

40

**Collection
ÉTUDES ET ANALYSES**

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

4

**CHANGEMENTS DANS LE RECOURS
À L'HOSPITALISATION ET AUX
SERVICES AMBULATOIRES CHEZ
CERTAINS GROUPES VULNÉRABLES
À LA SUITE DE LA RÉORGANISATION
DES SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE**

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**

4

**CHANGEMENTS DANS LE RECOURS À
L'HOSPITALISATION ET AUX SERVICES
AMBULATOIRES CHEZ CERTAINS
GROUPE VULNÉRABLES À LA SUITE
DE LA RÉORGANISATION DES
SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE**

**Lysette Trahan
Pauline Bégin
Marie Demers**

AOÛT 2001

*Santé
et Services sociaux*

Québec



Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-38930-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

L'un des changements qui ont marqué l'organisation des services en santé physique au cours de la dernière décennie fut le virage ambulatoire, caractérisé principalement par la substitution d'une partie des soins et des services dispensés en centres hospitaliers par des soins et des services offerts en ambulatoire et par une réduction des séjours hospitaliers.

Les répercussions du virage ambulatoire sur l'accessibilité aux services ont fait l'objet d'une étude en trois volets à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, dont les deux premiers ont été publiés (Trahan et al. 1999 ; Trahan et al. 2000). Y sont présentés les résultats sur l'évolution des modifications observées dans la prestation et dans l'utilisation des services au Québec puis dans chacune des régions sociosanitaires. La présente étude, qui constitue le troisième volet, décrit et analyse l'accessibilité aux services pour des groupes vulnérables de la population.

Le programme d'évaluation prévu au départ se poursuit. Les études en cours visent à cerner les effets des transformations passées sur d'autres dimensions des soins et des services, notamment la continuité et la qualité. Elles cherchent également à évaluer les répercussions des modifications qui touchent actuellement l'organisation des soins et des services de première ligne. Le but visé est de fournir aux décideurs l'information permettant de porter un jugement éclairé sur ces changements et sur le suivi à leur donner.

RÉSUMÉ

La présente étude s'inscrit dans le cadre des travaux que la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation a réalisés pour évaluer les répercussions de la transformation du système de santé sur l'accessibilité aux services ainsi que sur la continuité et la qualité des services. Son principal but est d'examiner si les modifications qu'a connues ces dernières années l'organisation des services de santé ont engendré des effets différents pour des groupes vulnérables de la population.

Parmi ces groupes vulnérables, on compte les personnes de 75 ans ou plus, les populations des territoires de CLSC défavorisés, celles des territoires de CLSC offrant un accès limité à l'hôpital. L'étude tente de déterminer si l'accessibilité aux soins chez ces trois groupes vulnérables diffère de celle dont bénéficie l'ensemble de la population. Elle tente aussi, parallèlement, de déterminer s'il existe à cet égard une différence entre les hommes et les femmes.

Les principaux constats pour les années 1994-1995 à 1997-1998 en ce qui concerne le recours aux services hospitaliers et aux services médicaux ambulatoires sont les suivants.

LE VIRAGE AMBULATOIRE N'A PAS ÉTÉ RÉALISÉ AU DÉTRIMENT DES PERSONNES DE 75 ANS OU PLUS

On a assisté à une hausse marquée des visites ambulatoires à des spécialistes ainsi qu'à une hausse des visites ambulatoires à des omnipraticiens et des visites à l'urgence chez les personnes de 75 ans ou plus, alors que ces visites enregistraient une baisse ou se maintenaient au sein de l'ensemble de la population. Ces hausses sont toutes supérieures à l'augmentation du nombre de personnes de 75 ans ou plus pendant la période à l'étude.

À première vue, la diminution des visites à domicile peut paraître faible comparative-ment à celle qui est notée dans la population en général, mais il faut garder à l'esprit que cette diminution s'est produite malgré l'augmentation de 8,4 % du nombre de personnes de 75 ans ou plus au cours de la période.

Le nombre de services rendus à des malades hospitalisés a diminué dans ce groupe d'âge dans les mêmes proportions que dans l'ensemble de la population (17,7 % comparativement à 19 %).

Les personnes de ce groupe ont connu une diminution du taux d'hospitalisation moindre que ce qui a été observé parmi l'ensemble de la population (23,1 % en chirurgie comparativement à 27,1 %, et 4,1 % en médecine contre 8,5 %).

Le taux d'hospitalisation pour des interventions chirurgicales dites pertinentes a été relativement comparable à celui de l'ensemble de la population, à l'exception du pontage aorto-carotidien qui a enregistré une augmentation nettement plus prononcée chez les personnes âgées (39,8 % comparativement à 0,4 %).

Abordées sous l'angle des personnes de 75 ans ou plus, les variations du taux d'hospitalisation pour différentes catégories de problèmes se comparent de la façon suivante à la population en général : *baisse comparable* du taux pour les problèmes de diabète, l'hypertension, les problèmes de dos, l'infarctus du myocarde et l'infection urinaire (allant de 7 à 28 % selon la pathologie) ; *diminution moins prononcée ou hausse* pour les problèmes de bronchite et d'asthme et pour les troubles circulatoires ; *augmentation* – alors que les taux sont en baisse dans l'ensemble de la population – pour les problèmes de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'angine et de douleur thoracique et, enfin, tout comme parmi l'ensemble de la population, *stabilité* pour les problèmes cardiaques et vasculaires (affections vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque, arythmie cardiaque et troubles de conduction).

Le recours à la chirurgie d'un jour a connu une forte croissance chez cette clientèle (24,3 %) alors qu'il était en légère baisse dans l'ensemble de la population (1,6 %). Le traitement chirurgical de la cataracte est à l'origine de cette augmentation.

LA SITUATION A ÉTÉ DIFFÉRENTE POUR LES POPULATIONS DES TERRITOIRES DE CLSC DÉFAVORISÉS

Les populations des territoires de CLSC défavorisés ont connu une baisse plus marquée que l'ensemble de la population en ce qui a trait au recours à l'urgence (15,1 % comparativement à 10,2 %) et aux services rendus par des omnipraticiens à des malades hospitalisés (29,7 % contre 19 %).

Elles ont également enregistré une baisse plus marquée du recours à l'hospitalisation (37,4 % en chirurgie comparativement à 27,1 %, et 24 % en médecine comparativement à 8,5 %). Une partie de la baisse de l'hospitalisation en chirurgie a toutefois été compensée par une hausse un peu plus importante des visites ambulatoires à des spécialistes (6,5 % contre 1,5 %) et du recours à la chirurgie d'un jour (4,6 % contre 1 %). Le taux d'hospitalisation pour les interventions dites pertinentes a varié sensiblement dans les mêmes proportions que parmi l'ensemble de la population.

Ces populations ont subi une baisse plus prononcée que l'ensemble de la population quant au recours à l'hospitalisation pour la moitié des problèmes médicaux retenus dans l'étude : hypertension, infection de l'appareil urinaire, affections vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque, pneumonie et pleurésie, maladie pulmonaire obstructive chronique, gastro-entérite et arythmie cardiaque.

POUR LES POPULATIONS DES TERRITOIRES DE CLSC AYANT UN ACCÈS LIMITÉ À L'HÔPITAL, L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES S'EST MAINTENUE

En ce qui concerne les populations des territoires de CLSC ayant un accès limité à l'hôpital, la réduction du recours à l'urgence et celle des services rendus par des omnipraticiens à des malades hospitalisés ont été moins prononcées que dans l'ensemble de la population (7,6 % comparativement à 10,2 %, et 16,8 % contre 19 % respectivement).

En chirurgie, la diminution de l'hospitalisation été similaire à celle de l'ensemble de la population mais, en médecine, elle a été un peu plus marquée (10,4 % comparativement à 8,5 %).

Le taux d'hospitalisation pour les interventions chirurgicales dites pertinentes a enregistré une hausse un peu plus marquée au sein de ces populations que dans l'ensemble de la population.

Le taux d'hospitalisation pour treize des quinze catégories de problèmes médicaux retenues a varié dans les mêmes proportions que l'ensemble de la population, avec parfois une diminution moindre et parfois une augmentation supérieure.

**L'ÉVOLUTION DU RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS
A ÉTÉ SENSIBLEMENT LA MÊME CHEZ LES FEMMES QUE CHEZ LES HOMMES**

Parmi les indicateurs retenus du recours aux services dispensés par les médecins, seul le nombre de services donnés par des omnipraticiens à des malades hospitalisés a varié en fonction du sexe, la diminution ayant été moindre pour les hommes.

Le recours à la chirurgie a enregistré une légère hausse pour les hommes (5,9 %) et une baisse pour les femmes (6,4 %), vraisemblablement attribuable au fait que certaines interventions propres aux femmes se pratiquent maintenant en clinique externe ou en cabinet privé. Par ailleurs, le taux d'hospitalisation pour des interventions orthopédiques a connu une augmentation plus marquée pour les hommes.

REMERCIEMENTS

Les auteures remercient toutes les personnes qui ont apporté leur contribution à cette étude.

POUR LA CRÉATION DU FICHIER INFORMATIQUE :

Mme Hélène Boucher, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.

POUR LEURS JUDICIEUX COMMENTAIRES À LA LECTURE DU MANUSCRIT :

M. Yvon Brunelle, Direction de l'excellence de la main-d'oeuvre et des services médicaux,

Mme Betty Guedj, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation,

M. Daniel Labbé, Direction de la gestion de l'information,

M. Jacques Piché, Direction de la main d'œuvre médicale,

Dr Pierre Tousignant, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

POUR LA MISE EN PAGES DU DOCUMENT :

Mme Lise Lapointe, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 MÉTHODE	3
1.1 LES SOURCES ET L'UNIVERS DES DONNÉES.....	3
1.2 LA POPULATION À L'ÉTUDE.....	4
1.3 LA PÉRIODE À L'ÉTUDE	7
1.4 LA MÉTHODE DE STANDARDISATION	7
1.5 LES INDICATEURS RETENUS	7
2 RÉSULTATS	9
2.1 LE RECOURS À L'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE	9
2.1.1 <i>Le taux d'hospitalisation.....</i>	9
2.1.2 <i>La durée de séjour en chirurgie et en médecine.....</i>	13
2.1.3 <i>Le taux de journées d'hospitalisation</i>	13
2.1.4 <i>Le recours à l'hospitalisation pour certains types de problèmes médicaux.....</i>	18
2.1.5 <i>Le recours à l'hospitalisation pour certaines interventions chirurgicales.....</i>	20
2.2 LE RECOURS À LA CHIRURGIE D'UN JOUR.....	22
2.2.1 <i>Les interventions transférables en chirurgie d'un jour</i>	22
2.2.2 <i>Les interventions les plus fréquentes en chirurgie d'un jour</i>	24
2.3 LE RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES	27
2.3.1 <i>La part de l'ambulatoire parmi l'ensemble des services médicaux</i>	27
2.3.2 <i>Les visites ambulatoires en omnipratique</i>	28
2.3.3 <i>Les visites ambulatoires spécialisées</i>	31
2.3.4 <i>Les visites en salles d'urgence et à domicile.....</i>	32
2.3.5 <i>Le volume de services médicaux rendus à des malades hospitalisés</i>	35
2.3.6 <i>Le nombre de visites ambulatoires par usager.....</i>	38
DISCUSSION	41
ANNEXE	45
BIBLIOGRAPHIE	77

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998	11
FIGURE 2	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998	11
FIGURE 3	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998	12
FIGURE 4	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998	12
FIGURE 5	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998	14
FIGURE 6	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998	14
FIGURE 7	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998	15
FIGURE 8	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998	15
FIGURE 9	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998	16
FIGURE 10	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998	16
FIGURE 11	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	17
FIGURE 12	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	17
FIGURE 13	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES CONCERNANT LES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES EN CHIRURGIE D'UN JOUR, DE 1990-1991 À 1997-1998	22
FIGURE 14	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN FONCTION DU SEXE POUR LES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES EN CHIRURGIE D'UN JOUR, DE 1990-1991 À 1997-1998	24
FIGURE 15	ÉVOLUTION DE LA PART DES SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	28
FIGURE 16	ÉVOLUTION DE LA PART DES SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	28
FIGURE 17	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES EN OMNIPRATIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	30
FIGURE 18	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES EN OMNIPRATIQUE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	31

FIGURE 19	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	32
FIGURE 20	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	32
FIGURE 21	ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	33
FIGURE 22	ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	34
FIGURE 23	ÉVOLUTION DES VISITES DES OMNIPRATICIENS AU DOMICILE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	35
FIGURE 24	ÉVOLUTION DES VISITES DE L'OMNIPRATICIEN À DOMICILE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	35
FIGURE 25	ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS DISPENSÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	36
FIGURE 26	ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS DISPENSÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	36
FIGURE 27	ÉVOLUTION DES SERVICES RENDUS PAR DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	37
FIGURE 28	ÉVOLUTION DES SERVICES RENDUS PAR DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	37
FIGURE 29	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	38
FIGURE 30	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER, EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	38
FIGURE 31	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USAGER CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES DE 1992-1993 À 1997-1998.....	39
FIGURE 32	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USGER EN FONCTION DU SEXE DE 1992-1993 À 1997-1998	39
FIGURE A1	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES AFFECTIONS VASCULAIRES CÉRÉBRALES, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	66
FIGURE A2	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES TROUBLES CIRCULATOIRES ET CATHÉTÉRISM, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	66
FIGURE A3	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'HYPERTENSION, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998.....	67
FIGURE A4	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	67
FIGURE A5	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	68
FIGURE A6	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'ANGINE DE POITRINE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998.....	68

FIGURE A7	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE DOULEUR THORACIQUE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	69
FIGURE A8	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE AU DIABÈTE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998.....	69
FIGURE A9	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES PROBLÈMES DE DOS, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998.....	70
FIGURE A10	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE PNEUMONIE SIMPLE ET À UNE PLEURÉSIE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	70
FIGURE A11	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE BRONCHITE ET À L'ASTHME, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998.....	71
FIGURE A12	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	71
FIGURE A13	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE GASTRO-ENTÉRITE ET À DES DOULEURS ABDOMINALES, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	72
FIGURE A14	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES INFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998	72
FIGURE A15	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN PONTAGE AORTO-CORONARIEN, EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998	73
FIGURE A16	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN REMPLACEMENT DE LA HANCHE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	73
FIGURE A17	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE PROTHÈSE DE LA HANCHE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	74
FIGURE A18	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE PROTHÈSE DU GENOU, EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	74
FIGURE A19	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE LAMINECTOMIE, EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	75

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	TERRITOIRES DE CLSC LES PLUS DÉFAVORISÉS.....	5
TABLEAU 2	TERRITOIRES DE CLSC OFFRANT UN ACCÈS LIMITÉ À L'HÔPITAL	6
TABLEAU 3	VARIATION PROCENTUELLE DU RECOURS À L'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, AINSI QUE CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES DE 1994-1995 À 1997-1998.....	10
TABLEAU 4	VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES ET CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES EN FONCTION DE CERTAINS PROBLÈMES MÉDICAUX, DE 1994-1995 À 1997-1998.....	18
TABLEAU 5	VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES ET CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES SELON CERTAINES INTERVENTIONS CHIRURGICALES DE 1994-1995 À 1997-1998.....	20
TABLEAU 6	VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES ET CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES, DE 1995-1996 À 1997-1998.....	23
TABLEAU 7	VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX DE CHIRURGIE D'UN JOUR POUR LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1995-1996 À 1997-1998, CONCERNANT CERTAINS ACTES CHIRURGICAUX	26
TABLEAU 8	VARIATION PROCENTUELLE DU RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1994-1995 À 1997-1998.....	29
TABLEAU 9	VARIATION PROCENTUELLE DU RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX EN FONCTION DU SEXE, DE 1994-1995 À 1997-1998	30
TABLEAU A1	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 1 000 HABITANTS)	47
TABLEAU A2	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 1 000 HABITANTS)	47
TABLEAU A3	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHIRURGIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	47
TABLEAU A4	ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MÉDECINE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998.....	48
TABLEAU A5	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 1 000 HABITANTS)	48
TABLEAU A6	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 1 000 HABITANTS)	48
TABLEAU A7	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN INFARCTUS DU MYOCARDE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)	49

TABLEAU A8	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'HYPERTENSION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)	49
TABLEAU A9	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'ANGINE DE POITRINE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	49
TABLEAU A10	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE DOULEUR THORACIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	50
TABLEAU A11	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES AFFECTIONS VASCULAIRES CÉRÉBRALES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	50
TABLEAU A12	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION POUR TROUBLES CIRCULATOIRES AVEC CATHÉTÉRISME CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	50
TABLEAU A13	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE ET À UN CHOC CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	51
TABLEAU A14	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE PNEUMONIE SIMPLE ET À UNE PLEURÉSIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	51
TABLEAU A15	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE BRONCHITE ET À L'ASTHME CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	51
TABLEAU A16	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, ...	52
TABLEAU A17	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE AU DIABÈTE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	52
TABLEAU A18	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES PROBLÈMES DE DOS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	52
TABLEAU A19	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE OESOPHAGITE OU À UNE GASTROENTÉRITE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	53
TABLEAU A20	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE INFECTION DE L'APPAREIL URINAIRE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1993-1994 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	53
TABLEAU A21	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN PONTAGE AORTO-CORONARIEN CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	53
TABLEAU A22	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE PROTHÈSE DE LA HANCHE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	54

TABLEAU A23	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE AU REMPLACEMENT TOTAL DE LA HANCHE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	54
TABLEAU A24	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE PROTHÈSE DU GENOU CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	54
TABLEAU A25	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE HYSTÉRECTOMIE CHEZ LES FEMMES APPARTENANT À UN GROUPE VULNÉRABLE, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	55
TABLEAU A26	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE LAMINECTOMIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS).....	55
TABLEAU A27	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES CONCERNANT LES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES EN CHIRURGIE D'UN JOUR DE 1990-1991 À 1997-1998 (TAUX POUR 1 000 HABITANTS)	55
TABLEAU A28	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES CONCERNANT L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES EN CHIRURGIE D'UN JOUR, DE 1995-1996 À 1997-1998 (TAUX POUR 1 000 HABITANTS)	56
TABLEAU A29	ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES SELON LES DIX INTERVENTIONS (CODE CCADTC) LES PLUS FRÉQUENTES EN CHIRURGIE D'UN JOUR, DE 1995-1996 À 1997-1998 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS) ..	57
TABLEAU A30	ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DE L'AMBULATOIRE PARMIL'ENSEMBLE DES SERVICES MÉDICAUX CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	60
TABLEAU A31	ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DE L'AMBULATOIRES PARMIL'ENSEMBLE DES SERVICES MÉDICAUX, EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	60
TABLEAU A32	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1992 À 1997-1998.....	60
TABLEAU A33	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	60
TABLEAU A34	ÉVOLUTION EN POURCENTAGEDE LA PART DES VISITES AMBULATOIRES ATTRIBUABLES À L'OMNIPRATIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	61
TABLEAU A35	ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DES VISITES AMBULATOIRES ATTRIBUABLES À L'OMNIPRATIQUE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	61
TABLEAU A36	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	61
TABLEAU A37	ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	61
TABLEAU A38	ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DU RECOURS AUX SPÉCIALISTES À L'OCCASION DE VISITES AMBULATOIRES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	62
TABLEAU A39	ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DU RECOURS AUX SPÉCIALISTES À L'OCCASIONDE VISITES AMBULATOIRES, EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	62
TABLEAU A40	ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	62

TABLEAU A41	ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	62
TABLEAU A42	ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DES VISITES AMBULATOIRES SOUS FORME DE VISITES À L'URGENCE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998....	63
TABLEAU A43	ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DES VISITES AMBULATOIRES SOUS FORME DE VISITES À L'URGENCE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	63
TABLEAU A44	ÉVOLUTION DES VISITES DES OMNIPRATICIENS À DOMICILE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	63
TABLEAU A45	ÉVOLUTION DES VISITES DES OMNIPRATICIENS À DOMICILE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	63
TABLEAU A46	ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	64
TABLEAU A 47	ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS, EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	64
TABLEAU A48	ÉVOLUTION DES SERVICES DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	64
TABLEAU A49	ÉVOLUTION DES SERVICES DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS, EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	64
TABLEAU A50	ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	65
TABLEAU A51	ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER, EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998.....	65
TABLEAU A52	ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USAGER CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998	65
TABLEAU A53	ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USAGER, EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998	65

INTRODUCTION

La réorganisation des services de santé au Québec, s'est notamment traduite par le transfert vers l'ambulatorio de services et de soins jusque là dispensés en centres hospitaliers. Étant donné les besoins potentiellement plus élevés de certains groupes de la population, on peut se demander si les modifications qu'elle a entraînées ont pu réduire les services auprès des groupes vulnérables.

Les groupes vulnérables au sein d'une population sont définis comme ceux qui présentent un risque relatif plus élevé de morbidité, de mortalité (Flaskerud et Winslow, 1998). Mis à part l'âge avancé, la précarité sur les plans matériel, social et environnemental est étroitement liée à l'état de santé et de bien-être de la population. Un maigre revenu, une faible scolarisation, un statut social peu élevé, un réseau social déficient ainsi qu'un accès limité aux services sociosanitaires figurent parmi les facteurs associés à des taux de morbidité et de mortalité prématurée plus élevés. Parmi les groupes considérés comme vulnérables sur la base de ces éléments se trouvent, par exemple, les personnes très âgées, les personnes démunies sur le plan financier, les familles monoparentales et les nouveaux immigrants (Amaro, 1995 ; Jetter *et al.*, 1995 ; Carlisle *et al.*, 1996 ; Link et Phelan 1996 ; Guralnik et Leveille, 1997 ; Flaskerud et Winslow, 1998).

Dans la présente étude, nous avons retenu comme groupes vulnérables les personnes de 75 ans ou plus, celles qui habitent un territoire de CLSC défavorisé sur le plan socioéconomique ainsi que les populations des territoires de CLSC qui offrent un accès limité à l'hôpital. Parallèlement, nous avons cherché à déterminer s'il existait à cet égard une différence entre les hommes et les femmes.

Les objectifs visés sont de tracer l'évolution du recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services médicaux par ces groupes vulnérables et de déterminer si l'accessibilité aux soins pour ces groupes diffère de celle dont bénéficie l'ensemble de la population.

La situation de ces groupes vulnérables entre 1990-1991 et 1997-1998 est comparée à celle de l'ensemble de la population pour ce qui est du niveau de recours et de son évolution. Cependant, pour examiner l'accessibilité, la comparaison a plutôt porté sur la période allant de 1994-1995 à 1997-1998 où les changements en faveur du virage ambulatorio se sont accélérés.

1 MÉTHODE

Les aspects méthodologiques visant les sources de données, la période à l'étude, la méthode de standardisation et la définition des indicateurs utilisés ont été décrits en détail dans un précédent rapport (Trahan *et al.*, 1999). Pour le bénéfice du lecteur, nous les reprenons ici succinctement en y ajoutant une section sur la population à l'étude.

1.1 LES SOURCES ET L'UNIVERS DES DONNÉES

Volet hospitalier

Les données utilisées pour le volet hospitalier sont tirées des fichiers AP-DRG 8.0 (*All Patient Diagnosis Related Groups*) et APR-DRG, version 12.0 (*All Patient Refined Diagnosis Related Groups*). Ces fichiers sont constitués à partir de la banque de données MED-ÉCHO.

L'information sur les hospitalisations ne concerne que les cas de santé physique traités soit en médecine, soit en chirurgie. Sont donc exclus des calculs les cas de psychiatrie, les cas d'obstétrique et les nouveau-nés, toutes les personnes hospitalisées pour une longue période dans des lits réservés aux soins de courte durée ainsi que celles qui ont été admises dans un service de soins de courte durée puis transférées en soins de longue durée. Les hospitalisations de résidents du Québec survenues à l'extérieur de la province ne sont pas comptabilisées non plus. Les cas atypiques autres que les personnes hospitalisées pour une longue période dans des lits réservés aux soins de courte durée sont inclus dans les calculs ; il s'agit des décès, des départs sans autorisation médicale, des transferts vers d'autres centres hospitaliers et de cas dont la durée de séjour excède le séjour maximal du DRG.

Volet de la chirurgie d'un jour

Les données utilisées pour l'analyse de la chirurgie d'un jour proviennent des informations colligées au fichier MED-ÉCHO.

Pour l'analyse de l'évolution de la prestation des services en chirurgie d'un jour, seulement un certain nombre d'établissements ont été considérés et une liste d'interventions transférables en chirurgie d'un jour a été utilisée. Pour les années 1995-1996 et suivantes, l'examen couvre l'ensemble des centres effectuant la chirurgie d'un jour puisque ceux-ci ont tous déclaré leurs activités, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le système de classification AP-DRG a servi à déterminer les inscriptions pouvant être classées comme étant de nature chirurgicale, ce qui a pour conséquence que le nombre de cas est quelque peu inférieur à ce qu'il serait en réalité puisque certains actes ne sont pas classés comme des traitements opératoires.

Volet des services médicaux

L'information pour l'analyse des services rendus par le médecin est tirée des banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'analyse porte sur l'information colligée à partir de l'ensemble des demandes de paiement effectuées par les médecins rémunérés à l'acte pour des services rendus en cabinet privé, en clinique externe, à l'urgence, à domicile et en CLSC. La rémunération à l'acte représente environ 87 % de la rémunération des médecins au cours de la période à l'étude. Puisque l'étude portait sur la santé physique, les services considérés excluent la psychiatrie, mais ils incluent l'obstétrique et la gynécologie, contrairement aux données relatives à l'hospitalisation.

La pratique des médecins sous d'autres modes de rémunération a aussi été prise en compte mais uniquement en ce qui concerne les coûts, car aucune information n'existe sur le nombre et la nature des services, les patients et les lieux de prestation.

1.2 LA POPULATION À L'ÉTUDE

Le choix d'évaluer les effets de la réorganisation sur les populations les plus vulnérables a porté sur trois groupes : les personnes de 75 ans ou plus, celles qui habitent des territoires de CLSC défavorisés sur le plan socioéconomique et celles qui ont un accès plus limité aux ressources hospitalières. L'information contenue dans les fichiers administratifs justifie un tel choix. En parallèle, on s'est intéressé à vérifier si, à cet égard, il existait une différence entre les hommes et les femmes.

Pour ce qui est de l'âge, le choix de ne retenir que les personnes de 75 ans ou plus pour l'étude repose sur la plus grande vulnérabilité de ce groupe comparativement à celles des 65 ans ou plus. En effet, le risque de connaître des limitations d'activités modérées ou graves et de recourir aux services de santé est nettement plus élevé pour les personnes de 75 ans ou plus. Par exemple, la proportion de personnes présentant ces niveaux de limitations fonctionnelles est de près de 40 % chez les 70-84 ans et elle atteint plus de 70 % chez les 85 ans ou plus, contre 20 % chez les 65-74 ans (Santé Québec, 1995). En outre, les personnes de 75 ans ou plus ont le profil de revenu le plus bas, près de 70 % d'entre elles ayant un revenu inférieur à 15 000 \$, alors que ce pourcentage est de 61 % chez les 70-74 ans et de 57 % chez les 65-69 ans (Conseil des aînés, 1997). La population de 75 ans ou plus comptait 360 134 personnes en 1996.

L'analyse des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique est faite à partir d'une approche territoriale. Un indice défini à cet effet a permis de classer chacun des territoires de CLSC du Québec. Cet indice tient compte du revenu des ménages privés et du niveau de scolarité (Côté, 1997). Des regroupements ont été faits à l'aide d'une méthode statistique de classification hiérarchique. Ainsi, cinq catégories ont été créées, allant des territoires hautement favorisés à ceux qui sont hautement défavorisés. Nous avons retenu pour notre recherche les 27 territoires classés hautement défavorisés, répartis dans dix régions sociosanitaires distinctes (sur quinze puisque les régions Terres-Cries-de-la-Baie-James, Nord-du-Québec et Nunavik étaient exclues en raison de leur faible population et de leurs caractéristiques sociales et économiques particulières). C'est au sein des populations de ces territoires que le recours aux services de santé a été étudié en comparaison avec la situation qui existe dans l'ensemble de la population. La population de ces territoires s'établissait à 554 783 personnes en 1996. Les CLSC inclus dans ce groupe sont présentés dans le tableau 1.

TABLEAU 1
TERRITOIRES DE CLSC LES PLUS DÉFAVORISÉS

CLSC	Région	Nom
1105	01	Matapédia
1301	01	Les Basques
1302	01	Saint-Éleuthère
1305	01	Cabano
3603	03	Limoilou
3802	03	Québec-Basse-ville
4102	04	Mékinac
4301	04	Maskinongé
5101	05	Granit
5103	05	Haut-Saint-François
6201	06	Pointe-Saint-Charles
6305	06	Hochelaga-Maisonneuve
6603	06	Saint-Michel
6701	06	Montréal-Centre-sud
6704	06	Parc-Extension
7104	07	Maniwaki
7110	07	Papineau
9102	09	Forestville
9110	09	Basse-Côte-Nord
11203	11	Pabok
11205	11	Grande-Vallée
11208	11	Denis-Riverin
12101	12	Lac-Etchemin
12701	12	Saint-Jean-Port-Joli
12703	12	Saint-Pamphile
12704	12	Montmagny
15103	15	Antoine-Labelle

Le choix des territoires de CLSC où l'accessibilité aux services hospitaliers est plus limitée s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité développé par Piché et Côté (1997). La disponibilité des ressources en lits est l'objet de la mesure de l'accessibilité, mais cette

mesure tient compte d'autres facteurs. Ainsi ont été pris en considération la distance séparant la population de l'ensemble des hôpitaux susceptibles de l'accueillir, la taille de ces hôpitaux et la possibilité que d'autres populations puissent être reçues dans ces mêmes hôpitaux. Dix-sept territoires classés dans la catégorie « faiblement accessibles » ont été retenus. Ils se trouvent dans six régions différentes. Cet indicateur n'a pas été retenu pour la chirurgie d'un jour étant donné les bases sur lesquelles il a été conçu. La population de ces territoires s'élevait à 784 436 habitants en 1996. Les CLSC inclus dans ce groupe sont présentés dans le tableau 2.

TABLEAU 2
TERRITOIRES DE CLSC OFFRANT UN ACCÈS LIMITÉ À L'HÔPITAL

CLSC	Région	Nom
2101	02	Fjord
3306	03	Charlevoix
3501	03	Portneuf
5104	05	Val-Saint-François
5105	05	Coaticook
6101	06	Lac-Saint-Louis
6103	06	Pierrefonds
6104	06	Dollard-des-Ormeaux
6302	06	Pointe-aux-Trembles
6401	06	Côte-des-Neiges
6402	06	Snowdon
6403	06	Côte-Saint-Luc
6501	06	Notre-Dame-de-Grâce
14202	14	Matawinie
14206	14	Assomption
15106	15	Les Laurentides

Quant à l'aspect touchant une éventuelle démarcation entre les deux sexes, il ressort que pour certaines interventions, les femmes seraient dans un état de vulnérabilité plus grand que les hommes. Différentes études ont démontré que certaines interventions chirurgicales seraient pratiquées moins souvent ou plus tardivement sur les femmes que sur les hommes (Katz *et al.*, 1994 ; Bell *et al.*, 1995 ; Bergelson et Tommasco, 1996 ; Giacomini, 1996 ; Gijsbers *et al.*, 1996 ; Bloembergen *et al.*, 1997 ; Weitzman *et al.*, 1997 ; Hawker *et al.*, 1998). Hawker *et al.* (2000) ont montré récemment qu'en Ontario, l'arthroplastie de la hanche et du genou étaient sous-utilisées tant pour les hommes que pour les femmes de 55 ans ou plus, mais que cette sous-utilisation était plus grande pour les femmes. Ces différences s'expliqueraient, de l'avis des auteurs, par un plus faible taux de référence des femmes de la part de l'omnipraticien vers l'orthopédiste. La question qui se posait dans le cadre de cette étude était de savoir si le virage ambulatoire avait affecté différemment les femmes et les hommes.

1.3 LA PÉRIODE À L'ÉTUDE

Sauf exception, l'analyse du recours aux services et de son évolution porte sur la période allant de 1990-1991 à 1997-1998 et celle de l'accessibilité couvre la période comprise entre 1994-1995 et 1997-1998.

1.4 LA MÉTHODE DE STANDARDISATION

De manière à pouvoir comparer dans le temps les taux d'hospitalisation et de recours à la chirurgie d'un jour, ces derniers ont été standardisés selon la méthode de standardisation directe en utilisant comme référence la population du Québec au recensement de 1991. Cette standardisation des taux permet des comparaisons d'une période à l'autre en éliminant les différences liées à la structure par âge.

1.5 LES INDICATEURS RETENUS

Pour la partie sur les hospitalisations, les indicateurs retenus sont les suivants :

- ✓ le taux standardisé d'hospitalisation exprimé par 1 000 habitants pour l'ensemble des admissions et par 100 000 habitants pour des interventions ou conditions médicales particulières ;
- ✓ le taux standardisé de journées d'hospitalisation exprimé par 1 000 habitants ;
- ✓ la durée moyenne de séjour.

Pour la partie concernant la chirurgie d'un jour, les indicateurs sont :

- ✓ le taux standardisé de chirurgie d'un jour par 1 000 habitants pour les interventions transférables en chirurgie d'un jour ;
- ✓ le taux standardisé de chirurgie d'un jour par 1 000 habitants pour l'ensemble des interventions pratiquées en chirurgie d'un jour ;
- ✓ le taux standardisé de chirurgie d'un jour par 100 000 habitants pour les interventions les plus fréquentes en chirurgie d'un jour.

Pour la partie qui touche les services médicaux ambulatoires, les indicateurs retenus sont :

- ✓ le nombre de services ambulatoires rendus par les omnipraticiens et les spécialistes selon les lieux de prestation (cabinet privé, clinique externe, urgence, domicile) ;
- ✓ le nombre moyen de visites ambulatoires d'omnipratique et spécialisées par usager ; une visite est définie comme un contact entre un médecin et un patient au cours d'une journée donnée ;
- ✓ le nombre de visites en salles d'urgence et à domicile ;
- ✓ le nombre de services rendus par les omnipraticiens et les spécialistes à des malades hospitalisés.

Il faut noter que l'évolution du recours aux services à domicile offerts par les CLSC n'est pas considéré ici. La structure actuelle des systèmes d'information ne permet pas de traiter les données pour des groupes d'âge précis. De plus, l'information disponible au moment de l'étude ne portait pas encore sur tous les CLSC, ce qui limitait grandement son utilisation.

2 RÉSULTATS

2.1 LE RECOURS À L'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE

2.1.1 *Le taux d'hospitalisation*

Les personnes de 75 ans ou plus présentent, tout au long de la période d'observation, un taux d'hospitalisation nettement plus élevé que l'ensemble de la population, que ce soit en chirurgie ou en médecine. Le taux d'hospitalisation est également un peu plus élevé pour les populations des territoires défavorisés jusqu'en 1996-1997, différence qui s'estompe toutefois en 1997-1998. Pour les populations pour qui l'accessibilité aux ressources hospitalières est plus limitée, ce taux est légèrement inférieur à celui de l'ensemble de la population (figures 1 et 2). Enfin il n'existe aucune différence entre le taux d'hospitalisation des hommes et des femmes en chirurgie, mais, les hommes sont davantage hospitalisés que les femmes en médecine (figures 3 et 4).

La diminution du taux d'hospitalisation en chirurgie dans l'ensemble de la population a été de 27 % entre 1994-1995 et 1997-1998. Comparativement, elle était du même ordre, soit 28 % pour les populations des territoires offrant un accès limité à l'hôpital et de 37 %, donc plus marquée pour les populations des territoires défavorisés. La diminution était toutefois légèrement moindre pour les personnes de 75 ans ou plus, avec 23 %. Par ailleurs, cette réduction du taux d'hospitalisation en chirurgie a été la même pour les hommes et les femmes (tableau 3).

En médecine, le taux d'hospitalisation n'a cessé de s'accroître de 1990-1991 à 1994-1995 dans l'ensemble de la population, pour connaître une baisse au cours des deux années subséquentes, suivie d'une stabilisation en 1997-1998. La même tendance se dessine pour les personnes de 75 ans ou plus. Pour les populations des territoires défavorisés ou ayant un accès limité à l'hôpital, le taux d'hospitalisation en médecine continue de diminuer en 1997-1998 (figure 2). L'évolution de l'hospitalisation des hommes et des femmes obéit à la même tendance générale et la réduction se fait au même rythme (figure 4).

Le taux d'hospitalisation en médecine a chuté de 8,5 % dans l'ensemble de la population entre 1994-1995 et 1997-1998. La réduction a été plus marquée pour les populations des territoires défavorisés, avec 24 %, et, dans une moindre mesure, pour celles des territoires offrant un accès limité à l'hôpital avec 10 %. Pour les personnes de 75 ans ou plus, la baisse n'a été que de 4 %. Et, à cet égard, aucune différence ne distingue les hommes et les femmes (tableau 3).

TABLEAU 3
VARIATION PROCENTUELLE DU RECOURS À L'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
AINSI QUE CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES
DE 1994-1995 À 1997-1998

	Taux d'hospitalisation		Séjour moyen		Taux de journées d'hospitalisation	
	Chirurgie	Médecine	Chirurgie	Médecine	Chirurgie	Médecine
Personnes de 75 ans ou plus	-23,1	-4,1	-7,7	-17,5	-29,1	-20,8
Territoires de CLSC défavorisés	-37,4	-24,0	-9,1	-14,2	-35,7	-27,1
Territoires offrant un accès limité à l'hôpital	-27,9	-10,4	-6,2	-12,4	-28,9	-19,2
Hommes	-26,0	-8,7	-4,7	-12,4	-30,6	-22,0
Femmes	-28,1	-8,2	-6,6	-13,0	-34,6	-22,4
Ensemble du Québec	-27,1	-8,5	-6,6	-13,8	-32,6	-22,4

FIGURE 1
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Chirurgie

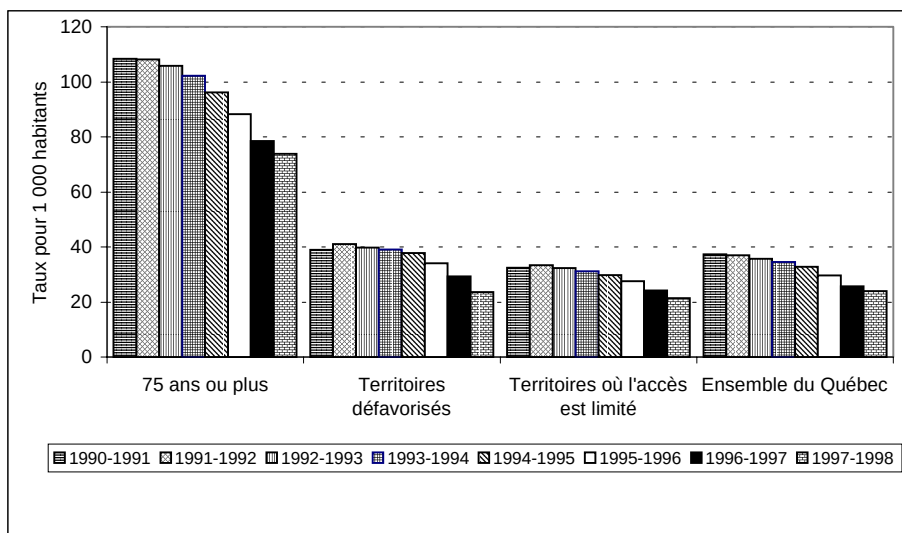


FIGURE 2
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Médecine

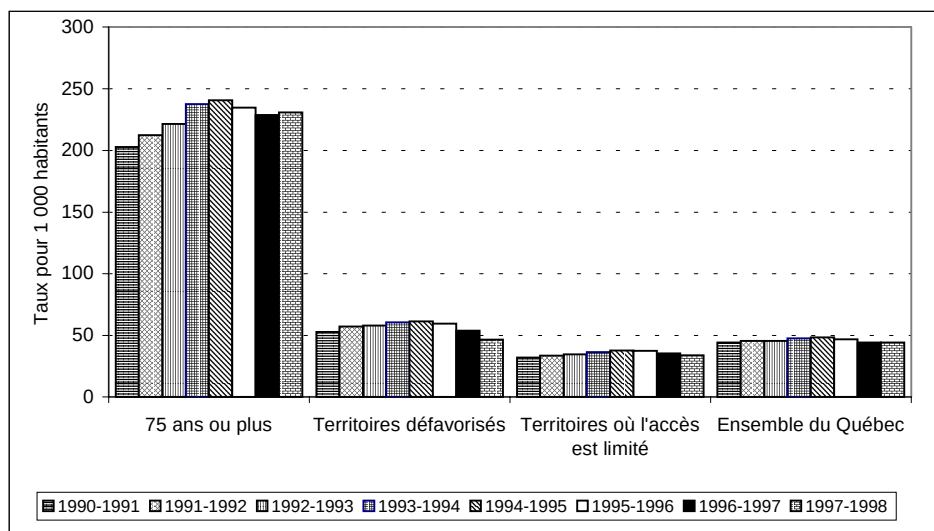


FIGURE 3
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Chirurgie

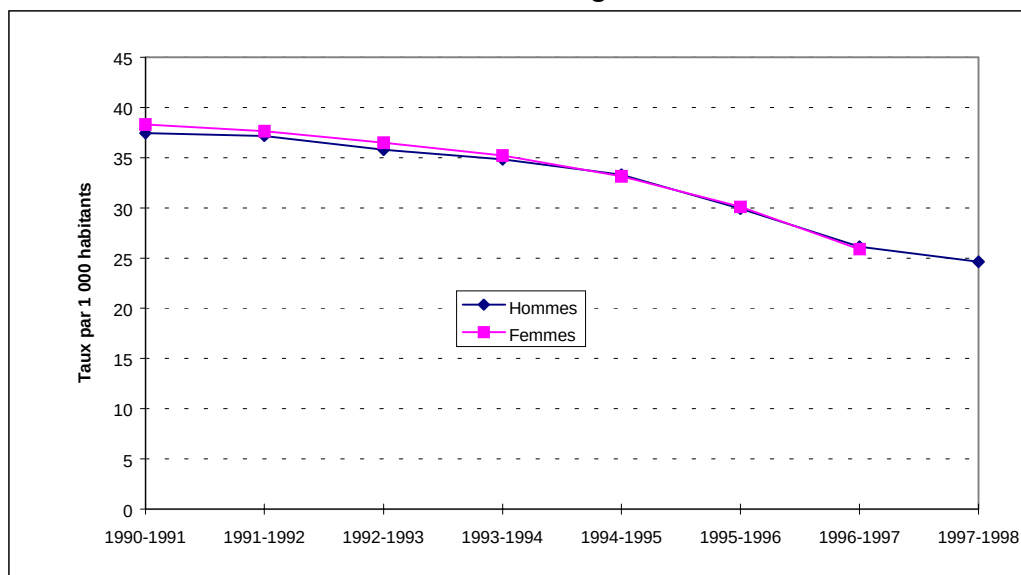
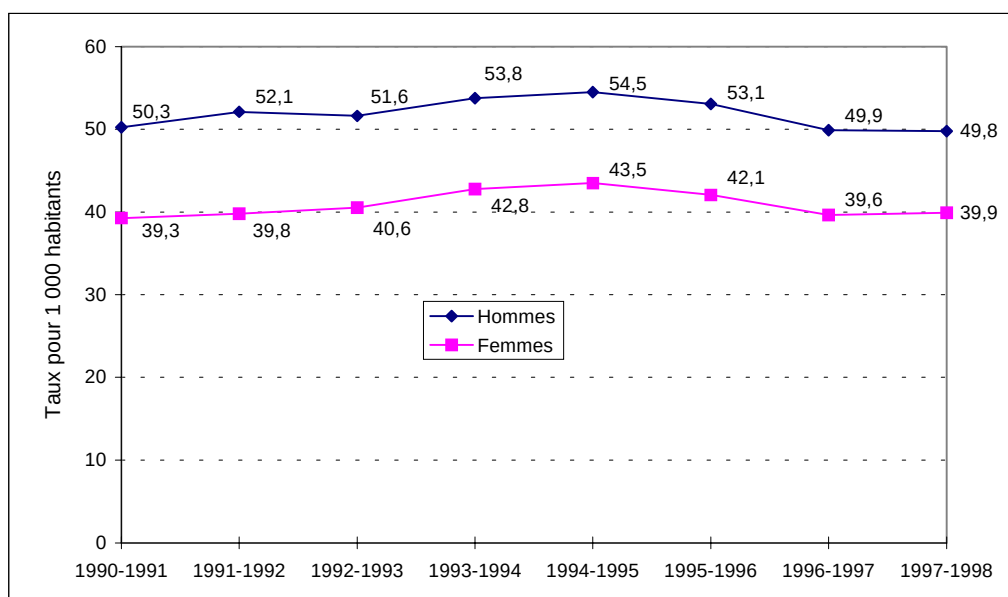


FIGURE 4
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Médecine



2.1.2 La durée de séjour en chirurgie et en médecine

Tant en chirurgie qu'en médecine, les personnes de 75 ans ou plus ont séjourné plus longtemps à l'hôpital par rapport à l'ensemble de la population, et ce, tout au long de la période d'observation. Les populations des territoires défavorisés qui offrent un accès limité à l'hôpital ont également un séjour moyen un peu plus long que celui de l'ensemble de la population. Toutefois, l'écart avait tendance à diminuer en 1997-1998 pour les populations des territoires défavorisés (figures 5 et 6). Par ailleurs, les femmes ont séjourné à l'hôpital moins longtemps que les hommes en chirurgie (figure 7) mais davantage en médecine (figure 8).

Entre 1994-1995 et 1997-1998, la diminution de la durée moyenne de séjour en chirurgie a été de 7 % dans l'ensemble de la population. Pour les populations des territoires défavorisés, la diminution a toutefois été légèrement plus marquée s'établissant à 9 %. Par ailleurs, cette diminution du temps de séjour s'est avérée un peu plus importante pour les femmes (tableau 3).

En médecine, il n'y a que pour les personnes de 75 ans ou plus que la réduction de la durée moyenne de séjour a été plus importante que celle qui a été enregistrée dans l'ensemble de la population, avec 18 % comparativement à 14 %. La baisse a été la même pour les hommes et les femmes (tableau 3).

2.1.3 Le taux de journées d'hospitalisation

Par rapport à l'ensemble de la population, les personnes de 75 ans ou plus détenaient les taux de journées d'hospitalisation les plus élevés aussi bien en médecine qu'en chirurgie, ce qui n'a rien de surprenant étant donné qu'elles sont davantage hospitalisées et qu'elles séjournent en moyenne plus longtemps à l'hôpital. Suivent les populations des territoires défavorisés, avec toutefois un écart nettement moins prononcé. Celles des territoires offrant une moins grande accessibilité à l'hôpital présentent, tout au long de la période à l'étude, un taux de journées moindre que celui de l'ensemble de la population, tant en chirurgie qu'en médecine (figures 9 et 10). Le taux de journées d'hospitalisation apparaissait plus élevé pour les hommes que pour les femmes, aussi bien en chirurgie (figure 11) qu'en médecine (figure 12).

De 1994-1995 à 1997-1998, les trois groupes vulnérables ont connu une réduction du taux de journées d'hospitalisation en chirurgie de plus ou moins 3 % par rapport à l'ensemble de la population. En médecine, les populations des territoires défavorisés affichaient une baisse légèrement plus marquée que celle observée dans l'ensemble de la population au cours de cette période, soit 27 % contre 22 %. Ce fait est attribuable à la baisse plus prononcée du taux d'hospitalisation observée pour ces populations (tableau 3). Le taux de journées d'hospitalisation en chirurgie a diminué de façon un peu plus importante pour les femmes du fait de la réduction plus grande du temps de séjour (tableau 3).

On retrouvera en annexe, dans les tableaux A1 à A6, les données à la source des figures qui illustrent l'évolution du taux d'hospitalisation, de la durée moyenne de séjour et du taux de journées d'hospitalisation dans les groupes vulnérables.

FIGURE 5
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Chirurgie

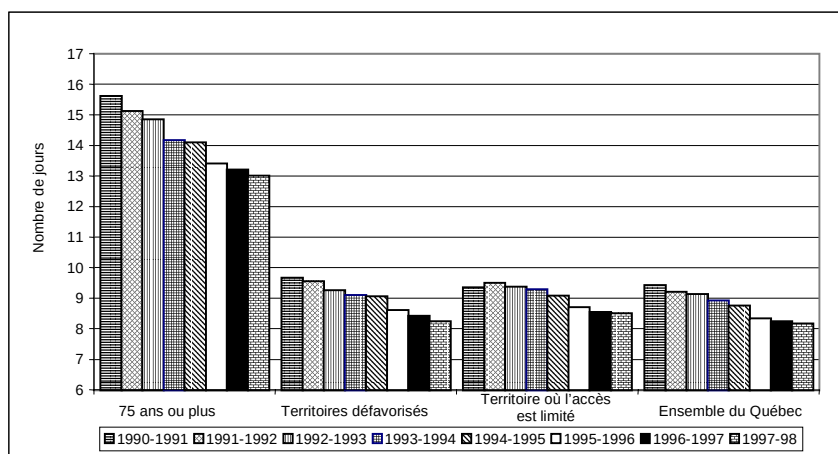


FIGURE 6
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Médecine

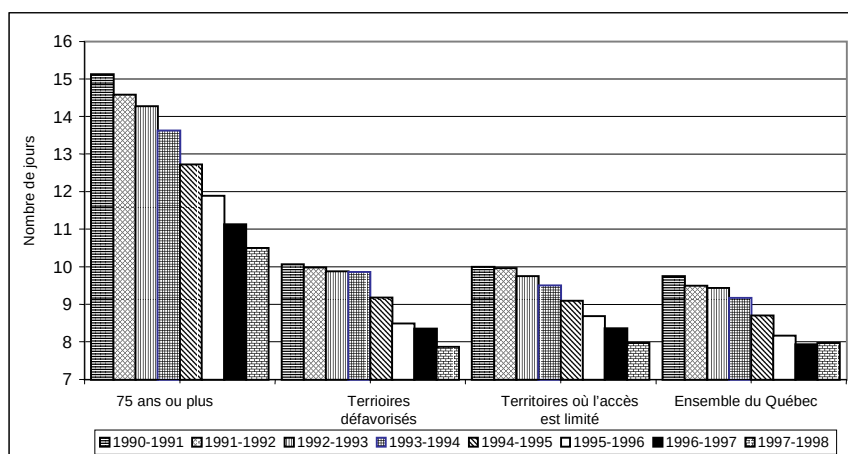


FIGURE 7
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN FONCTION DU SEXE,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Chirurgie

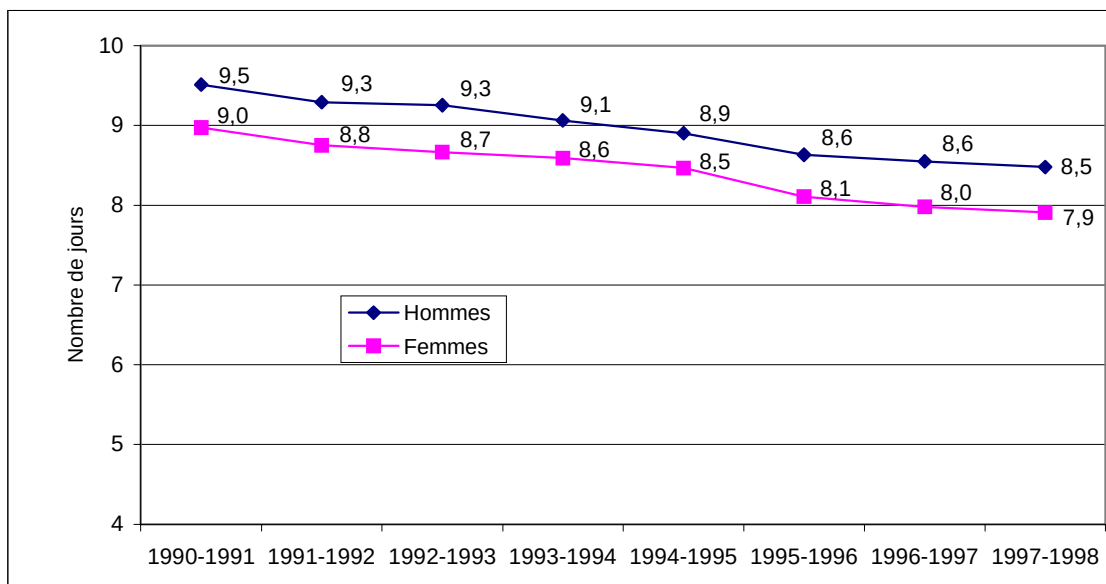


FIGURE 8
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN FONCTION DU SEXE,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Médecine

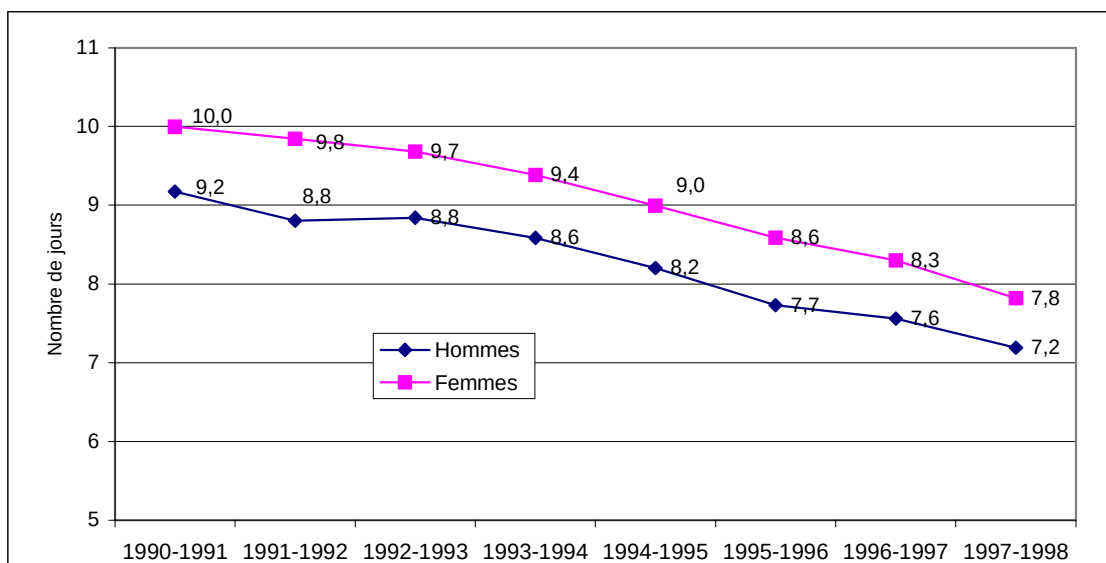


FIGURE 9
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Chirurgie

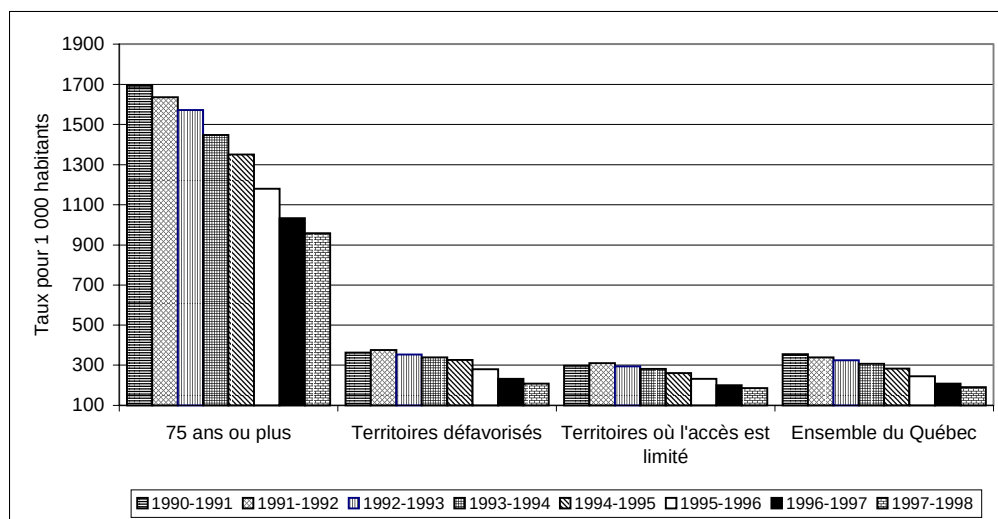


FIGURE 10
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Médecine

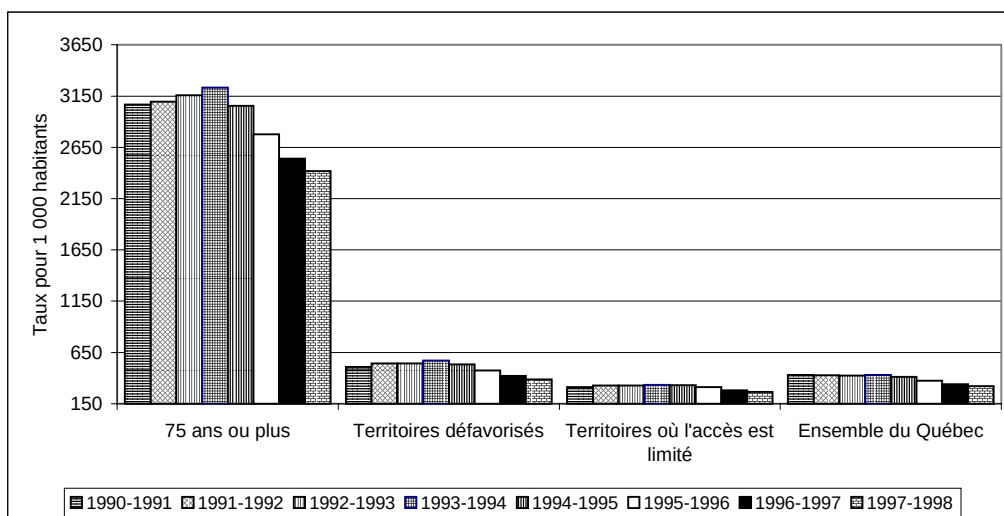


FIGURE 11
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Chirurgie

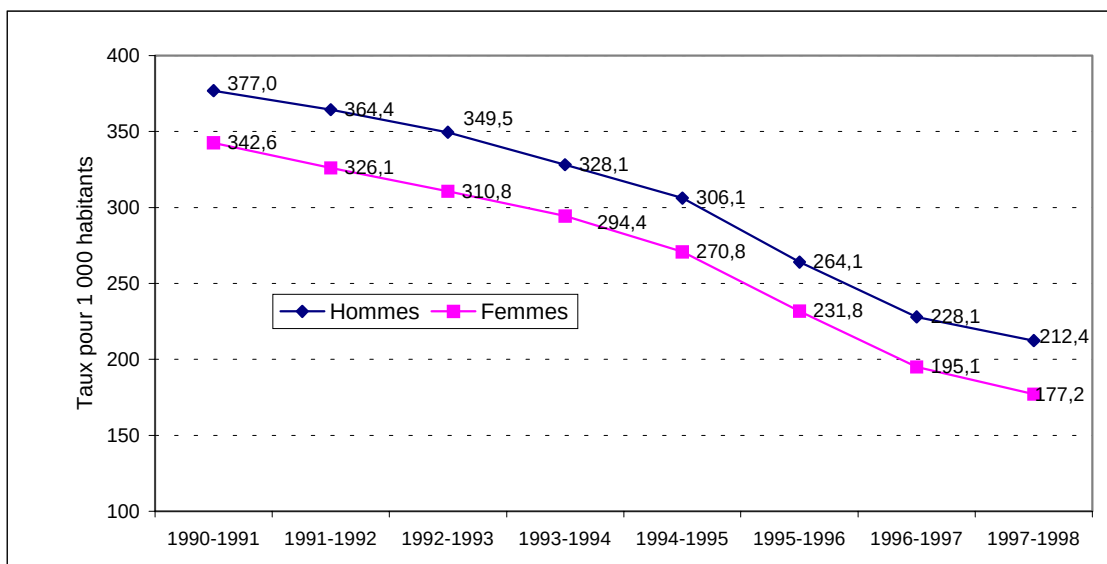
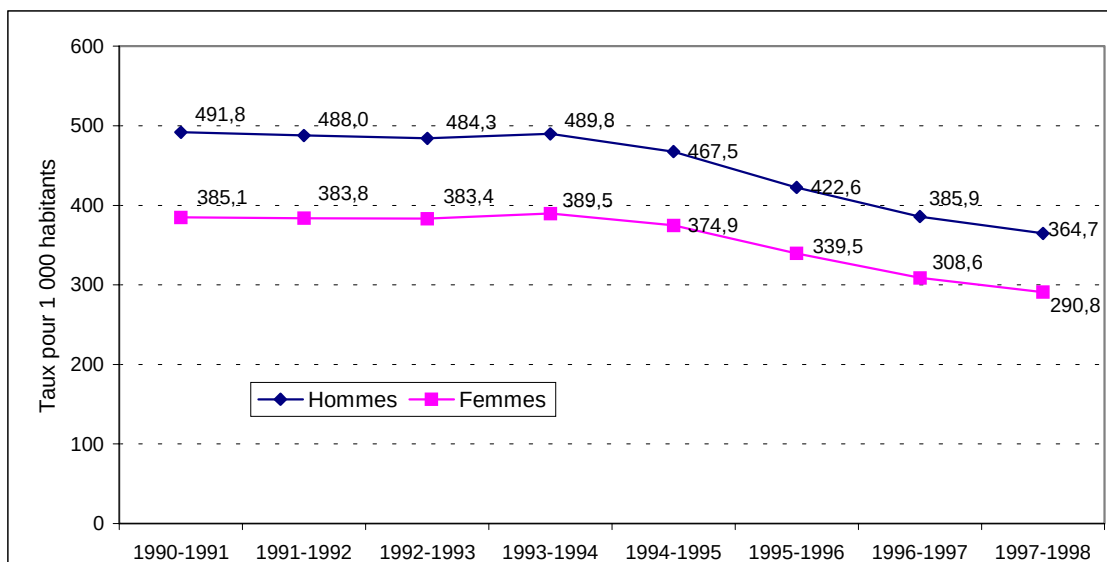


FIGURE 12
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU SEXE,
DE 1990-1991 À 1997-1998

Médecine



2.1.4 Le recours à l'hospitalisation pour certains types de problèmes médicaux

Comme en fait foi le tableau 4, le taux d'hospitalisation dans l'ensemble de la population a diminué entre 1994-1995 et 1997-1998 en ce qui concerne dix des quinze types de problèmes médicaux étudiés.

TABLEAU 4
VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
ET CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES EN FONCTION DE CERTAINS PROBLÈMES MÉDICAUX,
DE 1994-1995 À 1997-1998

Problèmes médicaux	75 ans ou plus	Territoires de CLSC défavorisés	Territoires où l'accès est limité	Hommes	Femmes	Ensemble de la population
Troubles circulatoires avec cathétérisme	6,8	-15,5	-23,6	-32,22	-29,2	-31,3
Diabète	-27,3	-23,4	-25,1	-27,3	-28,9	-28,0
Hypertension	-22,0	-36,1	3,7	-18,5	-29,5	-25,2
Problèmes de dos	-25,1	-25,1	-26,1	-25,4	-24,1	-24,7
Bronchite et asthme	-9,8	-17,1	-16,7	-20,2	-18,4	-19,3
Infection de l'appareil urinaire	-10,1	-20,6	-4,08	-4,1	-14,0	-11,2
Infarctus aigu du myocarde	-7,4	-6,7	-5,9	-6,4	-7,4	-6,7
Affections vasculaires cérébrales	-0,4	-7,3	5,5	-4,6	-0,6	-2,6
Insuffisance cardiaque et choc	-3,8	-10,4	2,9	-0,5	-3,3	-1,6
Pneumonie simple et pleurésie	12,5	-12,4	2,7	0,7	-2,6	-1,1
Arythmie cardiaque et troubles de conduction	-0,4	-3,4	6,0	2,2	-0,7	1,1
Maladie pulmonaire obstructive chronique	8,1	-11,5	9,6	-1,3	5,0	1,2
Gastro-entérite et douleurs abdominales	-17,7	-18,3	3,3	6,5	-0,6	2,1
Angine	5,9	10,3	-5,1	3,2	3,1	3,0
Douleur thoracique	18,0	13,4	-5,2	3,8	8,9	6,4

Note : Les chiffres en gras indiquent les variations qui se démarquent le plus de celles qui sont observées pour l'ensemble de la population.

Les baisses les plus substantielles dans l'ensemble de la population, variant de **10 % à 31 %**, se rapportent aux problèmes médicaux suivants :

- les troubles circulatoires avec cathétérisme,
- le diabète,
- l'hypertension,
- les problèmes de dos,
- la bronchite et l'asthme,
- les infections de l'appareil urinaire.

Des réductions moindres, allant de **1 % à 7 %**, observées pour les quatre autres problèmes :

- l'infarctus aigu du myocarde,
- les affections vasculaires cérébrales,
- l'insuffisance cardiaque,
- la pneumonie simple et pleurésie.

Les diminutions du taux d'hospitalisation sont **équivalentes ou inférieures** à celle qui est observée dans l'ensemble de la population lorsque que l'on considère **les personnes de 75 ans ou plus et les populations des territoires où l'accès à l'hôpital est limité**. En revanche, ces diminutions apparaissent plus **importantes pour les populations des territoires de CLSC défavorisés en ce qui concerne cinq problèmes médicaux sur dix**, soit :

- l'hypertension,
- les infections de l'appareil urinaire,
- les affections vasculaires cérébrales,
- l'insuffisance cardiaque,
- la pneumonie et la pleurésie.

Par ailleurs, lorsque l'on considère l'ensemble de la population, on note des augmentations du taux d'hospitalisation variant de 1 % à 7 % pour les problèmes suivants :

- l'arythmie cardiaque et les troubles de la conduction,
- la maladie pulmonaire obstructive chronique,
- la gastro-entérite et les douleurs abdominales,
- l'angine,
- la douleur thoracique.

Les taux d'hospitalisation liée à trois de ces pathologies étaient également en hausse **pour les personnes de 75 ans ou plus et celles qui habitent des territoires ayant un accès limité à l'hôpital**, les augmentations étant **plus marquées pour ces groupes** que pour l'ensemble de la population. En revanche, parmi **les populations des territoires défavorisés**, le taux d'hospitalisation a **diminué** pour trois de ces pathologies.

Les diminutions du taux d'hospitalisation sont plus marquées pour les femmes en ce qui concerne les problèmes suivants :

- l'hypertension,
- les infections de l'appareil urinaire,
- la gastro-entérite et les douleurs abdominales.

On trouvera en annexe, dans les tableaux A7 à A20, les données relatives à l'évolution annuelle du taux standardisé d'hospitalisation liée à ces problèmes médicaux pour les groupes vulnérables. Quant à celles sur l'évolution en fonction du sexe, elles sont présentées dans les figures A1 à A13.

2.1.5 Le recours à l'hospitalisation pour certaines interventions chirurgicales

L'analyse du recours à l'hospitalisation a porté sur six interventions chirurgicales et couvre la période 1994-1995 à 1997-1998. Deux de ces interventions sont dites discrétionnaires, soit l'hystérectomie et la laminectomie pour les 18-74 ans, et quatre sont dites pertinentes selon la définition de Ross et Shapiro (1995), soit le remplacement total de la hanche, la prothèse de la hanche, la prothèse du genou sur les plus de 50 ans et le pontage aorto-coronarien chez les plus de 18 ans (tableau 5).

TABLEAU 5
VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX D'HOSPITALISATION CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
ET CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES SELON CERTAINES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
DE 1994-1995 À 1997-1998

Interventions chirurgicales	75 ans ou plus	Territoires de CLSC défavorisés	Territoires où l'accès est limité	Hommes	Femmes	Ensemble de la population
Hystérectomie, 18-74 ans	NSP	-14,4	-17,7	NSP	-17,6	NSP
Laminectomie, 18-74 ans	NSP	-10,0	-12,9	-10,9	-6,4	-9,2
Remplacement total de la hanche, > 50 ans	-4,4	-1,0	6,9	4,4	-5,1	-0,9
Pontage aorto-coronarien, > 18 ans	39,8	7,2	-1,6	0,3	1,2	0,4
Prothèse du genou, > 50 ans	4,8	4,2	12,0	20,8	3,7	9,0
Prothèse de la hanche, > 50 ans	-0,4	8,8	5,9	5,8	1,1	1,9

La diminution du taux d'hospitalisation liée à l'hystérectomie est sensiblement du même ordre pour les femmes habitant les territoires défavorisés ou ceux offrant un accès limité à l'hôpital que pour les femmes de 18 à 74 ans au sein de la population en général. La baisse pour la laminectomie est un peu plus prononcée pour les populations des territoires offrant un accès limité à l'hôpital et pour les femmes. Elle est toutefois la même pour les personnes habitant les territoires défavorisés et pour l'ensemble de la population des 18-74 ans.

Le taux d'hospitalisation liée aux interventions dites pertinentes a généralement augmenté ou est demeuré relativement stable pour les groupes vulnérables. Pour les personnes de 75 ans ou plus, l'augmentation est nettement plus importante en ce qui concerne le pontage aorto-coronarien (38 % comparativement à 0,4 %). Par contre, le taux d'hospitalisation liée aux interventions sur la hanche a légèrement régressé et celui qui se rapporte à l'intervention sur le genou a augmenté mais de manière moins marquée pour ce groupe d'âge que pour l'ensemble des plus de 50 ans (5 % contre 9 %).

Dans les territoires offrant un accès limité à l'hôpital, le taux d'hospitalisation pour ces interventions a augmenté davantage que pour l'ensemble de la population, à l'exception du pontage aorto-coronarien qui a subi une légère baisse.

Dans les territoires défavorisés, l'augmentation des taux d'hospitalisation pour le pontage aorto-carotidien et la pose de prothèse de la hanche est plus marquée que pour l'ensemble de la population (7 % contre 0,4 %, et 9 % contre 2 %).

Les tableaux A21 à A26 de l'annexe présentent les données montrant l'évolution annuelle du taux standardisé d'hospitalisation liée à ces interventions chirurgicales pour les groupes vulnérables. Quant à celles qui portent sur l'évolution en fonction du sexe, elles apparaissent aux figures A15 à A19.

2.2 LE RECOURS À LA CHIRURGIE D'UN JOUR

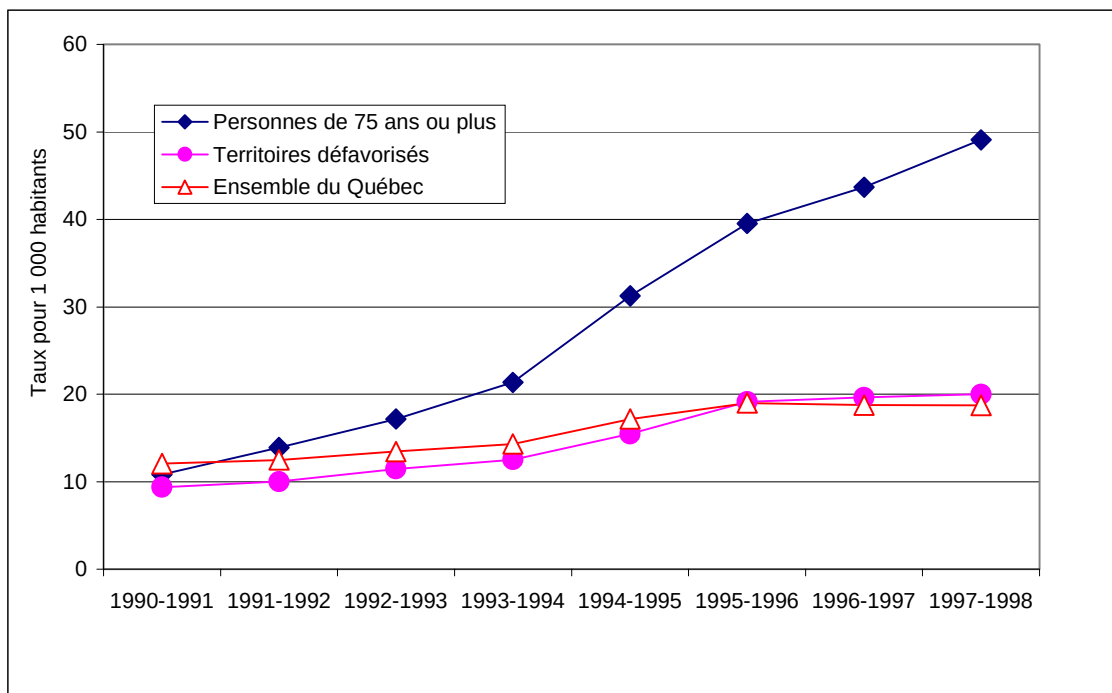
Pour analyser le recours à la chirurgie d'un jour, deux approches ont été retenues :

- selon le nombre de cas réalisés d'après la liste des interventions transférables en chirurgie d'un jour établie par l'Association des hôpitaux du Québec ;
- selon le nombre de cas réalisés pour les dix interventions les plus courantes en chirurgie d'un jour au Québec en 1997-1998.

2.2.1 Les interventions transférables en chirurgie d'un jour

Les personnes de 75 ans ou plus présentent un taux plus élevé d'utilisation de la chirurgie d'un jour par rapport à l'ensemble de la population quant aux interventions transférables. Les populations des territoires de CLSC défavorisés ont un taux plus faible jusqu'en 1996-1997, par la suite, le taux est légèrement supérieur à celui qui a été établi pour l'ensemble de la population (figure 13).

FIGURE 13
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
CONCERNANT LES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
DE 1990-1991 À 1997-1998



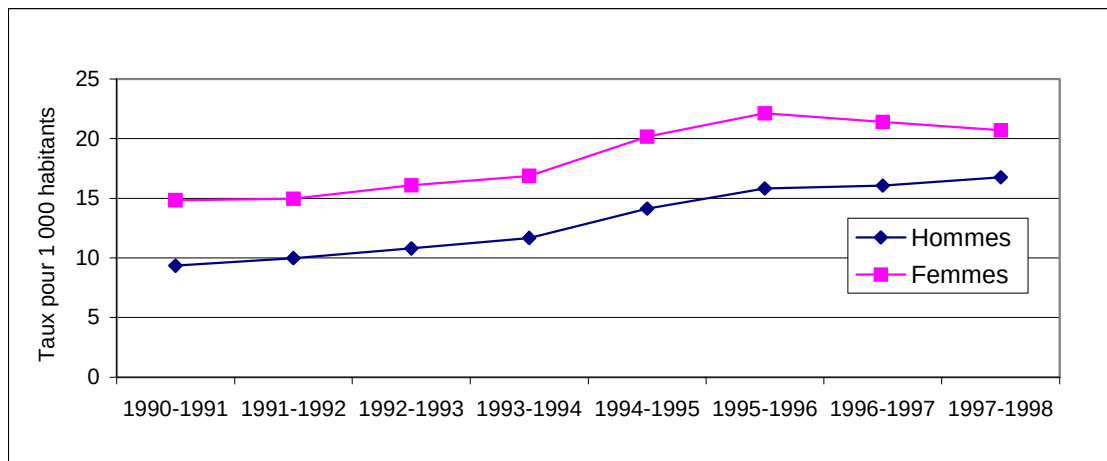
Si une diminution de près de 2 % du taux d'utilisation de chirurgie d'un jour est observée de 1995-1996 à 1997-1998 pour l'ensemble de la population, une augmentation de 4,7 % caractérise toutefois les populations des territoires défavorisés, et l'augmentation atteint 24,3 % par les personnes de 75 ans ou plus (tableau 6). Depuis 1990-1991, le taux a progressé de 55 % au Québec. Cependant, dans les populations des territoires défavorisés, ce taux a doublé et, pour les personnes de 75 ans ou plus, il a plus que quadruplé.

TABLEAU 6
VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX DE CHIRURGIE D'UN JOUR
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES ET CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES,
DE 1995-1996 À 1997-1998

Groupes vulnérables	Interventions transférables	Ensemble des interventions
Personnes de 75 ans ou plus	24,3	19,1
Territoires de CLSC défavorisés	4,7	4,3
Hommes	6,3	4,5
Femmes	-6,3	-4,6
Ensemble du Québec	-1,6	-0,7

Les femmes recourent davantage que les hommes à la chirurgie d'un jour et présentent ainsi un taux supérieur à l'ensemble de la population (figure 14). Une augmentation continue des taux d'utilisation caractérise, tant les hommes que les femmes pour la période allant de 1990-1991 à 1997-1998, tout en s'avérant plus importante pour les hommes : 79 % comparativement à 39 %. Par ailleurs, depuis 1995-1996, le taux a augmenté de 6,3 % pour les hommes et a diminué d'autant pour les femmes.

FIGURE 14
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR EN FONCTION DU SEXE
POUR LES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
DE 1990-1991 À 1997-1998



De plus, si l'on considère l'ensemble des interventions pratiquées en chirurgie d'un jour (tableau 6 et en annexe tableau A28) sur les personnes appartenant à tous ces groupes entre 1995-1996 et 1997-1998, des tendances similaires sont observées.

2.2.2 Les interventions les plus fréquentes en chirurgie d'un jour

L'analyse porte sur les dix interventions les plus fréquentes pratiquées en chirurgie d'un jour au Québec en 1997-1998, soit :

- la libération du canal carpien (17.33),
- la phakofragmentation et l'aspiration de cataracte (27.62),
- la myringotomie avec insertion de tube (32.01),
- l'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (40.19, 40.29, 40.59),
- la cure de hernie inguino-crurale (65.01 à 65.04),
- la laparoscopie diagnostique (66.83),
- la destruction et l'occlusion bilatérale des trompes sous endoscopie (78.31 à 78.39),
- la dilatation et le curetage diagnostique sans avortement (81.09),
- l'excision du cartilage semi-lunaire du genou (92.32),
- l'excision localisée de lésion du sein (97.11).

Parmi ces dix interventions, l'ablation de cataracte et l'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie représentent un peu plus du tiers de l'ensemble des interventions en chirurgie d'un jour pratiquées dans l'ensemble de la population et sur les populations des territoires de CLSC défavorisés en 1997-1998.

De 1995-1996 à 1997-1998, une diminution du recours à la chirurgie d'un jour variant de 7 à 38 % est observée dans l'ensemble de la population pour certaines interventions, soit la libération du canal carpien, la myringotomie, l'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie, la laparoscopie diagnostique, la dilatation et le curetage diagnostique sans avortement ainsi que l'excision ou la destruction de lésion ou de tissu du sein (tableau 7).

Pour les mêmes interventions, la diminution est cependant moindre si l'on considère les territoires de CLSC défavorisés, sauf pour la myringotomie qui a enregistré une augmentation de 3 %. De plus, on y observe une augmentation légèrement supérieure (5 % contre 3,5 %) du recours à la chirurgie d'un jour pour l'excision du cartilage semi-lunaire du genou.

Pour ce qui est des hommes, l'ablation de la cataracte, l'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie ainsi que l'excision du cartilage du genou et la cure de hernie inguinale représentent plus de 40 % des interventions de chirurgie d'un jour alors qu'en ce qui concerne les femmes, l'ablation de la cataracte, l'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie ainsi que la destruction et l'occlusion bilatérale des trompes de Fallope constituent les interventions les plus fréquentes. Entre 1995-1996 et 1997-1998, la réduction du recours à la chirurgie d'un jour varie également selon le sexe pour certaines interventions. Ainsi, une diminution plus importante du taux est observée pour les femmes en ce qui concerne la libération du canal carpien et l'amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie.

Pour les hommes, comme pour les groupes des territoires défavorisés, on note une augmentation de 19,5 % du taux de chirurgie d'un jour relativement à la cure de hernie inguino-crurale.

L'ablation de la cataracte est l'intervention la plus fréquemment pratiquée (au-delà de 75 % des interventions) en chirurgie d'un jour chez les personnes de 75 ans ou plus. Une augmentation de 38 % est constatée entre 1995-1996 et 1997-1998. Cette augmentation varie peu selon le sexe, mais elle est cependant plus prononcée pour les personnes habitant les territoires défavorisés (50 %).

Les données relatives à l'évolution du taux standardisé de chirurgie d'un jour concernant les interventions transférables, l'ensemble des interventions et certains actes chirurgicaux sont présentées en annexe dans les tableaux A27 à A29.

TABLEAU 7
VARIATION PROCENTUELLE DU TAUX DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1995-1996 À 1997-1998, CONCERNANT CERTAINS ACTES CHIRURGICAUX

Actes chirurgicaux Code CCADTC	75 ans ou plus	Territoires de CLSC défavorisés	Hommes	Femmes	Ensemble du Québec
Libération canal carpien (1733)		-2,7	-2,2	-9,2	-6,8
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	37,9	49,8	35,1	34,9	34,7
Myringotomie avec insertion de tube (3201)		3,1	-9,6	-9,9	-9,6
Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (4019, 4029, 4959)		-10,3	-10,2	-14,5	-12,3
Cure de hernie inguino-crurale (6501 à 6504)		19,5	19,5	12,5	17,7
Laparoscopie diagnostique (6683)		-32,0	4,5	-31,9	-31,7
Destruction et occlusion bilatérale des trompes de Fallope (7831 à 7839)		10,4		4,5	4,4
Dilatation et curetage diagnostique sans avortement (8109)		-22,9		-38,5	-38,0
Excision du cartilage semi-lunaire du genou (9232)		1,9	4,8	-0,2	3,5
Excision ou destruction d'une lésion ou de tissu du sein (9711)		-10,7	-0,1	-17,6	-17,2

2.3 LE RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX AMBULATOIRES

Le recours aux services médicaux ambulatoires a été examiné principalement sous l'angle de l'offre de services par les médecins exclusivement, ce qui permet de connaître davantage le processus de transformation que ses effets. Cette approche a été retenue à cause de la difficulté d'associer les changements dans les taux d'utilisation aux mesures de transformation, difficulté liée au fait que la très grande majorité des gens utilisent les services médicaux ambulatoires au cours d'une année, que des facteurs discrétionnaires interviennent souvent dans le recours à ce type de services et que des variations de l'utilisation pourraient être attribuées au peu d'information sur les services rendus sous d'autres modes de rémunération. L'analyse est donc basée ici davantage sur les volumes de services.

Dans l'analyse des résultats, il faut tenir compte du fait que les personnes de 75 ans ou plus se sont accrues de 8,4 % au cours de la période à l'étude, passant de 328 416 à 355 895. Cette progression peut expliquer en partie la plus grande utilisation des services médicaux dans ce groupe d'âge. Les indicateurs ayant trait à l'ensemble de la population ne sont cependant pas modifiés, celle-ci étant demeurée stable au cours de la période.

2.3.1 *La part de l'ambulatoire parmi l'ensemble des services médicaux*

Avec la transformation, on peut s'attendre à ce que les services médicaux soient de plus en plus offerts sur une base ambulatoire. Après avoir atteint un seuil minimal de 76,3 % en 1994-1995, la part de l'ambulatoire parmi l'ensemble des services médicaux est remontée à 77,9 % dans l'ensemble de la population en 1997-1998 (figure 15). Cette hausse est également observée après 1994-1995 dans les territoires de CLSC défavorisés comme dans ceux offrant un accès limité à l'hôpital. Cependant, chez les personnes 75 ans ou plus, elle est présente dès le début de la période d'observation. La part de l'ambulatoire est légèrement plus faible dans les territoires défavorisés que dans la population en général. C'est chez les personnes de 75 ans ou plus qu'elle est la plus faible, ce qui s'explique par l'hospitalisation plus fréquente dans ce groupe d'âge. Par ailleurs, la part de l'ambulatoire est légèrement plus élevée pour les femmes (figure 16).

FIGURE 15
ÉVOLUTION DE LA PART DE L'AMBULATOIRE PARMI L'ENSEMBLE DES SERVICES MÉDICAUX
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

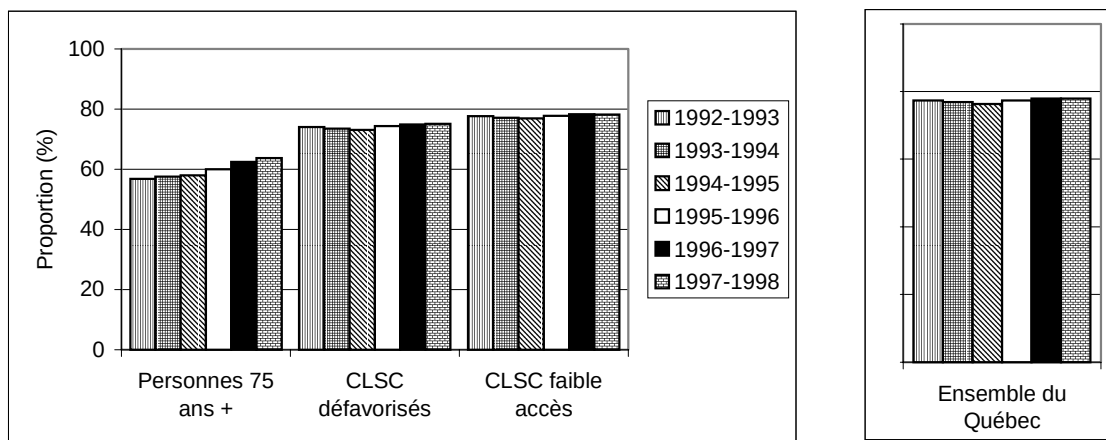
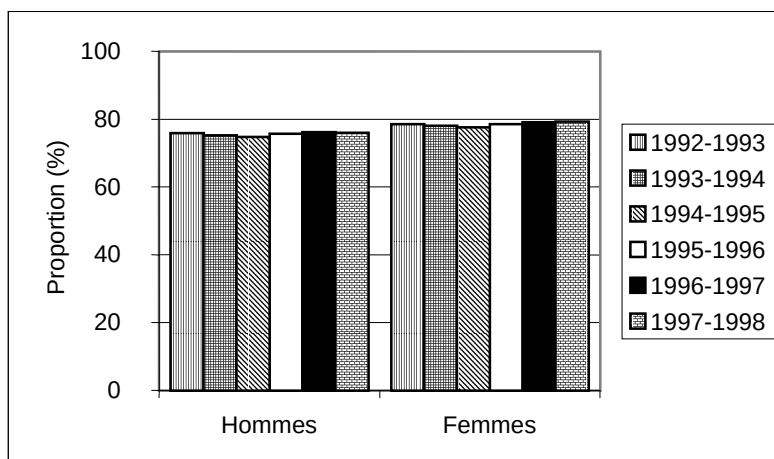


FIGURE 16
ÉVOLUTION DE LA PART DE L'AMBULATOIRE PARMI L'ENSEMBLE DES SERVICES MÉDICAUX
EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998



2.3.2 Les visites ambulatoires en omnipratique

De 1994-1995 à 1997-1998, on assiste à une diminution du nombre de visites ambulatoires en omnipratique de l'ordre de 5 % dans l'ensemble de la population. Cette baisse est sensiblement la même dans les territoires de CLSC défavorisés (-5,7 %) et elle est un peu plus prononcée dans les territoires offrant un accès limité à l'hôpital (-6,4 %). Par contre, en ce qui concerne les personnes de 75 ans ou plus, le volume de visites a aug-

menté de 9,9 % au cours de cette période, ce qui est tout au plus légèrement supérieur à l'accroissement de leur nombre (tableau 8 et figure 17). Par ailleurs, la baisse du nombre de visites ambulatoires en omnipratique est un peu plus importante pour les hommes que pour les femmes (tableau 9 et figure 18).

TABLEAU 8
VARIATION PROCENTUELLE DU RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1994-1995 À 1997-1998

Services médicaux	75 ans ou plus	Territoires de CLSC défavorisés	Territoires où l'accès est limité	Ensemble du Québec
Visites ambulatoires en omnipratique	9,9	-5,7	-6,4	-5,2
Visites ambulatoires spécialisées	19,7	6,5	-0,1	1,5
Recours au spécialiste à l'occasion de visites ambulatoires	1,4	2,4	-0,4	0,5
Visites à l'urgence	9,2	-15,1	-7,6	-10,2
Visites de l'omnipraticien à domicile	-1,7	-2,2	-3,1	-7,4
Services d'omnipratique rendus à des malades hospitalisés	-17,7	-29,7	-16,8	-19,0
Services spécialisés rendus à des malades hospitalisés	-3,2	-4,5	-7,9	-7,5
Nombre moyen de visites ambulatoires d'omnipratique/usager	-2,7	-5,9	-5,9	-2,3
Nombre moyen de visites ambulatoires spécialisées/usager	5,2	1,8	-0,7	3,3

FIGURE 17
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES EN OMNIPRATIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

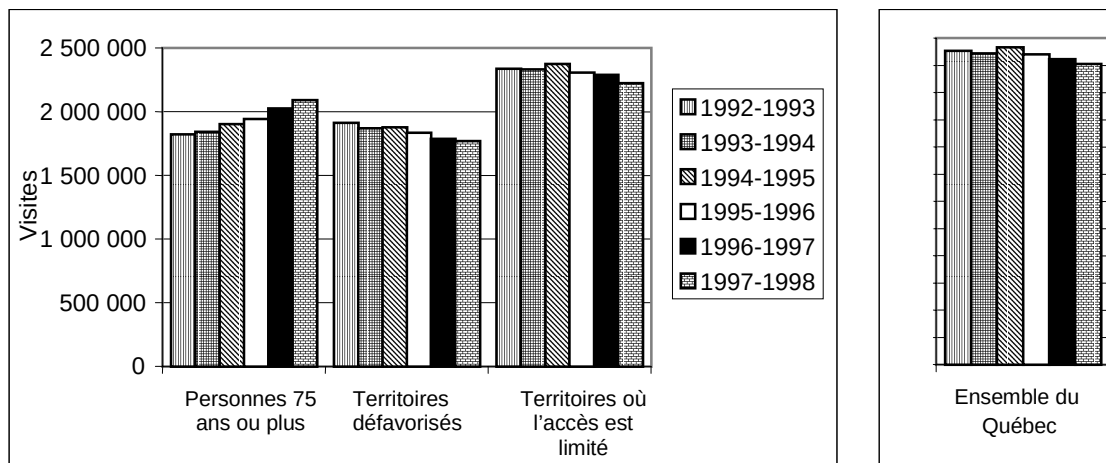
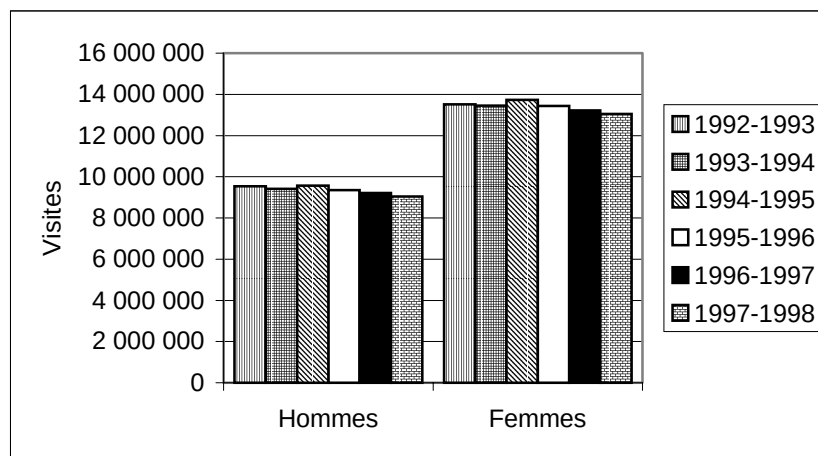


TABLEAU 9
VARIATION PROCENTUELLE DU RECOURS AUX SERVICES MÉDICAUX
EN FONCTION DU SEXE,
DE 1994-1995 À 1997-1998

Services médicaux	Hommes	Femmes	Ensemble du Québec
Visites ambulatoires en omnipratique	-5,6	-4,9	-5,2
Visites ambulatoires spécialisées	1,5	1,4	1,5
Recours au spécialiste lors de visites ambulatoires	0,5	0,6	0,5
Services d'omnipratique rendus à des malades hospitalisés	-16,3	-20,8	-20
Services spécialisés rendus à des malades hospitalisés	-6,6	-8,4	-7,5
Visites à l'urgence	-10,3	-10,1	-10,2
Visites de l'omnipraticien à domicile	-7,6	-7,4	-7,4
Nombre moyen de visites ambulatoires d'omnipratique/usager	-2,1	-3,4	-2,8
Nombre moyen de visites ambulatoires spécialisées/usager	4,5	2,2	3,3

FIGURE 18
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES EN OMNIPRATIQUE EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998



La part des visites ambulatoires faite à des omnipraticiens est en diminution constante depuis le début de la période d'observation au sein de l'ensemble de la population – elle atteignait 57,9 % en 1997-1998 – et parmi les groupes vulnérables (tableau A34 en annexe), indiquant ainsi la place de plus en plus grande que prennent les spécialistes dans les services médicaux ambulatoires. Elle est plus faible dans les territoires défavorisés mais plus élevée dans ceux où l'accès à l'hôpital est davantage limité. Elle s'avérait égale pour les deux sexes en 1997-1998, en raison d'une diminution pour les hommes et d'un accroissement pour les femmes (tableau A35 en annexe).

2.3.3 Les visites ambulatoires spécialisées

Dans l'ensemble de la population, on observe une légère hausse du volume des visites ambulatoires spécialisées entre 1994-1995 et 1997-1998 (1,5 %) – (tableau 8 et figure 19). Cette augmentation est toutefois plus prononcée pour les personnes de 75 ans ou plus (19,7 %), un peu moins marquée dans les territoires défavorisés (6,5 %) et à peu près nulle dans ceux offrant un accès limité à l'hôpital. L'augmentation est similaire pour les deux sexes (tableau 9 et figure 20).

Près des deux tiers des usagers des services ambulatoires au Québec ont eu recours aux spécialistes, aussi bien en 1994-1995 qu'en 1997-1998. Cette proportion était cependant plus élevée pour les personnes de 75 ans ou plus et pour les populations des territoires offrant un faible accès limité à l'hôpital, et plus faible dans les territoires défavorisés (tableau A38 en annexe). Par ailleurs, elles s'avérait plus élevée pour les femmes que pour les hommes (tableau A39 en annexe). Quel que soit le groupe, la proportion demeure relativement stable au cours de la période à l'étude (tableau 8) et il n'existe pas de différence entre les deux sexes (tableau 9).

FIGURE 19
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

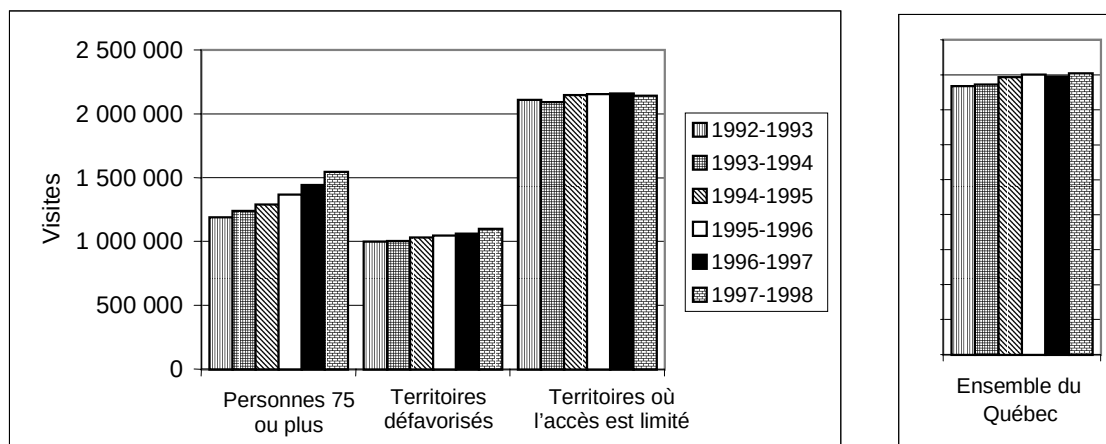
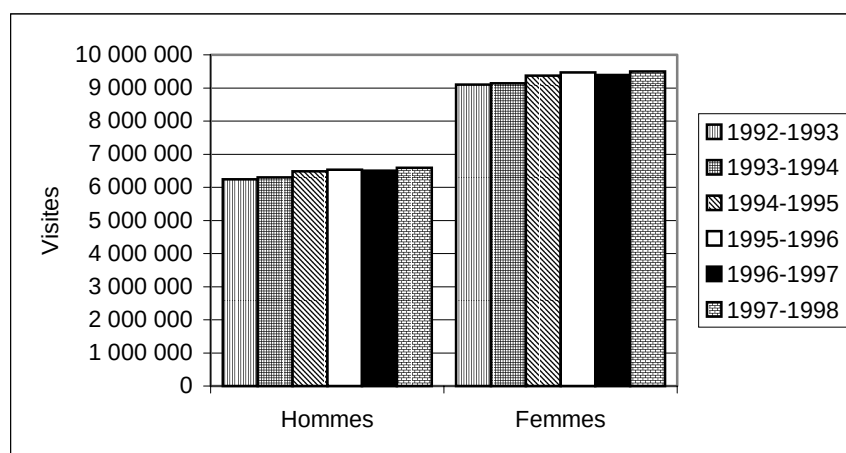


FIGURE 20
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998



Les données relatives à la part de l'ambulatoire parmi les services médicaux, aux visites ambulatoires en omnipratique et spécialisées sont présentées en annexe dans les tableaux A30 à A33, A36 et A37.

2.3.4 Les visites en salles d'urgence et à domicile

Le nombre de visites à l'urgence, incluant celles à des omnipraticiens et à des spécialistes, a diminué de 10 % dans l'ensemble de la population entre 1994-1995 et 1997-1998 (tableau 8 et figure 21). Pour les populations des territoires défavorisés, le nom-

bre de visites a baissé de 15 %, contre 7,6 % pour celles des territoires offrant un accès limité à l'hôpital. En revanche, pour les personnes de 75 ans ou plus, les visites à l'urgence ont augmenté de 9,2 %, soit à peine plus que l'augmentation de leur nombre ne le laisse suggérer. La diminution a été par ailleurs la même pour les hommes et pour les femmes (tableau 9 et figure 22).

FIGURE 21
ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

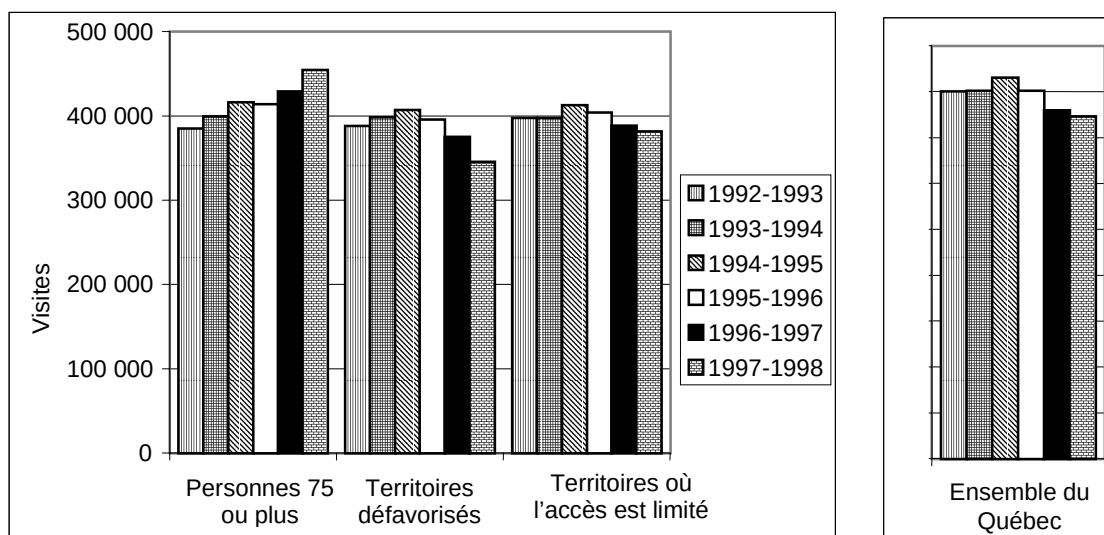
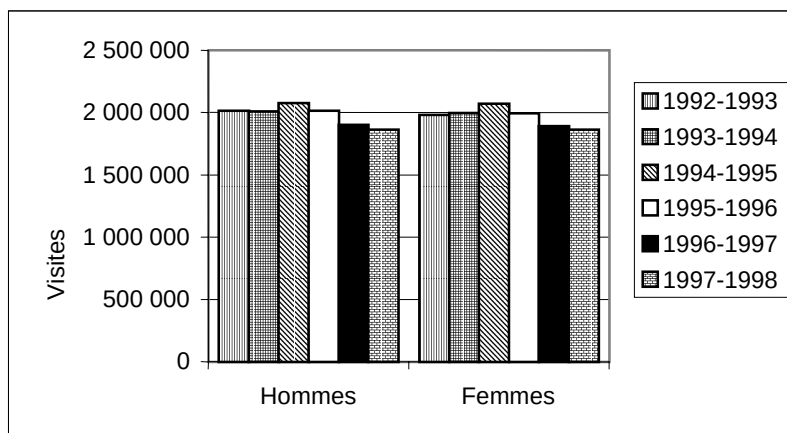


FIGURE 22
ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998



On constate par ailleurs que la part occupée par les visites à l'urgence parmi l'ensemble des visites ambulatoires est en régression dans tous les groupes vulnérables après 1994-1995 (tableau A42 en annexe). C'est dans les territoires défavorisés que cette part est la plus élevée, avec 13,3 % en 1997-1998 comparativement à 9,8 % pour l'ensemble de la population. Les populations des territoires offrant un accès limité à l'hôpital en détiennent la plus faible part avec 8,7 %. Pour les hommes, la part des visites à l'urgence était de 11,9 % en 1997-1998, comparativement à 8,3 % pour les femmes (tableau A43 en annexe).

Les visites à domicile de l'omnipraticien ont diminué de 7,4 % entre 1994-1995 et 1997-1998 dans l'ensemble du Québec (tableau 8). Cette diminution est cependant plus faible pour les trois groupes vulnérables (figure 23). Il faut toutefois noter qu'il y a relativement peu de visites à domicile dans les territoires défavorisés et dans ceux qui offrent un accès limité à l'hôpital ; par ailleurs, ces visites sont faites surtout aux personnes de 75 ans ou plus (tableau A 44 en annexe). Pour ce groupe d'âge, on aurait dû s'attendre à une hausse des visites à domicile, étant donné que le nombre s'est accru de 8,4 % au cours de la période.

Par ailleurs, il n'existe pas de différence significative dans la diminution des visites à l'urgence entre les deux sexes (tableau 9 et figure 24). Cependant, si les femmes en font beaucoup plus, c'est sans doute qu'elles sont plus nombreuses parmi les 75 ans ou plus.

FIGURE 23
ÉVOLUTION DES VISITES À DOMICILE DES OMNIPRATICIENS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

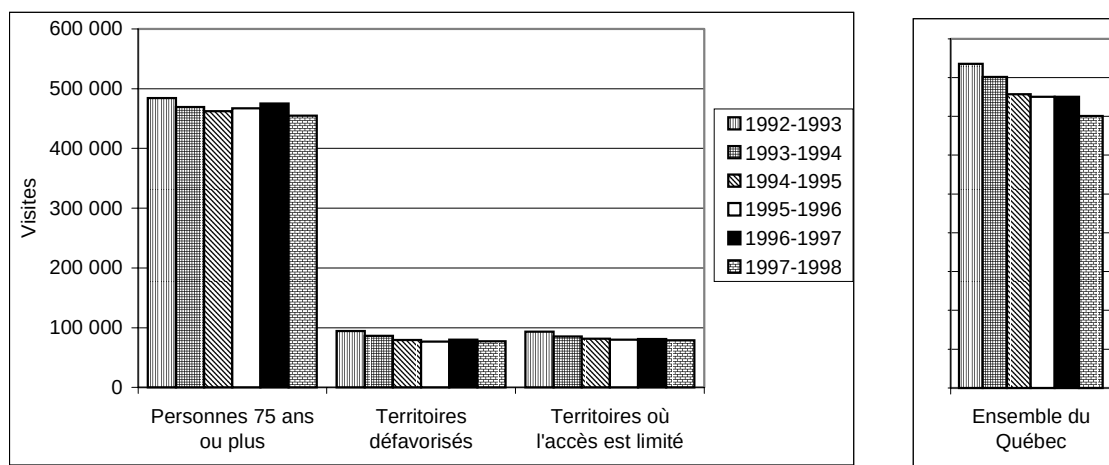
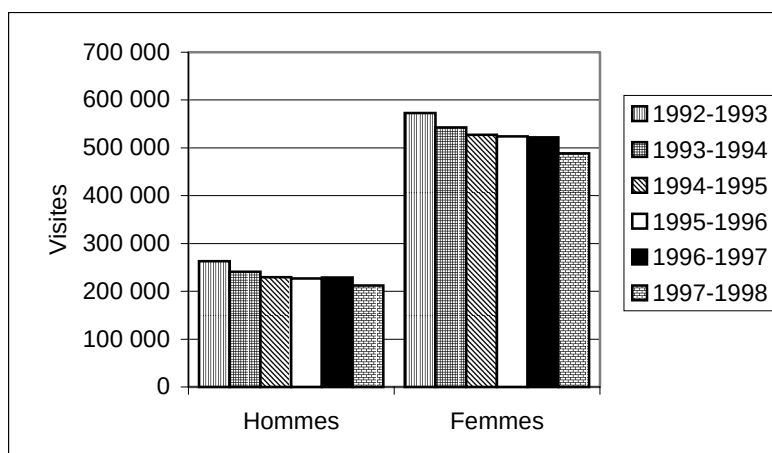


FIGURE 24
ÉVOLUTION DES VISITES À DOMICILE DE L'OMNIPRATICIEN EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998



Les données relatives aux visites en salles d'urgence et à domicile sont présentées en annexe dans les tableaux A40, A41, A44 et A45.

2.3.5 Le volume de services médicaux rendus à des malades hospitalisés

Avec la substitution des services hospitaliers par des services ambulatoires, une réduction du nombre de services rendus à des malades hospitalisés par les spécialistes était attendue. Ainsi, une réduction de 7,5 % entre 1994-1995 et 1997-1998 a-t-elle été observée dans l'ensemble de la population (tableau 8 et figure 25). La réduction, légère pour les personnes de 75 ans ou plus et dans les territoires défavorisés, s'avère toutefois un peu plus élevée dans les territoires offrant un accès limité à l'hôpital. Par

ailleurs, elle est légèrement plus accentuée pour les femmes que pour les hommes (tableau 9 et figure 26).

FIGURE 25
ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS DISPENSÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

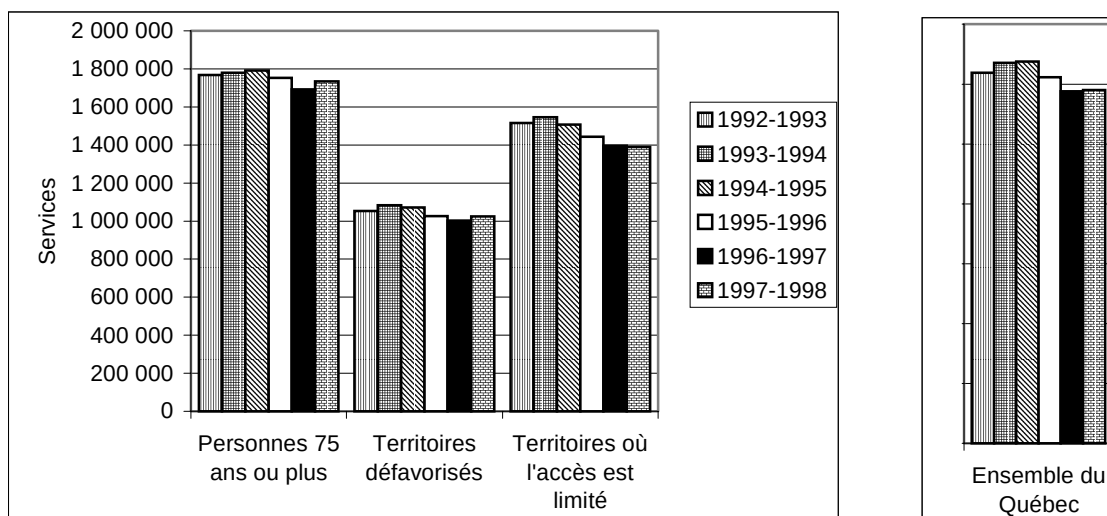
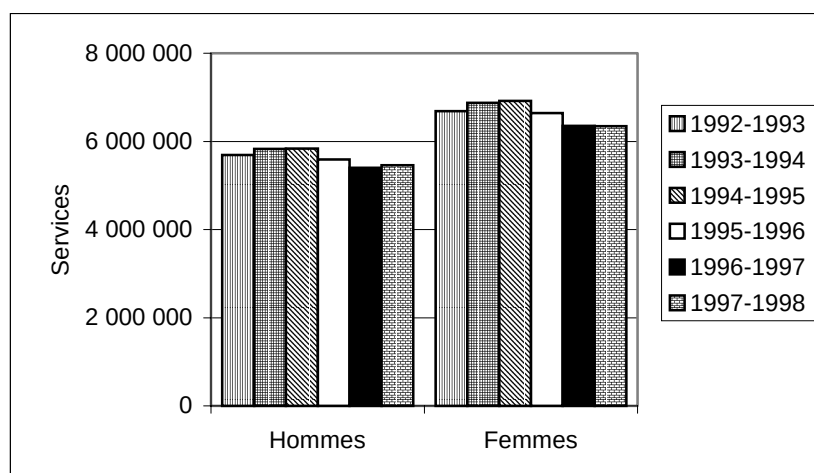


FIGURE 26
ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS DISPENSÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998



Le nombre de services rendus par des omnipraticiens à des malades hospitalisés a pour sa part diminué de 19 % au cours de la même période et la diminution a été plus marquée dans les territoires défavorisés, où elle atteint 29,7 % (tableau 8 et figure 27). Ici également, la baisse est légèrement plus accentuée pour les femmes (tableau 8 et figure 28).

FIGURE 27
ÉVOLUTION DES SERVICES RENDUS PAR DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

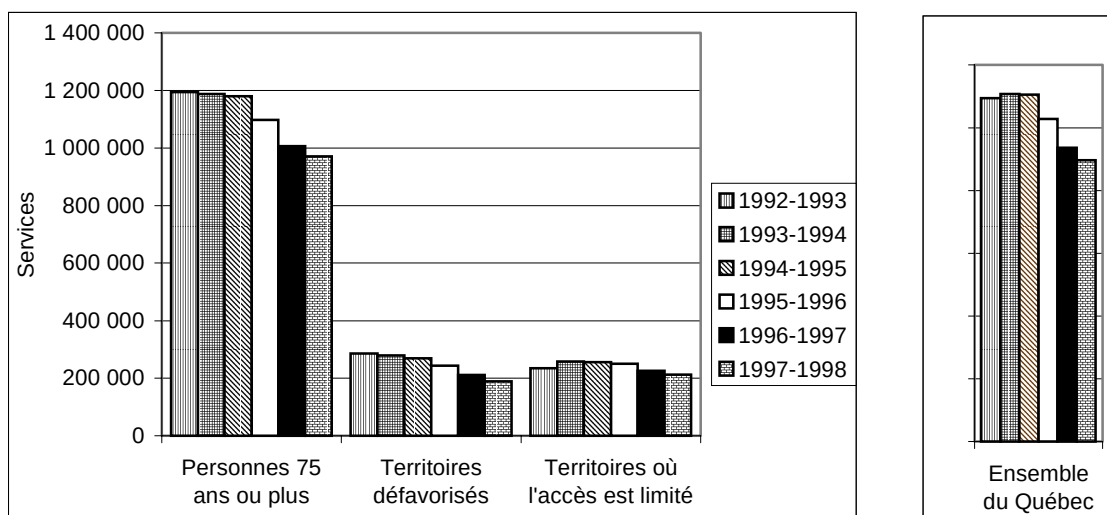
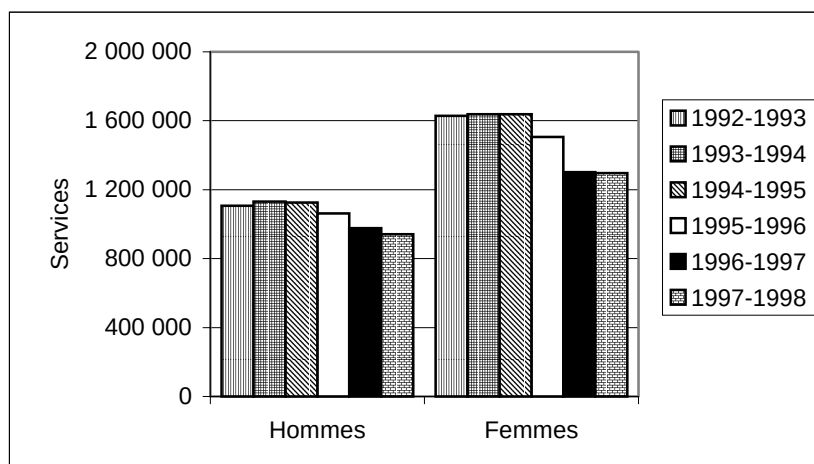


FIGURE 28
ÉVOLUTION DES SERVICES RENDUS PAR DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS
EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998



Les données concernant les services médicaux rendus aux malades hospitalisés sont présentées en annexe dans les tableaux A46 à A49.

2.3.6 Le nombre de visites ambulatoires par usager

Le nombre moyen de visites ambulatoires d'omnipratique par usager a subi une baisse de 2,3 % de 1994-1995 à 1997-1998 (tableau 8 et figure 29). Cette baisse était toutefois plus prononcée dans les territoires défavorisés (5,9 %) et dans ceux qui offrent un accès limité à l'hôpital (5,9 %). Il existe à ce sujet peu de différence entre les sexes (tableau 9 et figure 30).

FIGURE 29
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

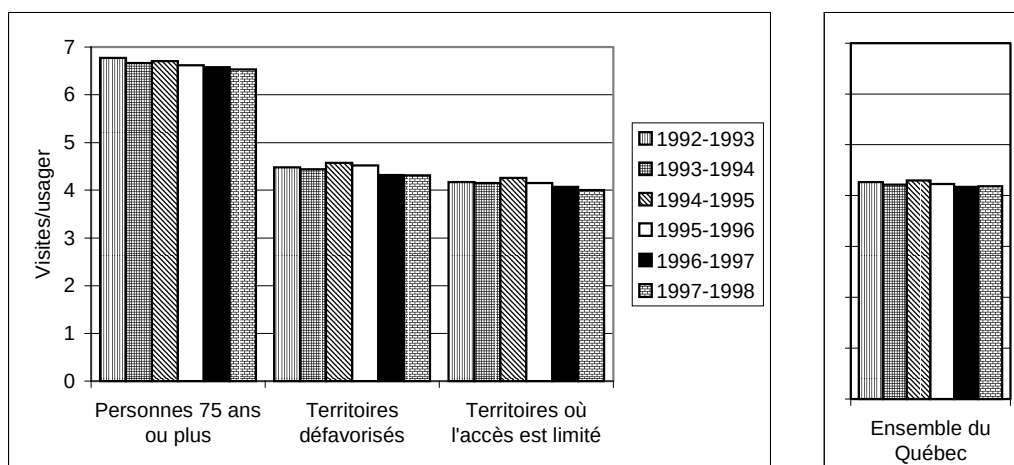
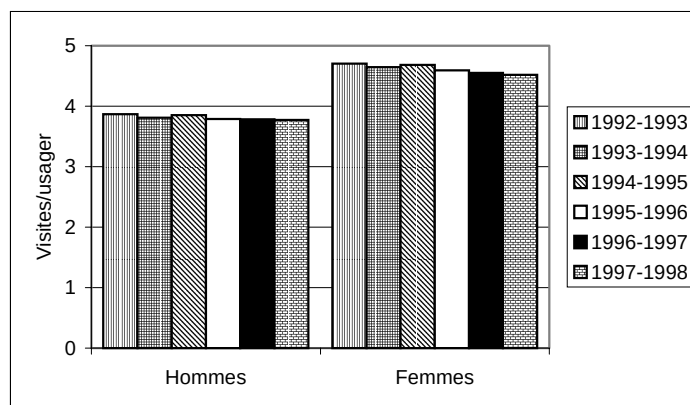


FIGURE 30
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER, EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998



En revanche, le nombre moyen de visites ambulatoires spécialisées par usager a légèrement augmenté pour l'ensemble de la population (3,3 %). Cette augmentation touche principalement les personnes de 75 ans ou plus (5,2 %) et les hommes (4,5 %).

Changements dans le recours à l'hospitalisation et aux services ambulatoires chez certains groupes plus vulnérables à la suite de la réorganisation des services en santé physique

(tableaux 8 et 9 ainsi que figures 31 et 32). Les populations des territoires offrant un accès limité à l'hôpital ont quant à elles connu une légère baisse. Les personnes de 75 ans ou plus détiennent le nombre moyen de visites ambulatoires le plus élevé, autant chez l'omnipraticien que chez le spécialiste. Les populations des territoires offrant un accès limité à l'hôpital ont le plus faible volume de visites en omnipratique et celles des territoires défavorisés, le plus faible volume de visites à des spécialistes.

FIGURE 31
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USAGER
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
DE 1992-1993 À 1997-1998

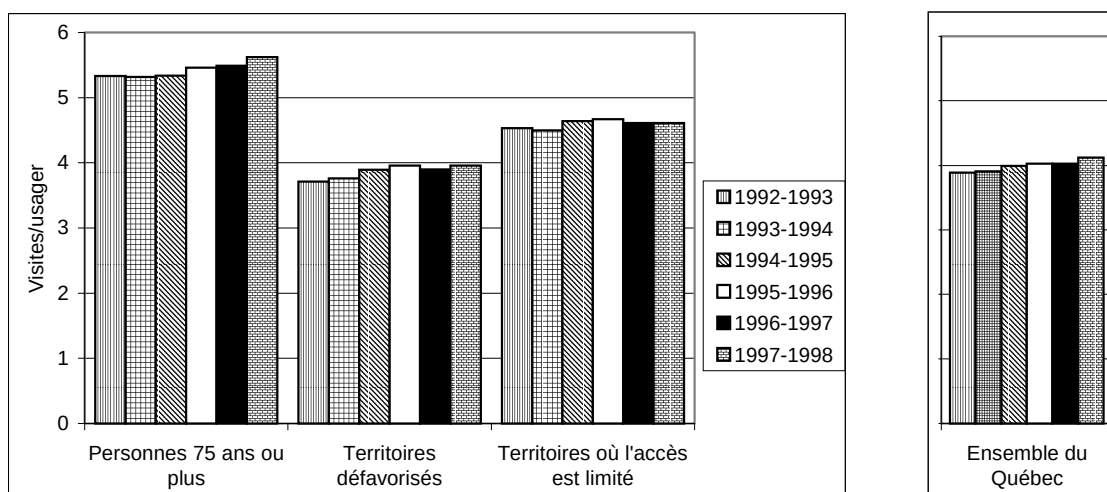
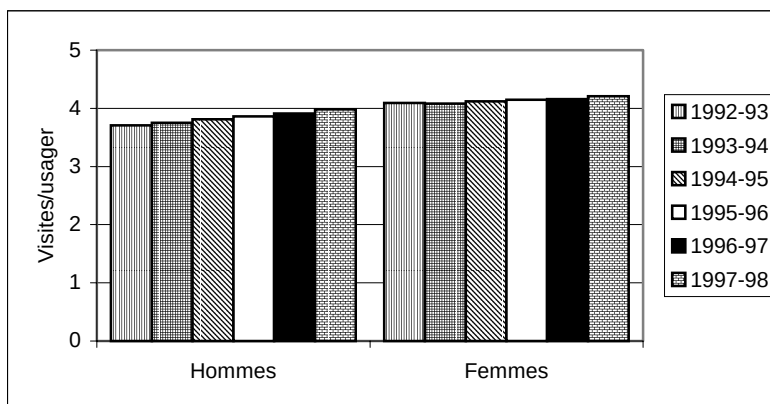


FIGURE 32
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USAGER EN FONCTION DU SEXE
DE 1992-1993 À 1997-1998



Les données relatives au nombre de visites ambulatoires d'omnipratique et spécialisées par usager sont présentées en annexe dans les tableaux A50 à A53.

DISCUSSION

L'organisation des services en santé physique a subi des changements importants au cours de la dernière décennie et nous avons cherché à vérifier si certains groupes, dans la population, avaient été davantage atteints par ces changements en raison de leur plus grande vulnérabilité. Ces groupes sont les personnes de 75 ans ou plus, les populations des territoires de CLSC défavorisés et celles des territoires offrant un accès limité à l'hôpital.

Nous voulions connaître l'évolution du recours aux services ambulatoires et hospitaliers par ces groupes vulnérables par rapport à l'ensemble de la population et déterminer si l'accessibilité aux services était ou non la même.

Les personnes de 75 ans ou plus

Chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, le recours aux services offerts par les médecins était en hausse tandis qu'il était en baisse ou stable dans l'ensemble de la population. On enregistre ainsi une hausse des visites ambulatoires d'omnipraticque et spécialisées et des visites à l'urgence. Pour les indicateurs basés sur le volume de services, cette hausse s'explique en partie par l'augmentation du nombre de personnes au sein de ce groupe ces dernières années. En revanche, ce groupe a également été touché par la baisse des visites à domicile observée dans l'ensemble de la population.

Le seul indicateur, parmi ceux retenus, qui a connu une diminution importante est le nombre de services rendus à des malades hospitalisés, qui résulte de la réduction des taux d'hospitalisation et de journées d'hospitalisation qu'ont connue les personnes de 75 ans ou plus. Toutefois, cette diminution est moindre que celle qui a été observée dans l'ensemble de la population.

La diminution de la durée moyenne de séjour, particulièrement en médecine, a été plus importante pour ce groupe. Même si, au départ, les personnes de 75 ans ou plus séjournaient en moyenne plus longtemps à l'hôpital, une réduction de séjour de plus d'une journée chez cette clientèle plus fragile peut exiger un suivi plus étroit dans la communauté afin d'éviter le retour à l'hôpital. Il serait intéressant d'examiner cette question dans une étude ultérieure.

Par ailleurs, le recours à la chirurgie d'un jour a enregistré une forte croissance au sein de ce groupe, même si une légère diminution était observée pour l'ensemble de la population. Le traitement chirurgical de la cataracte a été à l'origine d'une partie substantielle de cette augmentation régulière et rapide, représentant plus des deux tiers des interventions pratiquées en chirurgie d'un jour.

Les populations des territoires de CLSC défavorisés

Les populations des territoires de CLSC défavorisés ont subi une baisse plus marquée que l'ensemble de la population en ce qui a trait au recours à l'urgence et aux services d'omnipratique rendus à des malades hospitalisés, laissant supposer qu'elles ont été davantage touchées par les fermetures de lits et d'hôpitaux. La diminution des services médicaux offerts à des malades hospitalisés témoigne de la réduction de l'hospitalisation, et cette diminution de l'hospitalisation, tant en chirurgie qu'en médecine, a été nettement plus marquée dans ces territoires.

Il y a sans doute eu, en chirurgie, une substitution des services hospitaliers par des services ambulatoires. Ainsi, on assiste à une légère hausse des visites ambulatoires spécialisées. La hausse est vraisemblablement liée à la légère hausse du taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour pour ces populations. Toutefois, cette substitution ne peut à elle seule expliquer une réduction aussi marquée de l'hospitalisation. On ne peut pas non plus attribuer la diminution de l'hospitalisation, en chirurgie ou en médecine, à des changements de pratique visant à réduire les écarts qui existent entre les taux d'hospitalisation des régions où sont situés les territoires à l'étude et la moyenne québécoise puisque ces écarts, comme nous l'avons vérifié ailleurs, sont demeurés les mêmes au cours de la période d'observation.

Par ailleurs, on aurait dû s'attendre à une augmentation plus importante du recours aux services médicaux, alors que les variations apparaissent similaires à celles qui sont observées dans l'ensemble de la population. Un examen plus détaillé des données selon la région sociosanitaire indique cependant que, parmi les territoires défavorisés, ceux de Montréal-Centre ont subi une baisse plus marquée des visites d'omnipratique, soit 14 % contre moins de 2 % pour les autres territoires défavorisés. Cette baisse vise surtout les visites en cabinet car, de façon surprenante, la région a connu une diminution de l'offre de services en cabinet au cours de la période à l'étude.

Ces résultats soulèvent des inquiétudes quant au maintien de l'accessibilité aux services dans les territoires défavorisés. Fournier et Piché (2000) font le même constat à partir des données de l'Enquête sociale et de santé 1998. Il y aurait lieu de poursuivre les analyses afin de vérifier si les tendances observées se maintiennent et tenter, le cas échéant, d'en déterminer les causes.

Les populations des territoires offrant un accès limité à l'hôpital

Dans les territoires offrant un accès limité à l'hôpital, les variations concernant le recours à l'urgence, les services d'omnipratique rendus à des malades hospitalisés et l'hospitalisation sont du même ordre que ce qui a été observé dans l'ensemble de la population, ce qui laisse supposer que ces populations n'ont pas été particulièrement désavantagées par le processus de transformation. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles ne l'étaient pas au départ puisque leurs besoins n'étaient pas ici pris en considération.

Soulignons que ces populations représentent le seul groupe à ne pas avoir augmenté son nombre moyen de visites ambulatoires spécialisées par usager. Cela signifie que la limite d'accès à l'hôpital est demeurée la même au cours de la période et que le recours aux spécialistes n'a pas été facilité non plus par le virage ambulatoire.

Le fait que ces populations présentent, à peu de choses près, les mêmes variations que l'ensemble du Québec masque une réalité différente selon les régions. Les territoires offrant un accès limité à l'hôpital dans Montréal-Centre, ainsi classés principalement en raison d'une plus faible disponibilité de lits par rapport à la population, ont connu une réduction de l'hospitalisation plus substantielle, de l'ordre de 37 % en chirurgie et de 12 % en médecine. Dans les autres territoires du même type, elle était respectivement de 27 % et de 3 %. On constate cependant que le recours aux services médicaux ambulatoires a varié de la même façon dans Montréal-Centre et dans les autres régions, laissant supposer une substitution équivalente.

Les femmes et les hommes

L'évolution du recours aux services médicaux à la suite de la transformation du système de soins au cours de la dernière décennie varie peu selon le sexe. Tout au plus note-t-on une moindre réduction des services d'omnipratique à des malades hospitalisés chez les hommes. Les différences sont également minimales en ce qui a trait à l'utilisation des services hospitaliers. Toutefois, on décèle pour les femmes une tendance à la baisse en ce qui concerne les interventions dites pertinentes en orthopédie, alors que ces interventions sont en hausse pour les hommes.

Le recours à la chirurgie d'un jour a connu une légère hausse pour les hommes pendant qu'il diminuait pour les femmes. Cette diminution peut être partiellement attribuable au fait que certaines interventions (dilatation et curetage, excision de lésion du sein) sont maintenant pratiquées en d'autres lieux, soit en clinique externe ou en cabinet privé.

Le taux d'hospitalisation pour des interventions ou des problèmes de santé particuliers

L'examen des variations dans les taux d'hospitalisation pour des interventions ou des problèmes de santé particuliers confirme les tendances observées à partir des indicateurs globaux et ajoute un éclairage complémentaire sur la façon dont la transformation des services a atteint ou non les trois groupes vulnérables retenus ici. Ainsi, même s'il y a eu une baisse importante du taux d'hospitalisation en chirurgie dans la population, le taux d'admission pour des interventions chirurgicales dites pertinentes¹

¹. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ce résultat puisque l'analyse n'a porté que sur quatre interventions chirurgicales, même s'il s'agit d'interventions à fort débit : le remplacement total de la hanche, le pontage aorto-carotidien ainsi que la pose de prothèse du genou et de la hanche.

est demeuré stable ou a connu une légère hausse. Cette relative stabilité ou cette augmentation, selon le cas, se vérifie pour ces trois groupes vulnérables. L'augmentation du pontage aorto-coronarien a été particulièrement marquée pour les personnes de 75 ans ou plus.

Il y a lieu de croire que les mesures de rechange à l'hospitalisation qui se sont développées pour traiter notamment le diabète, l'hypertension, les problèmes de dos, l'infarctus aigu du myocarde et les infections urinaires ont permis de diminuer le recours à l'hospitalisation, même pour la population très âgée. Les mesures n'auraient pas eu le même effet au regard des maladies respiratoires, notamment, si l'on se fie à la diminution moindre ou à l'augmentation de l'hospitalisation de ces patients.

Par ailleurs, il est difficile d'expliquer, à partir d'une hypothèse de substitution, la diminution marquée du taux d'hospitalisation dans les territoires défavorisés pour des problèmes comme la pneumonie ou la maladie pulmonaire obstructive chronique alors que le taux est demeuré stable ou a augmenté dans la population en général.

Des préoccupations pour l'avenir

En conclusion, il ressort que le virage ambulatoire opéré au cours des années 1990 ne s'est pas réalisé au détriment des personnes de 75 ans ou plus. L'augmentation du recours aux services médicaux est un phénomène qui caractérise ce groupe d'âge depuis au moins deux décennies, indépendamment des changements introduits dans le système de santé. Dans la présente étude, les augmentations constatées pour chacun des indicateurs sont généralement aussi grandes, sinon plus que l'accroissement de la taille de ce groupe. Il est cependant impossible de préciser, à l'aide des données examinées, si les hausses observées sont justifiées ou non.

En dépit du fait que les populations de certains territoires de CLSC ont un accès limité à l'hôpital, l'accessibilité s'est globalement maintenue en comparaison avec l'ensemble de la population. Par contre, la population des territoires à faible accès de la région de Montréal-Centre a subi davantage les effets de la fermeture de lits. Il y aurait lieu de poursuivre l'analyse de l'évolution de ces tendances et d'en expliquer les causes.

Par ailleurs, les femmes ne semblent pas avoir été plus touchées que les hommes par le virage ambulatoire, sauf peut-être en ce qui concerne l'accès à l'orthopédie. La sous-utilisation potentielle des interventions dans ce domaine mériterait d'être examinée de plus près.

Les réductions observées soulèvent des inquiétudes quant au maintien de l'accessibilité aux services dans les territoires de CLSC défavorisés, particulièrement dans ceux de Montréal-Centre. Il y a lieu de s'en préoccuper, d'autant qu'il est reconnu que les personnes habitant un milieu défavorisé sont habituellement en moins bonne santé.

ANNEXE

TABLEAU A1
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 1 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	108,3	108,2	105,9	102,2	96,1	88,3	78,5	73,9
Territoires de CLSC défavorisés	38,9	41,0	39,9	39,0	37,7	34,1	29,2	23,6
Territoires de CLSC où l'accès est limité	32,4	33,4	32,4	31,1	29,8	27,6	24,2	21,5
Ensemble du Québec	37,4	37,0	35,8	34,6	32,8	29,7	25,7	23,9

TABLEAU A2
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 1 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	202,7	212,2	221,5	237,5	240,7	234,7	228,6	230,8
Territoires de CLSC défavorisés	52,7	57,0	57,9	60,6	61,2	59,3	53,7	46,5
Territoires de CLSC où l'accès est limité	31,8	33,4	34,4	36,3	37,5	37,3	35,2	33,6
Ensemble du Québec	44,0	45,2	45,4	47,5	48,2	46,8	44,0	44,1

TABLEAU A3
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHIRURGIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	15,62	15,13	14,86	14,18	14,10	13,41	13,21	13,01
Territoires de CLSC défavorisés	9,67	9,56	9,26	9,11	9,07	8,61	8,42	8,24
Territoires de CLSC où l'accès est limité	9,36	9,50	9,37	9,29	9,08	8,71	8,55	8,52
Ensemble du Québec	9,43	9,20	9,13	8,93	8,76	8,35	8,25	8,16

TABLEAU A4
ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN MÉDECINE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	15,12	14,58	14,27	13,62	12,72	11,88	11,13	10,50
Territoires de CLSC défavorisés	10,07	9,98	9,87	9,86	9,18	8,49	8,35	7,87
Territoires de CLSC où l'accès est limité	9,99	9,96	9,75	9,50	9,09	8,68	8,36	7,96
Ensemble du Québec	9,75	9,49	9,44	9,17	8,70	8,16	7,93	7,96

TABLEAU A5
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 1 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 694,2	1 636,6	1 571,5	1 446,8	1 350,9	1 179,5	1 033,6	957,8
Territoires de CLSC défavorisés	363,7	377,3	353,3	340,3	325,6	280,0	233,6	209,3
Territoires de CLSC où l'accès est limité	297,5	310,4	295,4	280,9	261,5	233,0	200,6	185,9
Ensemble du Québec	354,7	340,1	325,3	306,8	284,3	244,6	208,6	191,7

TABLEAU A6
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 1 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	3 068,3	3 094,7	3 158,1	3 231,7	3 055,1	2 779,9	2 539,3	2 418,5
Territoires de CLSC défavorisés	509,4	543,2	544,3	569,9	534,4	475,3	421,4	389,6
Territoires de CLSC où l'accès est limité	312,4	325,9	327,3	334,7	330,5	311,4	283,1	267,1
Ensemble du Québec	431,3	429,3	426,8	432,4	414,3	375,4	341,3	321,6

TABLEAU A7
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN INFARCTUS DU MYOCARDE
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 381,64	1 378,19	1 295,05	1 331,86	1 275,61
Territoires de CLSC défavorisés	219,51	219,04	213,54	214,19	204,42
Territoires de CLSC où l'accès est limité	168,69	153,13	156,02	155,60	144,13
Ensemble du Québec	199,53	193,22	191,31	187,41	180,32

TABLEAU A8
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'HYPERTENSION
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	186,97	205,08	186,31	156,42	159,99
Territoires de CLSC défavorisés	48,67	40,09	42,13	29,85	25,61
Territoires de CLSC où l'accès est limité	17,25	16,50	17,94	15,52	17,11
Ensemble du Québec	29,98	29,73	25,76	21,97	22,24

TABLEAU A9
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'ANGINE DE POITRINE
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	974,72	1 013,25	1 199,44	1 090,86	1 072,72
Territoires de CLSC défavorisés	202,77	206,87	225,93	217,10	228,08
Territoires de CLSC où l'accès est limité	113,37	117,60	128,27	115,76	111,66
Ensemble du Québec	155,53	159,22	170,22	165,07	163,94

TABLEAU A10
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE DOULEUR THORACIQUE
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	210,79	231,39	257,20	241,33	273,03
Territoires de CLSC défavorisés	100,93	103,17	108,97	101,37	117,00
Territoires de CLSC où l'accès est limité	55,51	60,42	7,68	52,60	57,26
Ensemble du Québec	67,30	71,72	76,62	72,39	76,31

TABLEAU A11
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À DES AFFECTIONS VASCULAIRES CÉRÉBRALES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 021,83	1 026,61	1 065,44	1 012,67	1 022,51
Territoires de CLSC défavorisés	96,64	110,93	101,08	98,98	102,89
Territoires de CLSC où l'accès est limité	75,40	82,21	90,42	86,23	86,71
Ensemble du Québec	94,72	96,45	96,54	93,85	93,96

TABLEAU A12
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES
TROUBLES CIRCULATOIRES AVEC CATHÉTÉRISME CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	210,47	213,99	227,71	202,34	228,48
Territoires de CLSC défavorisés	128,28	116,54	109,48	103,94	98,50
Territoires de CLSC où l'accès est limité	112,53	109,40	108,13	91,86	83,53
Ensemble du Québec	114,02	114,32	105,58	85,03	78,58

TABLEAU A13
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE ET À UN CHOC CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 886,68	1 943,66	1 866,63	1 782,45	1 869,70
Territoires de CLSC défavorisés	175,47	188,57	171,11	172,74	169,01
Territoires de CLSC où l'accès est limité	124,35	126,57	123,72	114,43	130,26
Ensemble du Québec	152,64	155,18	151,30	145,96	152,65

TABLEAU A14
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE PNEUMONIE SIMPLE ET À UNE PLEURÉSIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 302,49	1 298,46	1 226,85	1 348,19	1 461,41
Territoires de CLSC défavorisés	216,05	242,88	210,16	216,01	212,84
Territoires de CLSC où l'accès est limité	144,82	158,45	158,19	153,05	201,37
Ensemble du Québec	193,26	203,56	181,31	186,49	210,37

TABLEAU A15
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE BRONCHITE ET À L'ASTHME CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	595,75	538,98	455,02	468,19	486,20
Territoires de CLSC défavorisés	338,80	361,40	300,25	294,88	299,58
Territoires de CLSC où l'accès est limité	213,79	239,29	205,57	224,25	199,26
Ensemble du Québec	311,19	340,93	275,05	291,02	275,26

TABLEAU A16
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 739,83	1 791,86	1 676,96	1 789,13	1 937,46
Territoires de CLSC défavorisés	267,80	268,69	241,57	243,98	237,66
Territoires de CLSC où l'accès est limité	127,90	130,99	136,81	131,83	143,51
Ensemble du Québec	198,16	203,37	189,44	193,52	205,78

TABLEAU A17
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE AU DIABÈTE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	272,33	276,77	220,43	200,06	201,23
Territoires de CLSC défavorisés	91,56	96,69	85,66	73,04	74,09
Territoires de CLSC où l'accès est limité	43,70	40,75	39,07	39,58	30,52
Ensemble du Québec	68,23	65,67	59,06	50,71	47,27

TABLEAU A18
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À DES PROBLÈMES DE DOS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	303,59	343,31	330,09	309,06	257,12
Territoires de CLSC défavorisés	92,34	94,65	89,21	74,23	70,90
Territoires de CLSC où l'accès est limité	56,38	59,42	56,15	50,70	43,94
Ensemble du Québec	75,88	78,37	74,27	64,66	59,02

TABLEAU A19
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE OESOPHAGITE OU À UNE GASTROENTÉRITE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	433,52	494,43	466,48	410,33	406,82
Territoires de CLSC défavorisés	227,42	228,41	223,21	194,04	186,68
Territoires de CLSC où l'accès est limité	118,77	114,58	129,10	110,14	118,33
Ensemble du Québec	196,95	185,58	195,22	169,79	189,40

TABLEAU A20
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE INFECTION DE L'APPAREIL URINAIRE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1993-1994 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	413,40	449,13	444,27	422,67	403,75
Territoires de CLSC défavorisés	132,78	136,77	131,76	121,93	108,65
Territoires de CLSC où l'accès est limité	91,08	96,46	96,06	100,15	92,53
Ensemble du Québec	115,65	124,38	123,94	119,03	110,44

TABLEAU A21
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UN PONTAGE AORTO-CORONARIEN CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	55,1	87,7	94,7	118,5	121,8	136,2	148,0	167,6
Territoires de CLSC défavorisés	54,3	68,6	73,0	71,6	77,6	77,4	80,3	83,2
Territoires de CLSC où l'accès est limité	63,8	79,7	79,2	88,0	79,3	81,1	79,0	78,0
Total 18 ans et plus	62,9	74,2	77,6	78	78,3	77,5	77,4	78,7

TABLEAU A22
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE PROTHÈSE DE LA HANCHE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	307,8	288,1	298,8	299,6	288,6	295,8	303,2	287,4
Territoires de CLSC défavorisés	60,3	68,9	69,6	61,1	59,3	73,0	68,9	64,5
Territoires de CLSC où l'accès est limité	77,5	74,4	83,5	79,2	76,3	76,1	71,9	80,8
Total 50 ans et plus	77,9	71,7	71,2	70,7	68,9	69,4	73,0	70,2

TABLEAU A23
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE AU REMPLACEMENT TOTAL DE LA HANCHE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	166,4	162,4	178,3	185,4	188,3	190,4	169,1	180,1
Territoires de CLSC défavorisés	87,6	100,5	81,0	94,4	102,7	113,6	91,2	101,7
Territoires de CLSC où l'accès est limité	106,0	111,8	116,6	124,6	126,4	125,7	109,4	135,2
Total 50 ans et plus	104,2	105,5	105,1	113,9	111,2	113,5	104,9	110,2

TABLEAU A24
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE PROTHÈSE DU GENOU CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	108,0	114,1	121,2	140,2	159,1	171,6	181,6	166,7
Territoires de CLSC défavorisés	54,4	68,0	78,3	98,3	108,5	97,4	102,7	113,0
Territoires de CLSC où l'accès est limité	58,5	65,9	71,4	93,8	83,6	82,1	90,1	93,6
Total 50 ans et plus	70,1	80,6	82,7	96,4	102,8	107,1	105,8	112,0

TABLEAU A25
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE HYSTÉRECTOMIE CHEZ LES FEMMES APPARTENANT À UN GROUPE VULNÉRABLE,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Territoires de CLSC défavorisés	561,9	568,3	582,4	561,8	567,1	580,7	522,9	484,5
Territoires de CLSC où l'accès est limité	461,5	460,4	462,0	423,9	427,6	436,6	396,9	351,9
Total des 18-74 ans	582,8	566,8	547,4	523,9	512,7	501,3	454,9	422,6

TABLEAU A26
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À UNE LAMINECTOMIE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Territoires de CLSC défavorisés	53,9	50,3	39,7	41,5	52,2	48,7	47,2	47,0
Territoires de CLSC où l'accès est limité	48,4	45,6	42,2	43,9	50,7	44,2	41,5	44,2
Total des 18-74 ans	57,4	56,8	51,1	48,2	51,5	52,5	45,7	46,8

TABLEAU A27
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
CONCERNANT LES INTERVENTIONS TRANSFÉRABLES EN CHIRURGIE D'UN JOUR DE 1990-1991 À 1997-1998
(TAUX POUR 1 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	10,8	13,9	17,2	21,4	31,2	39,5	43,7	49,1
Territoires de CLSC défavorisés	9,4	10,0	11,5	12,5	15,5	19,1	19,7	20,0
Hommes	9,4	10,0	10,8	11,7	14,1	15,8	16,1	16,8
Femmes	14,8	15,0	16,1	16,9	20,2	22,1	21,4	20,7
Ensemble du Québec	12,1	12,5	13,5	14,3	17,2	19,0	18,8	18,7

TABLEAU A28
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
CONCERNANT L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
DE 1995-1996 À 1997-1998
(TAUX POUR 1 000 HABITANTS)

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	51,7	55,5	61,6
Territoires de CLSC défavorisés	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	30,0	30,4	31,3
Hommes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	24,7	24,9	25,8
Femmes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	34,9	34,3	33,3
Ensemble du Québec	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	29,7	29,5	29,5

TABLEAU A29
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
SELON LES DIX INTERVENTIONS (CODE CCADTC) LES PLUS FRÉQUENTES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
DE 1995-1996 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

HOMMES

Actes chirurgicaux (Code CCADTC)	1995-1996		1996-1997		1997-1998	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	taux
Libération canal carpien (1733)	2 480	67,9	2 513	67,7	2 525	66,4
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	8 216	252,8	9 791	294,0	11 669	341,5
Myringotomie avec insertion de tube (3201)	4 670	126,5	4 279	116,3	4 186	114,3
Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (4019, 4029, 4959)	9 233	252,6	8 225	225,0	8 301	226,7
Cure de hernie inguino-crurale (6501 à 6504)	4 334	118,5	5 017	136,4	5 258	141,7
Laparoscopie diagnostique (6683)	44	1,2	41	1,1	48	1,3
Excision cartilage semi-lunaire genou (9232)	4 312	115,6	4 622	121,9	4 670	121,2
Excision ou destruction lésion ou tissu du sein (9711)	71	2,0	50	1,4	73	2,0
Total des interventions transférables	56 708	1 582,3	58 188	1 608,2	61 302	1 675,8
Total de l'ensemble des interventions	88 604	2 468,2	90 240	2 488,3	94 570	2 578,9

FEMMES

Actes chirurgicaux (Code CCADTC)	1995-1996		1996-1997		1997-1998	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Libération canal carpien (1733)	4 609	115,3	4 775	116,8	4 356	104,7
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	13 299	284,5	16 033	334,0	18 967	383,9
Myringotomie avec insertion de tube (3201)	3 243	92,2	2 925	83,6	2 881	83,1
Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (4019, 4029, 4959)	9 051	261,4	8 067	232,6	7 746	223,5
Cure de hernie inguino-crurale (6501 à 6504)	586	16,0	676	18,4	677	18,1
Laparoscopie diagnostique (6683)	5 129	148,0	4 126	118,8	3 487	100,7
Destruction occlusion bilatérale trompes de Fallope (7831 à 7839)	9 328	268,5	8 812	255,7	9 606	280,7
Dilatation et curetage diagnostique sans avortement (8109)	5 565	145,1	4 870	125,4	3 630	89,2
Excision cartilage semi-lunaire genou (9232)	1 770	46,2	1 750	44,7	1 851	46,1
Excision ou destruction lésion ou tissu du sein (9711)	4 928	128,4	4 599	117,9	4 214	105,8
Total des interventions transférables	84 302	2 212,1	83 096	2 140,2	81 949	2 069,8
Total de l'ensemble des interventions	131 039	3 490,3	130 512	3 431,3	128 649	3 328,8

TABEAU A29 (SUITE)
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
SELON LES DIX INTERVENTIONS (CODE CCADTC) LES PLUS FRÉQUENTES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
DE 1995-1996 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

ENSEMBLE DU QUÉBEC

Actes chirurgicaux (Code CCADTC)	1995-1996		1996-1997		1997-1998	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Libération canal carpien (1733)	7 089	92,2	7 288	92,9	6 881	85,9
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	21 515	272,0	25 824	317,6	30 636	366,4
Myringotomie avec insertion de tube (3201)	7 913	109,8	7 204	100,4	7 067	99,2
Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (4019, 4029, 4959)	18 284	256,9	16 292	228,8	16 047	225,3
Cure de hernie inguino-crurale (6501 à 6504)	4 920	66,8	5 693	76,6	5 935	78,7
Laparoscopie diagnostique (6683)	5 173	73,5	4 167	59,1	3 535	50,2
Destruction occlusion bilatérale trompes de Fallope (7831 à 7839)	9 328	132,3	8 812	125,9	9 606	138,1
Dilatation et curetage diagnostique sans avortement (8109)	5 565	73,4	4 870	63,5	3 630	45,5
Excision cartilage semi-lunaire genou (9232)	6 082	80,9	6 372	83,2	6 521	83,7
Excision ou destruction lésion ou tissu du sein (9711)	4 999	66,1	4 649	60,4	4 287	54,7
Total des interventions transférables	141 052	1 898,8	141 284	1 876,1	143 251	1 873,2
Total de l'ensemble des interventions	219 669	2 972,6	209 107	2 952,9	223 219	2 945,0

75 ANS OU PLUS

Actes chirurgicaux (Code CCADTC)	1995-1996		1996-1997		1997-1998	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Libération canal carpien (1733)	631	183,4	768	214,8	684	183,4
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	9 676	2 804,5	11 800	3 287,3	14 470	3 868,3
Myringotomie avec insertion de tube (3201)	21	6,1	33	9,3	5	1,3
Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (4019, 4029, 4959)	2	0,6	4	1,1	3	0,8
Cure de hernie inguino-crurale (6501 à 6504)	108	31,8	158	44,9	256	69,5
Laparoscopie diagnostique (6683)	1	0,3	1	0,3	5	1,4
Destruction occlusion bilatérale trompes de Fallope (7831 à 7839)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dilatation et curetage diagnostique sans avortement (8109)	126	37,4	142	40,3	131	35,6
Excision cartilage semi-lunaire genou (9232)	126	37,4	75	21,4	79	21,5
Excision ou destruction lésion ou tissu du sein (9711)	175	51,3	151	42,8	184	49,6
Total des interventions transférables	13 625	3 953,1	15 657	4 366,9	18 336	4 908,8
Total de l'ensemble des interventions	17 823	5 174,2	19 899	5 554,4	22 988	6 156,8

TABLEAU A29 (SUITE)
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES
SELON LES DIX INTERVENTIONS (CODE CCADTC) LES PLUS FRÉQUENTES EN CHIRURGIE D'UN JOUR,
DE 1995-1996 À 1997-1998
(TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

TERRITOIRES DE CLSC DÉFAVORISÉS

Actes chirurgicaux (Code CCADTC)	1995-1996		1996-1997		1997-1998	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Libération canal carpien (1733)	683	114,2	762	125,1	696	111,1
Phakofragmentation et aspiration cataracte (2762)	1 632	225,5	2 120	288,2	2 564	337,7
Myringotomie avec insertion de tube (3201)	568	114,0	514	104,9	575	117,6
Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie (4019, 4029, 4959)	1 326	268,7	1 155	237,1	1 186	241,1
Cure de hernie inguino-crurale (6501 à 6504)	351	63,7	458	82,1	440	76,1
Laparoscopie diagnostique (6683)	410	78,7	354	68,9	279	53,5
Destruction occlusion bilatérale trompes de Fallope (7831 à 7839)	856	163,8	893	175,1	921	180,8
Dilatation et curetage diagnostique sans avortement (8109)	381	65,5	352	59,1	315	50,5
Excision cartilage semi-lunaire genou (9232)	491	84,0	480	82,6	514	85,6
Excision ou destruction lésion ou tissu du sein (9711)	426	72,8	376	63,1	390	65,0
Total des interventions transférables	10 918	1 913,5	11 343	1 966,1	11 883	2 000,8
Total de l'ensemble des interventions	16 978	2 995,0	17 340	3 042,2	18 326	3 129,3

TABLEAU A30
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DE L'AMBULATOIRE PARMİ
L'ENSEMBLE DES SERVICES MÉDICAUX
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	56,8	57,5	58,0	60,0	62,5	63,7
Territoires défavorisés	74,0	73,4	73,1	74,3	74,9	75,1
Territoires où l'accès est limité	77,6	77,1	76,8	77,7	78,3	78,1
Ensemble du Québec	77,4	76,9	76,3	77,3	77,9	77,9

TABLEAU A31
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DE L'AMBULATOIRES PARMİ
L'ENSEMBLE DES SERVICES MÉDICAUX,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	75,9	75,3	74,8	75,7	76,1	76,0
Femmes	78,5	78,1	77,5	78,5	79,1	79,3

TABLEAU A32
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1992 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 822 424	1 842 639	1 902 890	1 944 395	2 025 699	2 091 337
Territoires défavorisés	1 910 826	1 870 761	1 878 413	1 837 021	1 787 652	1 770 806
Territoires où l'accès est limité	2 337 244	2 330 486	2 374 159	2 305 929	2 290 398	2 223 478
Ensemble du Québec	23 061 996	22 886 888	23 321 388	22 799 246	22 434 338	22 106 968

TABLEAU A33
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	9 536 737	9 420 994	9 575 666	9 352 286	9 204 202	9 040 379
Femmes	13 507 735	13 449 533	13 729 920	13 430 760	13 214 416	13 052 059

TABLEAU A34
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DES VISITES AMBULATOIRES
ATTRIBUABLES À L'OMNIPRATIQUE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	60,5	59,8	59,6	58,7	58,4	57,5
Territoires défavorisés	52,6	52,7	52,5	51,7	51,5	50,9
Territoires où l'accès est limité	65,7	65,1	64,5	63,7	62,7	61,7
Ensemble du Québec	60,1	59,7	59,5	58,8	58,5	57,9

TABLEAU A35
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DES VISITES AMBULATOIRES
ATTRIBUABLES À L'OMNIPRATIQUE
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	60,5	59,9	59,6	58,9	58,6	57,9
Femmes	50,7	59,5	59,4	58,7	58,5	57,9

TABLEAU A36
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 190 446	1 239 369	1 289 939	1 368 089	1 440 639	1 544 153
Territoires défavorisés	998 038	1 002 529	1 031 920	1 045 804	1 061 507	1 098 857
Territoires où l'accès est limité	2 107 841	2 089 769	2 144 538	2 153 987	2 159 545	2 143 143
Ensemble du Québec	15 345 596	15 443 222	15 862 620	16 008 828	15 899 330	16 092 526

TABLEAU A37
ÉVOLUTION DES VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	6 236 902	6 296 757	6 486 898	6 532 834	6 503 746	6 585 855
Femmes	9 103 357	9 140 993	9 369 922	9 469 635	9 389 329	9 500 014

TABLEAU A38
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DU RECOURS AUX SPÉCIALISTES
À L'OCCASION DE VISITES AMBULATOIRES
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	75,0	76,2	77,1	77,5	77,6	78,2
Territoires défavorisés	57,2	57,5	59,1	59,2	59,3	60,5
Territoires où l'accès est limité	70,7	70,5	71,3	71,1	70,8	71,0
Ensemble du Québec	64,9	64,7	65,6	65,5	65,2	65,9

TABLEAU A39
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DU RECOURS AUX SPÉCIALISTES
À L'OCCASION DE VISITES AMBULATOIRES,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	60,6	60,3	60,9	60,9	60,7	61,2
Femmes	69,2	69,0	69,5	69,5	69,4	69,9

TABLEAU A40
ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	384 716	399 737	416 216	413 745	428 968	454 608
Territoires défavorisés	388 121	398 255	407 017	395 458	375 048	345 737
Territoires où l'accès est limité	397 469	397 393	412 716	404 070	388 559	381 525
Ensemble du Québec	4 000 376	4 012 552	4 153 750	4 012 429	3 798 198	3 730 992

TABLEAU A41
ÉVOLUTION DES VISITES À L'URGENCE EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	2 014 960	2 010 069	2 076 646	2 013 297	1 901 837	1 863 036
Femmes	1 980 475	1 997 614	2 072 262	1 994 179	1 891 555	1 863 565

TABLEAU A42
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DE LA PART DES VISITES AMBULATOIRES
SOUS FORME DE VISITES À L'URGENCE
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	12,8	13,0	13,0	12,5	12,4	12,5
Territoires défavorisés	13,3	13,9	14,0	13,7	13,2	13,3
Territoires où l'accès est limité	8,9	9,0	9,1	9,1	8,7	8,7
Ensemble du Québec	10,4	10,5	10,6	10,3	9,9	9,8

TABLEAU A43
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DES VISITES AMBULATOIRES
SOUS FORME DE VISITES À L'URGENCE
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	12,8	12,8	12,9	12,7	12,1	11,9
Femmes	8,8	8,8	9,0	8,7	8,4	8,3

TABLEAU A44
ÉVOLUTION DES VISITES À DOMICIEL DES OMNIPRATICIENS CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	484 093	469 343	462 656	466 744	475 270	454 725
Territoires défavorisés	94 404	86 476	79 066	76 314	79 937	77 339
Territoires où l'accès est limité	93 034	85 420	81 180	80 054	81 085	78 692
Ensemble du Québec	835 817	801 513	757 359	750 366	750 288	701 041

TABLEAU A45
ÉVOLUTION DES VISITES À DOMICILE DES OMNIPRATICIENS EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	262 832	240 855	229 807	226 675	228 609	212 396
Femmes	572 982	542 544	527 550	523 689	521 677	488 645

TABLEAU A46
ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 769 366	1 781 219	1 791 097	1 753 122	1 692 228	1 734 508
Territoires défavorisés	1 052 917	1 083 846	1 073 189	1 026 002	1 003 726	1 024 721
Territoires où l'accès est limité	1 516 685	1 546 546	1 509 023	1 444 692	1 395 576	1 389 935
Ensemble du Québec	12 380 098	12 705 568	12 761 444	12 234 655	11 757 137	11 803 231

TABLEAU A 47
ÉVOLUTION DES SERVICES SPÉCIALISÉS À DES MALADES HOSPITALISÉS, EN FONCTION DU SEXE,
DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	5 688 162	5 830 364	5 838 742	5 591 393	5 403 211	5 456 290
Femmes	6 689 586	6 872 544	6 920 172	6 640 420	6 350 475	6 342 042

TABLEAU A48
ÉVOLUTION DES SERVICES DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	1 194 312	1 187 146	1 179 437	1 097 424	1 005 913	970 838
Territoires défavorisés	286 544	280 170	269 019	243 444	211 576	189 254
Territoires où l'accès est limité	235 275	257 539	255 657	250 581	225 629	212 822
Ensemble du Québec	2 737 622	2 769 025	2 764 135	2 569 231	2 340 854	2 239 933

TABLEAU A49
ÉVOLUTION DES SERVICES DES OMNIPRATICIENS À DES MALADES HOSPITALISÉS,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	1 107 611	1 130 519	1 125 643	1 062 051	977 254	942 007
Femmes	1 628 665	1 637 304	1 637 217	1 505 951	1 302 358	1 296 837

TABLEAU A50
ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	6,78	6,67	6,71	6,62	6,58	6,53
Territoires défavorisés	4,48	4,44	4,58	4,52	4,32	4,31
Territoires où l'accès est limité	4,17	4,15	4,26	4,15	4,07	4,01
Ensemble du Québec	4,27	4,22	4,30	4,23	4,17	4,18

TABLEAU A51
ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES D'OMNIPRATIQUE PAR USAGER,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	3,87	3,81	3,85	3,79	3,78	3,77
Femmes	4,70	4,64	4,68	4,59	4,55	4,52

TABLEAU A52
ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USAGER
CHEZ LES GROUPES VULNÉRABLES, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
75 ans ou plus	5,33	5,32	5,34	5,46	5,49	5,62
Territoires défavorisés	3,71	3,76	3,89	3,96	3,90	3,96
Territoires où l'accès est limité	4,53	4,5	4,64	4,67	4,61	4,61
Ensemble du Québec	3,89	3,91	3,99	4,03	4,03	4,12

TABLEAU A53
ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE VISITES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉES PAR USAGER,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1992-1993 À 1997-1998

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Hommes	3,71	3,75	3,81	3,86	3,91	3,98
Femmes	4,09	4,08	4,12	4,15	4,16	4,21

FIGURE A1
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À DES AFFECTIONS VASCULAIRES CÉRÉBRALES,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

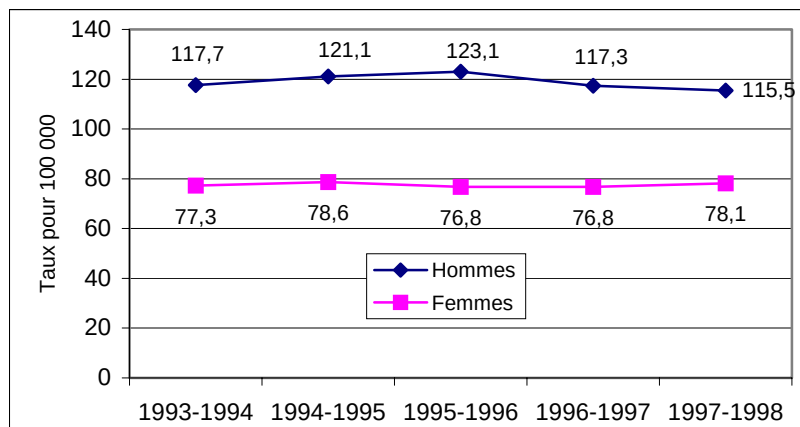


FIGURE A2
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À DES TROUBLES CIRCULATOIRES ET CATHÉTÉRISME, EN FONCTION DU SEXE,
DE 1993-1994 À 1997-1998

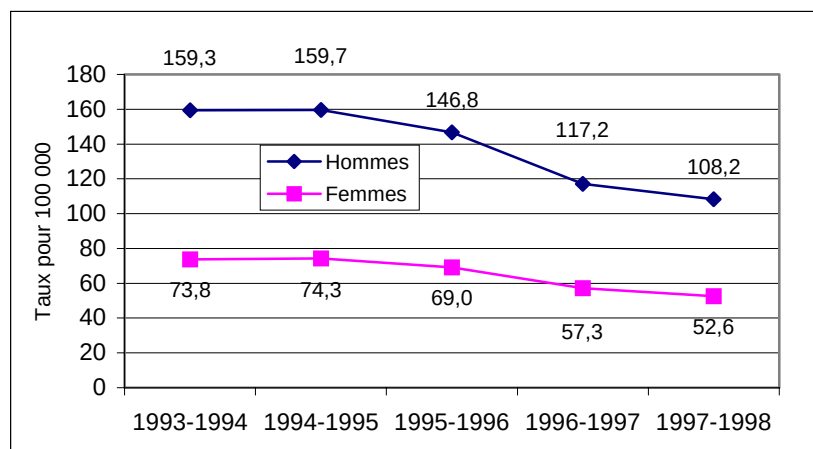


FIGURE A3
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'HYPERTENSION,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

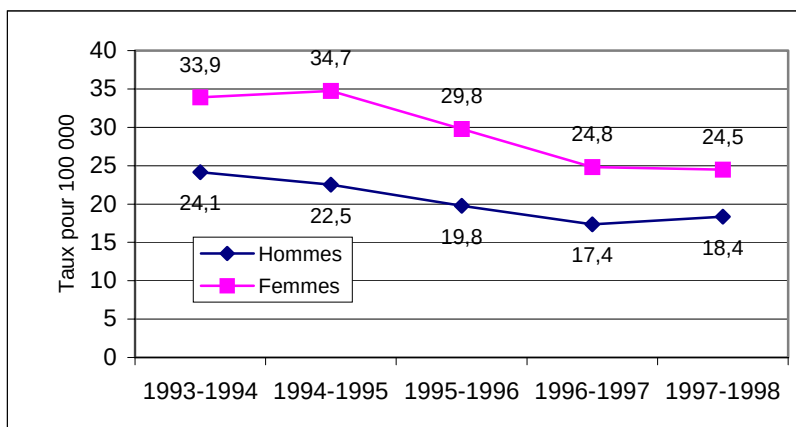


FIGURE A4
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

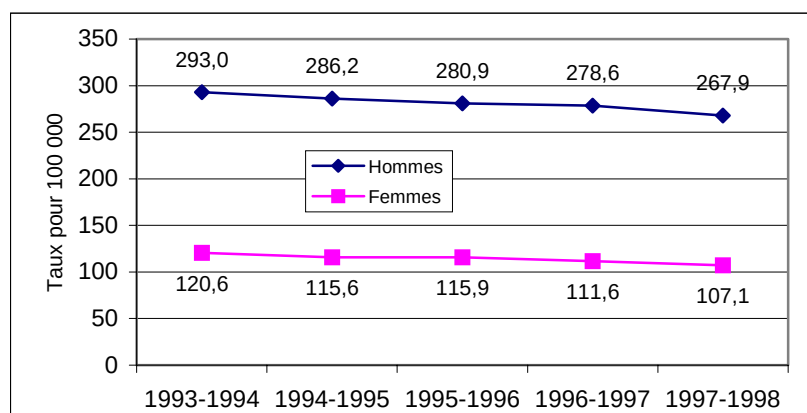


FIGURE A5
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'INSUFFISANCE CARDIAQUE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

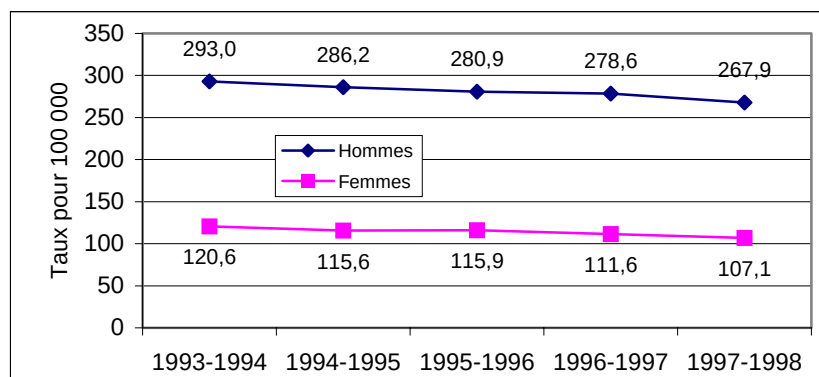


FIGURE A6
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À L'ANGINE DE POITRINE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

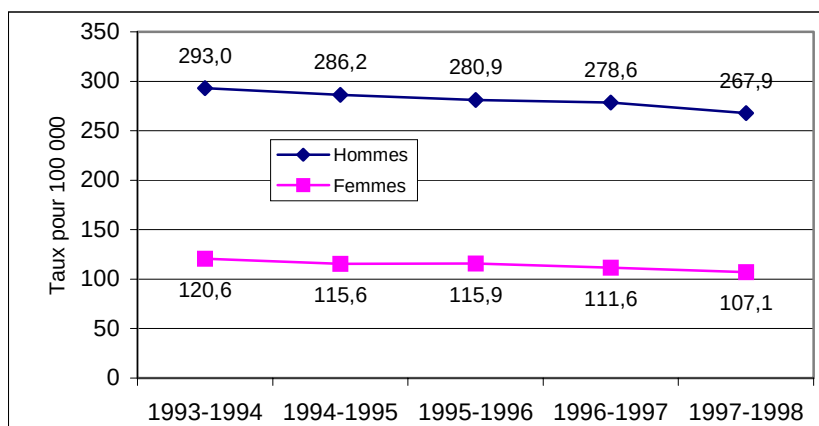


FIGURE A7
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE DOULEUR THORACIQUE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

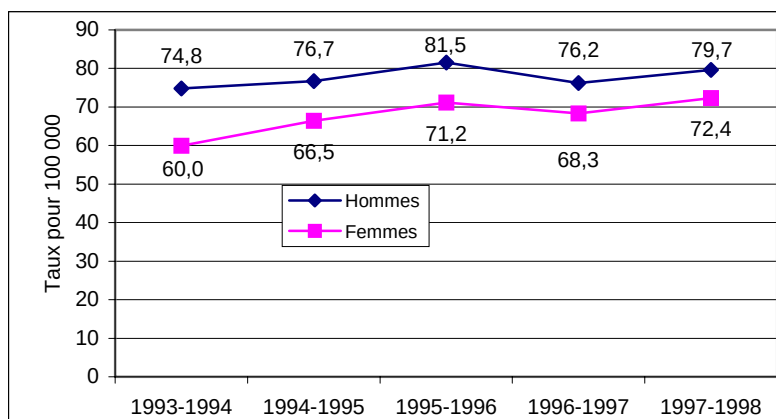


FIGURE A8
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE AU DIABÈTE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

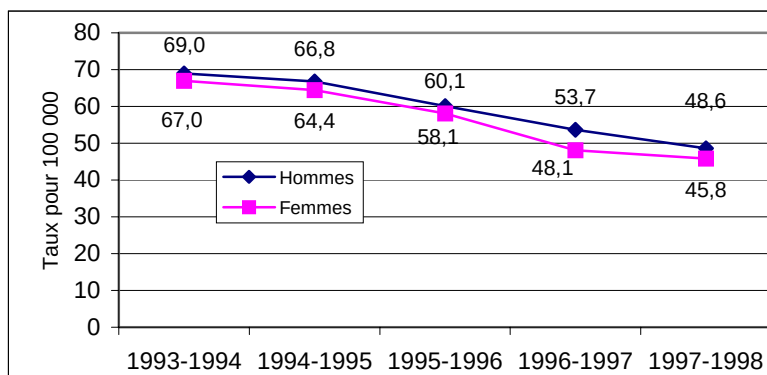


FIGURE A9
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À DES PROBLÈMES DE DOS,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

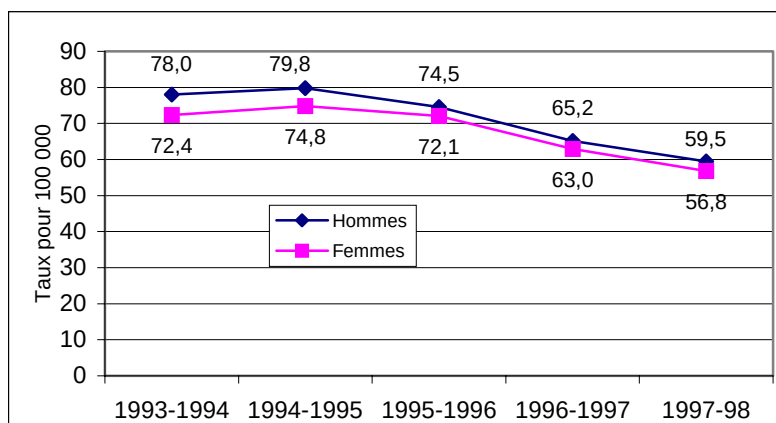


FIGURE A10
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE PNEUMONIE SIMPLE
ET À UNE PLEURÉSIE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

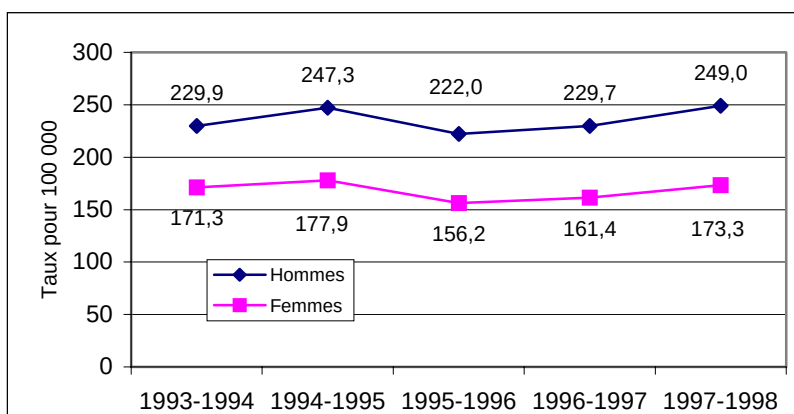


FIGURE A11
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE BRONCHITE ET À L'ASTHME,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

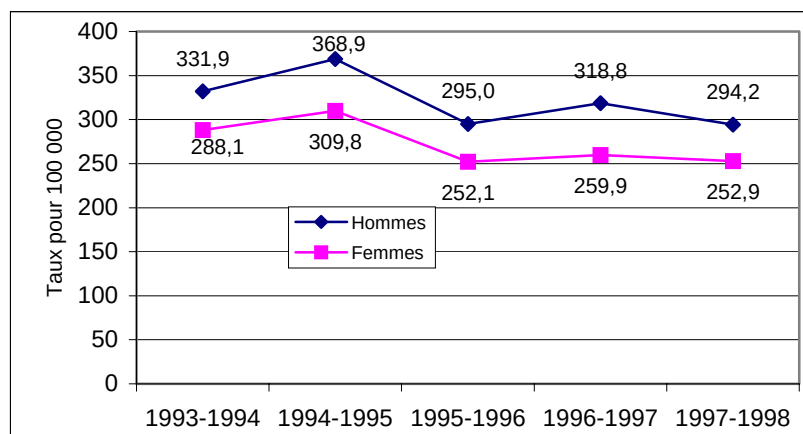


FIGURE A12
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE
MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

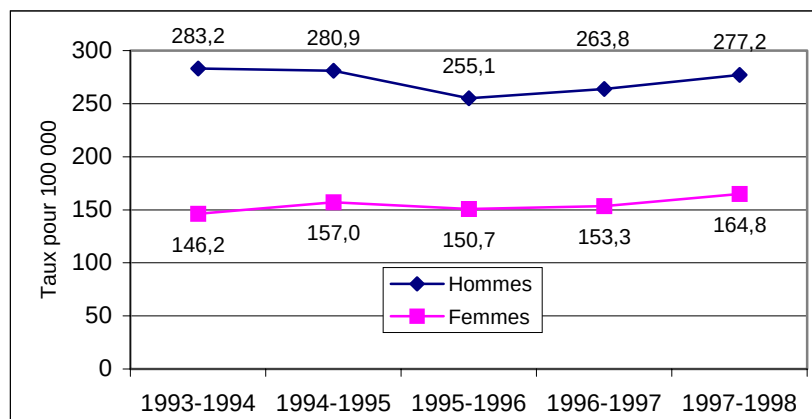


FIGURE A13
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE
GASTRO-ENTÉRITE ET À DES DOULEURS ABDOMINALES,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

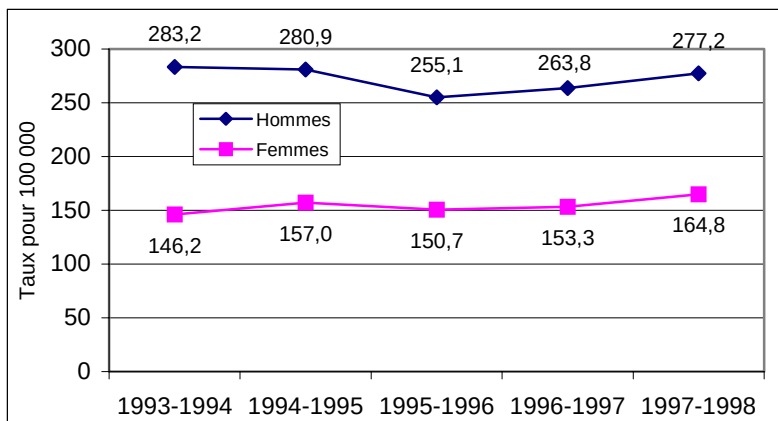


FIGURE A14
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À DES INFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1993-1994 À 1997-1998

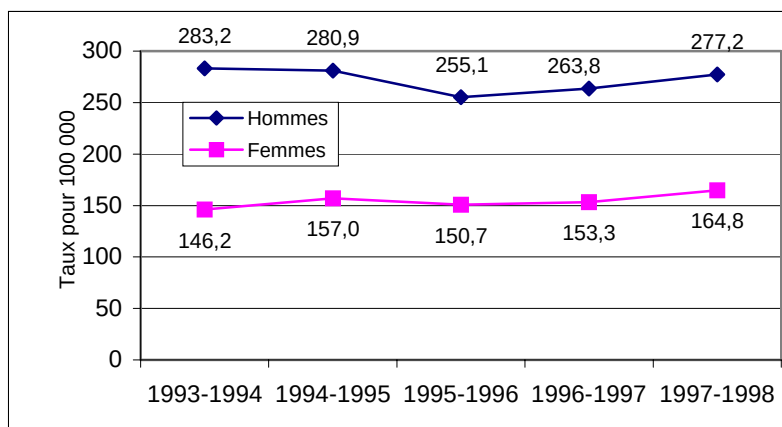


FIGURE A15
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN PONTAGE AORTO-CORONARIEN,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998

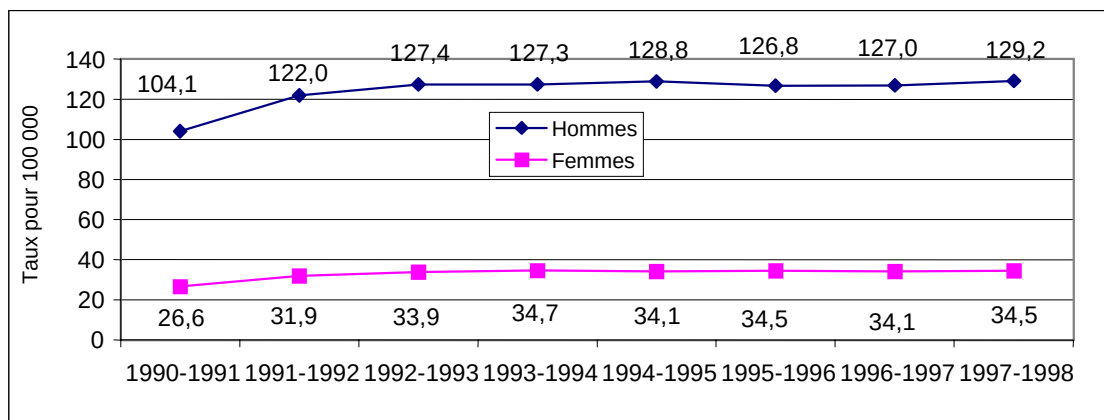


FIGURE A16
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UN REMPLACEMENT DE LA HANCHE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998

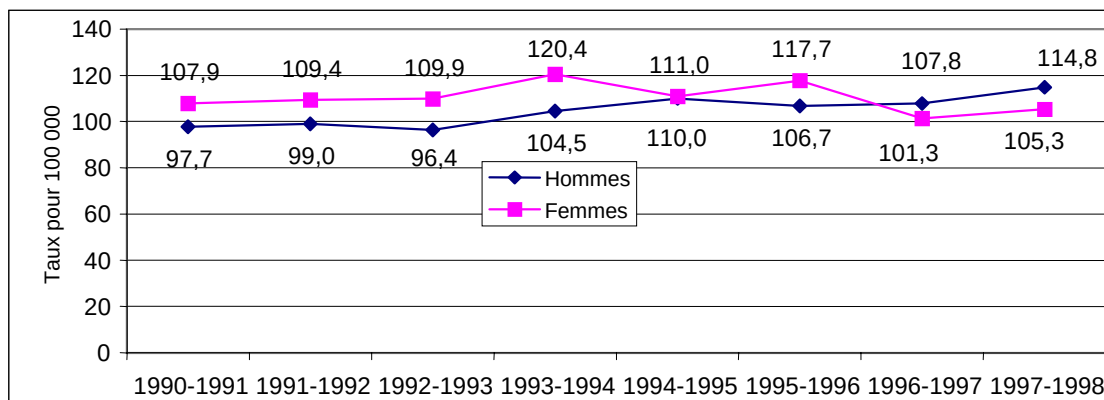


FIGURE A17
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À LA POSE D'UNE PROTHÈSE DE LA HANCHE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998

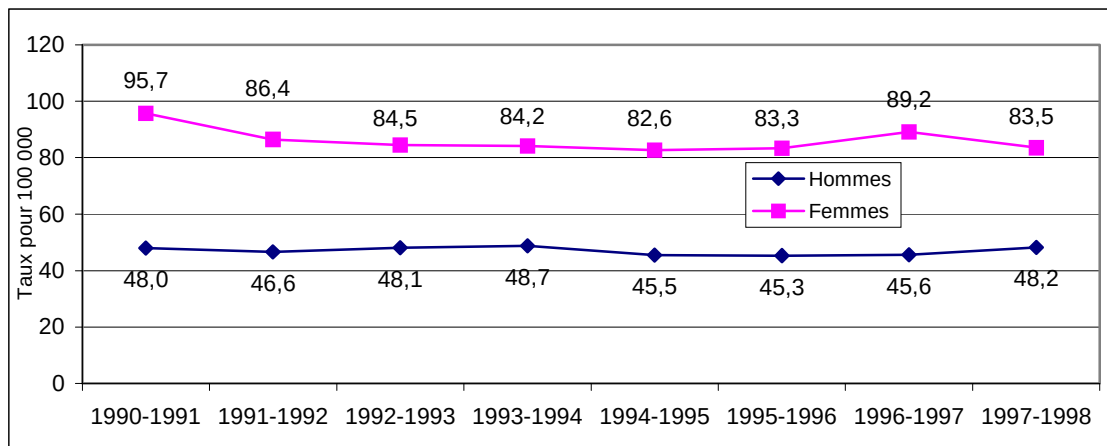


FIGURE A18
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION
LIÉE À LA POSE D'UNE PROTHÈSE DU GENOU,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998

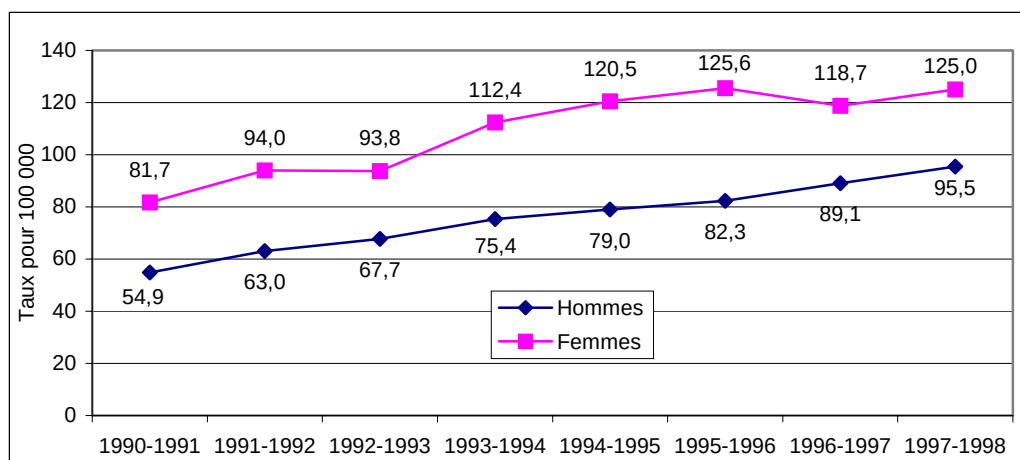
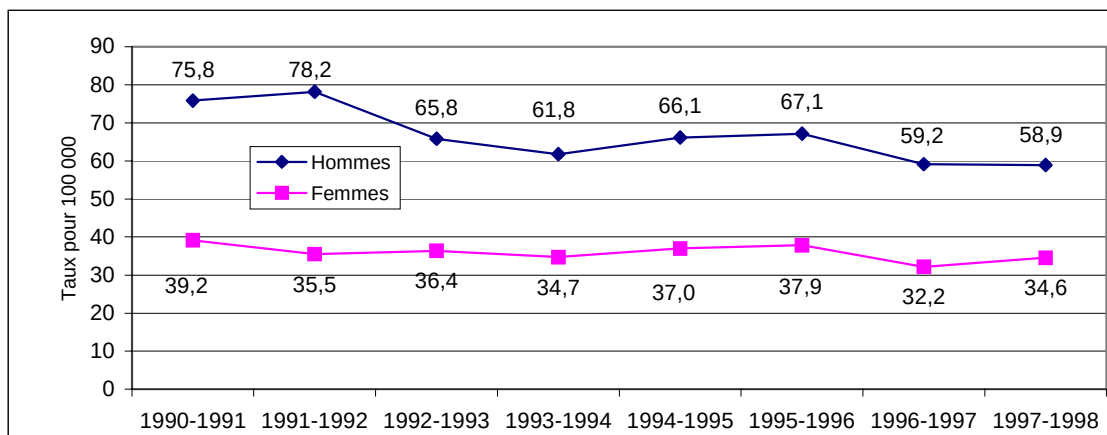


FIGURE A19
ÉVOLUTION DU TAUX STANDARDISÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À UNE LAMINECTOMIE,
EN FONCTION DU SEXE, DE 1990-1991 À 1997-1998



BIBLIOGRAPHIE

AMARO, H. (1995). « Love, sex and power », *American Psychologist*, vol. 50, n° 6, p. 437-447.

BELL, M.R., *et al.* (1995). « Referral for coronary artery revascularization procedures after diagnostic coronary angiography : evidence for gender bias ? » *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 25, p. 1650-1655.

BERGELSON, B.A., *et* C.L. TOMMASCO (1996). « Gender differences in percutaneous interventional therapy of coronary artery disease », *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis*, vol. 37, p. 1-4.

BLOEMBERGEN, W.E., *et al.* (1997). « Association of gender and access to cadaveric renal transplantation », *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 30, p. 733-738.

CARLISLE, D.M., B.D. LEAKE, R.H. BROOK *et* M.F. SHAPIRO (1996). « The effect of race and ethnicity on the rise of selected health care procedures : A comparison of South Central Los Angeles and the remainder of Los Angeles county », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 7, n° 4, p. 308-322.

CONSEIL DES AÎNÉS (1997). *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec. 107 p.

CÔTÉ, H. (1997). *Indice de statut socio-économique*, Direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 7 p. + annexes.

FLASKERUD, J.H., *et* B.J. WINSLOW (1998). « Conceptualizing vulnerable populations health-related research », *Nursing Research*, vol. 47, n° 2, p. 69-78.

FOURNIER, M.-A. *et* J. PICHÉ (2000). « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « La santé et le bien-être », p. 387-407.

GIACOMINI, M.K. (1996). « Gender and ethnic differences in hospital-based procedure utilization in California », *Archives of Internal Medicine*, vol.156, p. 1217-1224.

GIJSBERS VAN WIJK, C.M.T., *et al.* (1996). « Gender perspectives and quality of care : Towards appropriate and adequate health care for women », *Social Science and Medicine*, vol. 43, p. 707-720.

GURALNIK, J.M., *et* S.G. LEVEILLE (1997). « Race, ethnicity, and health outcomes — Unraveling and mediating the role of socioeconomic status », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 5, p. 728-729.

HAWKER, G., *et al.* (1998). « Heath-related quality of life after knee replacement », *Journal of Bone and Joint Surgery- American volume*, vol. 80, p. 163-173.

HAWKER, G., *et al.* (2000). « Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty », *The New England Journal of Medicine*, vol. 342, p. 1016-1022.

JETTER, A., A. ORLECK et D. TAYLOR (1995). « Mothers at risk : The war on poor women and children », dans G.J. DEMKO and M.C. JACKSON, *Populations at Risk in America.*, Boulder, (Colorado) : Westview Press, p. 104-128.

KATZ, I.N., *et al.* (1994). « Differences between men and women undergoing major orthopedic surgery for degenerative arthritis », *Arthritis and Rheumatism*, vol. 37, p. 687-694.

LINK, B.G., et J.C. PHELAN (1996). « Understanding socioeconomic differences in health. The role of fundamental social causes », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 4, p. 471-473.

PICHÉ, J., et H. CÔTÉ (1997). *Développement et validation d'un indicateur d'accessibilité géographique aux ressources hospitalières*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 p. + annexes.

ROOS, N.P., et E. SHAPIRO (1995). « Using the information system to assess change : The impact of downsizing the acute sector », *Medical Care*, vol. 33, p. DS109-DS126.

SANTÉ QUÉBEC (1995). *Aspects reliés à la santé : rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, volumes 1, 2 et 3.

TRAHAN, L., P. BÉGIN, M. DEMERS et P. LAFONTAINE (1999). *Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires – Ensemble du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 141 p.

TRAHAN, L., P. BÉGIN, M. DEMERS, P. LAFONTAINE (2000). *Évolution de la prestation et de l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires de 1990-1991 à 1997-1998 – Données régionales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 113 p.

WEITZMAN, S., *et al.* (1997). « Gender, racial, and geographic differences in the performance of cardiac diagnostic and therapeutic procedures for hospitalized acute myocardial infarction in four states », *American Journal of Cardiology*, vol. 79, p. 722-726.

COLLECTION ÉTUDES ET ANALYSES

DERNIERS TITRES PARUS

- N° 43 **Réduction de la durée de séjour et réadmission hospitalière pour des problèmes cardiovasculaires.**
(H. CÔTÉ et L. TRAHAN – Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, 2000)
- N° 42 **Étude exploratoire sur les dépenses supplémentaires des familles en réponse aux besoins des enfants handicapés.**
(J. CHARTRAND BEAUREGARD – Direction des personnes âgées, des personnes handicapées et des activités communautaires – Direction générale des services à la population, 1999)
- N° 41 **Facteurs explicatifs des variations territoriales du recours à l'hospitalisation.**
(J. PICHÉ et H. CÔTÉ – Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, 1998)
- N° 40 **Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux**
1 : Rétention et autosuffisance des régions en matière de services médicaux ambulatoires et d'hospitalisation.
(L. TRAHAN, M. DEMERS et coll. P. BROSSEAU – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1998)
2 : Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires – ensemble du Québec.
(L. TRAHAN, P. BÉGIN, M. DEMERS et P. LAFONTAINE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1999)
3 : Évolution de la prestation et de l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires de 1990-1991 à 1997-1998 – données régionales.
(L. TRAHAN, P. BÉGIN, M. DEMERS et P. LAFONTAINE – Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, 2000)
- N° 39 **Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements de la recherche évaluative.**
(A. GAUTHIER – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1998)
- N° 38 **Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec.**
(A. LEBEAU, G. VERMETTE et C. VIENS – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 37 **Pour une aide adaptée aux besoins des personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de leurs proches.**
(J. TENDLAND – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 36 **Synthèse du contexte structurel des pratiques intersectorielles en toxicomanie.**
(A. LEBEAU, C. VIENS et G. VERMETTE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 35 **Soutien à la transformation du réseau – Évaluation des besoins en lits pour les soins de courte durée physique – PHASE II.**
(J.-B. PERRY – Direction des normes et standards d'allocation et d'organisation des ressources, 1997)

- N° 34 **La toxicomanie au Québec – Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990.**
(L. GUYON et Y. GEOFFRION – RISQ, Direction de la planification, 1997)
- N° 33 **Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie.**
(R. HÉBERT *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 32 **Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission – Une mise à jour.**
(L. TRAHAN – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997)
- N° 31 **Les coûts directs de l'infection au VIH et du sida au Québec – Évolution et perspectives pour l'an 2000.**
(D. BOUCHARD – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 30 **La capitation régionale, une avenue d'intérêt ?**
(Y. BRUNELLE – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 29 **L'allocation directe au Québec : des modes de fonctionnement variés à découvrir, des points de vue à faire connaître.**
(A. TOURIGNY *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 28 **Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes.**
(J. OTIS – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 27 **Évolution de la consommation de soins hospitaliers de courte durée par les personnes âgées : une mise à jour.**
(M. LEVASSEUR – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1996)
- N° 26 **Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention.**
(M. CLERMONT – Direction de la planification, 1996)
- N° 25 **Évaluation de l'impact de la tarification des médicaments sur le profil de consommation des personnes âgées.**
(S. RHEAULT *et al.* – Direction de la recherche et de l'évaluation, 1995)
- N° 24 **Évaluation des modalités de financement dans le domaine sociosanitaire.**
(S. RHEAULT – Direction de l'évaluation, 1994)
- N° 23 **La violence familiale : perspective systémique et essai de synthèse.**
(M. CLARKSON – Direction de la planification, 1994)
- N° 22 **L'évaluation économique des modes d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Recension des méthodes et des résultats.**
(S. RHEAULT – Direction de l'évaluation, 1994)
- N° 21 **Impact des changements démographiques sur l'évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux.**
(M. ROCHON – Direction de la planification, 1994)
- N° 20 **Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles.**
(L. GARANT – Direction de l'évaluation, 1994)

- N° 19 **Une évaluation de la prestation de services dans les CLSC et les centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie.**
(L. TRAHAN, L. BÉLANGER et M. BOLDUC – Direction de l'évaluation, 1994)
- N° 18 **L'état de santé perçu et les habitudes de vie des corésidents de personnes présentant des troubles mentaux.**
(D. ST-LAURENT – Direction de la planification, 1993)
- N° 17 **Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie.**
(C. MOISAN et S. LAFLAMME-CUSSON – Direction de l'évaluation, 1993)
- N° 16 **La qualité des soins et services : un cadre conceptuel.**
(Y. BRUNELLE – Direction de l'évaluation, 1993)

La collection « Études et Analyses » est publiée par la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, anciennement Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
1075, chemin Sainte-Foy, 11ème étage
Québec (Québec)
G1S 2M1
Tél. : (418) 266-7025

