
FIGURE 12 PART DES CONSULTATIONS RÉALISÉES DANS LEUR RÉGION DE PROVENANCE EN 1994.....	22
FIGURE 13 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE SELON LA RÉGION SOCIOSANITAIRE EN 1995-1996	23
FIGURE 14 COMPARAISON DU DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR L'HOSPITALISATION SELON LE NIVEAU DES SERVICES, 1995-1996	25
FIGURE 15 RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION ET LE NOMBRE DE LITS DRESSÉS PAR 1 000 HABITANTS, 1995-1996	27
FIGURE 16 RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION ET LE NOMBRE DE SPÉCIALISTES PAR 1 000 HABITANTS, 1995-1996.....	27
FIGURE 17 ÉVOLUTION DU DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE SELON LE TYPE DE RÉGIONS, 1990-1991 À 1995-1996	28
FIGURE 18 NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION, 1995-1996.....	31
FIGURE 19 POUVOIR D'ATTRACTION DES RÉGIONS EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE, 1995-1996	32
FIGURE 20 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE SELON LA RÉGION SOCIOSANITAIRE EN 1995-1996	33
FIGURE 21 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION, SELON LES NIVEAUX DE SERVICES 1 ET 2, 1995-1996	33
FIGURE 22 RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE, DE SPÉCIALITÉ ET D'HOSPITALISATION EN 1995-1996.....	36

FIGURE 23 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE, DE SPÉCIALITÉ ET D'HOSPITALISATION EN 1995-1996	36
FIGURE 24 RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE EN CHIRURGIE D'UN JOUR ET LE NOMBRE DE SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE PAR 10 000 HABITANTS EN 1995-1996.....	38
FIGURE 25 NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE POUR LA CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996.....	39
FIGURE 26 POUVOIR D'ATTRACTION RÉGIONALE POUR LA CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996.....	40
FIGURE 27 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996.....	41
FIGURE 28 RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION ET DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996.....	43
FIGURE 29 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION ET DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996.....	44
FIGURE A 1 RATIO POPULATION : MÉDECIN EN 1995.....	53
FIGURE A 2 RATIO POPULATION : OMNIPRATICIEN EN 1995.....	53
FIGURE A 3 RATIO POPULATION : SPÉCIALISTE EN 1995	53
FIGURE A 4 RATIO POPULATION : SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES EN 1995.....	54
FIGURE A 5 RATIO POPULATION : SPÉCIALITÉS MÉDICALES EN 1995	54
FIGURE A 6 NOMBRE DE LITS DRESSÉS PAR 1 000 HABITANTS SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE AU 31 MARS 1996.....	56
FIGURE A 7 PART DE L'OMNIPRATIQUE ET DES SPÉCIALITÉS DANS LA PRESTATION DE SERVICES À DES MALADES HOSPITALISÉS SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE EN 1995-1996	58

Introduction

Dans le cadre de la transformation actuelle du réseau de la santé au Québec, plusieurs régions tentent d'accroître leur autosuffisance en matière de soins et de services de première ligne ou d'hospitalisation, afin de garantir à tous le meilleur accès possible. L'attribution des budgets de santé sur une base régionale se fait aussi dans une optique où, idéalement, chaque région devient responsable de l'ensemble des soins de santé offerts à sa population.

Dans la foulée des changements et des réorganisations en cours, garantir l'accessibilité et une qualité optimale des services à la population demeure au coeur des préoccupations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette étude s'inscrit à l'intérieur d'un projet plus vaste de la Direction de la recherche et de l'évaluation, qui a pour objet d'évaluer les effets de cette transformation dans son volet « santé physique », où l'accessibilité et la qualité des services font partie des questionnements.

L'objectif de la présente étude, première de la série, est de voir dans quelle mesure la situation actuelle des régions en matière d'autosuffisance répond aux buts que poursuit la transformation du réseau. Elle vise également à clarifier et à distinguer les notions d'autosuffisance et de rétention régionales. Elle aborde aussi l'attrait qu'exerce une région sur les autres en cette matière. En effet, on ne peut traiter de la rétention régionale d'une région sans examiner l'attraction qu'exercent sur elle les autres régions car la rétention est souvent tributaire du pouvoir d'attraction des régions avoisinantes (ces concepts sont définis à la section suivante). L'étude vise en outre à faire ressortir les liens pouvant exister entre l'organisation des services de santé des différentes régions et explore certains facteurs pouvant expliquer la mobilité des clientèles d'une région à l'autre.

Étant donné les objectifs visés par la transformation du réseau, le degré de rétention devrait avoir connu une progression au cours des dernières années, principalement dans les régions où il s'avérait le plus faible. Cet accroissement devrait s'observer aussi bien pour les services médicaux ambulatoires que pour l'hospitalisation de courte durée et la chirurgie d'un jour. On pourrait s'attendre aussi à ce qu'il soit plus accentué pour les services de première ligne, ceux-ci étant plus faciles à rapprocher de la clientèle en raison de l'infrastructure plus légère qu'ils requièrent. Enfin, l'autosuffisance régionale devrait aussi s'améliorer avec la transformation du réseau et les différences entre les régions devraient s'estomper.

Méthodologie

La **réten**tion régionale indique dans quelle mesure les résidants d'une région donnée utilisent les services dans leur propre région. Pour sa part, la notion d'**autosuffisance** régionale indique dans quelle mesure l'offre de services d'une région suffit à répondre à la consommation de sa population. Enfin, la notion d'**attraction** mesure l'importance des services qu'une région dispense à des personnes habitant d'autres régions.

La réten

tion et l'autosuffisance sont examinées sous deux angles: les disparités régionales et l'évolution dans le temps. La période d'observation s'étale de 1992-93 à 1995-96 pour les services ambulatoires¹ et de 1990-91 à 1995-96 en ce qui concerne l'hospitalisation. Pour la chirurgie d'un jour, seules les disparités régionales ont été prises en considération puisque les données antérieures à 1995-96 demeurent incomplètes. Les services ambulatoires considérés sont ceux offerts en cabinet privé, en clinique externe, à l'urgence et à domicile par les médecins rémunérés à l'acte, puisque ce sont les seuls services pour lesquels le bénéficiaire est connu. L'information provient des banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les services ont été partagés en deux catégories selon qu'il s'agissait de services d'omnipratique ou de spécialité car le degré de réten

tion diffère beaucoup dans les deux cas. Les services psychiatriques ont été exclus car cette étude ne porte que sur la santé physique. La disponibilité régionale de certaines ressources (médecins et lits de soins de courte durée) a également été considérée.

Soulignons qu'il ne s'agit pas ici de tracer un portrait exhaustif de l'ensemble des soins ambulatoires dispensés au Québec, mais plutôt de voir de quelle façon se distribuent et évoluent les services que donnent les médecins rémunérés à l'acte. Rappelons que ce mode de rémunération comptait pour 87,4 % de l'ensemble des coûts générés par la pratique médicale en 1995.

Les hospitalisations en soins de courte durée sont comptabilisées à partir du nombre de congés enregistrés selon la région où s'est faite l'hospitalisation et celle d'où provenait les usagers. Les hospitalisations de courte durée en psychiatrie ont été exclues pour ne conserver que celles en santé physique, et ce, sans égard à la lourdeur des cas hospitalisés. Ces données proviennent du fichier MED-ÉCHO-DRG. Les chirurgies d'un jour, dont les données émanent aussi de ce fichier, sont comptabilisées à partir du nombre de congés enregistrés selon la région où elles ont été pratiquées et selon la région où réside l'utilisateur.

Il est important de rappeler qu'aucune référence n'est faite aux besoins de santé de la population de chaque région, puisque l'étude déborderait alors largement les modestes objectifs visés. Les résultats présentés ici doivent donc être considérés comme globaux, avec toutes les limites que cela comporte. Cette vision est d'ailleurs en accord avec les objectifs formulés par les régions dans leur plan de transformation, et qui visent à retenir leur clientèle régionale.

1 Pour les services ambulatoires, la région de résidence de l'utilisateur n'était pas disponible avant 1992, ce qui explique l'absence de données pour les années 1990-91 et 1991-92.

Pour l'analyse, les régions sociosanitaires ont été regroupées en quatre catégories selon le regroupement adopté par le comité tripartite qui s'est penché sur l'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique². Cette typologie regroupe les régions en fonction de leurs caractéristiques communes. On y retrouve les régions universitaires : Québec (03), Estrie (05) et Montréal-Centre (06); les régions périphériques : Chaudière-Appalaches (12), Laval (13), Lanaudière (14), Laurentides (15) et Montérégie (16); les régions intermédiaires : Bas-Saint-Laurent (01), Saguenay–Lac-Saint-Jean (02), Mauricie–Bois-Francs (04) et Outaouais (07), et les régions éloignées : Abitibi-Témiscamingue (08), Côte-Nord (09), Nord-du-Québec (10) et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11). Compte tenu de leur grande spécificité en ce qui concerne la distribution de leur population et l'organisation de leur système de soins, les régions du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) n'ont pas été incluses dans cette étude (voir la carte ci-contre).

2 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1994. *L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique*. Rapport final du comité tripartite, Québec, 96 p.

Territoires des Régies régionales du Québec

RSS	NomRSS
01	Bas-Saint-Laurent
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean
03	Québec
04	Mauricie et Centre-du-Québec
05	Estrie
06	Montréal-Centre
07	Outaouais
08	Abitibi-Témiscamingue
09	Côte-Nord
10	Nord-du-Québec
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
12	Chaudière-Appalaches
13	Laval
14	Lanaudière
15	Laurentides
16	Montréal-Metropolitain
17	Nunavik
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James

Près de Montréal

MSSS, Analyse statistique, mars 1998.

Services médicaux ambulatoires

Rétention régionale en matière de services ambulatoires

Le degré de rétention régionale indique dans quelle mesure les résidents d'une région donnée utilisent les services médicaux dans leur propre région. Le degré de rétention a été déterminé en calculant la part des coûts des services reçus dans la région par les résidents de cette région; les coûts retenus sont les coûts réels payés au médecin. Ainsi, un degré de rétention régionale de 95 % signifie que 95 % des coûts générés par la population d'une région découlent des services qui lui ont été dispensés dans sa propre région. Cet indicateur a été calculé pour l'ensemble des services médicaux ambulatoires offerts à la population admissible au régime d'assurance maladie du Québec dans le cadre de la rémunération à l'acte, pour les années 1992-93 à 1995-96. Il a été déterminé séparément pour les services d'omnipratique et les services spécialisés.

- **Services d'omnipratique**

Pour les services ambulatoires d'omnipratique, le degré de rétention régionale a peu varié au cours des quatre années considérées (tableau 1). Il est supérieur à 90 % dans onze des seize régions examinées et ce, pour chacune des années étudiées. Cinq de ces régions présentent un taux supérieur à 95 % pour ces quatre années, soit celles du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de Québec, de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue. Dans le cas de l'Outaouais, les données doivent être interprétées avec prudence car elles ne tiennent pas compte des services reçus hors Québec.

La région de Laval présente le plus faible degré de rétention pour ce qui est des services ambulatoires d'omnipratique dispensés aux habitants de sa région; il se situe à 72 % pour les quatre années étudiées. Dans l'ensemble, les régions périphériques de Montréal ont un degré de rétention plus faible (figure 1), bien qu'on y dénote une très légère augmentation depuis quatre ans. La population de ces régions a recours aux services des omnipraticiens de Montréal-Centre pour une part importante de ses soins de santé (tableau 2), ce qui s'explique en partie par la plus faible disponibilité d'omnipraticiens sur leur territoire comparativement aux autres régions du Québec (tableau A1) et par l'attrait qu'exerce Montréal sur sa périphérie en tant que région universitaire disposant d'une multitude de ressources. L'attraction qu'exerce Montréal est également liée au fait que bon nombre de résidents des régions périphériques y travaillent et qu'il s'avère souvent plus facile pour eux de consulter un médecin durant les heures de travail qui, généralement, coïncident avec les heures d'ouverture des cabinets. La faible distance entre Montréal et sa banlieue représente un autre facteur qui attire les clientèles de la périphérie.

Deux autres régions, le Saguenay–Lac-Saint-Jean et la Mauricie–Bois-Francs, ont aussi moins d'omnipraticiens sur leur territoire, mais n'étant pas aussi rapprochées d'une région universitaire, elles présentent néanmoins un fort degré de rétention. Il n'y a donc pas de relation, à l'échelle du Québec, entre la rétention pour les services ambulatoires d'omnipratique et la disponibilité d'omnipraticiens dans une région donnée (figure 3). On note à cet égard que les quatre régions périphériques de Montréal et celle de la Mauricie–Bois-Francs, par exemple, montrent des degrés de rétention très différents malgré un ratio d'omnipraticiens par 1 000 habitants assez similaire.

TABLEAU 1 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE				
Région	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
	%	%	%	%
01	95,3	95,8	96,2	95,9
02	97,1	97,3	97,4	97,5
03	96,4	96,7	96,7	96,6
04	93,9	94,2	94,1	94,2
05	94,6	95,0	95,0	94,8
06	94,2	94,3	94,4	94,3
07	97,0	97,3	97,3	97,2
08	96,1	96,5	96,7	96,9
09	92,3	93,1	93,0	92,8
10	81,9	77,8	82,1	78,6
11	92,4	92,7	93,0	93,0
12	90,6	91,1	91,3	91,3
13	72,1	72,6	72,6	72,6
14	78,6	79,2	79,0	79,7
15	83,2	84,2	84,4	84,7
16	88,5	88,9	89,1	89,1

Note : Le degré de rétention indique la part des coûts des services utilisés dans la région par les résidents d'une région donnée.

Le Nord-du-Québec connaît aussi une plus faible rétention en ce qui concerne les services ambulatoires d'omnipratique. Le taux ne descend toutefois pas sous 77,8 % et on n'y a pas enregistré de progression au cours de la période étudiée. Les habitants de cette région ont fréquemment recours aux services d'omnipratique offerts en Abitibi-Témiscamingue (tableau 2). En raison de l'étendue du territoire et de la dispersion de la population, il est souvent plus pratique pour les habitants des secteurs limitrophes d'avoir recours aux services de la région voisine. De plus, certaines villes de cette région faisaient historiquement partie d'autres régions sociosanitaires avant le redécoupage, ce qui peut expliquer les habitudes d'utilisation des services de leurs habitants. Il faut aussi souligner l'importance des services en CLSC dans cette région (tableau A6); ces services ont été exclus de la présente analyse car les médecins y pratiquant sont rémunérés autrement qu'à l'acte et, par conséquent, le bénéficiaire des services ainsi dispensés n'est pas connu. Si l'on fait l'hypothèse que ces services s'appliquent intégralement à la population du Nord-du-Québec, le degré de rétention atteint alors 92 % au lieu de 78,6 % pour l'année 1995-96. Ce facteur joue beaucoup moins dans les autres régions, où le volume total de services dispensés est plus élevé et où la part allant à la pratique en CLSC est moins importante. Mentionnons toutefois que la part de la pratique en CLSC compte pour plus de 20 % des coûts dans deux autres régions, la Côte-Nord et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. En supposant que les services ainsi dispensés s'adressent à la population de ces régions, l'ajustement apporté pour tenir compte de ces coûts ne fait augmenter le degré de rétention régionale que de 2 % environ dans chaque cas.

FIGURE 1
DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES
SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN 1995-1996

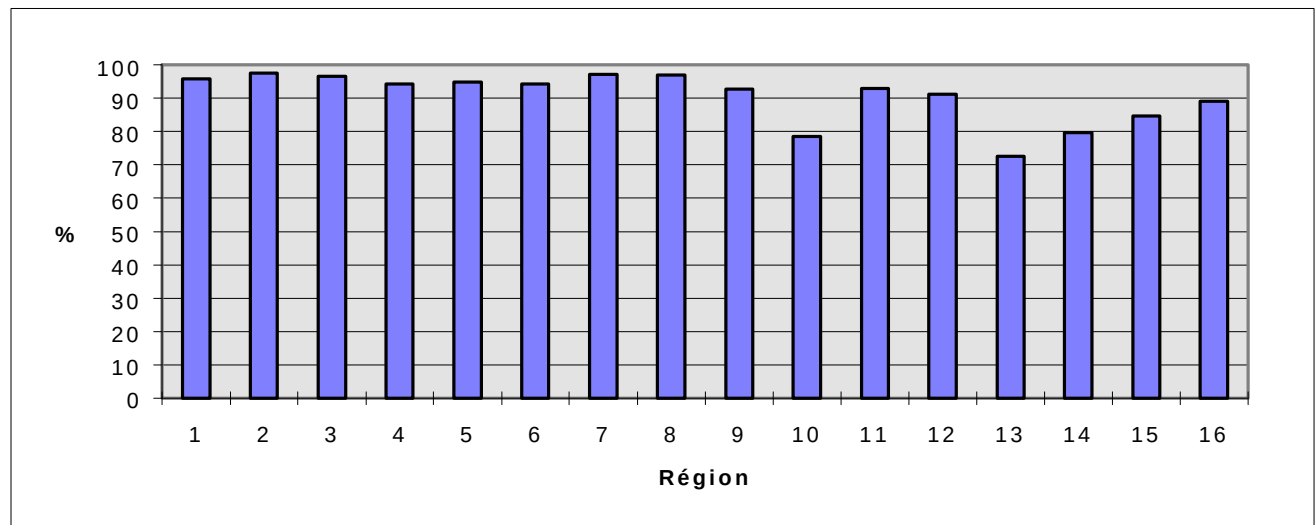


FIGURE 2
DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES
SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS EN 1995-1996

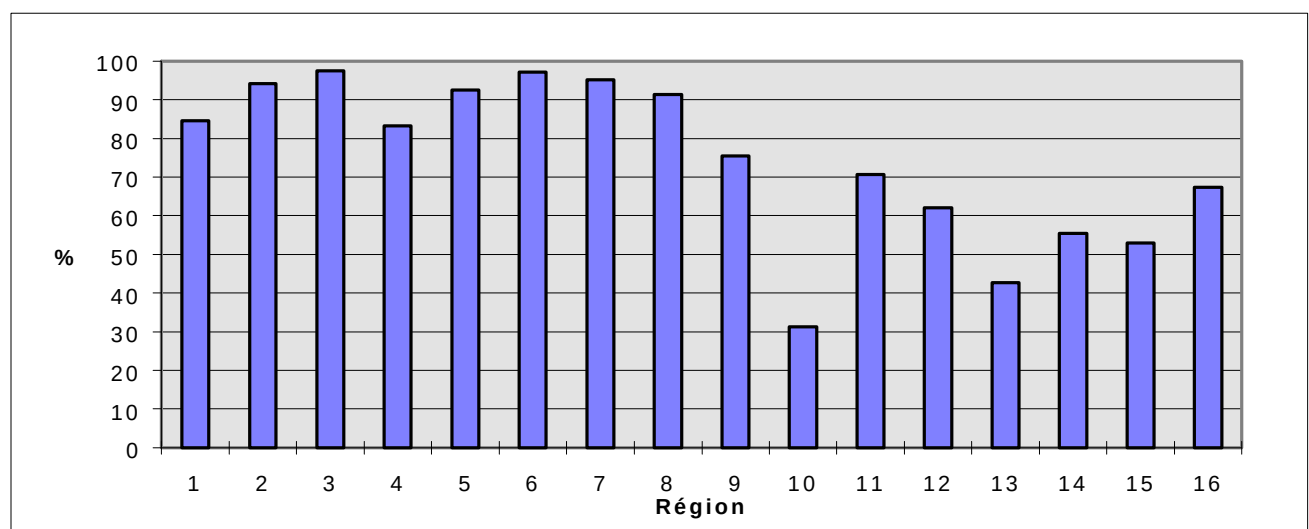


TABLEAU 2
PROPORTION DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE
SELON LA RÉGION DE PRESTATION ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE EN 1995-1996

Région de résidence	Région de prestation																Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	
01	95,9	0,1	1,5	0,1	0,2	0,6	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,6	0,1	0,1	0,1	0,4	100,0
02	0,1	97,5	0,9	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	100,0
03	0,2	0,3	96,6	0,3	0,2	0,5	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,1	0,3	100,0
04	0,1	0,2	0,8	94,2	0,8	1,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,3	0,1	1,6	100,0
05	0,1	0,1	0,3	0,5	94,8	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,1	0,1	0,1	1,9	100,0
06	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	94,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,4	0,7	0,7	2,2	100,0
07	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,7	97,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,9	0,3	100,0
08	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,7	0,5	96,9	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	100,0
09	0,6	1,5	2,2	0,2	0,2	1,0	0,1	0,1	92,8	0,0	0,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,5	100,0
10	0,4	3,8	1,3	0,5	0,5	0,8	0,7	11,2	0,2	78,6	0,1	0,4	0,1	0,2	0,7	0,7	100,0
11	1,5	0,1	1,5	0,2	0,3	1,8	0,1	0,0	0,1	0,0	93,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,6	100,0
12	0,5	0,1	6,4	0,4	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	91,3	0,0	0,1	0,1	0,2	100,0
13	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	20,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	72,6	1,3	4,1	0,8	100,0
14	0,0	0,1	0,1	0,6	0,1	10,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	4,4	79,7	3,5	0,9	100,0
15	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	6,3	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	6,3	0,9	84,7	0,7	100,0
16	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4	9,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	89,1	100,0

Étant donné le niveau de rétention déjà élevé des différentes régions sociosanitaires pour les services ambulatoires d'omnipratique, sa stabilité dans le temps surprend peu. Les changements organisationnels liés à la transformation du réseau de soins ne semblent pas avoir entraîné de modifications substantielles dans la distribution régionale des omnipraticiens et même si tel avait été le cas, les habitudes de consommation de soins (choix du dispensateur et du lieu de dispensation) ne sont pas sujettes à des variations subites, à moins que des facteurs contraignants n'interviennent. Cela dit, une légère amélioration de la rétention en services ambulatoires d'omnipratique est néanmoins notée au cours de la période d'observation en Abitibi-Témiscamingue, en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine ainsi que dans trois des quatre régions périphériques de Montréal et dans celle de Chaudière-Appalaches.

• Services spécialisés

Pour les services ambulatoires spécialisés, le degré de rétention varie davantage d'une région à l'autre (figure 2). Comme on pouvait s'y attendre, les régions universitaires présentent des degrés de rétention très élevés, en lien avec l'importance de leurs ressources spécialisées (tableau A2). Le degré de rétention de ces régions a connu, par ailleurs, une grande stabilité entre 1992-93 et 1995-96 (tableau 3). Le Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Outaouais et l'Abitibi-Témiscamingue enregistrent également un fort degré de rétention qui varie, selon la région, entre 90 % et 95 %.

TABLEAU 3 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS				
Région	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
	%	%	%	%
01	80,1	82,6	83,4	84,5
02	93,0	93,3	93,8	94,1
03	97,4	97,5	97,5	97,4
04	80,3	82,6	83,3	83,3
05	92,1	92,5	92,3	92,5
06	97,1	97,1	97,1	97,1
07	95,1	95,4	95,4	95,2
08	90,0	90,9	92,0	91,4
09	72,7	73,3	74,1	75,4
10	32,2	32,6	32,9	31,3
11	61,9	65,4	67,0	70,6
12	59,2	60,2	61,5	62,0
13	42,1	43,0	43,6	42,7
14	54,2	55,4	55,7	55,4
15	51,5	52,0	52,6	53,0
16	66,5	67,2	67,5	67,4

Note : Le degré de rétention indique la part des coûts des services utilisés dans la région par les résidents de cette région.

La rétention touchant les services ambulatoires spécialisés est plus faible dans les régions périphériques de Montréal ainsi que dans le Nord-du-Québec; dans ce dernier cas, il faut toutefois mentionner qu'une part importante des coûts des services spécialisés provient du salariat ou de la vacation, ce qui peut entraîner une sous-estimation du degré de rétention (tableau A6). Les habitants de la région de Laval ont recours aux médecins de Montréal-Centre pour plus de 50 % de leurs services ambulatoires spécialisés et ceux des régions de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie, pour près du tiers (tableau 4). La population du Nord-du-Québec fait appel aux spécialistes du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue pour plus de la moitié de ses services ambulatoires spécialisés. La région de Chaudière-Appalaches dépend, quant à elle, de la région de Québec pour le tiers de ses services ambulatoires spécialisés.

FIGURE 3
RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES
SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE ET LE NOMBRE D'OMNIPRATICIENS
PAR 1 000 HABITANTS EN 1995-1996

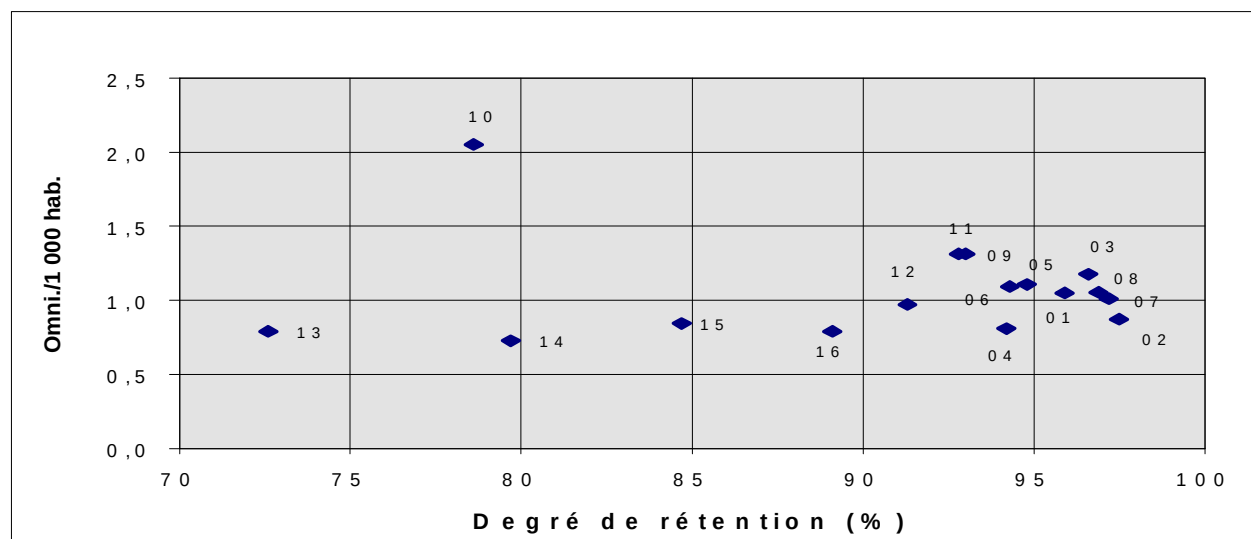


FIGURE 4
RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR LES
SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS ET LE NOMBRE DE SPÉCIALISTES
PAR 1 000 HABITANTS EN 1995-1996

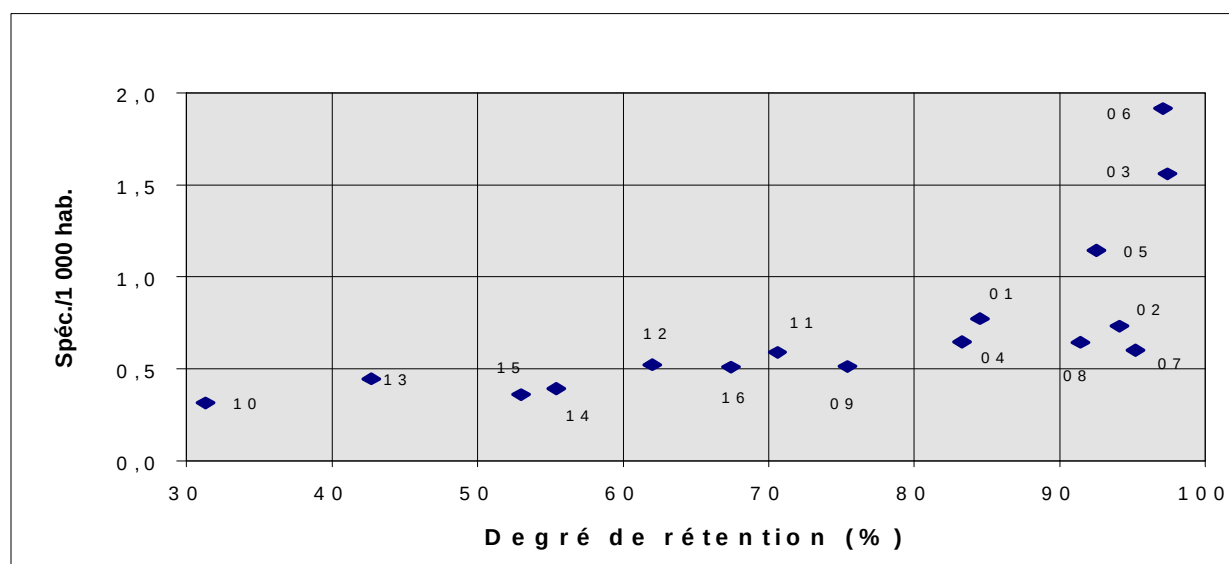


TABLEAU 4 PROPORTION DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS SELON LA RÉGION DE PRESTATION ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE EN 1995-1996																	
Région de résidence	Région de prestation																
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	Total
01	84,5	0,1	10,3	0,1	0,1	1,6	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	2,5	0,1	0,0	0,0	0,3	100,0
02	0,0	94,1	4,1	0,1	0,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	100,0
03	0,1	0,2	97,4	0,2	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0
04	0,0	0,4	5,7	83,3	2,8	4,9	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,2	0,1	2,0	100,0
05	0,0	0,1	0,6	1,2	92,5	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,1	0,0	0,1	1,5	100,0
06	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	97,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,4	0,2	1,1	100,0
07	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	2,9	95,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,3	100,0
08	0,0	0,1	0,6	0,2	0,2	6,0	0,4	91,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	100,0
09	1,1	6,7	13,0	0,2	0,2	2,2	0,0	0,0	75,4	0,0	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,4	100,0
10	0,2	28,9	5,8	0,7	0,5	3,9	0,5	25,9	0,2	31,3	0,0	0,3	0,2	0,1	0,3	0,9	100,0
11	12,5	0,1	8,8	0,2	0,3	5,9	0,0	0,1	0,1	0,0	70,6	0,6	0,2	0,1	0,1	0,7	100,0
12	0,6	0,1	34,8	0,4	1,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	62,0	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0
13	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	53,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	42,6	0,5	2,7	0,5	100,0
14	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1	32,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4	55,4	3,4	0,9	100,0
15	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	33,2	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	11,7	0,5	53,0	0,7	100,0
16	0,0	0,0	0,2	0,2	1,0	30,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	67,4	100,0

Les régions qui montrent le plus faible degré de rétention pour les services ambulatoires spécialisés sont celles où la disponibilité de médecins spécialistes est la moins grande. Les régions périphériques de Montréal et celle de Chaudière-Appalaches subissent en outre l'attraction de la région universitaire qu'elles avoisinent. Néanmoins, on note une grande variabilité du degré de rétention dans ces régions malgré un ratio de spécialistes par 1 000 habitants assez similaire (figure 4). Enfin, on constate que les régions dotées d'un degré de rétention supérieur à 90 % présentent des ratios spécialistes par 1 000 habitants très différents les uns des autres.

La faible rétention des régions périphériques de Montréal pourrait aussi s'expliquer par une moins grande disponibilité de certains services spécialisés (ex. : allergie, physiatrie, rhumatologie) (tableau A7), contraignant ainsi les omnipraticiens de ces régions à référer leurs patients vers des spécialistes pratiquant dans Montréal-Centre (ce phénomène est discuté plus en détail dans une autre section). Enfin, comme pour l'omnipratique, il est souvent plus facile pour la population des banlieues de consulter un spécialiste dans la région de Montréal-Centre, compte tenu de la proximité géographique et du fait que plusieurs y travaillent.

Le degré de rétention de sept régions connaît une progression constante en ce qui a trait aux services ambulatoires spécialisés. Il s'agit du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie-Bois-Francs, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches et des Laurentides (tableau 3). Cette progression est observée tout au

long de la période de suivi. C'est en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine que cette progression est la plus accentuée, le degré de rétention ayant passé de 61,9 % en 1992-93 à 70,6 % en 1995-96.

L'accélération de la transformation du réseau depuis 1995 n'a pas eu d'effets évidents jusqu'à maintenant sur le degré de rétention des différentes régions sociosanitaires en ce qui concerne les services ambulatoires d'omnipratique et les services spécialisés dispensés à leur population. Dans environ la moitié des régions, une progression du degré de rétention a été observée tout au long de la période de suivi. Le peu de temps écoulé depuis le début de la transformation invite cependant à la prudence dans l'interprétation des résultats.

Le fait de n'avoir inclus que les services rémunérés à l'acte peut avoir entraîné une légère sous-estimation du degré de rétention principalement dans les régions éloignées où les autres modes de rémunération comptent pour une part importante de la pratique médicale. Il est cependant impossible de déterminer la part du salariat et de la vacation qui va à la prestation de services médicaux. Par exemple, les coûts attribués aux heures de disponibilité du médecin ne sauraient être considérés de la même façon que ceux liés à la prestation de services cliniques. Il apparaît ainsi que la mesure la plus adéquate du degré de rétention est celle qui se base essentiellement sur les services réellement dispensés puisqu'on peut alors s'assurer de la comparabilité de ces coûts.

Attraction régionale en matière de services médicaux ambulatoires

On ne peut traiter de la rétention d'une région sans examiner l'attraction qu'exerce sur elle les autres régions car la rétention régionale est souvent tributaire du pouvoir d'attraction que peuvent exercer les régions environnantes. L'examen de cet aspect permet de faire ressortir les interconnexions existant entre les systèmes de soins des différentes régions.

Une région peut à la fois avoir un fort degré de rétention et une faible attraction pour la population d'autres régions. C'est le cas de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine pour les services ambulatoires d'omnipratique. En revanche, une région peut avoir un moindre degré de rétention mais un fort pouvoir d'attraction sur les régions environnantes. C'est le cas de Laval, aussi bien pour les services d'omnipratique que pour les services spécialisés tel qu'illustré par le niveau de desserte extrarégionale (figures 5 et 6). Ces deux figures indiquent dans quelle mesure une région dispense des services à des résidents d'autres régions. Ainsi, le niveau de desserte extrarégionale représente la part des coûts des services dispensés à des résidents d'autres régions parmi l'ensemble des coûts des services dispensés dans une région.

Comme un niveau élevé de desserte extrarégionale peut s'avérer trompeur si le volume des services dispensés dans une région est faible, le pouvoir d'attraction a été déterminé de façon à prendre en compte le volume de services ainsi dispensés. Cet indice a été obtenu en déterminant la répartition régionale des coûts des services attribuables à une clientèle extrarégionale.

- **Services d'omnipratique**

Pour les services ambulatoires d'omnipratique, les régions de Montréal-Centre et de Laval présentent le plus haut niveau de desserte extrarégionale et le plus fort pouvoir d'attraction (figures 5 et 7). Le fait que la région de Québec se retrouve au cinquième rang seulement pour le pouvoir d'attraction surprend peu compte tenu du degré de rétention très élevé des régions qui l'entourent.

Le pouvoir d'attraction élevé de Laval indique que ses services sont fréquemment utilisés par la population des trois régions limitrophes, soit Montréal-Centre, Lanaudière et Laurentides (tableau 2). Bien que Laval ait moins d'omnipraticiens que la plupart des autres régions, elle opère un plus grand partage de leurs activités cliniques, de telle sorte que le faible degré de rétention y est combiné à un fort pouvoir d'attraction. Ces données suggèrent que le faible degré de rétention relevé à Laval n'est pas attribuable uniquement à une plus faible disponibilité des ressources sur son territoire, mais aussi à une forte mobilité de sa clientèle et des clientèles des régions limitrophes. La Montérégie possède également un pouvoir d'attraction assez élevé, en raison surtout de l'importance des coûts générés par la clientèle provenant de Montréal-Centre. Les Laurentides ont également un pouvoir d'attraction plus grand que celui de Québec puisque la région partage ses services d'omnipratique avec les régions voisines de Laval, Montréal-Centre et Lanaudière.

Le plus faible degré de rétention des régions périphériques de Montréal, combiné à un pouvoir d'attraction assez élevé, illustre bien l'imbrication des clientèles des services ambulatoires d'omnipratique dans Montréal et sa périphérie. On ne saurait parler d'objectif d'autosuffisance régionale sans tenir compte de cette réalité.

- **Services spécialisés**

Montréal-Centre se démarque nettement des autres régions par son pouvoir d'attraction en matière de services ambulatoires spécialisés (figures 6 et 8). Québec et Laval suivent, mais de plus loin. La région de Québec partage ses services spécialisés principalement avec celle de Chaudière-Appalaches, mais aussi avec d'autres régions dont les principales sont, dans l'ordre, la Mauricie-Bois-Francs, le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Côte-Nord (tableau 4). Quant à Laval, elle partage ses services spécialisés avec ses trois régions limitrophes. Notons qu'à Laval, près de 80 % des services ambulatoires spécialisés sont dispensés en cabinet privé, ce qui est beaucoup plus élevé que dans les autres régions, où l'activité des spécialistes est plus importante en milieu hospitalier (tableau A5). Il y aurait donc lieu, à cet égard, d'examiner si le partage des services spécialisés concerne les services en cabinet ou les services ambulatoires en milieu hospitalier.

FIGURE 5
NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE POUR LES
SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN 1995-1996

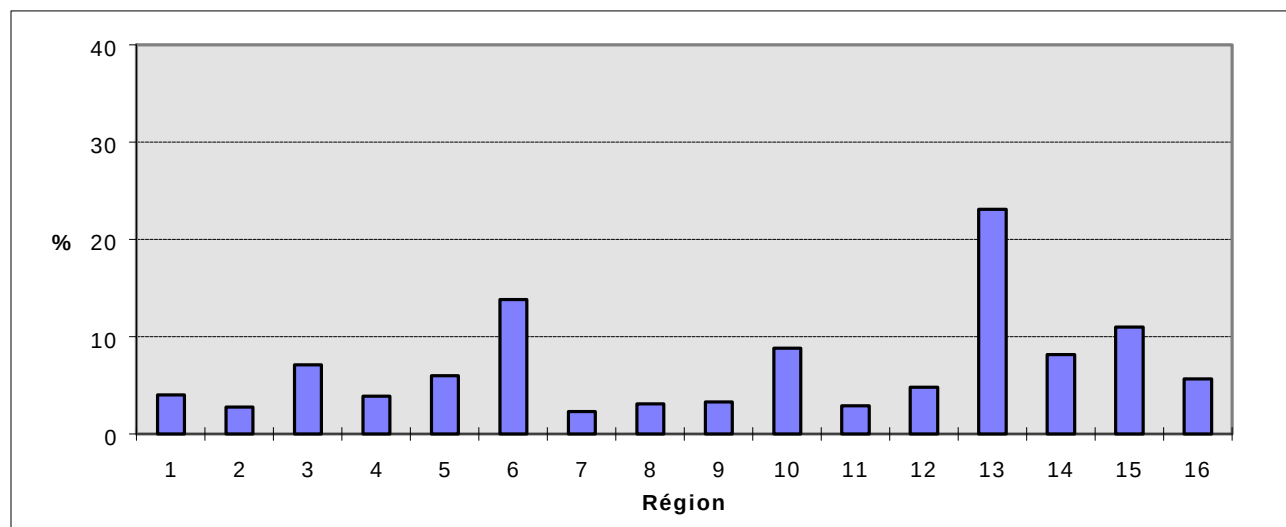
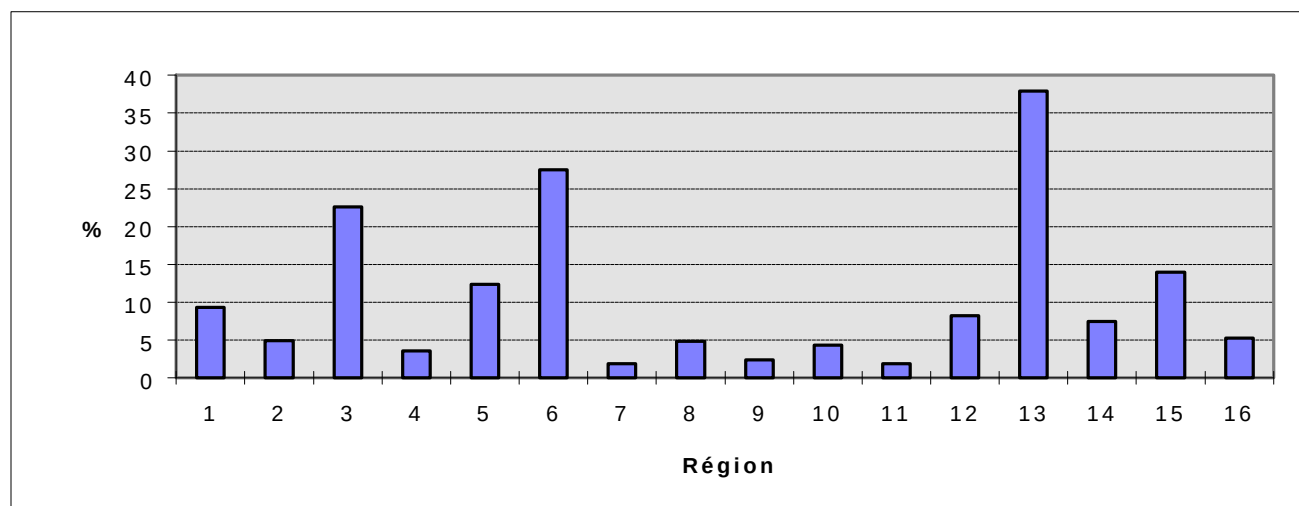


FIGURE 6
NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE POUR LES
SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS EN 1995-1996



Note : Le niveau de desserte extrarégionale indique la part des coûts des services dispensés dans une région à des résidents d'autres régions.

FIGURE 7
POUVOIR D'ATTRACTION RÉGIONALE POUR
LES SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN 1995-1996

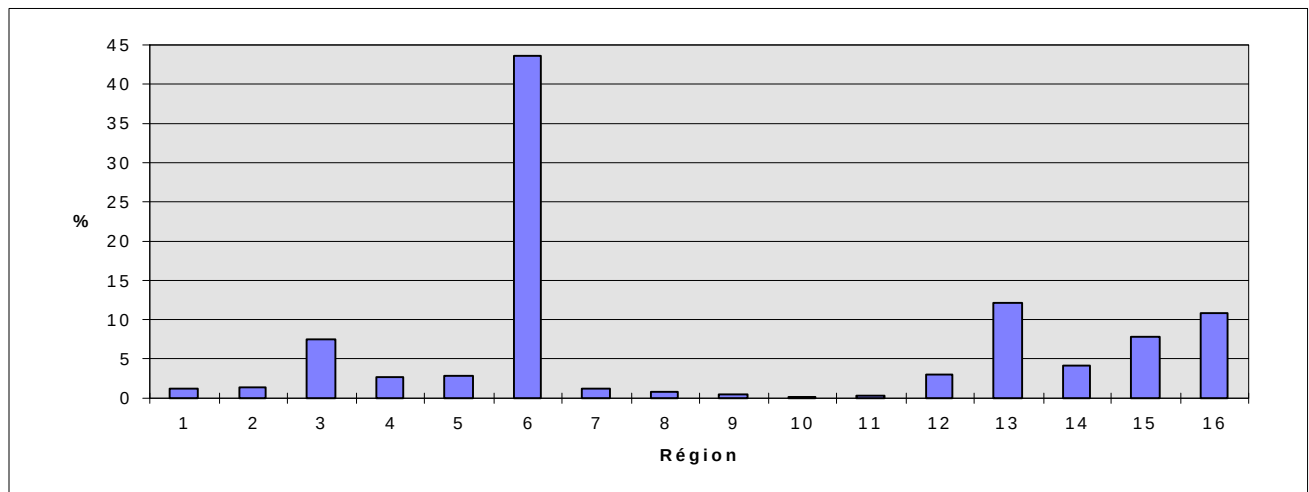
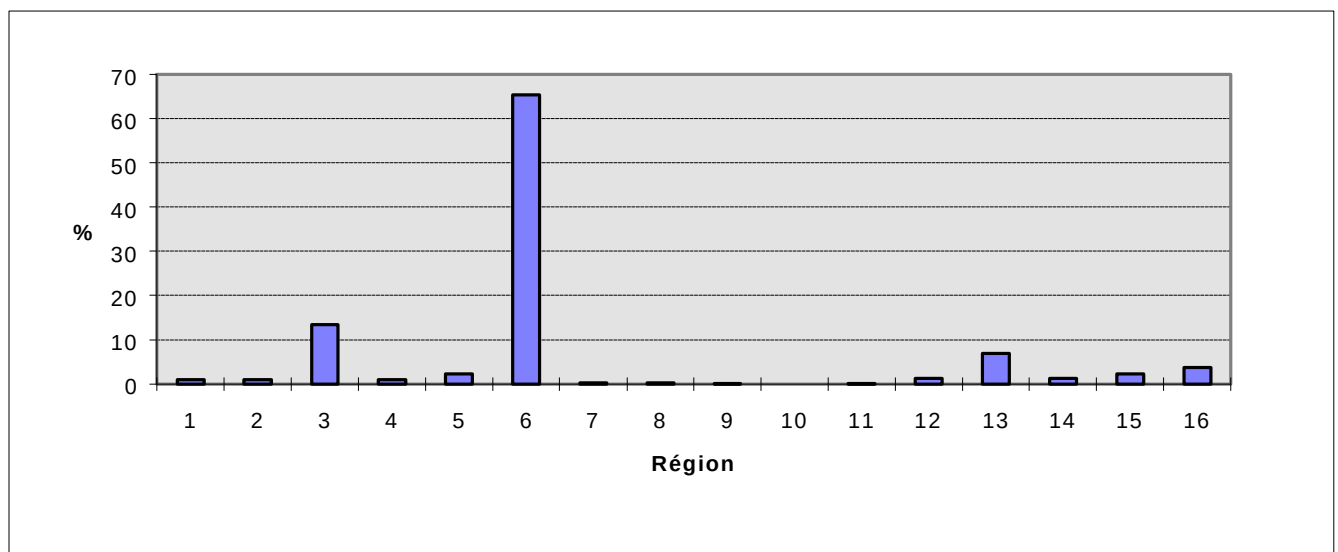


FIGURE 8
POUVOIR D'ATTRACTION RÉGIONALE POUR
LES SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS EN 1995-1996



Autosuffisance régionale en matière de services médicaux ambulatoires

L'autosuffisance indique dans quelle mesure la prestation de services dans une région suffit à répondre à la consommation des résidents de la région. Cette notion diffère de la rétention, qui représente plutôt la capacité d'une région à retenir sa clientèle afin qu'elle utilise les services offerts dans sa propre région. On peut énoncer une définition approximative de l'autosuffisance régionale en termes de volume de services ou de coûts attribuables à une région, mais cela ne tiendra pas compte du type particulier de services utilisés, qui s'avère beaucoup plus difficile à mesurer. Cette mise en garde étant faite, les coûts des services utilisés par la population d'une région, peu importe la région de dispensation, ont été comparés aux coûts de l'ensemble des services dispensés dans cette région, peu importe la région de résidence de l'usager. Lorsque le second montant est égal ou supérieur au premier (à un pour cent près), la région a été classée comme étant autosuffisante au regard des coûts des services; cela ne garantit toutefois pas qu'elle le soit en ce qui concerne la nature des services offerts.

- **Services d'omnipratique et services spécialisés**

Suivant cette classification, six régions peuvent être considérées autosuffisantes ou quasi autosuffisantes à l'égard des coûts des services d'omnipratique offerts (figure 9). Il s'agit des trois régions universitaires, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue et du Bas-Saint-Laurent. Pour les services spécialisés, seules les trois régions universitaires et le Saguenay–Lac-Saint-Jean peuvent être qualifiées d'autosuffisantes, les coûts générés par leurs habitants étant inférieurs ou à peu près équivalents à ceux de l'ensemble des services dispensés dans la région (figure 10).

Le Nord-du-Québec est la région la moins autosuffisante, aussi bien pour les services ambulatoires d'omnipratique que de spécialité. Sa population génère 13,8 % plus de coûts de services d'omnipratique que la région en fournit; dans le cas des services spécialisés, la différence atteint 67,3 %. Les régions périphériques de Montréal, dont celle de Lanaudière, sont ensuite les moins autosuffisantes vis-à-vis des deux catégories de services. Il est intéressant de constater qu'on observe le même schéma d'autosuffisance régionale pour les services d'omnipratique et les services spécialisés, indiquant que les régions qui présentent un déficit en services spécialisés sont aussi déficitaires en services d'omnipratique.

L'examen de l'évolution temporelle de l'autosuffisance régionale fait ressortir une très légère amélioration quant aux services ambulatoires d'omnipratique dans cinq régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches, Laurentides et Montérégie). L'amélioration est plus importante au regard des services ambulatoires spécialisés dans la moitié des régions (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Bois-Francs, Estrie, Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches et Laurentides) (tableaux 5 et 6). Cette amélioration est d'ailleurs particulièrement prononcée dans le Bas-Saint-Laurent. Notons que l'amélioration observée s'applique à toute la période de suivi et ne semble pas commencer avec l'accentuation de la transformation du réseau.

FIGURE 9
AUTOSUFFISANCE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE
SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE EN 1995-1996

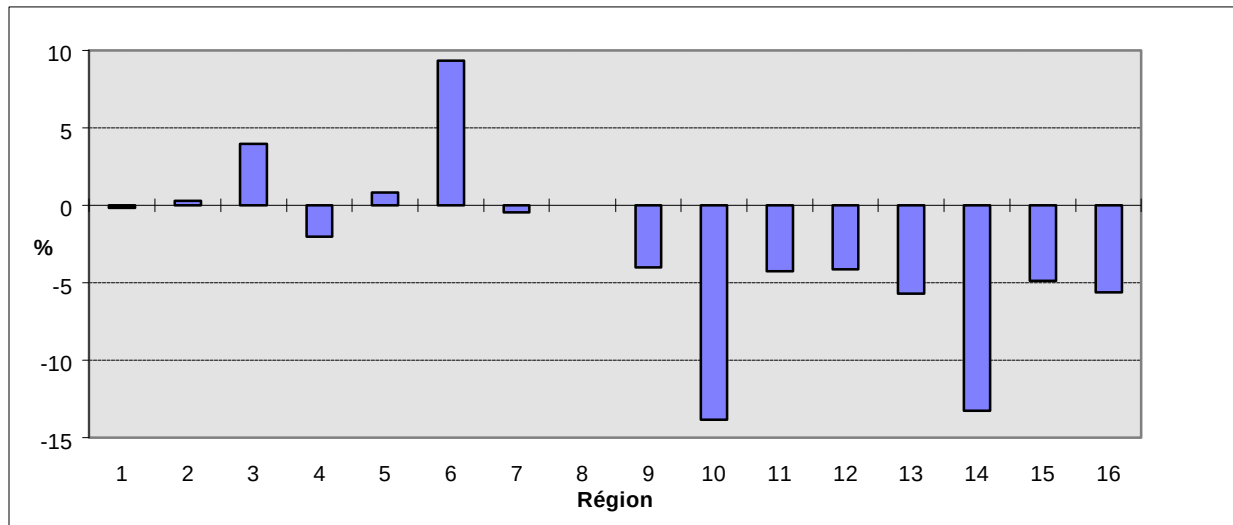
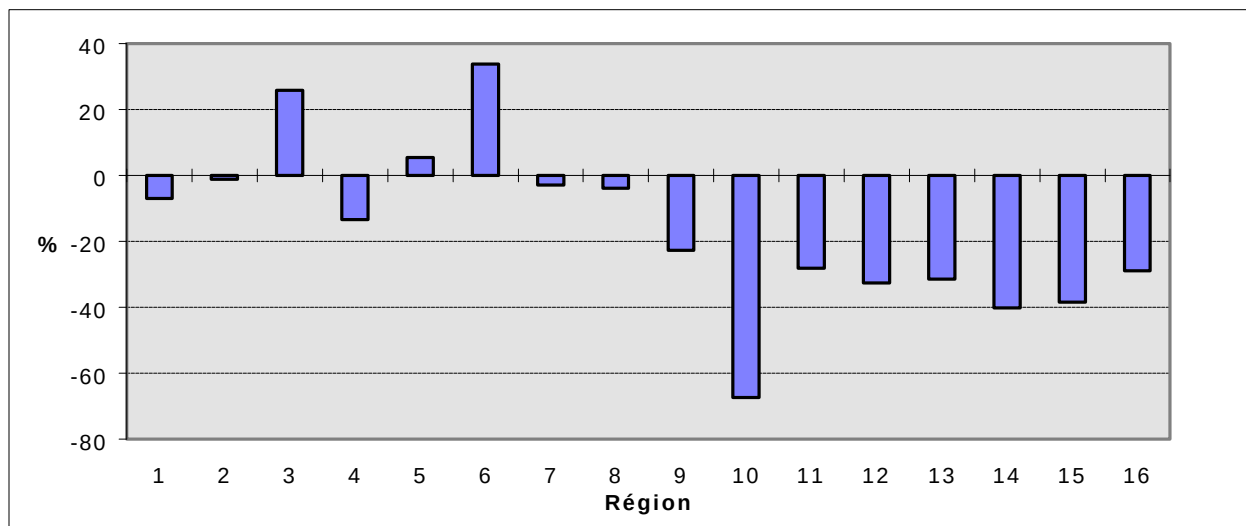


FIGURE 10
AUTOSUFFISANCE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS
SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE EN 1995-1996



Ici également, il est possible que l'autosuffisance des régions éloignées soit légèrement sous-estimée en raison de l'importance des autres modes de rémunération des médecins sur leur territoire.

TABLEAU 5 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE				
Région	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
	%	%	%	%
01	-0,18	0,05	0,20	-0,15
02	-0,03	-0,03	0,20	0,32
03	3,81	3,96	3,81	3,99
04	-2,01	-1,94	-2,13	-2,03
05	1,44	1,15	1,01	0,83
06	9,93	9,54	9,53	9,36
07	-0,53	-0,38	-0,49	-0,46
08	-0,66	-0,19	-0,07	0,00
09	-4,01	-3,90	-3,80	-3,99
10	-8,88	-15,49	-11,31	-13,82
11	-4,04	-4,01	-3,85	-4,24
12	-4,77	-4,62	-4,44	-4,12
13	-5,95	-5,75	-5,42	-5,68
14	-14,01	-13,69	-14,02	-13,26
15	-6,05	-5,34	-5,38	-4,85
16	-5,93	-5,71	-5,61	-5,60

TABLEAU 6 AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS				
Région	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
	%	%	%	%
01	-10,07	-7,91	-7,97	-6,91
02	-1,61	-1,53	-1,40	-1,03
03	28,16	26,64	26,55	25,94
04	-16,20	-14,08	-13,56	-13,39
05	5,04	5,27	5,09	5,58
06	33,06	32,96	33,02	33,88
07	-2,57	-2,48	-2,58	-2,93
08	-5,31	-4,59	-3,23	-3,93
09	-25,10	-24,99	-23,98	-22,76
10	-65,67	-65,30	-64,91	-67,25
11	-36,74	-32,95	-31,50	-28,07
12	-35,45	-34,71	-33,26	-32,51
13	-33,37	-31,70	-30,39	-31,33
14	-41,16	-40,11	-39,71	-40,14
15	-39,96	-39,52	-38,76	-38,38
16	-29,53	-28,91	-28,68	-28,82

Note : L'autosuffisance est définie ici par l'écart entre les coûts des services utilisés par les habitants d'une région et les coûts des services dispensés dans cette région. Une région autosuffisante présente un écart positif ou nul.

Le fait d'avoir retenu, comme indicateur, le coût des services plutôt que leur nombre a permis de tenir compte, dans une certaine mesure, de la complexité des services utilisés. Cependant, puisque le choix s'est arrêté sur le coût réel payé au médecin plutôt que sur la rémunération différenciée, on peut s'attendre à une légère surestimation de la rétention et de l'autosuffisance dans certaines régions. Cela risque d'être le cas là où les résidents ont reçu une part importante de leurs services médicaux dans d'autres régions où la rémunération d'un même service était inférieure à celle en vigueur dans la région de résidence. Autrement dit, cette étude ne tient pas compte du fait qu'un service peut coûter moins cher en région universitaire même s'il est dispensé à un résident d'une région éloignée.

Trafic interrégional au niveau des demandes de consultation

La rétention en matière de services ambulatoires spécialisés est également liée aux habitudes de référence des médecins omnipraticiens. L'analyse de 2,1 millions de demandes de consultation effectuées par les omnipraticiens en 1994 (tous modes de rémunération confondus) a permis de préciser le degré d'autonomie des régions en ce qui a trait à la réalisation des consultations demandées dans la région. L'analyse fait ressortir l'importance du trafic interrégional en ce qui concerne la demande et la dispensation des consultations.

On constate d'abord que les régions universitaires effectuent un plus grand nombre de consultations qu'elles n'en génèrent alors que c'est la situation inverse pour les régions périphériques, intermédiaires et éloignées (figure 11). Dans la plupart des autres régions cependant, le déficit observé s'avère peu important. Les régions de Lanaudière, des Laurentides et, surtout, de la Montérégie, présentent l'écart le plus grand entre le nombre de consultations demandées et le nombre de consultations effectuées dans la région. Notons que la figure 11 illustre le degré d'autosuffisance de la région et non son degré de rétention.

La figure 12 illustre le degré de rétention de chaque région en matière de consultations ou, vu sous un autre angle, le trafic interrégional. Elle indique la part des consultations demandées et effectuées dans la même région. Le trafic interrégional est ainsi le plus faible dans la région de Québec, où 90,5 % des demandes adressées obtiennent réponse dans la région même. Les plus forts degrés de rétention ont été relevés dans les régions de Québec, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Outaouais. Par contre, plus du tiers des demandes de consultation provenant des omnipraticiens de la périphérie de Montréal ont été réalisées dans la région de Montréal-Centre. Dans cette région, 82,7 % des consultations demandées y ont été réalisées, ce qui est à peine supérieur à la proportion observée en Mauricie–Bois-Francs (80,1 %). Ces résultats indiquent que la mobilité de la clientèle est, dans une certaine mesure, associée au mode de référence des omnipraticiens qui lui est lié en partie seulement à la disponibilité des ressources spécialisées dans la région.

FIGURE 11
RÉGIONS DE PROVENANCE ET DE PRESTATION DES CONSULTATIONS
DEMANDÉES PAR LES OMNIPRATICIENS EN 1994

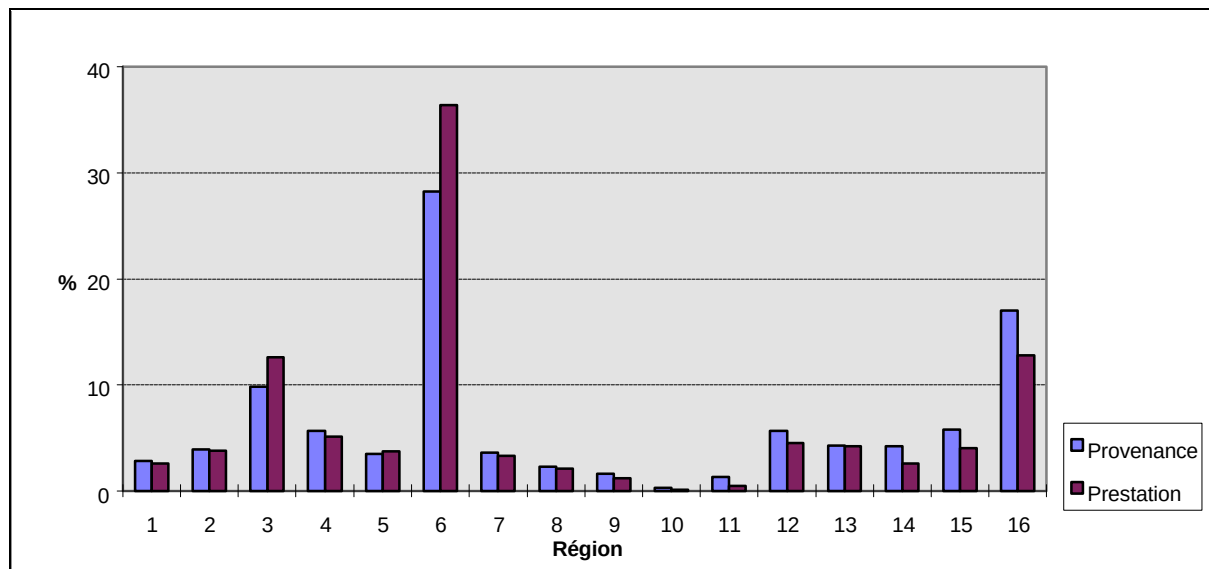
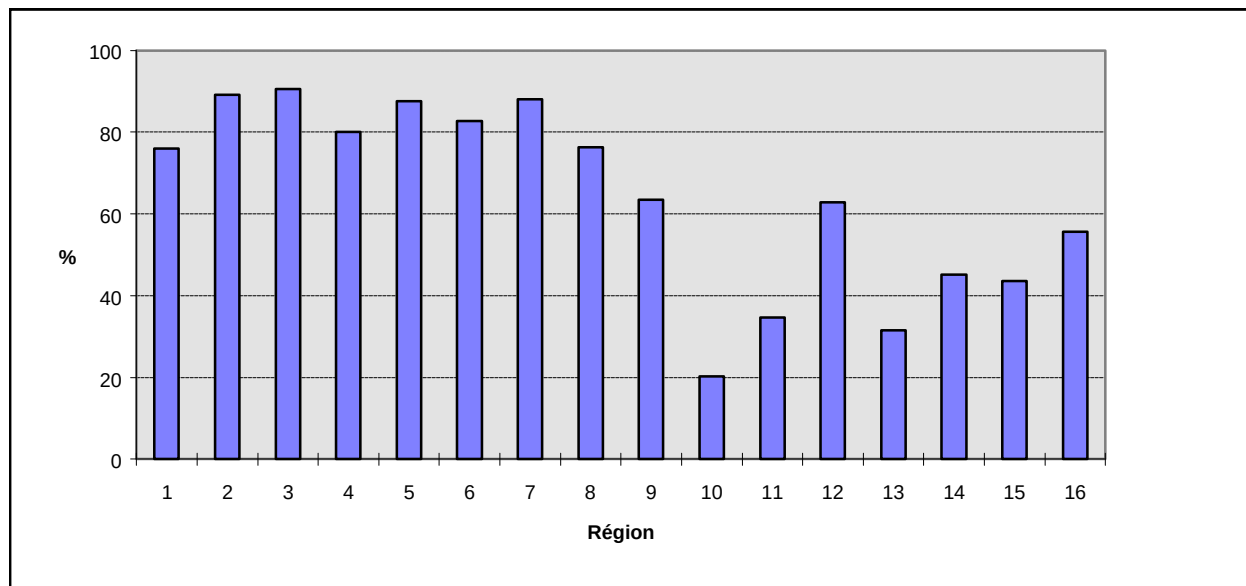


FIGURE 12
PART DES CONSULTATIONS RÉALISÉES DANS LEUR RÉGION DE PROVENANCE EN 1994



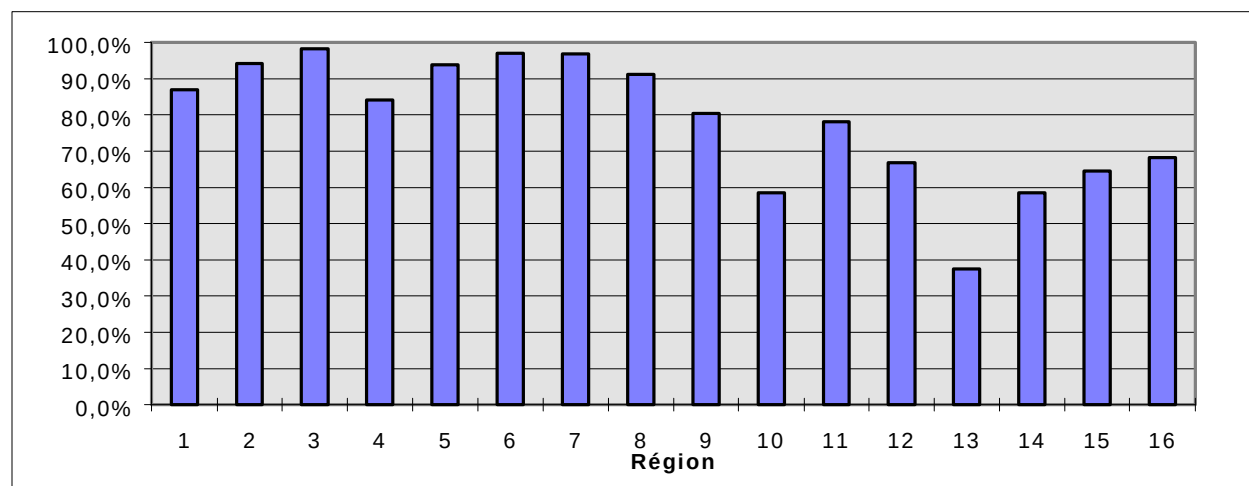
Hospitalisation

Rétention régionale en matière d'hospitalisation

Le degré de rétention en matière d'hospitalisation indique dans quelle mesure les résidents d'une région donnée utilisent les services qu'offre leur région quand l'hospitalisation s'impose. On l'obtient en calculant parmi les hospitalisations attribuables aux résidents de la région, la part de celles réalisées dans leur propre région. L'indicateur a été calculé pour les soins de courte durée, à partir du nombre de sorties enregistrées selon la région de résidence des personnes hospitalisées et selon la région où a eu lieu l'hospitalisation entre les années financières 1990-1991 et 1995-1996.

En 1995-96, six régions sur seize présentaient un degré de rétention supérieur à 90 %, soit les trois régions universitaires de Montréal-Centre, de Québec et de l'Estrie, auxquelles s'ajoutent l'Outaouais, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue (figure 13).

FIGURE 13
DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE
SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE EN 1995-1996



Pour l'Outaouais, il faut interpréter les résultats avec prudence car les données ne tiennent pas compte des cas d'hospitalisation hors Québec. Ainsi, le taux de rétention de 96,7 % observé dans cette région signifie que, parmi les résidents de l'Outaouais hospitalisés au Québec, 96,7 % l'ont été dans leur région. En fait, si les hospitalisations hors province avaient été incluses dans les calculs, cela aurait eu comme conséquence de ramener le degré de rétention à 80 %. Dans les autres régions, cet aspect a peu d'incidence, si ce n'est en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, où le degré de rétention est surestimé d'environ 7 %.

Les personnes qui habitent les régions situées en périphérie de Montréal (Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie) et de Québec (Chaudière-Appalaches), se montrent plus mobiles, un peu plus du tiers d'entre elles étant hospitalisées à l'extérieur de leur région de résidence (tableau 7). La région de Laval se démarque par le degré de rétention le plus faible : près des deux tiers de ses résidents sont hospitalisés à l'extérieur, plus particulièrement à Montréal.

TABLEAU 7 DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION EN 1995-1996																	
Région de résidence	Région d'hospitalisation																
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	Total
01	86,4	0,0	10,0	0,1	0,1	1,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	1,8	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0
02	0,0	94,2	4,2	0,1	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0
03	0,1	0,2	98,2	0,2	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0
04	0,0	0,8	5,4	83,7	2,4	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,1	0,0	1,3	100,0
05	0,0	0,0	0,5	1,0	93,7	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	1,1	100,0
06	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	97,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	0,2	0,7	100,0
07	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	2,0	96,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,1	100,0
08	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	7,7	0,2	91,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	100,0
09	0,6	4,2	13,1	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	80,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0
10	0,1	13,6	3,5	0,3	0,0	3,7	0,1	20,5	0,0	57,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,6	100,0
11	8,5	0,0	9,7	0,0	0,1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	77,5	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	100,0
12	1,1	0,1	31,4	0,2	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	65,6	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0
13	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	56,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	37,8	0,3	4,6	0,4	100,0
14	0,0	0,1	0,2	0,8	0,0	27,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,4	58,3	4,7	0,4	100,0
15	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	27,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	0,3	63,6	0,3	100,0
16	0,0	0,0	0,2	0,3	1,1	29,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	68,2	100,0

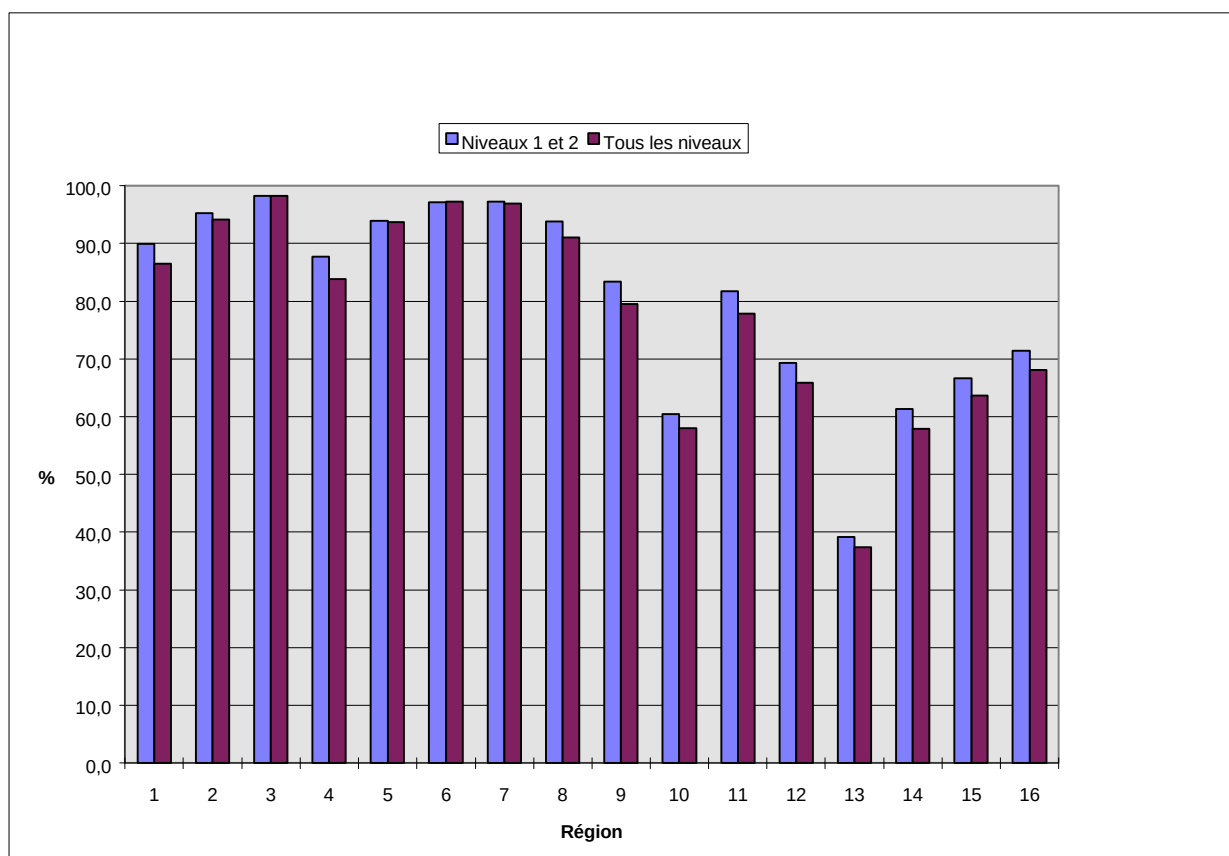
Note : Les hospitalisations de courte durée hors province sont exclues des calculs. Elles représentent en 1995-1996, 0,7 % de l'ensemble des hospitalisations de courte durée.

Le Nord-du-Québec connaît également une plus faible rétention en matière d'hospitalisation de courte durée, un peu plus de 40 % des personnes étant hospitalisées hors région, principalement en Abitibi-Témiscamingue (20,5 %) et, dans une moindre mesure, au Saguenay-Lac-Saint-Jean (13,6 %). Les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie-Bois-Francs, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistrent pour leur part un degré de rétention intermédiaire qui varie entre 77,5 et 86,4 %.

Certes, ces données valent lorsque l'on considère l'ensemble des cas d'hospitalisation, mais une analyse du degré de rétention en fonction du niveau des services offerts, effectuée à

partir de données produites dans le cadre des travaux sur l'équité interrégionale³ a montré qu'il existait peu de différences selon que le degré de rétention est calculé pour l'ensemble des niveaux ou qu'il l'est pour les services de niveaux 1 et 2 seulement, qui sont, de l'avis d'experts, des services pouvant être disponibles en totalité dans la région. En d'autres mots, on ne sous-estime que de 2,3 % en moyenne la rétention régionale lorsque on la calcule pour l'ensemble des niveaux de services et non seulement pour les services de niveau 1 et 2 (figure 14).

FIGURE 14
COMPARAISON DU DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE POUR L'HOSPITALISATION
SELON LE NIVEAU DES SERVICES, 1995-1996



Comme le montrent les figures 15 et 16, le degré de rétention est associé, dans une certaine mesure, à l'offre de services qui se traduit par le nombre de lits et de médecins spécialistes disponibles. Ainsi, dans certaines des régions disposant d'un moins grand nombre de lits dressés par 1 000 habitants, on note un degré de rétention plus faible. À l'inverse, le degré de rétention est plus élevé dans certaines régions où le nombre de lits est plus important. De

3 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1997. *Les compressions et les réallocations budgétaires soumises à la méthode d'équité interrégionale 1997-1998*, Direction des normes et standards d'allocation des ressources, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec.

même, dans deux régions où le degré de rétention est le plus élevé, soit celles de Québec et de Montréal-Centre, on dénombre davantage de spécialistes. En revanche, certaines régions où la rétention est la plus faible comptent parmi les moins bien pourvues en spécialistes.

Cependant, l'offre de services ne constitue pas le seul facteur pouvant expliquer les différences régionales dans l'utilisation des services hospitaliers, comme le démontre la variabilité de l'indice de disponibilité de lits et de médecins spécialistes pour un même niveau de rétention. Par exemple, l'Abitibi-Témiscamingue présente, à l'instar de Montréal-Centre et de Québec, un degré de rétention supérieur à 90 %, même si elle dispose d'un nombre de lits par 1 000 habitants inférieur à ces deux régions. De même, l'Abitibi-Témiscamingue, l'Estrie et le Saguenay-Lac-Saint-Jean comptent sur un moins grand nombre de spécialistes tout en conservant un degré de rétention est élevé.

On note également une grande variabilité du degré de rétention pour un niveau de ressources équivalent. Par exemple, parmi les régions relativement riches en ressources, un écart de 15 % existe entre le degré de rétention enregistré en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et sur la Côte-Nord et celui du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Estrie, alors que la disponibilité des ressources (lits et spécialistes) s'avère sensiblement similaire. Il est en de même pour les régions moins bien nanties, où un écart de 30 % sépare Laval et la Montérégie malgré le fait que la disponibilité des ressources soit à toutes fins utiles semblable.

Dans les régions éloignées, la contribution des omnipraticiens à la prestation de services spécialisés aux malades hospitalisés s'avère importante. La part de l'omnipraticien atteint 50 % dans trois régions, soit l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et le Nord-du-Québec (figure A7). Cela pourrait expliquer le fait qu'en dépit d'un ratio spécialiste/population moins important, une proportion appréciable des personnes soient hospitalisées dans leur région, surtout en Abitibi-Témiscamingue et sur la Côte-Nord.

L'étendue du territoire et la dispersion de la population peuvent aussi influencer la rétention régionale en faisant en sorte que, pour un certain nombre de personnes, certains points de service des régions limitrophes deviennent plus accessibles que les hôpitaux de leur région, comme c'est le cas notamment pour le Nord-du-Québec.

Par ailleurs, l'attrait qu'exercent Montréal-Centre auprès de sa périphérie et Québec auprès de la région de la Chaudière-Appalaches, en raison de la richesse et de la diversité de leurs ressources ou de tout autre facteur lié à la fois aux habitudes des usagers et au mode de référence des médecins, peut être associé aux plus faibles degrés de rétention observés dans ces régions périphériques, et cela, indépendamment de la disponibilité des ressources.

FIGURE 15
RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION
ET LE NOMBRE DE LITS DRESSÉS PAR 1 000 HABITANTS, 1995-1996

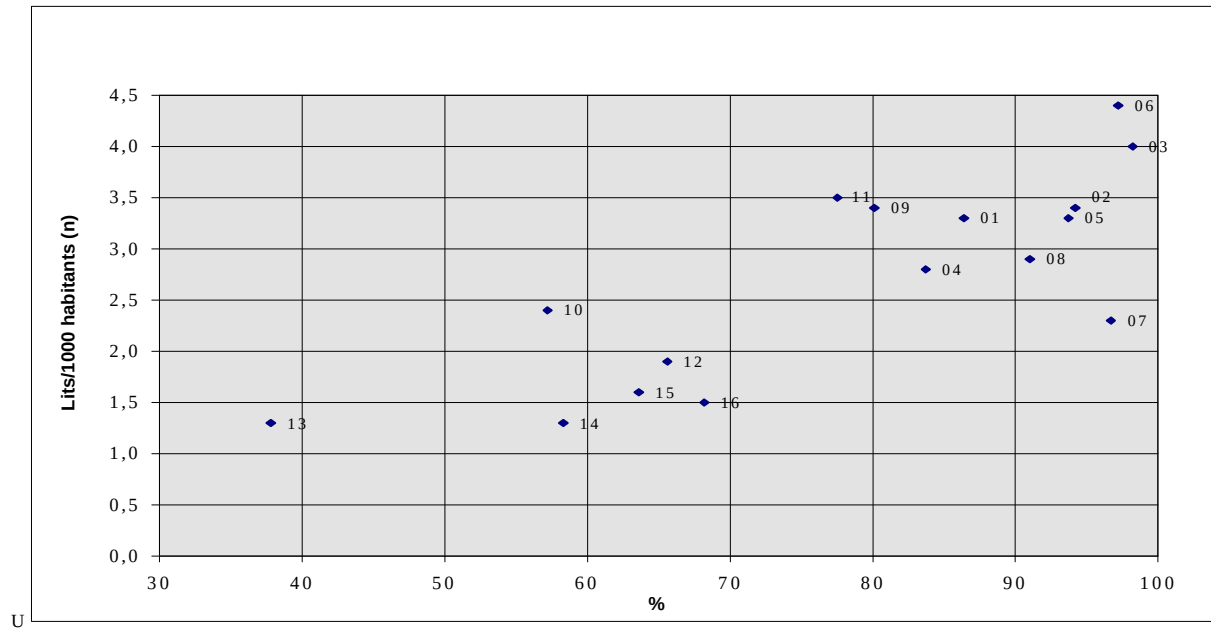
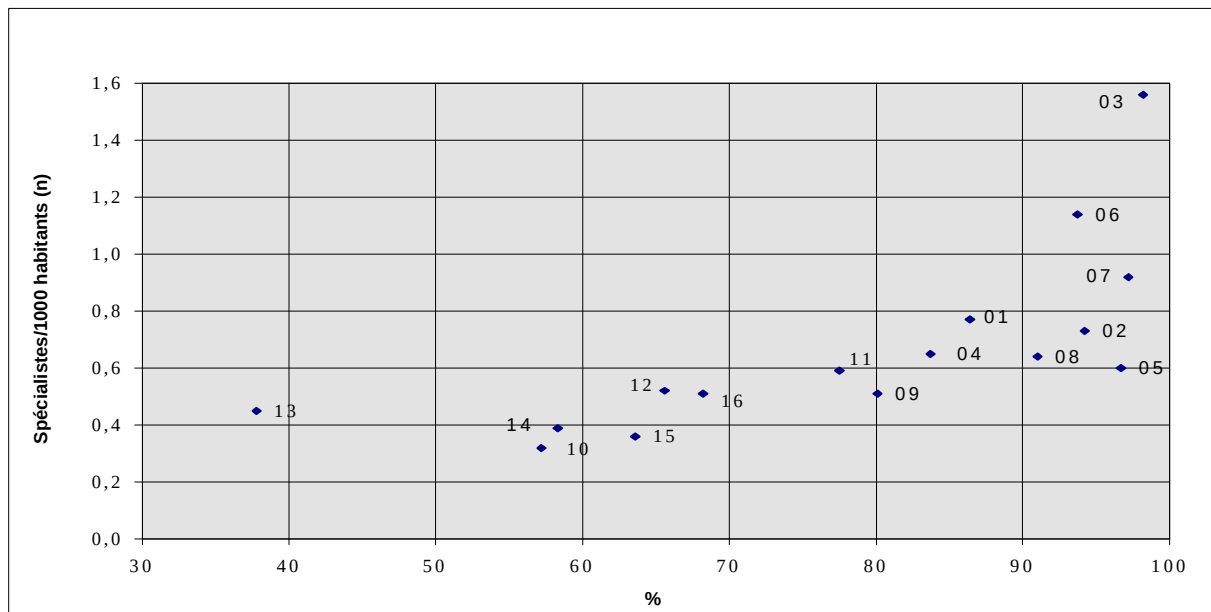
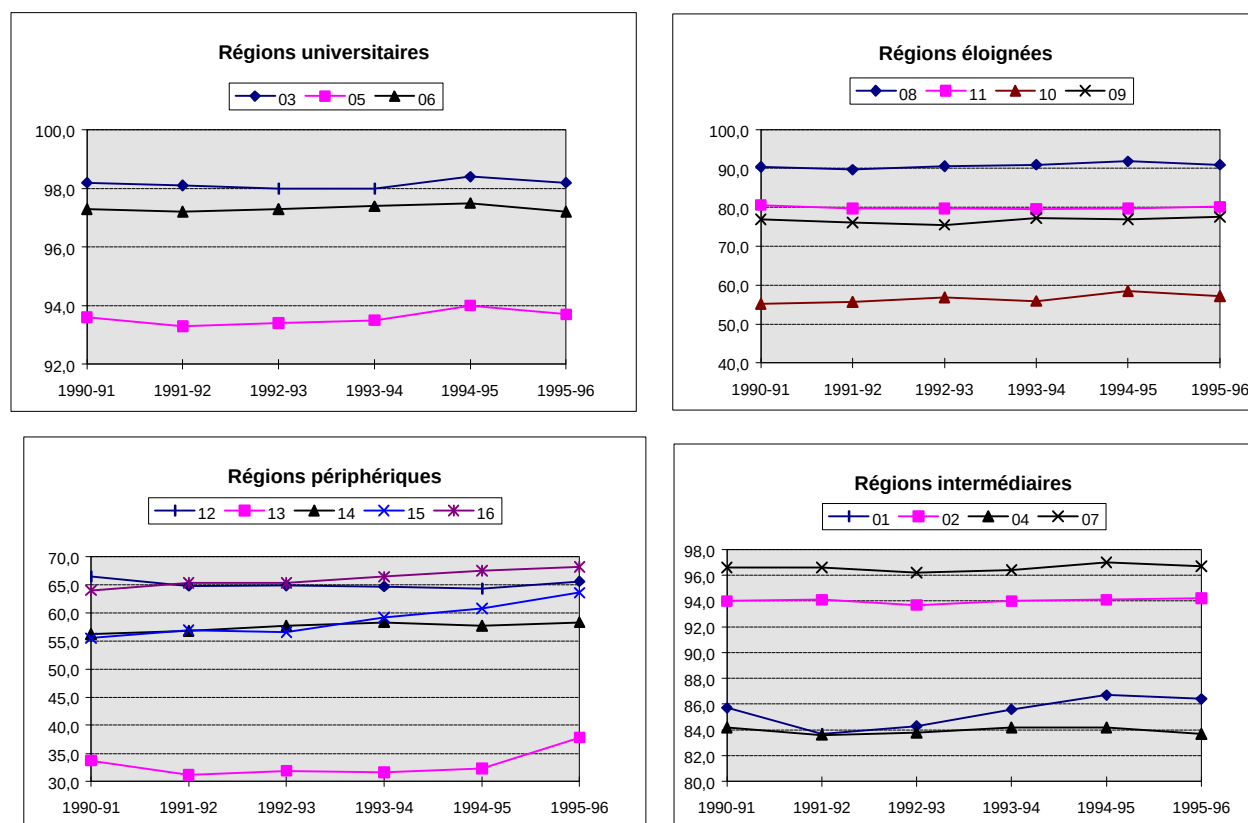


FIGURE 16
RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION
ET LE NOMBRE DE SPÉCIALISTES PAR 1 000 HABITANTS, 1995-1996



Dans plusieurs régions, les degrés de rétention sont relativement stables au fil des ans. C'est le cas notamment des régions intermédiaires, à l'exception du Bas-Saint-Laurent où la rétention a légèrement diminué en 1991-92 avant de progresser par la suite, et des régions éloignées. Une grande stabilité dans la mobilité des résidents caractérise également les régions universitaires jusqu'en 1993-94, phénomène suivi d'une légère diminution l'année suivante et d'un retour aux valeurs de base en 1995-96. Il faut dire que ces régions présentent un degré de rétention fort élevé tout au long de la période d'observation. C'est surtout dans les régions périphériques de Montréal-Centre que la rétention régionale semble progresser le plus, mais c'est aussi là qu'elle est la plus faible (figure 17).

FIGURE 17
ÉVOLUTION DU DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE
SELON LE TYPE DE RÉGIONS, 1990-1991 À 1995-1996



L'accélération de la transformation du réseau depuis 1995 ne semble pas avoir influencé notablement le degré de rétention régionale. La période d'observation post-transformation se limite cependant à une seule année. On décèle néanmoins une progression de la proportion de résidents hospitalisés dans leur région en 1995-96, tendance qui est différente de celle observée depuis 1990-91, dans les régions périphériques de Laval, des Laurentides et de la Montérégie (tableau 8).

TABLEAU 8 ÉVOLUTION DU DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE RELATIF À L'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE, 1990-1991 À 1995-1996						
Région	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
	%	%	%	%	%	%
01	85,7	83,7	84,3	85,6	86,7	86,4
02	94,0	94,1	93,7	94,0	94,1	94,2
03	98,2	98,1	98,0	98,0	98,4	98,2
04	84,2	83,6	83,8	84,2	84,2	83,7
05	93,6	93,3	93,4	93,5	94,0	93,7
06	97,3	97,2	97,3	97,4	97,5	97,2
07	96,6	96,6	96,2	96,4	97,0	96,7
08	90,4	89,7	90,6	91,0	91,8	91,0
09	80,6	79,7	79,7	79,5	79,7	80,1
10	55,2	55,7	56,8	55,9	58,5	57,2
11	76,9	76,1	75,5	77,2	76,9	77,5
12	66,5	64,8	64,9	64,7	64,3	65,6
13	33,7	31,2	31,9	31,6	32,3	37,8
14	56,2	56,8	57,7	58,3	57,7	58,3
15	55,5	56,9	56,6	59,2	60,8	63,6
16	64,0	65,3	65,3	66,4	67,5	68,2

Attraction régionale en matière d'hospitalisation

Ici également, le pouvoir d'attraction qu'une région exerce auprès des régions voisines influe sur leur degré de rétention. Une région peut à la fois présenter un fort degré de rétention et exercer un faible attrait pour les autres, comme c'est le cas pour l'Outaouais, ou au contraire offrir un faible degré de rétention tout en exerçant un fort pouvoir d'attraction, comme celle de Laval (figure 18). L'examen de l'attraction régionale permet de mettre en évidence les liens qui existent entre les régions.

Le niveau de desserte correspond à la part des hospitalisations réalisées dans une région pour des personnes en provenance d'autres régions. Par exemple, un niveau de desserte extrarégionale de 20 signifie que 20 % de la clientèle hospitalisée d'une région donnée provient de l'extérieur de cette région. Comme ce niveau de desserte extrarégionale peut s'avérer trompeur si le volume d'hospitalisations réalisées dans une région est faible, nous en avons tenu compte pour déterminer l'attrait régional. Le pouvoir d'attraction traduit l'importance relative des régions dans leur capacité à attirer la clientèle des autres régions. On le calcule en déterminant, parmi le nombre total de cas d'hospitalisation hors régions observé au cours d'une année dans l'ensemble des régions, la part qui revient à une région donnée.

Trois régions présentent un niveau de desserte extrarégionale relativement élevé, soit Laval, Montréal-Centre et Québec (figure 18). Cependant, si l'on tient compte du volume d'hospitalisation, ce sont celles de Montréal-Centre et de Québec qui exercent le plus fort attrait (figure 19) en drainant une partie importante de la clientèle des régions en périphérie. Ce qui est bien illustré par la plus faible rétention de ces régions. Montréal-Centre attire plus particulièrement la clientèle de la Montérégie, puis de Laval, des Laurentides et de Lanaudière, alors que Québec attire surtout celle de la Chaudière-Appalaches. L'attrait que suscite l'Estrie s'avère beaucoup plus faible malgré son statut universitaire, ce qui n'étonne pas compte tenu de sa situation géographique puisqu'une des régions avoisinantes, la Mauricie-Bois-Francs, présente un degré de rétention relativement élevé et que la clientèle d'une autre des régions limitrophes, la Montérégie, où la rétention est plus faible, se déplace davantage vers Montréal.

Assez curieusement, Laval exerce un pouvoir d'attraction en matière d'hospitalisation relativement grand auprès de la population des régions limitrophes des Laurentides, de Lanaudière et, dans une moindre mesure, de Montréal-Centre. Cette situation surprend quelque peu puisque Laval est la région qui dispose du plus petit nombre de lits par 1 000 habitants et du plus faible ratio population/spécialiste. Cela laisse supposer que le faible degré de rétention de Laval en matière d'hospitalisation n'est pas attribuable uniquement à une moins grande disponibilité des ressources sur son territoire, mais aussi à une grande mobilité de sa clientèle et de celles des régions limitrophes.

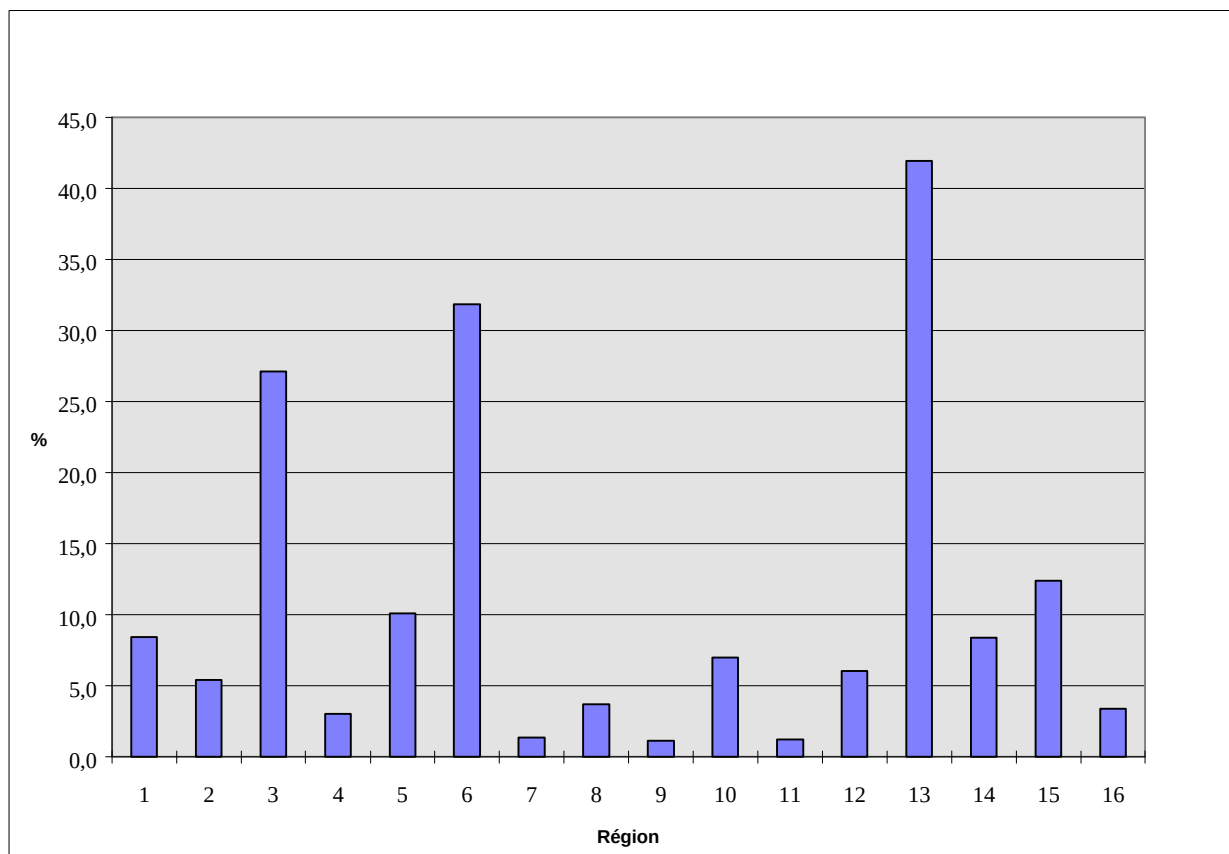
Ces données sur la rétention et l'attraction montrent clairement les liens d'interdépendance qui se tissent entre les diverses régions. Les mouvements naturels de la population à la recherche de services hospitaliers ne tiennent pas toujours compte des limites géographiques des régions sociosanitaires. C'est une réalité qu'il faut pleinement considérer dans la formulation des objectifs d'autosuffisance régionale.

Autosuffisance régionale en matière d'hospitalisation

L'autosuffisance régionale montre dans quelle mesure le volume d'hospitalisation dans une région correspond à la consommation de la clientèle qui y réside. Cette notion est différente de la rétention régionale qui représente plutôt la capacité de la région à retenir chez elle sa population pour de tels services.

L'autosuffisance régionale est exprimée ici à partir d'un volume de services et ne tient pas compte, dans ce cas, des besoins de la population pour des types particuliers de services. Nous avons donc comparé le nombre de cas d'hospitalisation, sans égard à leur niveau, générés par la population d'une région donnée, peu importe la région où a eu lieu l'hospitalisation, au nombre de cas d'hospitalisation enregistré dans cette région, peu importe la région d'où provenait l'utilisateur. Lorsque ce dernier nombre est égal ou supérieur au premier, la région est dite autosuffisante. Les variations interrégionales de l'autosuffisance ont été illustrées pour l'année 1995-96.

FIGURE 18
NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION,
1995-1996

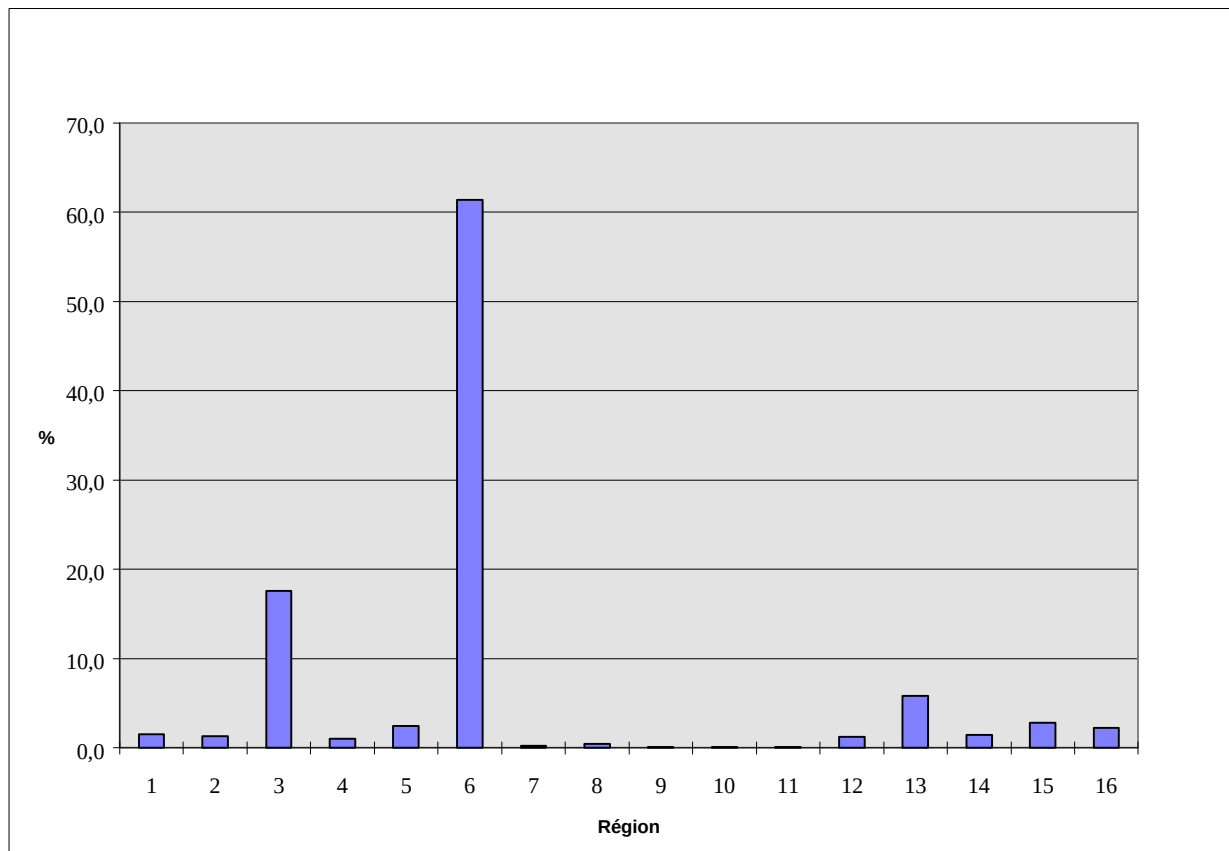


Note: Le niveau de desserte correspond à la part des hospitalisations produites dans une région pour des résidents provenant de l'extérieur de cette région.

Malgré que plusieurs régions exercent un certain pouvoir d'attraction, seules les trois régions universitaires ainsi que celles du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Outaouais peuvent être considérées comme autosuffisantes en matière d'hospitalisation. Leur capacité à offrir des services hospitaliers surpasse donc la consommation de leur population résidente. Cet écart est nettement plus important dans les régions de Montréal-Centre et de Québec où l'offre dépasse la consommation de la population résidente de 41 % dans la première et de 33 % dans la seconde (figure 20).

L'Abitibi-Témiscamingue et le Bas-Saint-Laurent tendent aussi vers l'autosuffisance. En revanche, les régions situées en périphérie de Québec et de Montréal-Centre ainsi que les régions éloignées (Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord) sont les moins autosuffisantes.

FIGURE 19
POUVOIR D'ATTRACTION DES RÉGIONS EN MATIÈRE
D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE, 1995-1996



Note: Le pouvoir d'attraction traduit l'importance relative des régions quant à la proportion des hospitalisations qui surviennent dans une région donnée et qui sont attribuables à des non résidents.

L'ensemble des hospitalisations a été considéré sans égard à la lourdeur des cas. On aurait pu penser que la dépendance qu'affichent les régions non universitaires varierait selon le niveau de services. Or, il n'en est rien. En 1995-96, les régions qui présentaient un degré d'autosuffisance négatif pour l'ensemble des cas d'hospitalisation affichaient la même dépendance pour des services de niveaux 1 et 2 qui, théoriquement, devraient être disponibles régionalement (figure 21). Ces résultats confirment ceux de l'analyse réalisée au cours des travaux d'un comité tripartite sur l'équité dans l'allocation des ressources⁴ à partir des données 1992-93.

4 Ministère de la Santé et des Service sociaux. 1994. *L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique*, rapport final du comité tripartite, Québec ch. 4, pp. 45-58.

FIGURE 20
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION DE
COURTE DURÉE SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE EN 1995-1996

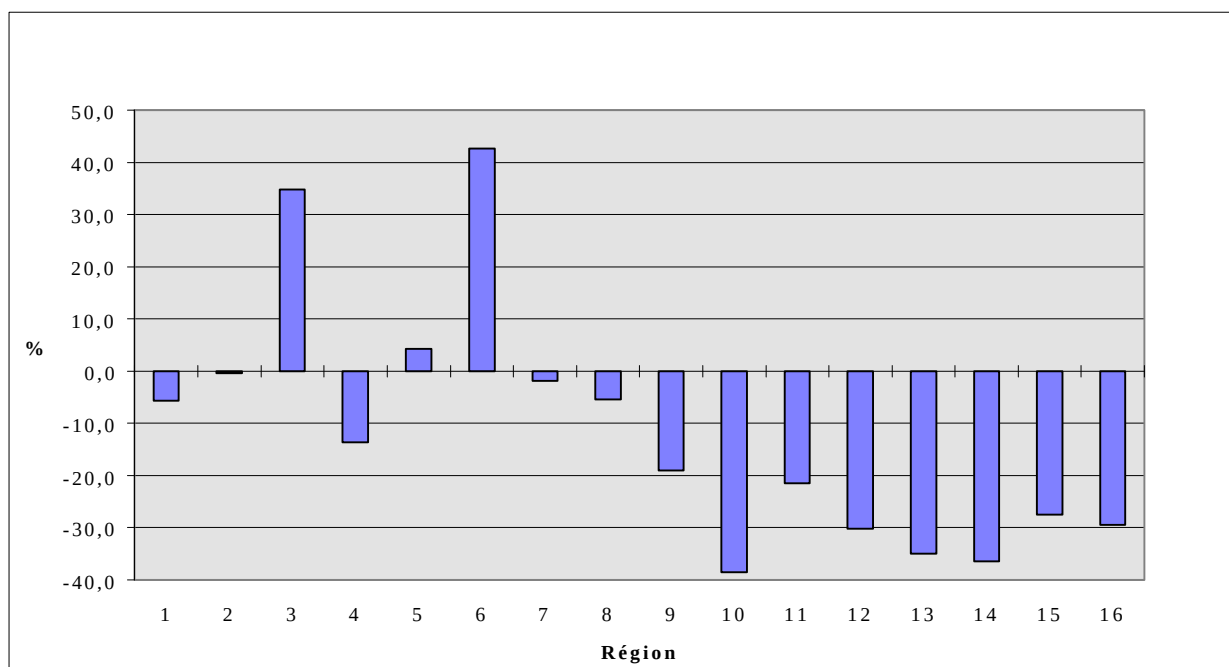
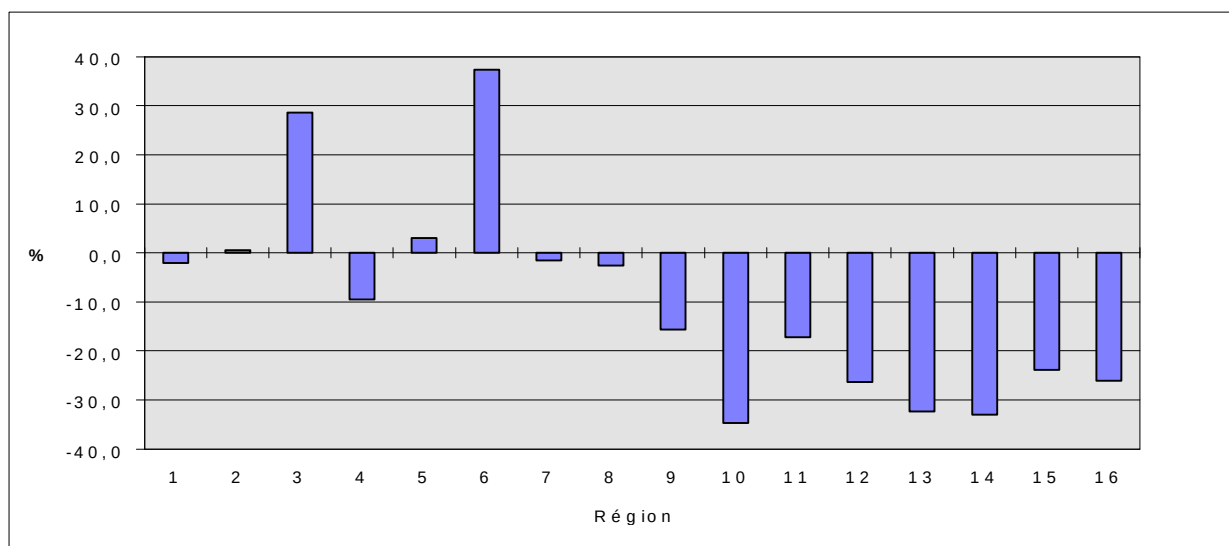


FIGURE 21
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION,
SELON LES NIVEAUX DE SERVICES 1 ET 2,
1995-1996



L'examen de l'évolution de l'autosuffisance régionale en matière d'hospitalisation fait ressortir une très légère amélioration dans les régions de Laval, de la Montérégie et des Laurentides (tableau 9). Notons que cette amélioration s'applique généralement depuis le début de la période d'observation mais elle semble toutefois un peu plus marquée depuis l'accélération de la transformation, spécialement à Laval.

TABLEAU 9 ÉVOLUTION DE L'AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE DE 1990-1991 À 1995-1996						
Région	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
	%	%	%	%	%	%
01	-5,38	-7,85	-6,96	-5,90	-5,52	-5,69
02	-1,04	-0,65	-0,81	-0,56	-0,67	-0,43
03	34,94	37,13	36,23	35,12	35,44	34,82
04	-12,70	-13,10	-13,01	-12,47	-13,16	-13,65
05	6,85	5,70	5,78	4,77	5,21	4,24
06	42,94	44,61	44,37	43,74	43,19	42,65
07	-1,24	-1,39	-1,74	-1,72	-1,65	-1,90
08	-4,74	-5,34	-4,78	-4,38	-4,12	-5,46
09	-17,93	-18,55	-18,83	-19,25	-19,30	-18,97
10	-41,38	-40,07	-38,33	-39,87	-38,30	-38,52
11	-21,65	-22,11	-23,20	-21,14	-21,95	-21,51
12	-28,79	-30,25	-30,21	-30,75	-31,78	-30,15
13	-39,44	-42,54	-41,35	-43,38	-42,45	-34,95
14	-36,86	-36,57	-35,95	-35,94	-37,02	-36,43
15	-36,25	-34,69	-35,00	-32,20	-30,64	-27,44
16	-33,53	-32,21	-32,09	-31,03	-29,95	-29,40

Note : L'autosuffisance est définie par l'écart, exprimé en pourcentage, entre le nombre d'hospitalisations générées par les résidents d'une région donnée et le nombre d'hospitalisations effectuées dans cette région. Une région autosuffisante présente un écart positif ou nul.

Relation entre les services médicaux ambulatoires et l'hospitalisation

Le degré de rétention pour les services médicaux ambulatoires a été comparé à celui observé pour l'hospitalisation. Le degré de rétention est presque toujours plus élevé pour les services d'omnipratique, suivi de l'hospitalisation puis, finalement, des services des spécialistes.

La rétention régionale en matière d'hospitalisation est fortement liée à la rétention pour les services ambulatoires spécialisés (figure 22). Cela surprend peu étant donné le rôle prépondérant des médecins spécialistes auprès des malades hospitalisés. En fait, la rétention pour l'hospitalisation est presque toujours égale ou légèrement supérieure à celle pour les services spécialisés. Seul le Nord-du-Québec se démarque avec un écart important entre la rétention en soins hospitaliers comparativement aux services spécialisés, ce qui s'explique par la place importante qu'occupent les omnipraticiens de cette région dans la prestation de services à des malades hospitalisés (figure A7). Les régions de Laval et de la Montérégie connaissent une plus faible rétention pour les services spécialisés que pour l'hospitalisation; cela peut s'expliquer par le fait que, dans ces deux régions, la pratique des spécialistes se concentre principalement en cabinet privé (tableau A4) et que le nombre de lits de soins de courte durée y est faible (tableau A4).

De la même façon, l'autosuffisance régionale en matière de services ambulatoires spécialisés est liée à l'autosuffisance en matière d'hospitalisation (figure 23). Ici également, seul le Nord-du-Québec présente un écart important entre les deux variables: le déficit y est le plus important pour les services ambulatoires spécialisés.

FIGURE 22
RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE,
DE SPÉCIALITÉ ET D'HOSPITALISATION EN 1995-1996

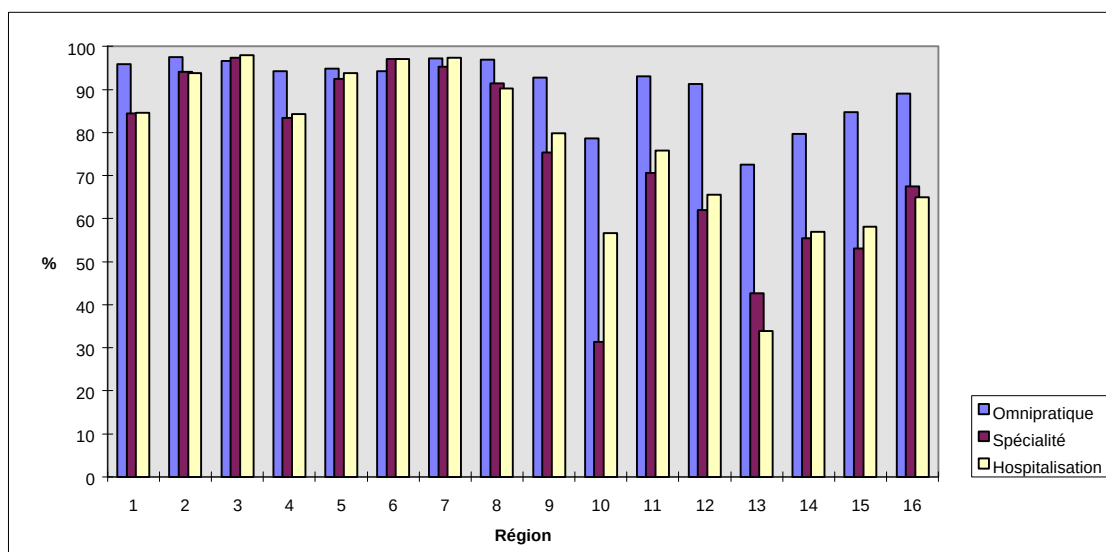
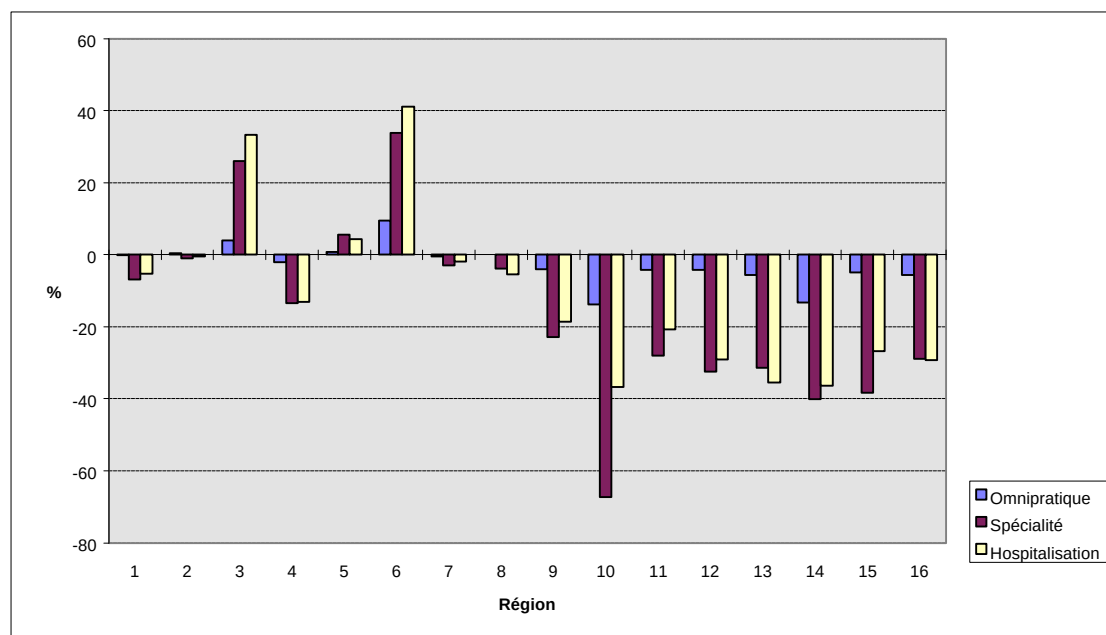


Figure 23
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE SERVICES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE,
DE SPÉCIALITÉ ET D'HOSPITALISATION EN 1995-1996



Chirurgie d'un jour

Jusqu'à très récemment, les données relatives à la chirurgie d'un jour n'étaient pas rapportées de façon systématique par l'ensemble des hôpitaux du Québec, ce qui rend impossible toute tentative de suivre leur évolution dans le temps. C'est pourquoi nous nous limiterons ici à l'année 1995-96.

Rétention régionale en matière de chirurgie d'un jour

Le degré de rétention indique dans quelle mesure les résidents d'une région subissent des interventions en chirurgie d'un jour dans leur propre région. Il est obtenu en déterminant, parmi l'ensemble des chirurgies d'un jour attribuables aux résidents d'une région, peu importe le lieu où est effectuée la chirurgie, la part de celles qui ont été pratiquées dans leur région.

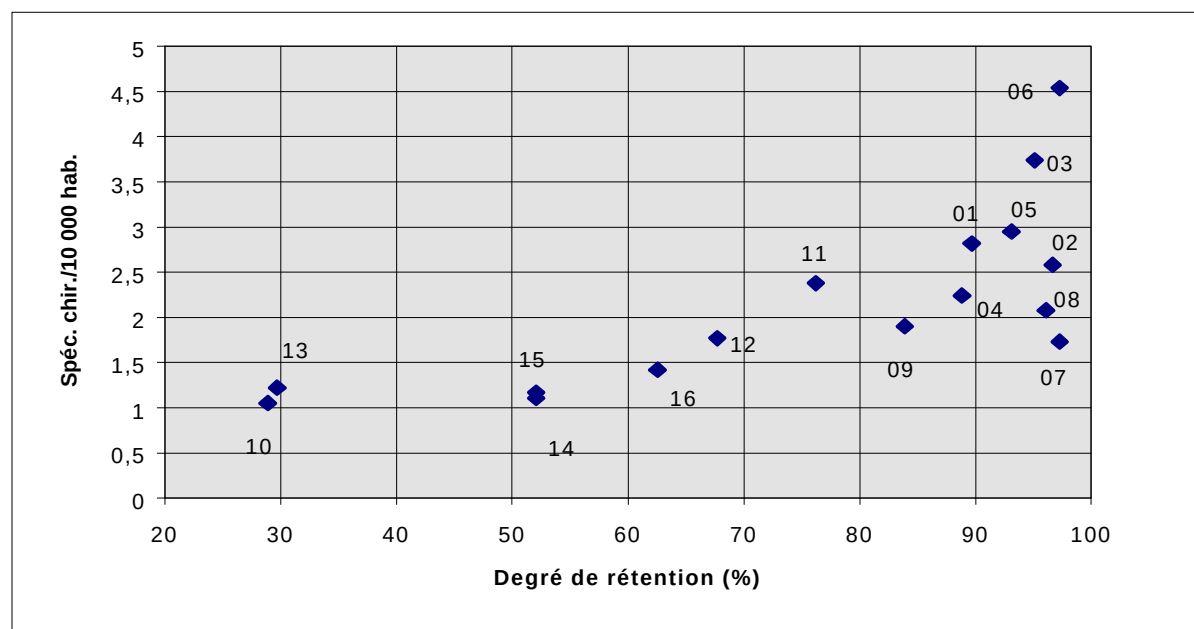
Comme pour l'hospitalisation, le degré de rétention était supérieur à 90 % dans six régions en 1995-96, soit les trois régions universitaires de même que celles du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue (tableau 10). Dans le cas de l'Outaouais, le degré de rétention peut être surestimé car les hospitalisations survenues en Ontario n'ont pas été comptabilisées. Le Nord-du-Québec et les régions périphériques présentent les degrés de rétention les plus faibles. La population du Nord-du-Québec se rend souvent en Abitibi-Témiscamingue (36,8 %) ou au Saguenay–Lac-Saint-Jean (29,2 %) pour ce type d'interventions. La population de Chaudière-Appalaches qui n'obtient pas ces interventions dans sa région se dirige surtout vers Québec (29,7 %), alors que 65,3 % de la clientèle de Laval et 35,4 % de celle de la Montérégie se dirigent vers Montréal-Centre. Enfin, le tiers des cas de chirurgies d'un jour demandées par les résidents de Lanaudière et des Laurentides sont pratiquées à Montréal-Centre. Malgré la faible rétention de Laval, celle-ci assume néanmoins 7,8 % des cas de chirurgie d'un jour des résidents de Lanaudière et 10,9 % des cas de la région des Laurentides. Le faible degré de rétention des patients de chirurgie d'un jour de la région de Laval (29,7 %) est sans doute le fait le plus marquant.

Le degré de rétention est lié, dans une certaine mesure, à la disponibilité de spécialistes en chirurgie dans la région (figure 24). On constate cependant que des régions ayant un ratio similaire de spécialistes en chirurgie par 10 000 habitants présentent néanmoins un degré de rétention assez différent; c'est le cas de Laval, de Lanaudière et des Laurentides. Par contre, des régions montrant un degré semblable de rétention présentent des ratios de spécialistes en chirurgie par 10 000 habitants plutôt différents; on y retrouve les trois régions universitaires, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue et l'Outaouais. Il est possible que certaines régions peu équipées pour la chirurgie d'un jour hospitalisent le patient pour pratiquer des interventions normalement effectuées en chirurgie d'un jour dans d'autres régions. L'hospitalisation peut aussi être privilégiée lorsque le patient doit parcourir une trop grande distance comme il arrive parfois dans les régions éloignées, ce qui aurait une incidence sur le degré de rétention régionale malgré la disponibilité des spécialistes en chirurgie.

TABLEAU 10
DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE DE LA CLIENTÈLE EN CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996

Région de résidence	Région de traitement																Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	
01	89,7	0,0	5,8	0,1	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
02	0,0	96,7	2,5	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
03	0,1	0,0	95,1	0,2	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
04	0,0	0,4	3,6	88,8	2,3	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,1	0,0	1,7	100,0
05	0,0	0,0	0,3	1,5	93,1	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	1,1	100,0
06	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	97,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,7	0,2	0,9	100,0
07	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,8	97,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	100,0
08	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	2,8	0,3	96,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	100,0
09	0,6	5,0	8,1	0,1	0,1	1,0	0,0	0,0	83,9	0,0	0,1	0,9	0,1	0,0	0,0	0,1	100,0
10	0,0	29,2	2,4	0,0	0,3	1,7	0,0	36,8	0,0	28,9	0,2	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	100,0
11	14,1	0,0	5,7	0,0	0,3	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	76,2	1,0	0,0	0,1	0,0	0,2	100,0
12	0,6	0,0	29,7	0,4	1,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	67,7	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0
13	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	65,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	29,7	0,3	3,9	0,4	100,0
14	0,0	0,0	0,1	0,9	0,1	33,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,8	52,0	4,7	0,7	100,0
15	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	35,4	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	10,9	0,4	52,1	0,4	100,0
16	0,0	0,0	0,1	0,3	1,2	35,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	62,5	100,0

FIGURE 24
RELATION ENTRE LE DEGRÉ DE RÉTENTION RÉGIONALE EN CHIRURGIE D'UN JOUR
ET LE NOMBRE DE SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE PAR 10 000 HABITANTS EN 1995-1996



Attraction régionale en matière de chirurgie d'un jour

Puisque la rétention d'une région est tributaire de l'attraction qu'exercent sur elle les régions avoisinantes, le pouvoir d'attraction en matière de chirurgie d'un jour a été déterminé pour chacune des régions. Le niveau de desserte extrarégionale a d'abord été calculé; celui-ci représente la part des cas de chirurgie d'un jour pratiqués dans une région et s'adressant à des résidents d'autres régions (figure 25). Comme cet indicateur ne tient pas compte du volume total de chirurgies réalisées, le pouvoir d'attraction a été obtenu en faisant la répartition régionale, à l'échelle du Québec, du nombre de chirurgies d'un jour s'adressant à une clientèle extrarégionale (figure 26).

L'analyse révèle que bon nombre de régions attirent une clientèle extrarégionale pour la chirurgie d'un jour (figure 25). Par rapport au volume de chirurgies effectuées dans la région même, ce sont les régions de Laval, de Montréal-Centre et de Québec qui attirent le plus les résidents d'autres régions. Chaudière-Appalaches dessert aussi une clientèle extrarégionale importante en raison de la présence, à la périphérie (Charny), d'une unité autonome de chirurgie d'un jour spécialisée dans certains types d'intervention et où exercent des spécialistes de la région de Québec.

FIGURE 25
NIVEAU DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE POUR LA CHIRURGIE D'UN JOUR
EN 1995-1996

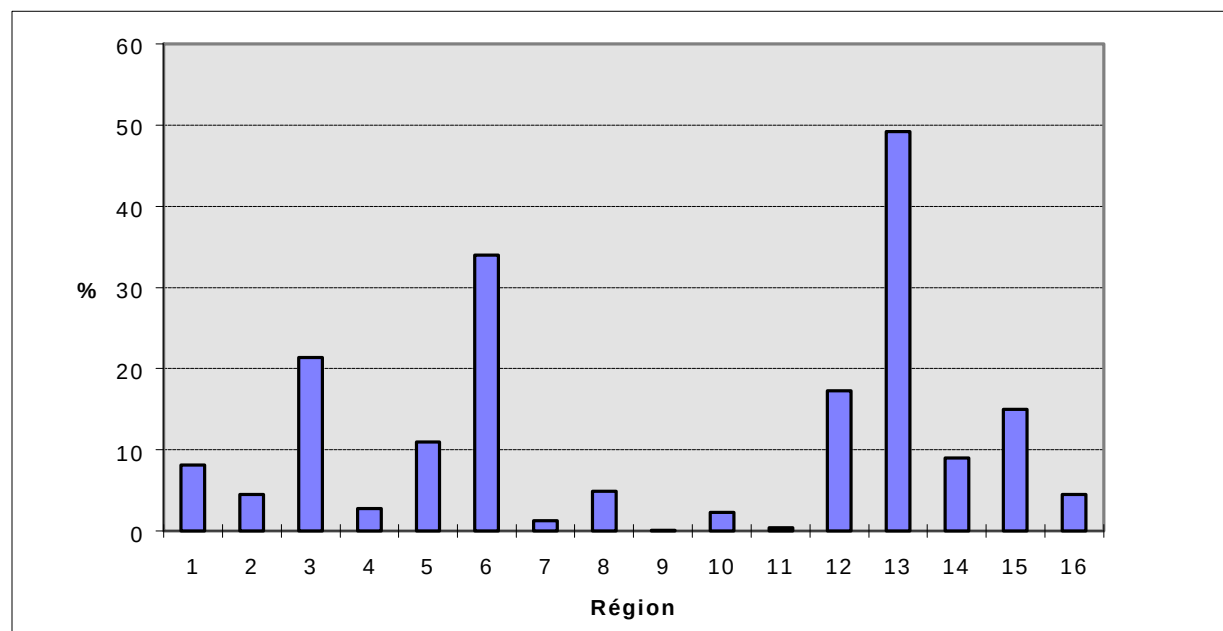
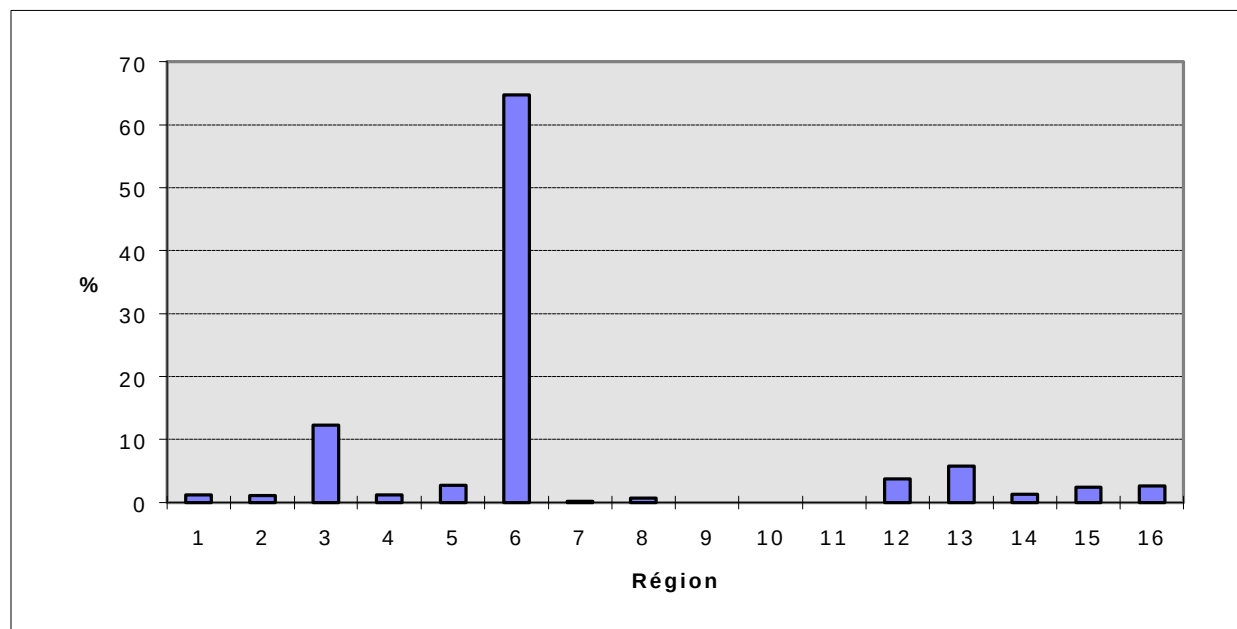


FIGURE 26
POUVOIR D'ATTRACTION RÉGIONALE POUR LA CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996



Lorsque le volume de chirurgies d'un jour s'adressant à une clientèle extrarégionale est pris en considération (figure 26), Montréal-Centre exerce un pouvoir d'attraction inégalé, laissant loin derrière Québec et Laval, qui occupent respectivement les deuxième et troisième rangs. Le pouvoir d'attraction des autres régions est négligeable.

Autosuffisance régionale en matière de chirurgie d'un jour

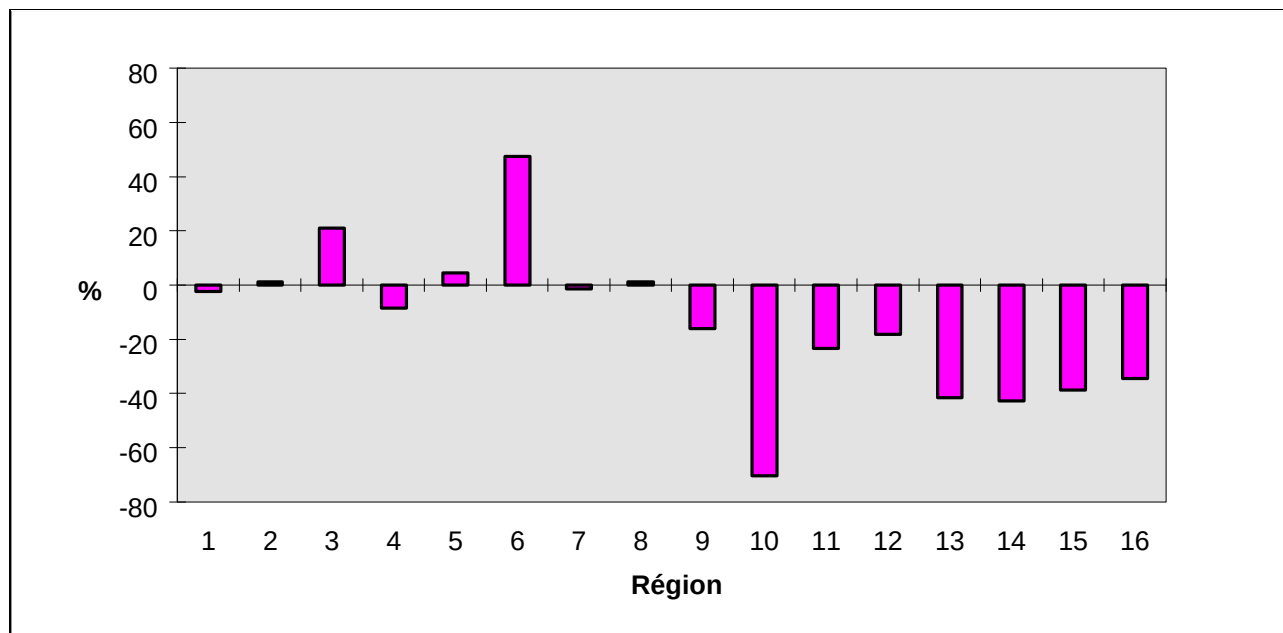
L'autosuffisance régionale en cette matière indique dans quelle mesure le volume de chirurgie d'un jour pratiquées dans une région suffit à répondre à la consommation de ses résidents. Il faut retenir que cette notion ne tient pas compte des types particuliers d'interventions pratiquées, ce qui impose une limite à l'interprétation des résultats. Ainsi, le nombre de cas de chirurgies d'un jour effectuées dans une région a été comparé à celui des chirurgies d'un jour pratiquées sur les résidents de cette région, peu importe la région où elles ont eu lieu. Lorsque le premier nombre est supérieur ou égal au second (à un pour cent près), la région a été classée comme étant autosuffisante.

À partir de cette classification, cinq régions peuvent être considérées comme autosuffisantes ou quasi autosuffisantes en ce qui concerne le volume de chirurgie d'un jour pratiquées sur leur territoire; il s'agit des trois régions universitaires ainsi que du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue (figure 27). Mis à part le Nord-du-Québec, les régions périphériques de Montréal sont les moins autosuffisantes en matière de chirurgie d'un jour. Alors que les trois régions universitaires et le Saguenay–Lac-Saint-Jean étaient autosuffisantes aussi bien au regard des services médicaux ambulatoires que de l'hospitalisation, il est intéressant

de remarquer que l'Abitibi-Témiscamingue ne l'était que pour les services ambulatoires d'omnipratique. Le degré de rétention de cette région pour la chirurgie d'un jour est d'ailleurs très élevé (96,1 %), ce qui illustre bien qu'une rétention s'approchant de 100 % est révélatrice de l'autosuffisance d'une région.

Puisque la chirurgie d'un jour constitue une solution de rechange à l'hospitalisation, il est possible que les degrés d'autosuffisance de plusieurs régions soient surestimés : dans certains cas, des interventions potentiellement réalisables de façon ambulatoire sont effectuées auprès de malades hospitalisés, donnant ainsi une fausse impression d'autosuffisance.

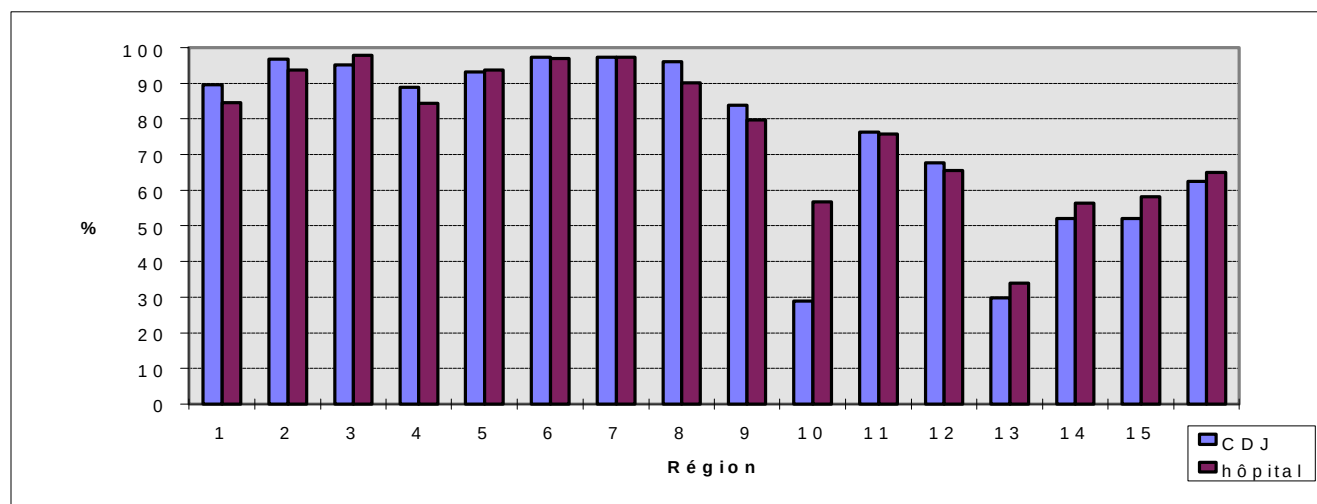
FIGURE 27
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996



Relation entre l'hospitalisation et la chirurgie d'un jour

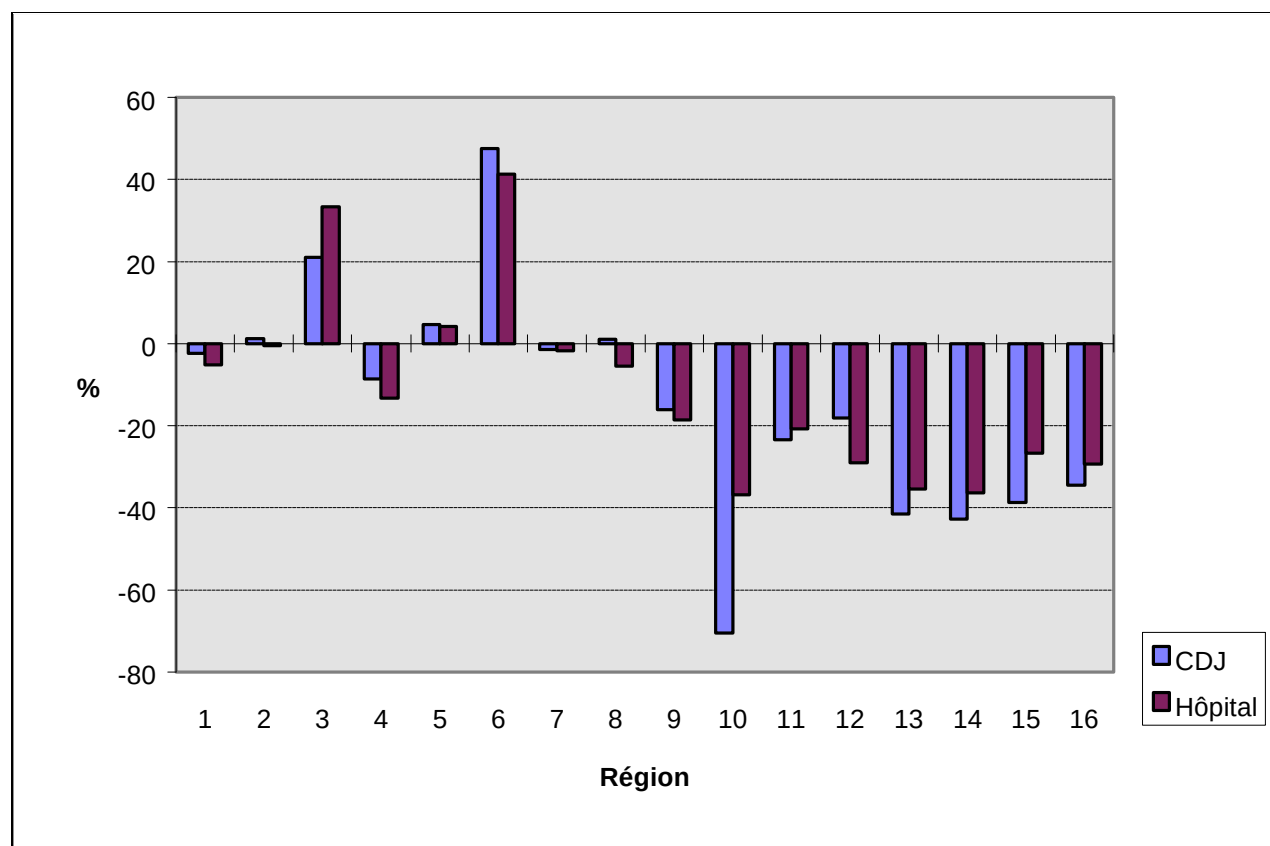
La rétention pour la chirurgie d'un jour est supérieure à la rétention pour l'hospitalisation dans six régions, principalement intermédiaires et éloignées (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-St-Jean, Mauricie-Bois-Francs, Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord) auxquelles il faut ajouter la région de Chaudière-Appalaches (figure 28). Ce résultat milite en faveur du développement de la chirurgie d'un jour puisqu'elle semble permettre aux résidents de ces régions d'être traités plus près de leur milieu de vie. Par contre, dans les régions périphériques de Montréal, la rétention pour la chirurgie d'un jour est plus faible que pour l'hospitalisation, celle-ci étant déjà parmi les plus basses au Québec. Dans les régions universitaires autres que Québec, la chirurgie d'un jour et l'hospitalisation atteignent des niveaux similaires. Le plus faible degré de rétention pour la chirurgie d'un jour dans Québec s'explique par le fait qu'une partie non négligeable des résidents de cette région reçoivent ce type d'interventions dans Chaudière-Appalaches, plus spécifiquement à l'hôpital Paul-Gilbert (Charny), où existe une unité autonome de chirurgie d'un jour. À cet égard, notons que 4,1 % des chirurgies d'un jour destinées à des résidents de Québec ont été pratiquées en Chaudière-Appalaches en 1995-96 contre seulement 0,4 % des hospitalisations (tableaux 7 et 10). L'écart le plus grand entre les deux niveaux de rétention est observé dans le Nord-du-Québec; le degré de rétention de cette région pour la chirurgie d'un jour se rapproche davantage de son degré de rétention pour les services ambulatoires spécialisés.

FIGURE 28
RÉTENTION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION ET DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996



Bien que la région de Chaudière-Appalaches attire une partie des résidents de Québec pour la chirurgie d'un jour, elle est loin d'être autosuffisante (figure 29); elle présente toutefois un déficit moins grand à ce chapitre qu'en ce qui a trait à l'hospitalisation. Six régions témoignent d'une moins grande autosuffisance en chirurgie d'un jour qu'en matière d'hospitalisation, soit le Nord-du-Québec, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et les quatre régions périphériques de Montréal. Enfin, si les résidents de Québec utilisent une partie des services de chirurgie d'un jour dans sa région périphérique, ce n'est pas parce qu'elle n'est pas autosuffisante. Le fait le plus marquant qui ressort de la comparaison régionale des degrés d'autosuffisance est que l'Abitibi-Témiscamingue soit autosuffisante pour la chirurgie d'un jour alors qu'elle enregistrait un déficit de 5,4 % pour l'hospitalisation.

FIGURE 29
AUTOSUFFISANCE RÉGIONALE EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION ET
DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN 1995-1996



Conclusion

Le but premier de cette étude était de déterminer dans quelle mesure les degrés régionaux de rétention et d'autosuffisance se sont améliorés au cours des dernières années avec l'accélération de la transformation du réseau de soins de santé. Dans cette perspective, les disparités régionales en matière de rétention et d'autosuffisance et leur explication ont aussi retenu l'attention. Les résultats présentés font état de changements qui se sont opérés au début de la période de transformation; on ne peut donc s'attendre à des changements dramatiques après un si court laps de temps. L'absence de changement, lorsque tel est le cas, ne saurait présager des effets qui pourront se faire sentir à plus long terme.

Insistons d'abord sur la distinction fondamentale entre les notions de rétention et d'autosuffisance qui sont parfois confondues. La première représente la capacité qu'a une région de retenir ses résidents afin qu'ils utilisent les services dans leur propre région; la seconde indique dans quelle mesure la production de services dans une région suffit à répondre à la consommation de ses résidents. Une région peut être autosuffisante et, en même temps, avoir une faible rétention; dans ce cas, elle devrait avoir un fort pouvoir d'attraction. Par contre, un degré de rétention s'approchant de 100 % révélera une forte autosuffisance et ce, quel que soit son pouvoir d'attraction. Ainsi, l'autosuffisance n'assure pas la rétention mais la rétention élevée traduit l'autosuffisance : les ressources disponibles dans la région peuvent être suffisantes pour répondre aux besoins de la population mais une partie de cette population peut avoir recours malgré tout à des ressources hors de la région. L'autosuffisance dépend de la disponibilité des ressources dans la région alors que la rétention dépend, en outre, des préférences dont font montre les dispensateurs de services et les usagers ainsi que de certains facteurs géographiques et historiques.

Ici, l'autosuffisance régionale a été définie en fonction du volume de services offerts dans une région, sans égard à la nature des services disponibles dans la région. Sous cet aspect, il est clair que peu de régions peuvent se qualifier d'autosuffisantes pour l'éventail des services requis par leur population. La transformation actuelle du réseau, bien qu'elle vise à améliorer l'accessibilité aux services dans le milieu de vie, ne peut avoir pour but de rendre disponibles en tout lieu l'ensemble des services ultraspecialisés car ceux-ci requièrent une masse critique impossible à atteindre dans les régions à l'extérieur des grands centres. En ce sens, l'autosuffisance est un objectif intermédiaire de la transformation et ne constitue pas un objectif à atteindre en soi, sauf pour les services de base. Si elle vise à favoriser l'accès aux services près du milieu de vie, on doit tenir compte du fait que le milieu de vie n'est pas entièrement synonyme de lieu de résidence mais qu'il se confond souvent avec le lieu de travail qui, lui, peut se situer dans une autre région sociosanitaire. La réflexion sur l'organisation des services ne peut négliger la grande mobilité de la population ni les habitudes de consommation qui prévalent dans des secteurs autres que la santé. L'interdépendance des régions représente un phénomène incontournable lié à un ensemble de facteurs autres que la disponibilité des services et c'est ce qui est illustré par le degré de rétention.

Globalement, le niveau de rétention régionale pour les services ambulatoires d'omnipratique est élevé et assez stable au cours de la période d'observation. Pour les services ambulatoires spécialisés, le degré de rétention varie toutefois beaucoup plus d'une région à l'autre et une légère amélioration, durant la période, a été notée dans sept des seize régions étudiées; c'est en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine que cette amélioration est la plus marquée. Six régions ont été identifiées comme autosuffisantes en matière de services ambulatoires d'omnipratique et quatre en ce qui a trait aux services spécialisés. Une très légère amélioration de l'autosuffisance vis-à-vis des services d'omnipratique a été perçue dans cinq régions tandis qu'elle est davantage prononcée, dans la moitié des régions, au regard des services ambulatoires spécialisés. Cette tendance a été observée tout au long de la période de suivi.

À l'instar des services ambulatoires spécialisés, le degré de rétention pour l'hospitalisation varie également d'une région à l'autre. Une légère augmentation est notée dans trois des seize régions étudiées au cours de la période, avec une progression un peu plus rapide depuis l'actualisation de la transformation, à Laval, dans les Laurentides et en Montérégie. Cinq régions ont été identifiées comme autosuffisantes en matière d'hospitalisation de courte durée, soit les trois régions universitaires et celles de l'Outaouais et du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Une mince progression de l'autosuffisance à cet égard a été observée à Laval, dans les Laurentides et en Montérégie; cette tendance est récente.

Dans le cadre de la transformation actuelle du réseau, les régions dont le degré de rétention est faible ont énoncé des objectifs en vue d'améliorer cette situation. C'est le cas des régions périphériques et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qui présentent un degré de rétention variant de 38 à 78 %. Les objectifs visés diffèrent toutefois selon les régions, étant généralement moindres dans les régions périphériques. En dépit d'une faible rétention, le Nord-du-Québec, pour sa part, n'a pas formulé d'objectif précis en ce qui regarde les services médicaux ou l'hospitalisation, cherchant plutôt d'autres formules que le retour de ses résidents dans la région pour accroître l'accessibilité aux ressources spécialisées. Il est vrai que, pour des raisons historiques et géographiques, une partie de sa population continue toujours d'utiliser les services offerts dans les régions avoisinantes :

	Degré de rétention actuel	Degré de rétention visé
Nord-du-Québec	57 %	aucun
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	78 %	89 %
Chaudière-Appalaches	66 %	75 à 80 %
Laval	38 %	65 %
Lanaudière	58 %	65 %
Laurentides	64 %	65 %
Montérégie	68 %	85 %

Les objectifs définis s'appliquent généralement à l'hospitalisation pour les soins généraux et spécialisés. Au regard des services de base, les régions visent généralement une pleine autosuffisance en matière de services ambulatoires, sans toutefois préciser s'il s'agit des servi-

ces d'omnipratique ou de spécialité. L'atteinte d'un degré élevé de rétention et d'autosuffisance régionales en matière de soins généraux nous apparaît des plus pertinentes, principalement dans les régions éloignées en raison de leur situation géographique et des liens moins étroits qu'elles entretiennent avec d'autres régions (exception faite du Nord-du-Québec) comparativement aux régions périphériques. Toutefois, comme il a été mentionné précédemment, cet objectif ne devrait pas s'appliquer aux hospitalisations de quatrième niveau.

Parmi d'autres éléments que cette étude a fait ressortir on trouve l'imbrication des clientèles des différentes régions sociosanitaires, surtout en ce qui a trait aux services ambulatoires spécialisés, à l'hospitalisation et à la chirurgie d'un jour. Elle montre que la rétention régionale ne dépend pas uniquement de la disponibilité des ressources dans la région, mais qu'elle relève aussi de facteurs géographiques et historiques ainsi que du comportement des prestataires de services et des usagers. À ce propos, rappelons, par exemple, que près de 20 % des consultations demandées en 1994 par les omnipraticiens de la région universitaire de Montréal-Centre, qui profite d'une grande disponibilité de ressources, étaient adressées à des médecins de l'extérieur de la région.

La rétention dépend aussi du pouvoir d'attraction des autres régions. Cela est particulièrement manifeste dans les régions périphériques de Montréal-Centre, qui sont sensibles au fort pouvoir d'attraction de cette région universitaire. Malgré la situation, la région de Laval réussit néanmoins à attirer une partie de la clientèle de Lanaudière et des Laurentides, ce qui montre bien la complexité du jeu d'influences entre les régions. Dans cette perspective, il serait irréaliste, sinon purement théorique, de considérer les régions sociosanitaires comme des entités semblables et indépendantes, étant donné leur spécificité et les diverses pressions qui s'exercent sur chacune. Dans ce contexte d'interdépendance, on peut donc se questionner sur la préférence de viser l'autosuffisance régionale. Il semble que plus les services sont spécialisés, plus les régions sont interdépendantes et plus la région est vaste et faiblement peuplée, moins l'autosuffisance apparaît pertinente.

L'intérêt de cette étude a été de mettre en relief les interactions entre les régions et l'évolution de ces interactions au cours de la période actuelle de transformation du réseau de soins. La relative stabilité du niveau de rétention et d'autosuffisance régionales dans bon nombre de régions témoigne, non pas des faiblesses de cette transformation, mais du court laps de temps écoulé depuis sa mise en branle et, possiblement, de la force d'inertie résultant d'un équilibre préexistant entre l'influence des facteurs liés à l'organisation des services et celle des facteurs associés à leur utilisation. Les résultats présentés peuvent jouer un rôle dans la prise de décision concernant l'allocation des ressources en montrant que peu importe le degré d'autosuffisance d'une région, il demeurera toujours des facteurs sur lesquels il n'est pas possible d'intervenir et qui détermineront le degré de rétention. Cependant, puisque cette étude ne fait aucunement référence aux besoins de la population ni au degré de complexité des services dispensés, les résultats ne sauraient être utiles dans une perspective d'équité. De plus, la mesure du degré d'autosuffisance régionale ne peut constituer un indicateur de la performance des régions puisqu'elle ne fait aucunement référence à la capacité de produire des services.

ANNEXE

TABLEAU A 1					
RATIO POPULATION PAR OMNIPRATICIEN SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE, 1991-1995					
Région	1991	1992	1993	1994	1995
	hab./omni.	hab./omni.	hab./omni.	hab./omni.	hab./omni.
01	1 031	965	987	968	953
02	1 184	1 146	1 113	1 149	1 145
03	889	873	869	857	850
04	1 242	1 220	1 229	1 250	1 236
05	947	933	905	895	902
06	904	922	907	904	915
07	1 077	1 015	1 011	1 008	990
08	964	1 018	1 093	1 026	949
09	1 031	1 071	1 068	811	762
10	692	835	1 109	655	487
11	870	799	769	736	762
12	1 079	1 058	1 026	1 022	1 029
13	1 302	1 283	1 272	1 301	1 265
14	1 397	1 385	1 393	1 390	1 375
15	1 306	1 261	1 231	1 207	1 184
16	1 274	1 270	1 275	1 273	1 266
Québec	1 052	1 044	1 040	1 037	1 030

TABLEAU A 2					
RATIO POPULATION PAR SPÉCIALISTE SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE, 1991-1995					
Région	1991	1992	1993	1994	1995
	hab./spéc.	hab./spéc.	hab./spéc.	hab./spéc.	hab./spéc.
01	1 630	1 550	1 426	1 327	1 295
02	1 588	1 489	1 471	1 382	1 366
03	647	649	636	636	641
04	1 875	1 828	1 713	1 601	1 546
05	864	861	873	872	874
06	522	531	518	516	522
07	1 687	1 634	1 679	1 644	1 664
08	1 593	1 538	1 485	1 564	1 554
09	2 654	2 304	2 299	1 989	1 946
10	3 115	6 620	5 386	4 218	3 164
11	2 651	2 630	2 377	2 121	1 696
12	2 195	2 110	2 041	1 956	1 914
13	2 323	2 329	2 330	2 332	2 241
14	2 817	2 717	2 724	2 728	2 547
15	2 880	2 763	2 765	2 748	2 783
16	2 099	2 051	2 004	1 985	1 962
Québec	1 029	1 030	1 001	1 003	1 005

Note : La région 10 inclut les données des régions 17 et 18. Le nombre de médecins provient des statistiques annuels de la RAMQ et les données concernant la population sont tirées d'un document du MSSS (Pelletier, 1996).

TABLEAU A 3 RATIO POPULATION PAR MÉDECIN SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE EN 1995					
Région	pop/médecin	pop/omni.	pop/spéc.	pop/spéc. chirurgicales	pop/spéc. méd.
01	540	953	1 295	3 550	2 782
02	622	1 145	1 366	3 729	2 880
03	363	850	641	2 459	1 067
04	680	1 236	1 546	4 387	3 122
05	438	902	874	3 127	1 513
06	329	915	522	1 999	844
07	620	990	1 664	5 489	2 924
08	580	949	1 554	4 802	2 732
09	545	762	1 946	5 255	4 778
10	408	487	3 164	9 491	5 423
11	520	762	1 696	4 205	3 505
12	665	1 029	1 914	5 659	3 926
13	797	1 265	2 241	7 975	4 131
14	877	1 375	2 547	9 037	4 465
15	827	1 184	2 783	8 566	5 328
16	766	1 266	1 962	6 786	3 511
Québec	504	1 030	1 005	3 562	1 724

Sources : *Statistiques annuelles 1995*, Régie de l'assurance maladie du Québec, Québec, 1994 (pour le nombre de médecins).

Pelletier, G. *La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, pour la période 1981 à 2016*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, coll. Données statistiques et indicateurs, n°. 30, Québec, 1996 (pour les données sur la population).

FIGURE A 1
RATIO POPULATION : MÉDECIN EN 1995

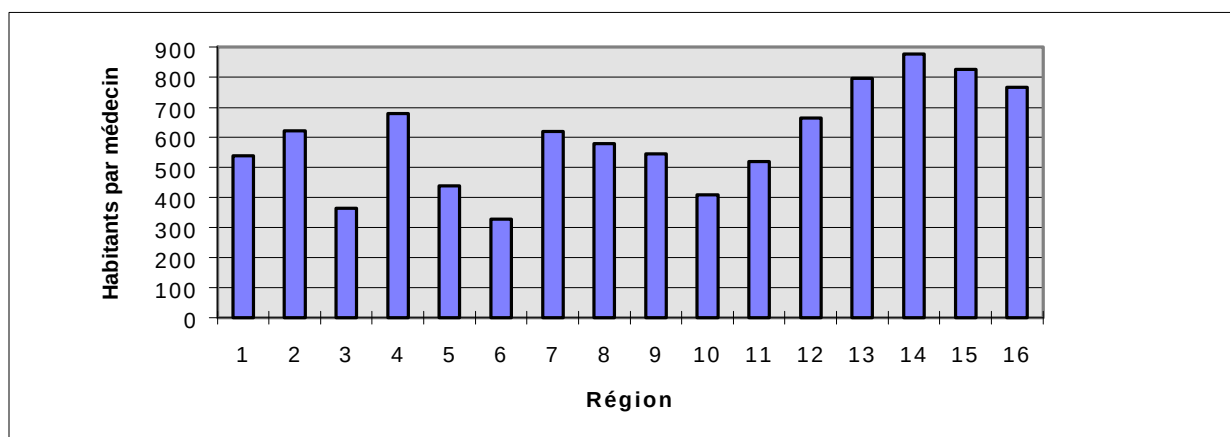


FIGURE A 2
RATIO POPULATION : OMNIPRATICIEN EN 1995

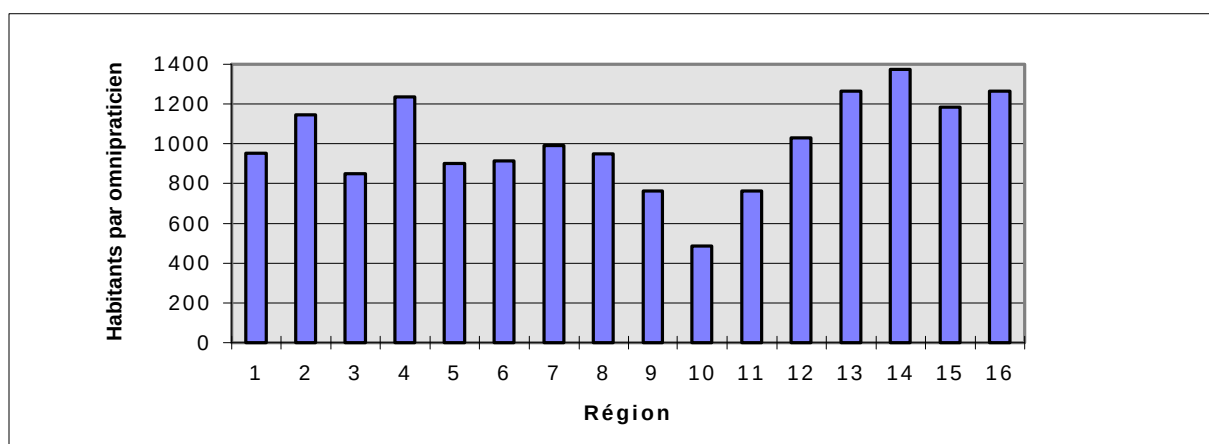


FIGURE A 3
RATIO POPULATION : SPÉCIALISTE EN 1995

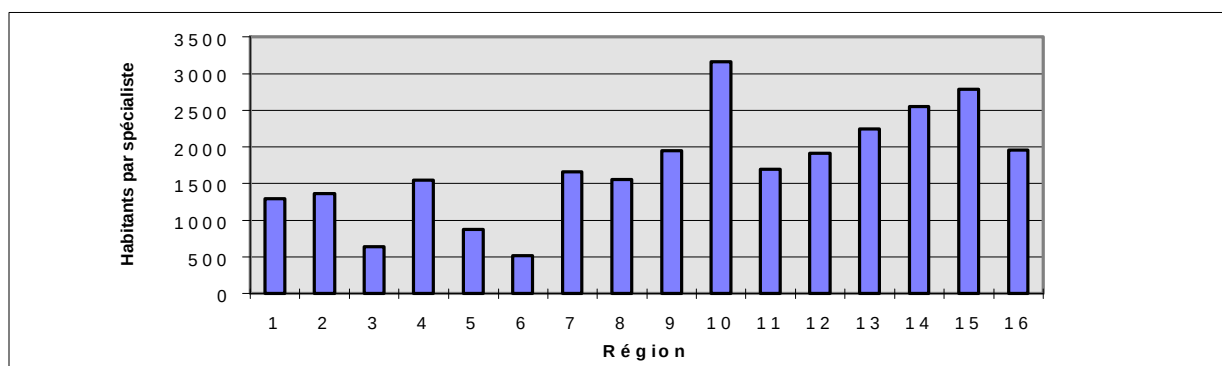


FIGURE A 4
RATIO POPULATION : SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES EN 1995

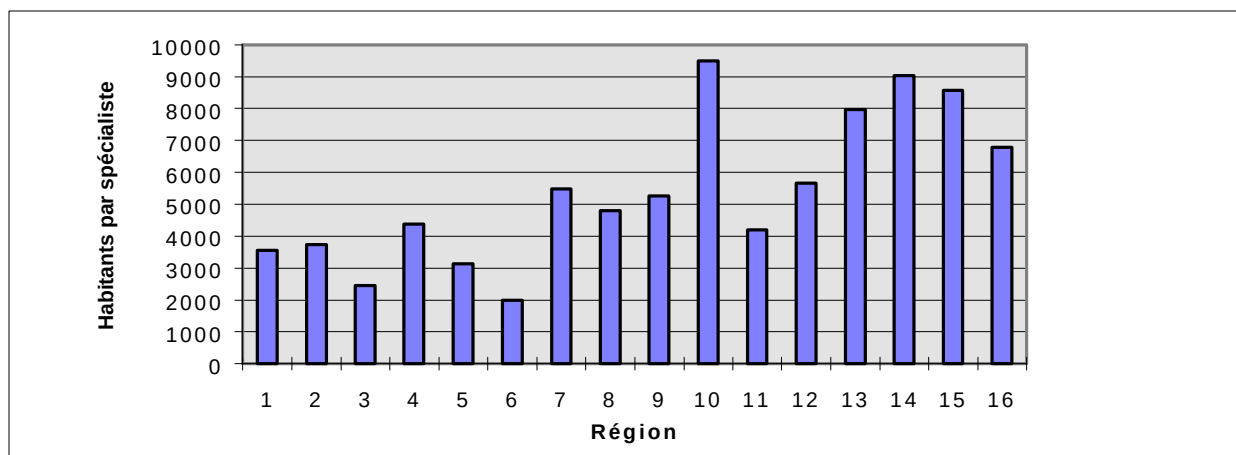


FIGURE A 5
RATIO POPULATION : SPÉCIALITÉS MÉDICALES EN 1995

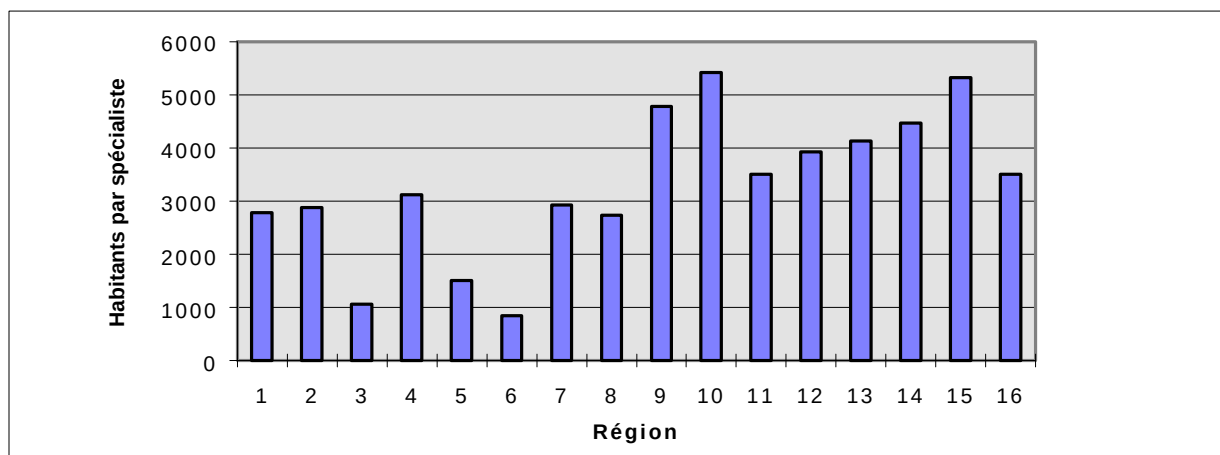


TABLEAU A 4 NOMBRE DE LITS DRESSÉS PAR 1 000 HABITANTS SELON LA RÉGION SOCIO SANITAIRE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS – SITUATION OBSERVÉE AU 31 MARS, 1991 À 1996						
Région	1991	1992	1993	1994	1995	1996
01	3,9	3,9	3,9	3,7	3,7	3,0
02	4,4	4,4	4,4	4,4	3,8	2,9
03	4,4	4,4	4,3	4,3	4,2	3,8
04	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,7
05	4,0	3,9	3,9	3,8	3,6	3,1
06	5,2	5,1	5,0	4,9	4,6	4,1
07	2,8	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2
08	3,1	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
09	3,8	3,8	3,9	3,7	3,7	3,0
10	2,4	2,5	2,5	2,5	2,3	2,4
11	4,0	4,0	4,1	4,0	3,7	3,3
12	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	1,7
13	1,2	1,1	1,1	1,1	1,3	1,3
14	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3
15	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
16	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	1,4
Québec	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	2,7

Source : Rapports statistiques des établissements (formulaires AS-477 et AS-478).

Note : Ces données excluent les lits en psychiatrie, en soins de longue durée dans la courte durée, en réadaptation et les berceaux.

FIGURE A 6
NOMBRE DE LITS DRESSÉS PAR 1 000 HABITANTS SELON LA
RÉGION SOCIO SANITAIRE AU 31 MARS 1996

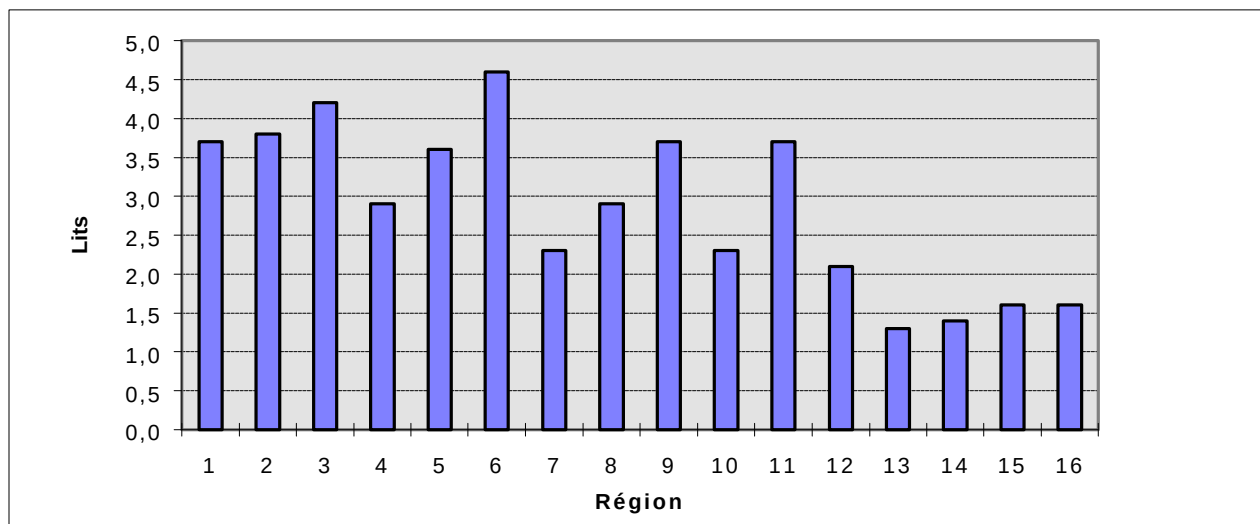


TABLEAU A 5 PART DE LA PRATIQUE DES SPÉCIALISTES EN CABINET PRIVÉ, EN CLINIQUE EXTERNE ET AUPRÈS DE MALADES HOSPITALISÉS EN 1995-1996			
Région	Cabinet	Clinique	Hôpital
	%	%	%
01	15,5	45,7	38,7
02	36,6	32,1	31,3
03	23,9	33,2	42,8
04	33,2	34,1	32,7
05	21,0	39,7	39,2
06	35,1	28,2	36,7
07	36,5	24,6	39,1
08	5,2	66,1	28,5
09	3,6	70,3	26,1
10	20,1	57,0	22,9
11	13,5	50,9	35,4
12	23,5	38,9	37,6
13	61,8	16,3	21,9
14	48,3	23,4	28,3
15	44,0	31,1	24,9
16	53,2	22,5	24,3
Québec	35,6	29,8	34,6

FIGURE A 7
PART DE L'OMNIPRATIQUE ET DES SPÉCIALITÉS DANS LA PRESTATION DE SERVICES
À DES MALADES HOSPITALISÉS SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE EN 1995-1996

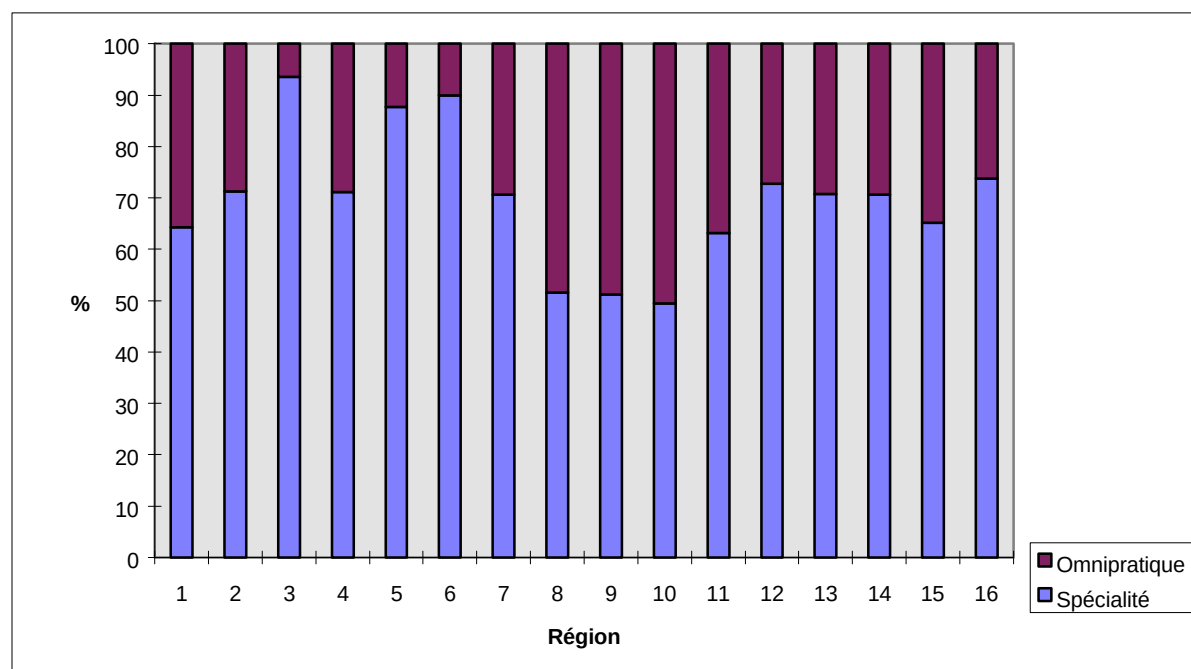


TABLEAU A 6 PART DES COÛTS DES SERVICES AMBULATOIRES ALLANT À LA PRATIQUE EN CLSC, AU SALARIAT ET À LA VACATION EN 1995-1996			
Région	CLSC	Omnipratique	Spécialité
	%	%	%
01	12,6	19,8	3,6
02	7,4	7,8	0,8
03	7,5	13,1	1,7
04	8,8	8,1	1,5
05	14,0	15,3	3,5
06	9,3	10,8	2,9
07	10,5	10,8	1,8
08	18,5	18,7	19,5
09	21,0	36,7	11,3
10	44,6	72,1	29,8
11	32,0	47,0	5,9
12	13,8	12,8	1,4
13	9,4	7,9	0,9
14	9,5	9,9	2,8
15	5,0	5,1	2,4
16	10,5	10,4	1,8
Québec	10,6	12,9	2,7

TABEAU A 7
DISTRIBUTION DES SPÉCIALISTES PAR RÉGION SOCIO SANITAIRE EN 1995

Régions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Spécialités																
Allergie	-	-	5	-	1	26	-	-	-	-	-	-	2	1	-	6
Anesthésie-réanimation	14	22	96	34	25	220	18	12	7	2	5	19	9	9	14	47
Cardiologie	4	8	58	11	14	186	8	2	2	-	-	9	7	6	2	27
Dermato-syphiligraphie	4	6	20	11	4	79	4	-	2	-	1	2	5	6	8	23
Endocrinologie	2	2	18	3	7	84	1	-	-	-	-	2	5	1	-	3
Gastro-entérologie	2	2	22	5	8	76	3	2	-	-	2	3	3	4	2	19
Gériatrie	-	-	11	-	4	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hématologie	6	3	28	4	7	97	3	-	-	-	-	2	3	2	7	11
Santé communautaire	3	1	35	7	4	43	4	2	2	-	1	5	5	3	3	16
Médecine interne	7	5	36	22	20	161	12	9	2	2	7	12	-	1	7	28
Néphrologie	-	2	15	4	6	69	2	1	-	-	-	-	4	2	1	7
Neurologie, Électroencéphalographie, neuropsychiatrie	3	4	27	4	13	113	3	2	1	-	-	1	3	4	1	13
Oncologie médicale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pédiatrie	11	17	41	16	24	256	17	12	3	2	4	9	15	22	10	63
Physiatrie	-	1	13	2	2	42	1	-	-	-	-	2	5	-	-	6
Pneumologie	2	6	28	4	8	103	1	1	1	-	-	3	4	3	2	12
Psychiatrie	16	20	132	25	30	541	29	15	2	1	10	28	12	21	24	89
Radio-oncologie	-	2	7	-	2	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rhumatologie	-	-	12	4	7	44	1	-	-	-	-	1	1	-	1	5
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	-	2	13	-	4	49	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Chirurgie générale	21	20	59	30	24	220	17	15	8	3	13	14	9	12	18	47
Chirurgie orthopédique	9	15	37	17	10	110	8	6	4	-	2	12	6	5	11	36
Chirurgie plastique	1	3	13	2	5	62	4	1	-	-	-	3	3	1	3	8
Gynécologie, obstétrique	9	13	53	23	15	187	8	4	3	-	3	15	8	12	9	37
Neurochirurgie	-	1	8	2	3	37	2	-	-	-	-	-	1	-	-	5
Ophtalmologie	7	12	38	17	12	131	6	2	3	-	3	11	5	5	3	27
ORL	6	9	25	11	10	69	6	2	2	-	4	9	6	4	4	19
Urologie	5	3	16	9	7	59	5	3	-	1	-	4	5	3	3	13
Anato-pathologie et pathologie clinique	4	7	32	9	9	98	5	5	2	1	1	8	4	4	3	17
Biochimie médicale	-	2	17	-	4	17	2	-	-	-	-	2	-	-	1	2
Médecine nucléaire	2	4	9	7	7	34	2	1	2	-	2	5	1	1	2	7
Microbiologie médicale	5	4	23	3	6	72	2	-	2	-	-	4	3	2	3	12

Source : Statistiques annuelles 1995, RAMQ, 1996.

COLLECTION ÉTUDES ET ANALYSES

DERNIERS TITRES PARUS

- (DGPE* 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE n° 34) **La toxicomanie au Québec – Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990.**
(L. GUYON et Y. GEOFFRION – RISQ, Direction de la planification, 1997)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE n° 30) **La capitation régionale, une avenue d'intérêt ?**
(Y. BRUNELLE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE n° 26) **Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention.**
(M. CLERMONT – Direction de la planification, 1996)
- (DGPE 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)

* DGPE : Direction générale de la planification et de l'évaluation.

- (DGPE n° 24) **Évaluation des modalités de financement dans le domaine sociosanitaire.**
(S. RHEAULT – Direction de l'évaluation, 1994)
- (DGPE n° 23) **La violence familiale : perspective systémique et essai de synthèse.**
(M. CLARKSON – Direction de la planification, 1994)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE 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)
- (DGPE n° 16) **La qualité des soins et services : un cadre conceptuel.**
(Y. BRUNELLE – Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE n° 15) **Les programmes de soutien familial : une alternative au placement des jeunes ?**
(L. GARANT – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 14) **Situation dans les salles d'urgence 1988-1991.**
(M. BRETON et F. CAMIRAND – Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE n° 13) **La mortalité au Québec et dans les régions socio-sanitaires ; évolution de 1976 à 1986.**
(P. LAFONTAINE – Direction de la planification, 1991)
- (DGPE n° 12) **Le système québécois d'aide aux jeunes en difficulté et à leurs parents : esquisse et questions.**
(P. ROBERGE – Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE n° 11) **Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission : description de la clientèle et évaluation du processus décisionnel.**
(L. BÉLANGER, M. BOLDUC et L. TRAHAN – Direction de l'évaluation, 1991)

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 la recherche et de l'évaluation
 1075, chemin Sainte-Foy, 11^{ème} étage
 Québec (Québec)
 G1S 2M1

Tél. : (418) 646-8890

