

35

Collection
ÉTUDES ET ANALYSES

**SOUTIEN
À LA TRANSFORMATION
DU RÉSEAU**

**Évaluation des besoins en lits
pour les soins de courte durée
physique**

PHASE II

PLANIFICATION-ÉVALUATION SANTÉ SERVICES SOCIAUX

Québec 

**SOUTIEN
À LA TRANSFORMATION
DU RÉSEAU
Évaluation des besoins en lits pour
les soins de courte durée physique
PHASE II**

Avenues à exploiter pour des gains d'efficacité :

- hausse des taux d'occupation
- ajustement des durées de séjour
- révision des taux d'hospitalisation

Jean-Benoît Perry

Juin 1997



SOUTIEN À LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU :

ÉVALUATION DES BESOINS EN LITS
POUR LES SOINS DE COURTE DURÉE PHYSIQUE

PHASE II

AVENUES À EXPLORER POUR DES GAINS D'EFFICIENCE :

- HAUSSE DES TAUX D'OCCUPATION,
- AJUSTEMENT DES DURÉES DE SÉJOUR,
- RÉVISION DES TAUX D'HOSPITALISATION

1996-2001

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

QUÉBEC
JUN 1997

REMERCIEMENTS

Il importe de mentionner que le présent document a été complété grâce au soutien de plusieurs personnes qui nous ont transmis leurs judicieux conseils. Leur participation vient accroître la qualité du contenu de cet ouvrage. De plus, leur collaboration a permis de valider les principales informations statistiques.

Nous remercions :

M. Mario Alberton	Directeur, Direction des normes et standards d'allocation et organisation des ressources
M. Hung Do	Directeur, Direction de la planification et stratégies de financement
M. Jean-Yvon Leclaire	Chef de service, Service des technologies biomédicales
M. François Camirand	Chef de service, Service du développement des indicateurs
M ^{me} Jeanne Bourdages	Infirmière, Infocentre
M. Robert Pampalon	Agent de recherche, Service de la recherche
M. Jacques Piché	Agent de recherche, Service du développement des indicateurs
M. Gilles Pelletier	Agent de recherche, Service de l'analyse statistique
M. Daniel Labbé	Agent de recherche, Direction de la planification et stratégies de financement

M. François Allard et les membres du Service de la documentation, dont la collaboration a été grandement appréciée, et M^{me} Diane Pagé, du Service des technologies biomédicales, pour sa collaboration à l'édition du présent document.

***Recherche et rédaction sous la direction de
Jean-Benoît Perry***

***Service des technologies biomédicales
Direction des normes et standards d'allocation et
d'organisation des ressources***

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1997
ISBN-2-550-31866-8

©Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

1. RÉSUMÉ	1
1.1 POPULATION DU QUÉBEC	1
1.2 TAUX D OCCUPATION	2
1.3 RÉDUCTION DES DURÉES DE SÉJOUR	3
1.4 BESOINS EN LITS DE COURTE DURÉE	3
1.5 TAUX D HOSPITALISATION ET UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ	4
1.6 SOINS DE LONGUE DURÉE DANS DES LITS DE COURTE DURÉE	5
1.7 EN CONCLUSION : 12 OBJECTIFS ET DÉMARCHES	6
2. INTRODUCTION	7
2.1 TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ	7
2.1.1 QUELQUES ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS	7
2.2 PRATIQUE HOSPITALIÈRE ET PRODUCTION DE SERVICES	8
2.3 OBJECTIFS	9
2.4 DÉMARCHE RETENUE	10
3. ESTIMATION DES BESOINS EN LITS DE COURTE DURÉE DESCRIPTION DES INDICATEURS UTILISÉS	11
3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	11
3.1.1 STRUCTURE D ÂGE DE LA POPULATION	11
3.1.2 CONSOMMATION ASSOCIÉE	12
3.1.3 ESPÉRANCE DE VIE	13
3.1.4 VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE : RÉALITÉ INCONTOURNABLE	13
3.2 INDICATEURS D UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	14
3.2.1 LIT DRESSÉ	14
3.2.2 NOMBRE D ÉQUIVALENTS-LITS	14
3.2.3 JOURS-PRÉSENCE	15
3.2.4 TAUX D HOSPITALISATION	15
3.2.5 DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR	15
3.2.6 TAUX D OCCUPATION	15
3.2.7 TAUX LITS/POPULATION	15
4. ÉVOLUTION DE LA SITUATION DE 1986-1987 À 1995-1996 ET AJUSTEMENT DU TAUX D OCCUPATION	17
4.1 APPROCHE	17
4.2 ÉVOLUTION DES DONNÉES DE 1986-1987 À 1995-1996	18
4.3 ÉPURATION DE LA BASE DE DONNÉES	19
4.4 RÉSUMÉ DES DONNÉES DE 1995-1996	19
4.5 AJUSTEMENT DU TAUX D OCCUPATION	20
4.6 TAUX PROVINCIAL VERSUS TAUX RÉGIONAUX	22

5. RÉDUCTION DES DURÉES DE SÉJOUR ET ANALYSE DES TENDANCES	23
5.1 RÉDUCTION DES DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR (DMS) COMPARAISON AVEC L'ONTARIO	23
5.2 AJUSTEMENT GLOBAL DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR	24
5.3 RÉPARTITION DES ÉCONOMIES POTENTIELLES PAR GROUPE D'ÂGE	25
5.4 RÉPARTITION RÉGIONALE DES ÉCONOMIES POTENTIELLES	26
6. ÉVALUATION DES BESOINS EN LITS DE COURTE DURÉE PHYSIQUE	27
6.1 EFFET DES AJUSTEMENTS SUR LES DONNÉES DE 1995-1996	27
6.2 PRÉVISIONS 2001 ET 2006	29
6.3 MISE À JOUR DONNÉES RÉCENTES LITS DRESSÉS EN MARS 1997 ET DE MED-ÉCHO DE 1995-1996	31
6.4 TAUX DE DISPONIBILITÉ DE LITS DE COURTE DURÉE POUR L'AN 2000 ET PRÉVISIONS POUR 2006	31
7. TAUX D'HOSPITALISATION ET UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ	33
8. PISTES D'ACTION	35
8.1 VRAI RÉSEAU DE PREMIÈRE LIGNE	35
8.2 DURÉE DE SÉJOUR	35
8.3 PRÉVOIR LES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LES PERSONNES ÂGÉES	36
8.4 ÉVALUATION DES TAUX D'HOSPITALISATION	36
9. CONCLUSION	37
10. ANNEXE	39
10.1 PRÉVISIONS 1989-1990 2000-2001	41
10.2 ÉPURATION DE LA BASE DE DONNÉES	41
10.3 RÉSUMÉ DES DONNÉES DE 1995-1996	42
10.4 VARIATION DES TAUX D'OCCUPATION	42
10.5 COMPARAISON QUÉBEC-ONTARIO	46
10.6 RÉPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE DES ÉCONOMIES POTENTIELLES (ÉQUIVALENTS-LITS)	49
10.7 RÉPARTITION RÉGIONALE DES ÉCONOMIES POTENTIELLES EXPRIMÉES EN ÉQUIVALENTS-LITS	50
10.8 ÉVOLUTION DES DMS 1989-1995 ET TENDANCES 1996-2001	58
11. SOINS DE LONGUE DURÉE DANS DES LITS DE COURTE DURÉE	61
11.1 INTRODUCTION	62
11.2 EFFETS SUR LA DISPONIBILITÉ DES LITS ET LA QUALITÉ DES SOINS	62
11.3 ACCROISSEMENT DE LA POPULATION ET RÉDUCTION DES DURÉES DE SÉJOUR	62
11.4 HISTORIQUE POUR LE QUÉBEC	63
11.5 ÉTAT DE SITUATION 1995-1996	63
12. JUSTESSE DE L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ SURVOL DE LA LITTÉRATURE	69

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 — Évolution des populations âgées de 65 ans et plus de 1991 à 2016	12
Tableau 2 — Comparaison : groupe d'âge < 65 ans, groupe d'âge 65 ans et plus et tous les groupes d'âge	12
Tableau 3 — Résumé des données de base pour la province — 1995-1996	19
Tableau 4 — Comparaison du nombre d'équivalents-lits (tx occ. : 85-90 %) par région de traitement ou de résidence (données de 1995-1996)	20
Tableau 5 — Résumé des bases de données québécoise et ontarienne utilisées pour établir la comparaison des dms	24
Tableau 6 — Équivalents-lits potentiellement économisés par région	26
Tableau 7 — Équivalents-lits de courte durée physique nécessaires à la suite de l'augmentation du taux d'occupation et de la diminution de la dms et évaluation du nombre de lits à résorber — données de 1995-96	28
Tableau 8 — Évolution des ressources, 1995-1996, 2001 et 2006 (tx occ : 85 ou 90 %) avant et après l'application des économies réalisées suite après comparaison avec les dms ontariennes (voir tableaux 4 et 7)	30
Tableau A1 — Pyramides des âges - population du Québec - 1961-2031	40
Tableau A2 — Évolution de l'état des besoins (données de base de 1986-1987)	41
Tableau A3 — Répartition des populations, des jours-présence et des hospitalisations par région de résidence et de traitement 1995-1996	44
Tableau A4 — Calcul du nombre d'équivalents-lits selon les taux d'occupation de 80-85 % à 90-95% (1995-96)	45
Tableau A5 — Comparaison interprovinciale des 39 DRG éliminés	46
Tableau A6 — Répartition par région et par type de soins des économies potentielles exprimées en durée moyenne de séjour	47
Tableau A7 — Jours-présence potentiellement économisés, nombre d'hospitalisations et dms correspondantes par type de soins	47
Tableau A8 — Liste comparative des DRG éliminés des bases de données QUÉBEC (1995-1996) et ONTARIO (1993-1994)	48
Tableau A9 — Répartition des hospitalisations, des jours-présence et des équivalents-lits économisés par groupe d'âge (1995-1996)	49
Tableau A10 — Répartition des lits de courte durée économisés	51
Tableau A11 — Évaluation du nombre de lits de courte durée économisés à la suite de la comparaison Québec/Ontario, par région de traitement et par établissement	52
Tableau A12 — État de situation - 1995-1996 — Répartition des journées d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations - Région de résidence vs région de traitement et calcul du taux d'occupation observés	56
Tableau A13 — Répartition des lits de courte durée pour 1995-1996 selon la mobilité observée en 1995-1996 et après correction des taux d'occupation	57
Tableau A14 — Évolution des durées moyennes de séjour par groupe d'âge (1989 - 1995) et tendances 1996-2001	59
Tableau A15 — Disponibilité des lits de courte durée physique - données de mars 1997	60
Tableau A16 — Évaluation du nombre de lits de courte durée utilisés pour des soins de longue et économie potentielle réalisée à la suite d'une diminution de la durée moyenne de séjour	67
Figure 1 — Proportion (%) des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale de chaque région - 1950-2050	14
Figure 2 — Nombre d'équivalents-lits potentiellement économisés par groupe d'âge	25
Figure A1 — Répartition des jours-présence pour des soins de longue durée selon les groupes d'âge	65

1. RÉSUMÉ

Le réseau de la santé et des services sociaux se situe actuellement à un carrefour où il est soumis à des pressions tantôt sociales, tantôt économiques ou administratives, qui le forcent à faire des choix difficiles, à modifier ses orientations et, dans certains cas, à corriger des lacunes.

Face aux différentes contraintes rencontrées, le Ministère s'est doté d'un cadre législatif renouvelé et d'une politique de la santé et du bien-être qui, à l'aide de stratégies bien définies, vont lui permettre de parachever la transformation entreprise.

En 1995 et 1996, les régies régionales présentaient leurs plans de transformation et de restructuration, qui contiennent les divers éléments des changements proposés soit au niveau administratif, soit au regard de la prestation des soins.

En mai 1995, le Ministère déposait à titre de projet, auprès des directions générales des régies régionales, l'énoncé d'un cadre normatif, « Planification du développement des ressources institutionnelles de courte durée, d'hébergement et de soins de longue durée ». Ce document évaluait à 17 955 le nombre d'équivalents-lits nécessaires pour les soins de courte durée physique. Ce résultat prenait en considération la consommation réelle de 1993-1994, l'application de taux d'occupation de 80 % et 85 %¹ et l'estimation d'une économie potentielle² de l'ordre de 1 787 lits. On obtenait ainsi un taux provincial de disponibilité de lits de courte durée de 2,5 lits par 1 000 habitants.

À la même période, les centres hospitaliers emboîtaient le pas en rationalisant l'offre et la prestation de leurs services et en favorisant, parallèlement, la mise sur pied ou le développement de solutions de remplacement à l'hospitalisation. Dans certains cas, des fusions administratives ou regroupements des services étaient proposés.

Le présent rapport actualise le taux de disponibilité. Il propose, pour le Québec et ses régions, un nouvel objectif, à atteindre d'ici l'an 2000, de 2,0 lits par 1 000 habitants. Il est basé sur la consommation des journées d'hospitalisation observées en 1995-1996. Des prévisions sont aussi établies pour 2001 et 2006. En résumé, les points suivants sont revus.

1.1 POPULATION DU QUÉBEC

Par rapport à 1995, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus aura connu, pour 1996 et 2006, des augmentations respectives de près de 3 % et 25 %. Déjà, en 1995, les personnes de

1. Les régions à faible densité de population, à faible accessibilité aux soins médicaux et moins urbanisées se voient appliquer un taux d'occupation de 80 %. Ce sont les régions 1, 8, 9, 10, 11, 17 et 18. Les autres régions ont un taux d'occupation de 85 %.

2. Le potentiel d'économies susceptibles d'être réalisées à la suite de l'implantation ou du développement de la chirurgie d'un jour, de la préadmission, de la médecine d'un jour, des services à domicile, des admissions le jour même de l'intervention et de la diminution du séjour hospitalier.

ce groupe d'âge représentaient 33 % des usagers hospitalisés et consommaient plus de 51 % des jours-présence.

Le vieillissement des clientèles a une influence directe sur les besoins en lits. Ainsi, malgré une diminution constante de leur taux de journées d'hospitalisation par 1 000 habitants, le nombre d'individus de 65 ans et plus hospitalisés augmente très rapidement. Le nombre de personnes souffrant d'incapacité et de maladies chroniques est également croissant. L'organisation des services doit donc s'adapter rapidement.

Bien que la restructuration actuelle amènera certainement un accroissement de l'efficacité à tous les niveaux, on doit reconnaître que les bénéficiaires les plus touchés seront les personnes de 65 ans et plus. Il faudra par conséquent, non seulement coordonner les différents aspects des transformations, mais aussi ajuster la vitesse des changements.

1.2 TAUX D'OCCUPATION

L'utilisation efficace des ressources signifie assurer un maximum de soins de qualité à un coût minimum. En ce qui concerne les lits de courte durée physique, cela présuppose, entre autres, l'application d'un taux d'occupation élevé de même que le recours à des critères rigoureux permettant de juger de la nécessité médicale d'une hospitalisation et de sa durée.

Actuellement, on obtient, pour les établissements de courte durée, un taux d'occupation global³ d'environ 75 %. Comparativement au taux de 90 % suggéré dans la littérature, celui observé au Québec n'est pas optimal. De deux choses l'une : ou le nombre de lits dressés rapportés pour les soins de courte durée physique (ou au permis) est trop important⁴, ou les jours-présence déclarés dans l'AS-478 incluent des séjours d'une nature autre que celle prévue pour ce type de lits⁵.

Après majoration du taux d'occupation, le nombre de lits dressés pour les soins de courte durée physique passerait de 19 925 à 16 535 lits, ce qui représente un écart de 3 390 lits. Même en tenant compte des établissements fermés ou transformés dans les régions de Montréal (1 098 lits) et Québec (408 lits), on constate qu'il y aurait encore **un surplus de 1 884 lits**⁶.

3. Ce taux d'occupation est obtenu en utilisant le nombre de jours d'hospitalisation, pour des soins de courte durée physique dispensés à la population québécoise et rapportés dans MED-ÉCHO. Aussi, on emploie le nombre de lits dressés, i.e. les lits réellement à la disposition des usagers (qu'ils aient été occupés ou non au 31 mars), transmis dans l'AS-478.

4. Dans ces conditions, on obtient un nombre de journées potentielles d'hospitalisation trop élevé et le rapport journées servies sur journées potentielles est faible. Voir note 21, p. 14.

5. Les établissements se réfèrent souvent à l'AS-478 pour justifier des taux élevés. Cependant, comme les journées d'hospitalisation utilisées pour calculer le taux d'occupation proviennent du fichier de MED-ÉCHO (la source de données la plus fiable), leur nombre, plus faible, entraîne un taux d'occupation plus bas. Les informations contenues dans le fichier MED-ÉCHO permettent une analyse plus fine et une meilleure épuration des données d'hospitalisation. Deux sources d'information sont donc utilisées pour le calcul du taux d'occupation.

6 - Tout en admettant que les chiffres utilisés soient relativement justes, on peut donc, par une arithmétique facile, établir l'ordre de grandeur des ajustements qui pourraient être réalisés.

Si ces lits sont actuellement occupés, on peut se demander quelle est la nature des soins qui y sont prodigués ? Sont-ils dispensés adéquatement ? Utilise-t-on vraiment les bonnes façons de faire et qu'en est-il des résultats effectifs obtenus en termes d'amélioration de l'état de santé ou du bien-être des usagers qui y séjournent ? Globalement, qu'en est-il de la qualité des soins⁷ et de leur coût ?

1.3 RÉDUCTION DES DURÉES DE SÉJOUR

L'évolution rapide des technologies biomédicales, de la pratique médicale, et les manières plus efficaces de dispenser les services ont une influence directe sur les séjours hospitaliers.

Les comparaisons interprovinciales, notamment avec l'Ontario, mettent en évidence des gains d'efficience importants susceptibles d'être réalisés grâce à une meilleure gestion des épisodes de soins au regard des durées de séjours. L'application au Québec de ces ajustements permettrait une économie de plus de 650 000 jours d'hospitalisation, qui se traduirait par une réduction de près de 2 000 lits de courte durée (un taux d'occupation de 90 %). Appliquer cette économie à l'ensemble des hospitalisations signifierait une diminution de 12 % de la durée moyenne de séjour totale au Québec (de 7,6 à 6,7 jours).

Comme les données ontariennes remontent à 1993-1994, il est permis de croire que l'ajustement des données québécoises pourrait être réalisé à court terme. La poursuite d'une gestion rigoureuse des durées de séjour permettrait probablement, d'ici l'an 2000, un gain supplémentaire, dans le séjour moyen total, de 6,7 à 6,0 jours.

Ces ajustements touchant les grands consommateurs de soins de santé, i.e. les groupes d'âge de 65 ans et plus, il est impératif que les ressources adéquates soient d'abord mises en place afin d'assurer un soutien constant à ces personnes, et ce, le plus près possible de leur milieu de vie.

1.4 BESOINS EN LITS DE COURTE DURÉE

L'effet des ajustements présentés dans les deux sections précédentes est relativement important.

D'une part, si on appliquait aux données de 1995-1996 un taux d'occupation majoré (à 85-90 %) et une durée moyenne de séjour ajustée, le nombre d'équivalents-lits nécessaires serait de **14 530 lits**. Le taux de disponibilité de 1995-1996 serait de **2,0 lits par 1 000 habitants**.

D'autre part, l'analyse des tendances au Québec des durées moyennes de séjour et des taux d'hospitalisation, de 1989-1990 à 1995-1996, de même que l'application de leurs projections aux populations de 2001 et 2006, permettent d'évaluer les besoins en lits de courte durée à **13 760 et 14 714 lits** respectivement pour 2001 et 2006. Les taux de disponibilité correspondants seraient alors de **1,8 et 1,9 lits par 1 000 habitants**.

7. BRUNELLE Y; *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel*, MSSS, DGPE, Direction de l'évaluation, Service de la couverture et de la qualité des services, février 1993, 122 pages.

Ainsi, dans le premier cas, on constate qu'une application instantanée des ajustements décrits (durée moyenne de séjour — dms — au niveau ontarien et taux d'occupation majoré), permettrait d'obtenir un taux de disponibilité de 2,0 lits par 1 000 habitants. Le très court terme en empêche cependant la réalisation.

Dans le second cas, si les tendances observées de 1989-1990 à 1995-1996 se maintiennent (la diminution progressive de la dms et des taux d'hospitalisation) et qu'elles sont couplées à une gestion de plus en plus efficace des séjours, du *case mix* et des taux d'occupation, il sera possible d'avoir des résultats similaires et même légèrement inférieurs pour 2001 et 2006. Les taux respectifs seraient alors de 1,8 et 1,9 lit par 1 000 habitants.

1.5 TAUX D'HOSPITALISATION ET UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ

Plusieurs études internationales, conférences et projets divers de restructuration récents soulignent la nécessité de revoir la justesse de l'utilisation des divers services de santé. D'une part, il s'agit de déterminer quelles sont les admissions et les journées d'hospitalisation qui sont vraiment appropriées, i.e. pour lesquelles le milieu hospitalier représente le lieu de dispensation adéquat. D'autre part, la pertinence de certains actes médicaux réalisés dans les CH, qu'ils soient diagnostiques ou chirurgicaux, est remise en question.

La plupart des patients actuellement hospitalisés ont, à première vue, probablement besoin de soins de santé. En réalité, il s'agit plutôt de revoir le bien-fondé d'offrir ces services en milieu hospitalier et non pas la justesse des décisions médicales qui nous amènent à les dispenser. Si les solutions de remplacement à l'hospitalisation étaient suffisantes et adéquates, serait-il possible d'éviter ces admissions ?

À ce sujet, l'ampleur des résultats des différentes études, réalisées dans les autres provinces canadiennes et aux États-Unis, est plus que surprenante. De 7 % à 51 % des admissions adultes et de 27 % à 59 % des séjours ne nécessiteraient pas les services offerts dans les établissements de courte durée. La nature multiple des services où séjournent les patients, la durée de séjour, l'âge des patients et l'expérience des médecins traitants sont autant de facteurs qui expliquent l'importante dispersion des données. Jusqu'à quel point peut-on appliquer ces résultats aux hospitalisations québécoises ? Ils appuient cependant les hypothèses de diminution du recours à l'hospitalisation.

Quant aux actes médicaux ou interventions chirurgicales, certains seraient réalisés pour des raisons inappropriées. La situation est d'autant plus inquiétante qu'il s'agirait, dans certains cas, d'actes médicaux majeurs : pontage coronarien, angiographie, hystérectomie... Encore là les pourcentages varient de 5 % à 40 %.

Lorsque la question est posée à des spécialistes du réseau de la santé concernant la situation actuelle au Québec, tous signalent qu'aucune étude québécoise approfondie n'existe. Malgré tout, les réponses obtenues indiquent que les jours-présence actuellement dénombrés, de même que les actes réalisés, seraient également affectés, et ce, dans une proportion d'au moins 10 % à 15 %.

Des travaux réalisés au Québec tenant compte des disparités régionales et des changements récents des technologies et de la pratique médicale permettraient certainement de mieux définir ces pourcentages.

1.6 SOINS DE LONGUE DURÉE DANS DES LITS DE COURTE DURÉE

L'utilisation des lits de courte durée par des patients en attente de prise en charge par le réseau d'hébergement est un phénomène généralement observé non seulement au Québec, mais aussi dans toutes les provinces canadiennes et aux États-Unis. Les ressources normalement allouées pour les soins de courte durée sont ainsi occupées par des patients qui n'ont plus besoin de traitement hospitalier.

Au Québec, ce « refoulement » des patients âgés dans les lits de courte durée est observé depuis nombre d'années. En 1995-1996, 2 047 lits de courte durée ont, en moyenne, été occupés par des patients dont l'état nécessitait des soins de longue durée. Ces hospitalisations sont habituellement constituées de deux épisodes. Le premier, pour des soins de courte durée, a une durée moyenne de **40 jours**. Le second, pour des soins de longue durée, dure environ **79 jours**.

Si la portion « longue durée » (79 jours) était ramenée à 4 semaines, le besoin en lits serait de l'ordre de 700 lits. Ainsi, au moins **1 300 lits** pourraient possiblement être réalloués ou servir aux soins de courte durée, au désengorgement des urgences ou simplement fermés. **Il va de soi, que cette dernière possibilité nécessite que l'on trouve les moyens appropriés pour prodiguer à ces patients les soins requis.**

1.7 EN CONCLUSION : 12 OBJECTIFS ET DÉMARCHES

1. **Réduire** le nombre de lits de courte durée physique à **2,0 par 1 000 habitants** d'ici l'an 2000.
2. **Augmenter** les taux d'occupation de 80-85 % à 85-90 %.
3. **Réduire**, d'ici 1998, la durée moyenne de séjour provinciale de 1,0 jour (de 7,6 à 6,7 jours), et la réduire, de 1998 à 2000, de 6,7 à 6,0 jours.
4. **Réduire**, d'ici l'an 2000, le nombre de jours-présence par 1 000 habitants de 7 % (de 750 à 700 jours par 1 000 habitants).
5. **Revoir** les possibilités de regrouper et de consolider certains programmes ou services spécifiques (e.g. de chirurgie, de transplantation ou autres).
6. **Accroître** le taux global de chirurgie d'un jour à 100 %, d'ici l'an 2000, pour les actes identifiés transférables.
7. **Établir**, d'ici l'an 2000, une revue de l'utilisation des services de santé.
8. **Développer**, d'ici l'an 2000, des guides de pratique médicale pour les services spécialisés et les services desservant d'importants volumes de clientèle.
9. **Mettre en place** des services d'aide et de soutien et **mettre sur pied** une campagne de sensibilisation et d'information auprès de l'entourage des patients qui retournent à la maison après une chirurgie ou après avoir bénéficié d'autres services hospitaliers quant aux responsabilités importantes qui les attendent.
10. **Mettre en place** des interventions spécifiques qui permettront de réduire au maximum l'usage inapproprié des séjours hospitaliers par les personnes âgées (soins de longue durée dans des lits de courte durée).
11. **Accroître** le recours aux solutions de remplacement à l'hospitalisation.
12. **Assurer** un suivi des objectifs sur une base d'indicateurs.

2. INTRODUCTION

« Les hôpitaux sont la composante la plus coûteuse d'un système de santé très onéreux. Au Canada, on a toujours eu recours aux hôpitaux pour une grande partie des services de santé. Il ressort clairement que de nombreux lits d'hôpitaux et jours-présence ne servent pas à la prestation de soins aigus, ce qui constitue une utilisation inappropriée. Heureusement, la revue et la gestion de l'utilisation des hôpitaux peuvent réduire considérablement le recours inutile à ceux-ci et permettre de maintenir et même d'améliorer la qualité des services offerts au public. »

Telles sont, d'entrée de jeu, les premières phrases du résumé du rapport préparé pour la Conférence des sous-ministres des provinces canadiennes de 1994⁸. Les recommandations qui devraient permettre d'accroître l'efficacité des systèmes de santé provinciaux y sont présentées. Elles s'ajoutent aux énoncés et reformulations d'objectifs qui, faut-il le souligner, caractérisent toutes les réformes et réorganisations de systèmes sociosanitaires observées tant au pays qu'à l'étranger.

2.1 TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Au Québec, le système de santé et de services sociaux subit actuellement une transformation majeure qui devrait lui permettre, à court terme, de présenter un éventail continu de soins, depuis les soins ambulatoires jusqu'aux soins hospitaliers. Parmi les principaux éléments de cette transformation, citons : le virage ambulatoire, la poursuite du développement des soins à domicile (population vieillissante) et la réduction du nombre de lits de courte durée (taux d'occupation, taux d'hospitalisation et durée moyenne de séjour).

La révision de la dynamique de fonctionnement devrait alors permettre une utilisation plus efficace de l'ensemble des ressources, dont les lits de courte durée physique, tout en maintenant ou en améliorant l'accessibilité des services et la qualité des soins offerts.

2.1.1 QUELQUES ÉLÉMENTS DÉCLENCHERS

Rappelons brièvement quelques-uns des éléments qui ont amené cette définition. On notera que les coûts, bien qu'importants, ne représentent qu'un élément parmi plusieurs autres, d'ordre socio-économique et sanitaire. Ce sont :

- * une nouvelle pratique médicale ;
- * des technologies moins invasives (arthroscopies, laparoscopies, extraction de
- * cataractes...) et l'utilisation de nouvelles substances anesthésiques ;

8. *Faire mieux avec moins : pour une utilisation efficace des hôpitaux canadiens*, document préparé pour la Conférence des sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et des territoires, juin 1994.

- * des changements démographiques importants, comme le vieillissement de la population ;
- * des besoins croissants — la clientèle vieillissante présente de plus en plus d'incapacités et de maladies chroniques — couplés à des ressources décroissantes ;
- * des besoins allant au-delà de la médecine curative (maintien des capacités de fonctionner sur les plans social, physique et mental) ;
- * l'obligation qu'auront les individus de se prendre en charge et de prendre des décisions importantes, alors que simultanément, leurs capacités de prendre les bonnes décisions diminueront ;
- * des contraintes budgétaires (près de 10 % du PIB à la santé) ;
- * l'adoption et le développement graduels de la notion d'**empowerment** ⁹.

2.2 PRATIQUE HOSPITALIÈRE ET PRODUCTION DE SERVICES

Tant sur le plan national qu'international, les études soulignent que la révision de la pratique hospitalière devrait assurer une répartition et une production de services de même qu'une allocation de ressources qui correspondent davantage aux services requis par les clientèles desservies. Il en va ainsi des lits utilisés pour la production des services de courte durée en santé physique. Ils seraient l'objet d'une utilisation ou d'une production inadéquates. Non pas que les patients n'auraient pas droit à une prestation de soins de qualité, mais plutôt que celle-ci pourrait être offerte par d'autres types de ressources, de façon plus efficiente.

Dans cette optique, la réduction de la durée de l'hospitalisation des patients, l'élimination de la capacité excédentaire¹⁰ et la redistribution de certains services spécialisés et ultraspecialisés dans le but d'atteindre une masse critique plus grande, devraient faire partie du questionnement.

Ainsi, au moment où on prévoit un accroissement des besoins de la population, causé en partie par la morbidité plus importante due au vieillissement, il faudra, entre autres, revoir ou mettre en place des mécanismes de préadmission, une gestion plus serrée des admissions, implanter des politiques de transfert et de congé de la clientèle et, finalement, obtenir une diminution de la durée moyenne de séjour malgré un « écrémage » des cas de chirurgie au profit des cas les plus lourds et les plus longs.

En réalité, il faudrait en arriver à ne plus exploiter la seule logique du développement mais plutôt s'articuler autour d'une logique voulant que la population soit desservie de manière efficiente¹¹. À ce chapitre, les diverses tendances que l'on observe depuis quelques années, tant au Québec que dans les autres provinces canadiennes et pays industrialisés, et qui caractérisent l'allocation ou la réallocation de ce type de ressources, devront poursuivre leur mouvement à la hausse.

9. **L'Empowerment** : processus grâce auquel les individus en arrivent à exercer un meilleur contrôle sur leur santé et, par extension, à accéder de façon plus réfléchie aux services de santé ; représente en quelque sorte une amélioration de la qualité de la prise de décision par les patients. Ainsi, l'utilisation des nouvelles technologies pour rendre accessible l'information pertinente reliée au domaine de la santé peut faciliter, au niveau local, cette appropriation.

10. La capacité excédentaire pourrait être réduite soit par une augmentation du taux d'occupation, soit par l'utilisation des ressources au sein d'unités de soins appropriées.

11. *La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques*, sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publications du Québec, 1996, 161 p.

2.3 OBJECTIFS

Dans le contexte de la reconfiguration du réseau et de la recherche de moyens efficaces, le présent document vise essentiellement à répondre à la question suivante :

« Peut-on réduire la capacité en lits pour les soins de courte durée physique des établissements sans affecter l'accessibilité et la qualité des soins ? Si oui, est-il possible de fixer une cible ? »

Retenons ici trois éléments généralement rapportés par les experts, qui, en plus des raisons invoquées plus haut, viennent justifier un tel questionnement.

Primo : aucune recherche n'a, jusqu'à maintenant, réussi à démontrer une corrélation significative entre l'état de santé de la population et le recours à l'hospitalisation.

Secundo : il a plutôt été démontré que « la nature ayant horreur du vide », il suffit d'allouer des ressources pour qu'elles soient utilisées. La simple présence de celles-ci justifie leur utilisation. Souvent, on essaiera d'atteindre la capacité théorique maximale de production (journées d'hospitalisation)¹².

Tertio : plus les capacités hospitalières s'accroissent, plus les taux d'occupation réels, pour les fins initialement prévues (soins de courte durée physique), diminuent. L'abondance relative des ressources fait en sorte que des soins d'une autre nature y sont fréquemment dispensés (hébergement, soins de longue durée et soins psychiatriques).

Ce rapport ne cherche pas nécessairement à donner une réponse définitive à la question posée plus haut, mais à revoir divers indicateurs sociodémographiques et d'utilisation des services de santé qui permettent d'évaluer les besoins en lits et de proposer s'il y a lieu, pour le Québec et ses régions sociosanitaires, de nouveaux taux de disponibilité¹³ pour les lits de courte durée physique.

Il s'agit, dans un premier temps, d'estimer l'ordre de grandeur des ajustements souhaités tout en demeurant conscients que la réponse finale sera, dans les faits, la résultante de plusieurs facteurs sociopolitiques. Parmi ceux-ci, les orientations ministérielles, les choix retenus par les régies régionales, la collaboration des administrations hospitalières et du corps médical et, enfin, la compréhension et le soutien d'un public bien informé et sensibilisé sont certainement les plus importants.

12. La loi de Roemer (« a bed built is a bed filled ») s'applique habituellement à tous les systèmes de santé, bien qu'à des degrés variables.

13. L'expression **norme-lits** employée jusqu'à maintenant représente habituellement une méthode utilisée dans le but de standardiser ou d'uniformiser. Elle est en quelque sorte prescriptive. Comme on le démontrera plus loin, ce n'est pas le cas lorsqu'on regarde la distribution régionale des ressources en lits de courte durée. Le terme **taux de disponibilité des lits** est préféré et utilisé dans ce document.

Bien que les outils et techniques employés pour réaliser cet exercice demeurent perfectibles, ils nous fournissent quand même une image relativement juste de la situation. On pourra éventuellement raffiner l'approche utilisée pour mieux cerner les besoins réels et assurer le suivi.

Tout en gardant à l'esprit l'horizon 2000, il faut que les recommandations formulées servent de base à d'autres discussions ou opérations reliées à la transformation du réseau de la santé. Elles représentent certainement un premier pas que l'on peut franchir avec assurance.

2.4 DÉMARCHE RETENUE

Après avoir donné une brève description des principaux indicateurs utilisés, on tentera :

- 1) d'analyser les quatre paramètres suivants :
 - ⇒ l'ajustement du taux d'occupation,
 - ⇒ la réduction des durées de séjour,
 - ⇒ l'évaluation des besoins en lits de courte durée,
 - ⇒ la réduction des taux d'hospitalisation ;
- 2) de dégager certaines pistes d'action.

Enfin, la situation des soins de longue durée dans les lits de courte durée sera décrite et un survol de la littérature portant sur la justesse de l'utilisation des soins de santé sera présenté.

3. ESTIMATION DES BESOINS EN LITS DE COURTE DURÉE — DESCRIPTION DES INDICATEURS UTILISÉS

Deux grandes catégories d'indicateurs du système de santé ont été utilisées afin de faciliter les échanges et le dialogue entre le Ministère et les régions¹⁴. Ce sont les indicateurs sociodémographiques, dont les caractéristiques de la population (la structure de la population et l'importance du vieillissement), et les indicateurs d'utilisation des services de santé (le taux d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour ou la résultante, le taux de jours d'hospitalisation).

3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

3.1.1 STRUCTURE D'ÂGE DE LA POPULATION

Parmi les éléments qui influencent l'utilisation des services de santé, la structure de la population par âge et par sexe, de même que son évolution au fil des ans, représente une variable clé. L'évolution des caractéristiques des clientèles potentiellement desservies doit être prise en considération si l'on veut bien évaluer les ressources éventuellement consenties.

De 1961 à 2031, la pyramide des âges aura subi une transformation radicale (voir le tableau A1 en annexe).

Les principaux changements de la structure par âge sont :

- 1) la hausse de l'effectif des groupes d'âge de 65 ans et plus,
- 2) le rétrécissement de la base de la pyramide,
- 3) le vieillissement des générations du baby-boom,
- 4) le gonflement plus important du côté droit de la pyramide chez les groupes d'âge élevé (mortalité plus faible chez les femmes).

En 2006 et 2016, le groupe d'âge des 65 ans et plus aura connu, par rapport à 1995, un accroissement de 25 % et de 69 %. Enfin, par rapport à la population totale, il représentait 12 % en 1996. Cette proportion passera à 14 % en 2006 et à 18 % en 2016 (voir le tableau 1).

14. A. SAUCIER et Y. BRUNELLE. *Les indicateurs et la gestion par résultats*, Direction des indicateurs de résultats et information statistique et Direction de la recherche et de l'évaluation, DGPE, MSSS, août 1995, 33 p.

Tableau 1 — Évolution des populations âgées de 65 ans et plus de 1991 à 2016¹⁵

<i>Année</i>	<i>Population totale</i>	<i>65 ans et + (% par rapport au total)</i>	<i>Évolution des 65 et + (% par rapport à)</i>	
1991	7 081 233	781 172 (11,0)	1991	1995
1995	7 337 582	873 607 (11,9)	11,8	---
1996	7 396 742	896 908 (12,1)	14,8	2,7
2001	7 664 401	994 353 (13,0)	27,3	13,8
2006	7 898 462	1 090 304 (13,8)	39,6	24,8
2011	8 108 056	1 255 161 (15,5)	60,7	43,7
2016	8 291 907	1 480 162 (17,9)	89,5	69,4

3.1.2 CONSOMMATION ASSOCIÉE

Quant à l'utilisation des services hospitaliers, la clientèle des 65 ans et plus a consommé, en 1995-1996, 33 % des hospitalisations et 51 % des jours-présence. De 1989-1990 à 1995-1996, l'effet conjugué de la diminution des journées d'hospitalisation et de l'augmentation du nombre d'hospitalisations a amené une diminution importante de la durée moyenne de séjour (19 %) chez les personnes âgées de 65 ans et plus. On associe d'une part, la diminution des journées d'hospitalisation à l'utilisation des nouvelles technologies et, d'autre part, l'augmentation de nombre d'hospitalisations à l'importance de la morbidité¹⁶.

Le tableau 2 établit une comparaison entre les données d'hospitalisation du groupe des moins de 65 ans, du groupe des 65 ans et plus et les données de l'ensemble de la population, de 1989-1990 à 1995-1996. Le rapport des deux premiers paramètres (jours-présence/hospitalisations) donne la valeur de la durée moyenne de séjour (dms).

Tableau 2 — Comparaison : groupe d'âge < 65 ans, groupe d'âge 65 ans et plus et tous les groupes d'âge

		89-90	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	Var. 89-95
JP/1000 hab.	< 65	543	543	530	511	495	472	415	-23,61 %
	65 +	3 716	3 704	3 666	3 661	3 671	3 497	3 216	-13,44 %
	prov	879	885	877	867	861	827	750	-14,69 %
H/1000 hab.	< 65	83	84	85	83	82	81	75	-9,11 %
	65 +	255	263	270	274	286	283	273	6,90 %
	prov	101	103	105	104	106	105	99	-2,14 %
DMS	< 65	6,56	6,46	6,25	6,19	6,02	5,81	5,51	-15,96 %
	65 +	14,55	14,10	13,59	13,35	12,86	12,36	11,80	-18,90 %
	prov	8,7	8,56	8,34	8,32	8,15	7,89	7,59	-12,80 %

15. G. PELLETIER. *La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS pour la période 1981 à 2016*, Service de l'analyse statistique, Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, DGPE, MSSS, février 1996, 224 p.

16. Morbidité : nombre (absolu ou relatif) des malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé.

3.1.3 ESPÉRANCE DE VIE

Les observations qui précèdent doivent aussi tenir compte du fait que l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont de plus en plus élevées¹⁷. En pratique, on assiste à l'émergence d'un nouveau troisième âge qui fait reculer la vieillesse au quatrième âge. Les adultes ont une meilleure santé qu'autrefois. Le seuil de la vieillesse peut être repoussé. Les individus qui constituent ce nouveau troisième âge ne sont pas encore une charge pour la société.

Ces éléments rejoignent les récents propos de M. Richard M. Suzman, directeur du *NIA*¹⁸ *Office of the Demography of Aging* qui commentait les résultats de travaux récents¹⁹ concernant la surprenante diminution des taux d'incapacité chronique observée chez les personnes âgées :

« This is one of the most important findings in demography that I've seen in many years. The trend is very powerful. Many factors, including better public health measures and nutrition, higher levels of education, improved economic status, and medical advances, may be involved in the decline in disability. Now, in order to maintain and accelerate the decline, we need to pinpoint how each of these factors is contributing to the improved health of older people. »

Il faut donc faire preuve d'une certaine prudence car « si on observe une augmentation des coûts des services de santé, ce n'est pas dû au vieillissement de la population mais plutôt à l'intensification des soins. L'augmentation des coûts est donc une conséquence de la croissance démographique conjuguée à l'évolution technologique²⁰. »

3.1.4 VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE : RÉALITÉ INCONTOURNABLE

Les personnes âgées connaissent non seulement un accroissement important, mais aussi une augmentation de leur proportion (figure 1).

En 1990, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus était la même au Québec et au Canada (de l'ordre de 11,2 %). Les autres régions du monde qui présentaient alors des proportions plus élevées étaient les régions plus développées, l'Amérique du Nord dans son ensemble et l'Europe. On prévoit qu'en 2010, le Québec occupera la première position avec l'Europe. Au-delà de cette date, le Québec sera seul à occuper la première position.

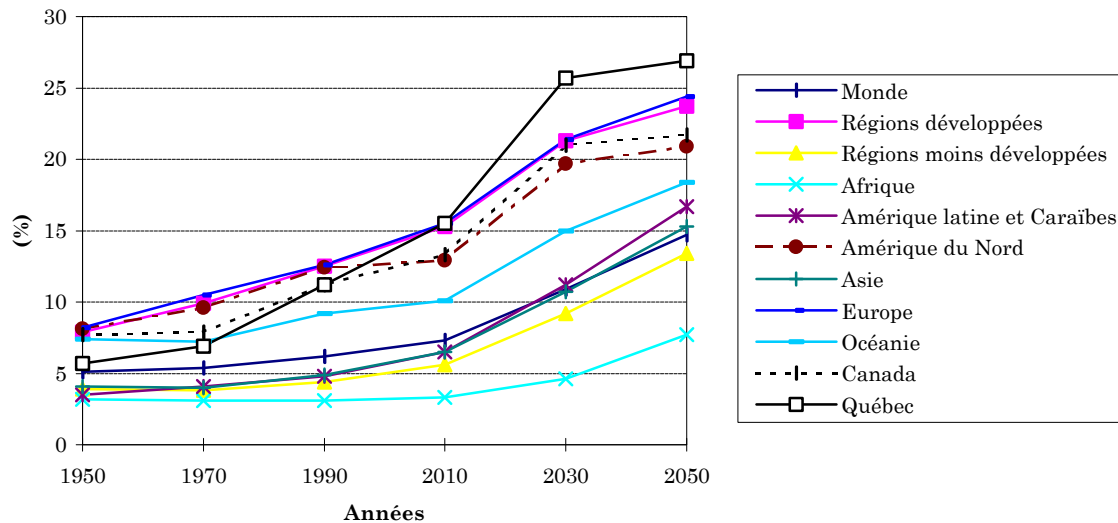
17. Espérance de vie en 1994, H = 74,4 et F = 81,2. Espérance de vie en santé (sans perte d'autonomie fonctionnelle) en 1992-1993, H = 65,9 et F = 68,8. Tiré de : L. DUCHESNE, *Statistiques démographiques. La situation démographique au Québec*, édition 1995, Bureau de la statistique du Québec, 1996, p. 35, et SANTÉ QUÉBEC, *Et la santé, ça va*, En 1992-1993 ?, volume 1, 1995, p. 297.

18. National Institute on Aging.

19. K.G. MANTON, L. CORDER et E. STALLARD. « Chronic disability trends in elderly United States populations : 1982-1994 » *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, vol. 94, mars 1997, p. 2593-2598.

20. M.R. SAUVÉ. « Le Québec vieillissant », *Les Diplômés*, no 390, automne 1996, p. 8.

Figure 1 — Proportion (%) des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale de chaque région - 1950-2050²¹



D'une part, si l'on suit les parcours du Canada et du Québec, on observe une inversion de la situation. Cela est dû essentiellement au fait que les familles québécoises sont maintenant moins nombreuses. Tel qu'illustré, cet écart devrait s'amplifier au fil des ans. D'autre part, on note qu'en 2050 (2041), la proportion des personnes âgées au Québec dépassera les 25 %.

Si l'allocation des services n'est pas rapidement ajustée, on peut facilement prévoir les répercussions de cette évolution sur les ressources financières, physiques et humaines.

3.2 INDICATEURS D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Il est important de rappeler ici et brièvement quels sont les définitions des principaux indicateurs d'utilisation des services de santé et les principaux indices employés dans ce rapport. Leur analyse est basée sur la présomption que le recours aux services permet de déterminer les besoins.

3.2.1 LIT DRESSÉ

Élément important de gestion, le nombre de lits dressés permet d'évaluer la taille ou la capacité d'un établissement. Les lits dressés correspondent aux lits réellement à la disposition des usagers au 31 mars. Cette information est transmise par les établissements dans l'AS-478²² et

21. J. LEGARÉ. « Le vieillissement des populations. Ne crions pas au loup. » *Interface*, vol. 17, n° 3, mai-juin 1996, p. 28-35. On doit noter que, pour le Québec, les années diffèrent d'un an (p. ex., 1951), sauf la dernière année, qui présente un écart de neuf ans (2041).

22. Rapport statistique annuel des centres hospitaliers 1995-1996, AS-478, Gouvernement du Québec, MSSS, régions régionales de la Santé et des Services sociaux.

équivalent normalement au nombre de lits au permis. C'est cette capacité appropriée que l'on cherche à déterminer. Les méthodes existantes ne sont cependant pas parfaites.

3.2.2 NOMBRE D'ÉQUIVALENTS-LITS

Pour une région sociosanitaire donnée et en fonction d'un taux d'occupation fixé à l'avance, il peut correspondre au nombre de lits qui permettra de répondre soit à la production de tous les établissements de cette région « de traitement » (là où les services sont dispensés, peu importe la provenance des bénéficiaires), soit à la consommation de tous les résidents de cette région (peu importe le lieu de consommation). Le tableau A4, en annexe, illustre la situation.

3.2.3 JOURS-PRÉSENCE

Ils correspondent au nombre de journées d'hospitalisation. De manière à représenter l'ampleur du phénomène, on utilise le taux, i.e. le phénomène exprimé par rapport à l'ensemble de la population (ou, pour des fins de comparaison, par 1 000 habitants par année. Il peut s'agir de la population résidente de la région ou de la population traitée dans la région.

3.2.4 TAUX D'HOSPITALISATION

Dans le cas du fichier de MED-ÉCHO, il s'agit du nombre de sorties de bénéficiaires admis dans un établissement et occupant un lit dressé pour des soins de courte durée. Exprimé par 1 000 habitants, il représente en quelque sorte un taux de fréquentation. On doit préciser que le nombre de sorties ne correspond pas au nombre d'individus traités. En effet, il y a les réhospitalisations et les transferts entre services ou hôpitaux qui viennent biaiser le dénombrement. Le fichier de MED-ÉCHO compte environ 30 % de réhospitalisations ou de transferts.

3.2.5 DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Elle est égale au nombre de journées utilisées (journées d'hospitalisation consommées) par les hospitalisés par an, divisé par le nombre d'hospitalisations (de sorties) pour la même période.

3.2.6 TAUX D'OCCUPATION

Il traduit en quelque sorte le degré d'utilisation des lits. Il correspond au nombre de journées servies ou produites par année divisé par le nombre de journées potentielles²³ pour la même période. Les données utilisées au numérateur et au dénominateur de ce rapport n'ont pas toujours la précision souhaitée.

3.2.7 TAUX LITS/POPULATION

Représente le taux de disponibilité des lits (norme-lits) ou encore la densité de lits de la région par rapport à la population (habituellement par 1 000 habitants). Il peut s'agir de la population résidente ou de la population traitée.

4. ÉVOLUTION DE LA SITUATION DE 1986-1987 À 1995-1996 ET AJUSTEMENT DU TAUX D'OCCUPATION

4.1 APPROCHE

On a souvent tendance à associer, et avec raison, des taux d'occupation élevés à une utilisation efficiente des lits de courte durée, qui consiste à assurer un maximum de soins appropriés à un coût minimum. Cependant, on peut aussi observer des taux d'occupation élevés et, en même temps, avoir des durées de séjour relativement longues.

On sait pertinemment que les hôpitaux québécois ne sont, en aucune façon, forcés par quelque mesure incitative que ce soit à présenter un taux de rotation élevé²⁴. Par conséquent, ils pourraient, bon gré mal gré, maintenir un taux d'occupation relativement haut et justifier un budget global important tout en ayant un nombre de patients relativement bas qui séjournent dans les lits pour des périodes plutôt longues.

Ainsi, de manière à respecter les objectifs fixés pour les taux d'occupation, il serait important de pouvoir appliquer certains critères sûrs qui permettraient, en plus d'assurer une occupation optimale, de juger de la nécessité médicale de l'hospitalisation et de sa durée.

Une autre difficulté associée à l'utilisation des taux d'occupation, comme mesure d'efficience, est celle de pouvoir déterminer correctement le nombre de lits utilisés pour les soins de courte durée physique. Il y a les lits au permis, les lits dressés et les lits « *staffés* » (*staffed beds*). Ces derniers représentent ceux qui sont pourvus de personnel et occupés par des patients alités pour des soins aigus médicalement requis. Habituellement, on a des taux d'occupation relativement bas lorsqu'on utilise les deux premiers types de lits (au permis et dressés) alors qu'ils sont occupés par des patients recevant des soins d'une nature autre que celle des soins initialement prescrits. Les taux seront erronés dans les cas où, malgré la présence de patients, la nature des soins requis étant peu exigeante, quasi ancillaire ou auxiliaire, ces lits n'auront pas de personnel attitré.

Ces difficultés, ajoutées au fait que la demande de services hospitaliers soit un phénomène relativement variable, font en sorte qu'il est préférable d'utiliser les observations réelles contenues dans le fichier MED-ÉCHO et de leur appliquer un taux d'occupation théorique réaliste. Quelques mots sur ces données et l'ajustement apporté au taux d'occupation.

24. Le taux de rotation exprime le rapport entre le nombre de séjours et le nombre de lits. Il varie à l'inverse de la dms et représente la « charge annuelle de malades par lit ».

4.2 ÉVOLUTION DES DONNÉES DE 1986-1987 À 1995-1996

Si on compare le taux de disponibilité des lits de courte durée publié en octobre 1994²⁵ à celui actuellement en vigueur²⁶, on constate une différence de 1,0 lit par 1 000 habitants (**3,5 vs 2,5 lits/1 000 hab.**).

Trois raisons justifient cette différence :

- 1) le cadre de référence de 1994 utilisait les taux de journées d'hospitalisation par 1 000 habitants de 1986,
- 2) les données du fichier de MED-ÉCHO, pour l'année 1994-1995, n'ont pas été épurées de la même façon,
- 3) durant cette période de huit ans, les taux de jours-présence ont subi l'influence de changements importants dans la pratique médicale et de l'utilisation de nouvelles technologies biomédicales.

Comparativement, le fichier des hospitalisations de 1986 présentait une consommation de base de **1 119 jours par 1 000 habitants**, alors que celui de 1995-1996 est de **751 jours/1000 habitants**. Quant au nombre de jours-présence produit, celui utilisé en 1986-1987 était de 7 558 792 jours vs 5 404 600 jours en 1995-1996.

Le tableau A2, en annexe, montre l'évolution de l'état des besoins et ressources pour les trois périodes de 1989-1990, 1991-1993 et 1993-1995. Les prévisions pour 1996 et 2001, établies en 1994²⁷, y sont aussi présentées. On doit souligner qu'un déficit de 4 570 lits de courte durée physique était alors prévu pour 2001. Qu'en est-il en 1997 ?

À première vue, l'examen des données montre que, depuis 1989-1990, certains gains d'efficience ont été réalisés (tableau 2), grâce à une diminution constante des jours-présence et à augmentation des hospitalisations, surtout chez les personnes âgées, ce qui se traduit par la réduction de la durée moyenne de séjour décrite précédemment. **On constate cependant, à partir de 1995-1996, une diminution des jours-présence, des hospitalisations par 1 000 habitants et de la durée moyenne de séjour même chez les personnes âgées. Est-ce que cette tendance se poursuivra ?**

25. *Places/lits requis en CHCD et en CHSLD 1991 1996 2001* —, bilan selon les régions sociosanitaires (RSS), les départements de santé communautaires (DSC) et cadre de référence (version 18 régions), Service des politiques et orientations, Direction de la planification, DGPE, MSSS en collaboration avec : Service des programmes de soins spécialisés et ultraspecialisés, Direction de la santé physique, DGP et service des programmes aux personnes âgées, DGP, octobre 1994. Une partie des lits servant à la réadaptation fonctionnelle intensive est comprise dans les valeurs affichées.

26. *Planification du développement des ressources institutionnelles de courte durée, d'hébergement et de soins de longue durée*, énoncé d'un cadre normatif, Service des politiques et orientations, Direction de la planification, Direction générale de la planification et de l'évaluation, projet, 10 mai 1995.

27. *Lits de soins de courte durée. DSC Régions Province*. Bilan 1991, 1996, 2001, Service des programmes de soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés, Direction de la santé physique, Direction générale des programmes, révision novembre 1994.

4.3 ÉPURATION DE LA BASE DE DONNÉES

De manière à toucher uniquement les soins de courte durée physique, les observations contenues dans le fichier de MED-ÉCHO n'ont pas toutes été retenues. Les enregistrements conservés devaient correspondre à des épisodes de soins de courte durée physique dispensés à la population québécoise et nécessitant l'utilisation de lits de courte durée dans les établissements de la province. L'épuration du fichier de MED-ÉCHO 1995-1996 est décrite en annexe, à la section 10.2.

4.4 RÉSUMÉ DES DONNÉES DE 1995-1996

Tableau 3 — Résumé des données de base pour la province — 1995-1996

Indicateurs	Mesures
Population ²⁸	7 195 082
Jours-présence	5 404 600
Jours-présence/1 000 hab.	751
Nombre d'hospitalisations	709 003
Hosp./1 000 hab.	99
DMS	7,62
Lits dressés - AS-478 (1)	19 925
Équivalents-lits (85-90 %) (2)	16 535
Écart (1 - 2)	3 390

Le tableau 3 (ci-haut) résume les principaux paramètres utilisés au niveau provincial. À l'échelle internationale, avec une dms de 7,6 jours, le Québec arrive au sixième rang après le Royaume-Uni (5,1 j) la Suède (5,5) la Finlande (5,7) le Danemark (6,3) et la France (6,5). Au Canada, il se classe derrière l'Ontario, les Prairies et la Colombie Britannique. D'ici l'an 2000, ces provinces se sont fixées des objectifs de dms qui vont de 5,0 à 6,0 jours²⁹.

On constate aussi que le taux de disponibilité des lits de courte durée peut, selon la méthode de calcul utilisée, prendre deux valeurs différentes. Si on utilise les lits dressés, le taux observé est de **2,77 lits par 1 000 habitants**. Il reflète alors un taux d'occupation de 74 %. Par contre, si le taux d'occupation est fixé à 85-90 % (tel que suggéré dans la littérature), le taux de disponibilité chute à **2,3 lits par 1 000 habitants**.

28. Population corrigée pour la consommation hors Québec. La population totale de 1995 est de 7 337 582.

29. MSSS. *Le coût et l'efficacité des services de santé et des services sociaux. Fiscalité et financement des services publics. Oser choisir ensemble*, Les Publications du Québec, 1996, 96 p.

4.5 AJUSTEMENT DU TAUX D'OCCUPATION

Le tableau 4 montre, par région, quel est l'impact de l'ajustement du taux d'occupation. Il établit pour 1995-1996, une comparaison entre les lits dressés inscrits dans l'AS-478 au 31 mars 1996 et les équivalents-lits, suivant que l'on considère les régions de traitement ou de résidence. La différence entre le nombre de lits dressés et le nombre d'équivalents-lits par région de traitement apparaît dans la colonne **Écart**.

Tableau 4 — Comparaison du nombre d'équivalents-lits (tx occ. : 85-90 %) par région de traitement ou de résidence (données de 1995-1996)

Régions	Lits dres. (31-03-96)	Région de traitement (équiv.-lits)		Région de résidence (équiv.-lits)		Écart
(1)	(2)	lits cd (3)	lits/1000 (4)	lits cd (5)	lits/1000 (6)	(7) = (2) - (3)
1*	511	552	2,93	626	3,10	-41
2	821	672	2,38	692	2,39	149
3	2 520	2 096	2,45	1 557	2,44	424
4	1 406	1 074	2,58	1 253	2,59	332
5	919	751	2,53	701	2,50	168
6	7 212	6 156	2,26	4 403	2,41	1 056
7	763	577	2,45	592	2,47	186
8*	484	370	2,50	406	2,63	114
9*	356	245	2,98	316	3,08	111
10*	86	27	1,86	36	1,81	59
11*	362	261	3,47	346	3,61	101
12	755	620	2,45	877	2,29	135
13	368	289	1,48	566	1,66	79
14	494	470	2,07	735	1,93	24
15	745	603	1,99	820	1,91	142
16	2 064	1 747	1,96	2 565	1,95	317
17*	32	14	2,21	27	2,95	18
18*	27	10	4,19	34	4,07	17
Prov.	19 925	16 535	2,3	16 552	2,3	3 390

L'astérisque suivant les numéros des régions identifie celles auxquelles on applique un taux de 85 %. Ce sont les régions 1, 8, 9, 10, 11, 17 et 18. Les autres régions reçoivent un taux de 90 %. Le nombre de lits/1000 hab. représente les équivalents-lits.

Le nombre d'équivalents-lits par région de résidence représente la situation où tous les résidents d'une région donnée ont recours à des services au sein de leur propre région. Les besoins seraient alors de cet ordre de grandeur. Quant au nombre d'équivalents-lits par région de traitement, il devrait permettre aux établissements d'une région d'assurer leur production

Environ 1 900 lits dressés étaient donc occupés par des patients dont l'état nécessite des soins autres que ceux de courte durée physique, i.e. possiblement des soins de longue durée ou faisant appel à des solutions de remplacement à l'hospitalisation. Lorsque l'on compare le *per diem*³² moyen pour une hospitalisation dans un CHSGS, qui est de 500 \$, au *per diem* moyen pour une journée de soins de longue durée, qui est d'environ 175 \$, ou à celui pour les soins à domicile, qui est de 150 \$, on constate que des économies plus que substantielles pourraient être réalisées³³.

30. ou rapporté inférieur au 31 mars.

31. CHSGS : centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

32. En 1994-1995, selon la Direction de la planification et stratégie de financement, le *per diem* variait de 345 \$ à 961 \$ en fonction de la taille et de la spécialisation de l'établissement. De plus, il est intéressant de noter qu'il existe une très forte relation entre le nombre de lits dressés d'un établissement et son budget net (coefficient de corrélation de Pearson = 0,96), de même qu'entre le nombre de lits dressés et le nombre de lits potentiellement économisés (coefficient de corrélation de Pearson = 0,92). En d'autres termes, le degré d'association entre ces variables est très élevé.

33 - Le calcul des économies réelles nécessiterait que le nombre de journées d'hospitalisation produites soit défini de façon exacte.

4.6 TAUX PROVINCIAL VERSUS TAUX RÉGIONAUX

Le taux de disponibilité des lits de courte durée utilisé est un taux provincial (une moyenne provinciale). Pour 1995-1996, il est de 2,3 lits par 1000 habitants. Par ailleurs, comme le montre le tableau 4, chaque région possède son propre taux, qui peut différer de façon importante du taux provincial. Le taux régional peut être calculé soit pour la région de résidence (consommation), soit pour la région de traitement (production). Il varie de 1,48 à 4,19 pour les régions de traitement et de 1,66 à 4,07 pour les régions de résidence.

On constate que certaines régions présentent des différences de plus de 25 % par rapport au taux provincial. Il en est ainsi des régions de traitement et de résidence 1, 9, 11 et 18 et de la région de résidence 17. Deux raisons justifient, du moins en partie, ces taux élevés. D'une part, étant habituellement considérées comme périphériques, peu densément peuplées ou rurales, elles ont probablement tendance à prolonger, par complaisance, les séjours hospitaliers. Ainsi, elles peuvent combler certaines lacunes rencontrées sur le plan des ressources alternatives.

D'autre part, par les années passées et pour les mêmes raisons d'éloignement, le Ministère avait l'habitude de leur « octroyer, à besoins égaux, 20 % de plus de journées d'hospitalisation que les autres régions »³⁴ et ainsi, venait accroître le nombre de lits requis. Les régions 8 et 10, qui présentent les mêmes conditions, n'ont cependant pas des taux aussi élevés.

Dans l'ensemble, ces observations rejoignent les résultats des **travaux manitobains**³⁵ qui soulignent que la proportion des séjours hospitaliers qui sont réellement de courte durée et médicalement requis décroît lorsqu'on passe des établissements urbains aux établissements ruraux.

34. *Places / lits requis en CHCD et en CHSLD - 199 ..., op.cit.*

35. C. DeCOSTER, S. PETERSON et P. KASIAN. *Alternatives to Acute Care*. The Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1996. Un résumé est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.umanitoba.ca/centres/mchpe/alterac.htm>.

5. RÉDUCTION DES DURÉES DE SÉJOUR ET ANALYSE DES TENDANCES

Voici l'un des indicateurs d'utilisation des services de santé dont l'analyse est particulièrement délicate : la durée de séjour. Plusieurs facteurs et acteurs peuvent en influencer la longueur. Les trois principaux sont : le clinicien, le patient et l'administration hospitalière. Le niveau de spécialisation du clinicien lié aux raisons de l'hospitalisation et au genre d'intervention que subira le patient sont souvent mentionnés. À cela pourrait s'ajouter la période de l'année durant laquelle l'hospitalisation a lieu, la disponibilité des ressources, les standards locaux et le problème de décision et d'incertitude qui y est associée.

Aussi, il a été clairement établi que les derniers jours du séjour hospitalier sont moins coûteux en termes de ressources médicales, humaines et physiques. Par conséquent, pourquoi réduire les durées de séjour s'il n'y a pas de mesures incitatives associées ? Certes pas pour amener une diminution des taux d'occupation et possiblement voir son budget comprimé³⁶.

Malgré tout, l'évolution rapide des technologies biomédicales et de la pratique médicale, couplée aux transformations qui affectent les façons de rendre les services, fait en sorte que les proportions des séjours hospitaliers et des admissions qui sont vraiment nécessaires et liés à des problèmes de nature aiguës devraient être régulièrement revues. À cette fin, une approche fréquemment utilisée est celle de l'analyse comparative. Actuellement, les seules données disponibles suffisamment détaillées et récentes qui permettent de la réaliser sont celles de l'Ontario. Des comparaisons inter-établissements des dms, pour des clientèles comparables, i.e. par DRG, commencent, cependant, à être utilisées.

5.1 RÉDUCTION DES DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR (DMS) — COMPARAISON AVEC L'ONTARIO

Récemment, les travaux réalisés à partir du fichier des hospitalisations provenant de l'Ontario (1993-1994) et traduit en format MED-ÉCHO-DRG^{37,38} ont permis d'évaluer par DRG et groupe d'âge quelles seraient les économies potentiellement réalisées si le Québec atteignait les durées de séjour observées en Ontario. Ces économies ont par la suite été traduites en équivalents-lits.

Deux groupes de comparaison ont servi à apporter les ajustements. Le premier donnait la dms de l'ensemble des CHCD ontariens et le second fournissait la dms du CH ontarien se situant au premier quartile. La dms des CHSGS québécois a été ajustée en utilisant ces deux valeurs. La première étant plus conservatrice et la seconde représentant les établissements les plus

36. C.K. BOTZ, « CMG and DRGs : can they further improve efficiency ? » *Dimensions*, vol. 62, no 8, septembre 1985.

37. *Caractéristiques de la conversion en format MED-ÉCHO du fichier en provenance de l'Ontario. Données de 1993-1994.* Direction des ressources informationnelles, Service de l'infocentre, mars 1996.

38. *Réduction des durées de séjour dans les centres hospitaliers généraux et spécialisés du Québec. Évaluation des économies potentielles sur la base d'une comparaison Québec-Ontario*, DGAI, MSSS, février 1996.

performants³⁹. Ces données ajustées ont par la suite été utilisées dans un modèle de régression afin d'évaluer les tendances de la DMS par groupe d'âge d'ici l'an 2001.

On trouvera en annexe (section 10.5) une description du traitement des deux bases de données afin de les rendre comparables. Notons que pour ce faire, il a fallu éliminer 115 937 observations du fichier québécois, soit près de 20 % des données (709 003 *vs* 593 066).

Le tableau suivant attire notre attention sur deux points. Lorsqu'on compare les moyennes provinciales globales des deux bases de données⁴⁰, on observe une différence de 1,27 jour entre les durées moyennes de séjour, de même qu'un plus grand étalement des données québécoises, dont l'écart type⁴¹ est de 6,90 *vs* 4,81 pour l'Ontario. Cet écart touche essentiellement les hospitalisations en médecine et en chirurgie⁴².

Tableau 5 — Résumé des bases de données québécoise et ontarienne utilisées pour établir la comparaison des dms

Province	Nb hosp.	Jours-prés.	DMS	Écart-type
Québec	593 066	3 420 220	5,77	6,90
Ontario	875 169	3 938 379	4,50	4,81

Les cas obstétricaux, malgré un volume relativement important, ne comportent que peu de différences avec ceux de l'Ontario (0,24 jour), alors que les nouveau-nés (seconde admission), quoique affichant une différence de durée moyenne de séjour plus élevée (2,19 jours), sont peu nombreux. Les tableaux A 6 et A 7, en annexe, donnent les détails par région et par type de soins. Six régions se démarquent des autres quant à l'ajustement potentiel à apporter aux dms (supérieur à 1,0 jour). Ce sont les régions de Québec, de Montréal-Centre, de Chaudière-Appalaches, de Mauricie-Bois-Francs, de Sherbrooke, et du Saguenay—Lac Saint-Jean.

5.2 AJUSTEMENT GLOBAL DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Comme l'indique le tableau A 6 (en annexe), la différence de 1,11 jour s'applique aux 593 066 hospitalisations, ce qui représente un total de plus d'un demi-million de jours (656 026 jours-présence). Si on soustrait cet ajustement du total des jours-présence, pour les soins de courte durée physique, présenté au tableau 3 (5 404 600 jours), tout en conservant le même nombre d'hospitalisations, on obtient une durée moyenne de séjour de 6,7 jours (**qui sera retenue comme objectif**).

39. Afin de retenir une valeur unique pour procéder aux ajustements, la moyenne géométrique des deux groupes de comparaison a été utilisée. Elle permet de réduire certains écarts extrêmes.

40. Sans tenir compte des deux groupes de comparaison, non plus que de la moyenne géométrique.

41. L'écart type est une mesure de dispersion par rapport à la moyenne — plus l'éparpillement est important, plus l'écart est grand.

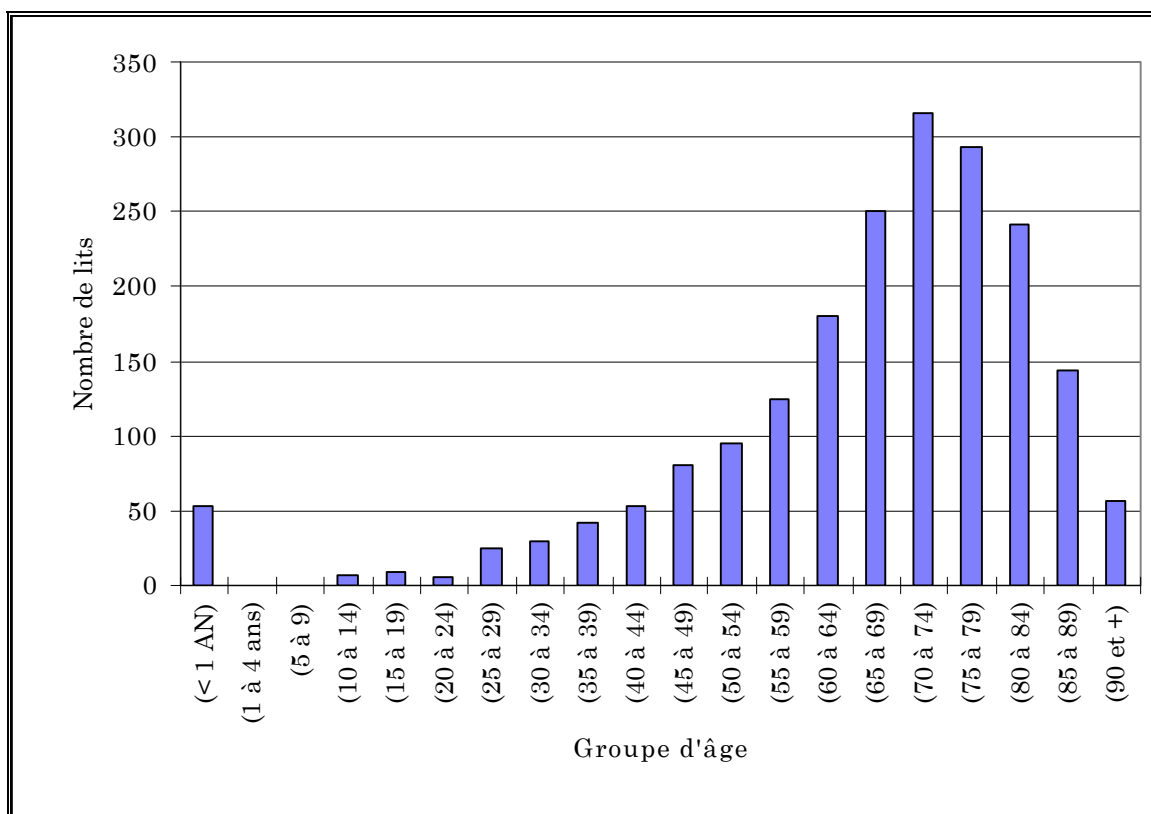
42. De manière à mieux cerner les différences, chaque groupe de comparaison des deux provinces était subdivisé en quatre catégories : les cas de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et les nouveau-nés (seconde admission).

Par conséquent, la réduction de la durée moyenne de séjour totale devrait être de l'ordre de 1 jour, soit une diminution de 12 % (de 7,6 à 6,7 jours). Ces ajustements sont du même ordre de grandeur que ceux observés au Manitoba durant la période 1990 à 1993⁴³

5.3 RÉPARTITION DES ÉCONOMIES POTENTIELLES PAR GROUPE D'ÂGE

La réduction des durées de séjour a une influence plus marquée chez les grands consommateurs de services de santé, qui sont en l'occurrence les personnes âgées, et ce phénomène n'est pas propre au Québec. En effet, les groupes d'âge de 65 ans et plus seraient les plus touchés par cette « économie potentielle » de lits. Plus de 73 % (1 474/2 007) des lits potentiellement économisés sont utilisés par cette clientèle. La figure 2, ci-bas, et le tableau A 9 présentent ces informations.

Figure 2 — Nombre d'équivalents-lits potentiellement économisés par groupe d'âge



43. M.D. BROWNELL, N.P. ROOS. *Monitoring the Winnipeg Hospital System : The Update Report 1993-1994*. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba, septembre 1995.

5.4 RÉPARTITION RÉGIONALE DES ÉCONOMIES POTENTIELLES

Les régions dont la production est la plus importante sont évidemment le plus touchées par une réduction des durées de séjour. Le tableau suivant montre la répartition de ces économies potentielles en fonction des groupes de comparaison retenus. On retrouve au tableau 9 en annexe les détails par région de traitement et de résidence.

Tableau 6 — Équivalents-lits potentiellement économisés par région

	Équivalents-lits potentiellement économisés		
Région de traitement	Par rapport à dms moy.	Par rapport à étab. perf.	Moyenne géométrique
1	43	66	53
2	67	99	81
3	297	405	347
4	116	158	136
5	80	120	98
6	639	974	789
7	43	67	53
8	10	27	16
9	20	30	24
10	0	0	0
11	19	30	24
12	73	97	84
13	5	19	10
14	43	62	52
15	35	60	46
16	159	232	192
17	-1	0	0
18	0	0	0
Province	1 647	2 444	2 004

6. ÉVALUATION DES BESOINS EN LITS DE COURTE DURÉE PHYSIQUE

6.1 EFFET DES AJUSTEMENTS SUR LES DONNÉES DE 1995-1996

Une analyse des données les plus récentes (1995-1996) permet d'évaluer, à partir de la consommation de journées d'hospitalisation et de la mobilité interrégionale (présentée au tableau A11, en annexe), quels sont les besoins en lits pour les soins de courte durée physique, par région de traitement.

Les résultats (voir le tableau de la page suivante) montrent que, sur la base de taux d'occupation majorés (85-90 %) et d'une durée moyenne de séjour ajustée en fonction de la comparaison avec l'Ontario, le nombre d'équivalents-lits nécessaire, en 1995-1996, aurait été de **14 530 lits**, ce qui représente **un surplus de 5 395 lits** par rapport aux lits dressés à la même époque (19 925 lits). Ces 14 530 lits se traduisent par un taux de disponibilité provincial **de 2,02 lits par 1 000 habitants**.

Le tableau 7 résume l'application des deux ajustements présentés jusqu'à maintenant. Il montre l'effet conjugué de l'augmentation du taux d'occupation et l'ajustement des durées de séjour.

Les colonnes 2 à 5 décrivent la situation actuelle en termes de :

- ◇ population traitée (corrigée pour la consommation hors Québec),
- ◇ jours-présence (par région de traitement),
- ◇ nombre de lits dressés au 31 mars 1996,
- ◇ taux d'occupation observé en 1995-1996.

Les colonnes 6 et 7 font état des besoins estimés (équivalents-lits) après l'application des taux d'occupation visés. Au niveau provincial, les besoins seraient de 16 535 équivalents-lits.

Les colonnes 8 à 10 font le bilan des lits à résorber (écart total) à la suite de :

- ◇ l'ajustement du taux d'occupation,
- ◇ la diminution de la durée moyenne de séjour.

Enfin, les colonnes 11 et 12 évaluent :

- ◇ les équivalents-lits après la correction de la dms,
- ◇ les taux de disponibilité par 1 000 habitants.

Tableau 7 — Équivalents-lits de courte durée physique nécessaires à la suite de l'augmentation du taux d'occupation et de la diminution de la dms et évaluation du nombre de lits à résorber — données de 1995-96

RSS	Pop. traitée	J.-prés. (région de trait.)	Lits dressés au 31-03-96	T _x d'occ. Obs. (%) (1995-1996)	T _x d'occ. visé (%)	Besoins en lits après correction du taux d'occ.	Écart (lits à résorber après ajustement du taux d'occ.)	Économie consécutive à la diminution de la dms	Écart total (lits à résorber)	Besoins en lits après correction de la dms	T _x de disponibilité lits par 1 000 habitants
(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = [(3)/(4)]/365	(6)	(7)	(8) = (4) - (7)	(9)	(10)= (8) + (9)	(11)	(12)
01*	188 234	171 381	511	92	85	552	-41	53	12	499	2,65
02	282 511	220 665	821	74	90	672	149	81	231	590	2,09
03	856 115	688 671	2520	75	90	2 096	424	347	770	1 750	2,04
04	416 309	352 777	1406	69	90	1 074	332	136	468	938	2,25
05	296 948	246 550	919	74	90	751	168	98	266	653	2,20
06	2 721 317	2 022 255	7212	77	90	6 156	1 056	789	1 845	5 367	1,97
07	235 261	189 623	763	68	90	577	186	53	239	524	2,23
08*	147 732	114 697	484	65	85	370	114	16	131	353	2,39
09*	82 106	75 972	356	58	85	245	111	24	135	221	2,69
10*	14 385	8 322	86	27	85	27	59	0	59	27	1,86
11*	75 207	80 912	362	61	85	261	101	24	125	237	3,15
12	253 100	203 658	755	74	90	620	135	84	219	536	2,12
13	194 812	94 932	368	71	90	289	79	10	89	279	1,43
14	227 371	154 421	494	86	90	470	24	52	75	419	1,84
15	303 842	198 127	745	73	90	603	142	46	188	557	1,83
16	890 846	573 990	2064	76	90	1 747	317	192	509	1 555	1,75
17*	6 552	4 484	32	38	85	14	18	0	18	14	2,21
18*	2 435	3 163	27	32	85	10	17	0	17	10	4,19
Total	7 195 082	5 404 600	19 925	74		16 535	3 390	2 004	5 395	14 530	2,02

NOTE : jours-présence de 1995-1996, taux d'occupation ajusté à 85-90 % et dms ajustée par rapport aux données de l'Ontario.

6.2 PRÉVISIONS 2001 ET 2006

Les projections pour 2001 et 2006 ont été obtenues après analyse de l'évolution des durées de séjour et des taux d'hospitalisation par groupe d'âge de 1989-1990 à 1995-1996 (par régression linéaire). Les nouvelles durées moyennes de séjour ont été appliquées aux hospitalisations projetées de 2001 et 2006 réparties par région de résidence et de traitement suivant la même mobilité interrégionale que celle observée en 1995-1996.

On observe que la diminution des durées de séjour devrait avoir, du moins à moyen terme, un effet plus important que l'augmentation relative des hospitalisations due au vieillissement de la population⁴⁴. Ainsi, l'effet global sera une diminution du nombre de jours-présence. Le tableau 13 A montre l'évolution des durées moyennes de séjour, par groupe d'âge, de 1989-1990 à 1995-1996 et leurs projections de 1996 à 2001.

De plus, les taux d'occupation de 85-90 % vont s'appliquer à ces nouvelles données. Les projections ont été réalisées jusqu'en 2001 et 2006. Étant donné l'ampleur des transformations du réseau, les projections au-delà de cette date devront être à nouveau calculées à partir des données plus récentes et plus fiables du recensement de 1996. Le tableau 8 illustre sommairement l'évolution de la situation, au niveau régional et provincial, pour 1995-1996, 2001 et 2006.

Les corrections sont particulièrement sévères. On doit cependant rappeler que la rationalisation du nombre de lits permet d'atteindre l'un des principaux objectifs de la transformation du réseau, qui est l'augmentation de l'efficience.

La partie gauche du tableau 8 donne une évaluation des besoins en équivalents-lits : A) après la majoration du taux d'occupation et, B) après ajustement des durées moyennes de séjour (comparaison avec l'Ontario) et utilisation des taux d'occupation de 85-90 %. La partie droite décrit les besoins pour 2001 et 2006 à partir des projections : données de 1989-1990 à 1995-1996. Un taux de disponibilité de 1,83 lits par 1 000 habitants serait atteint en 2001 et de 1,90 lits par 1000 habitants en 2006.

La valeur du nouveau taux de disponibilité des lits sera atteinte très progressivement. Elle devra être définie avec plus de précision, mais l'on devra tenir compte des disparités régionales, des ajustements réalisés selon les diverses spécialités, des taux atteints en chirurgie d'un jour, de la diminution des séjours hospitaliers et de la variation taux d'hospitalisation par groupe d'âge.

44 - On doit rappeler que les données de 1995-96 présentent une diminution relativement importante des taux d'hospitalisation autant pour l'ensemble de la population que pour les personnes âgées.

Tableau 8 — Évolution des ressources, 1995-1996, 2001 et 2006 (tx occ : 85 ou 90 %) avant et après l'application des économies réalisées suite après comparaison avec les dms ontariennes (voir tableaux 4 et 7)

RSS	Ajustements des besoins - données de 1995-1996						Projections à partir des données 1989-1990 à 1995-1996			
	A = ajustement : t _x occ.			B = ajustement : dms et t _x occ.			2001		2006	
	Pop. Traitée	Besoins (t _x occ : 85-90%)	Taux / 1 000	Correction pour dms au niveau de l'Ontario	Besoins - dms corr. et t _x occ. 85-90 %	Taux / 1000	Nb éq-lits	Taux / 1000	Nb éq-lits	Taux / 1000
01*	188 234	552	2,93	53	499	2,65	439	2,42	472	2,68
02	282 511	672	2,38	81	590	2,09	557	2,02	592	2,19
03	856 115	2 096	2,45	347	1 750	2,04	1 751	2,01	1 871	2,12
04	416 309	1 074	2,58	136	938	2,25	907	2,14	980	2,28
05	296 948	751	2,53	98	653	2,20	631	2,06	677	2,17
06	2 721 317	6 156	2,26	789	5 367	1,97	5 138	1,80	5 482	1,87
07	235 261	577	2,45	53	524	2,23	484	1,87	519	1,89
08*	147 732	370	2,50	16	353	2,39	292	1,94	309	2,03
09*	82 106	245	2,98	24	221	2,69	192	2,39	204	2,60
10*	14 385	27	1,86	0	27	1,86	21	1,55	22	1,65
11*	75 207	261	3,47	24	237	3,15	208	2,91	226	3,29
12	253 100	620	2,45	84	536	2,12	522	2,06	563	2,21
13	194 812	289	1,48	10	279	1,43	238	1,11	252	1,10
14	227 371	470	2,07	52	419	1,84	391	1,57	418	1,57
15	303 842	603	1,99	46	557	1,83	507	1,49	546	1,48
16	890 846	1 747	1,96	192	1 555	1,75	1 463	1,53	1 562	1,55
17*	6 552	14	2,21	0	14	2,21	11	1,41	11	1,36
18*	2 435	10	4,19	0	10	4,19	8	3,42	9	3,67
Prov.	7 195 082	16 535	2,30	2004	14 530	2,02	13 760	1,83	14 714	1,90

- : On applique un taux d'occupation de 85 % aux régions marquées d'un astérisque.

6.3 MISE À JOUR — DONNÉES RÉCENTES LITS DRESSÉS EN MARS 1997 ET DONNÉES DE MED-ÉCHO DE 1995-1996

Le tableau A15, présente une évaluation des besoins (équivalents-lits) calculés à partir des données transmises par les régies de mars à mai 1997. Le taux de disponibilité calculé à partir du total des lits dressés (17 876 lits) est de 2,48 lits par 1 000 habitants. Ainsi, les prévisions établies en mai 1995, qui étaient de 2,5 lits par 1 000 habitants, sont déjà atteintes (tableau 15 A, bloc A). Trois scénarios sont envisageables :

1. Si on ajuste les données de 1995-1996 en majorant les taux d'occupation de 75 % à 85-90 % et en diminuant la dms au niveau de celle de l'Ontario, on constate qu'on pourrait atteindre dès maintenant un taux de disponibilité de **2,0 lits par 1 000 habitants** (blocs B et C).
2. Si les tendances des durées moyennes de séjour et des taux d'hospitalisation observées de 1989-1990 à 1995-1996 se maintiennent et qu'un taux d'occupation de 85-90 % est utilisé, les taux de disponibilité projetés pour 2001 et 2006 seraient respectivement **de 1,8 et 1,9 lits par 1 000 habitants** (bloc D).
3. Si, par rapport au scénario 2, on **maintient 720 lits** de courte durée (soit 1 lit par 10 000 habitants) pour les soins de longue durée (usagers en attente d'hébergement, voir section 11 en annexe) et qu'on **élimine, dans une proportion de 10 %**, les séjours hospitaliers non pertinents, les possibilités sont de **1,7 et 1,8 lits par 1 000 habitants** pour 2001 et 2006. (bloc E).

NOTE : Les chiffres inscrits sur fond gris (blocs D et E) montrent quelles sont les valeurs utilisées pour calculer les équivalents-lits, après ajustement, en 2006. À titre d'exemple, pour la région 01 nous aurions : **472 - 31 = 441 équivalents-lits**. Dix-neuf lits (**1 lit par 10 000 habitants**) seraient maintenus pour les soins de longue durée dans des lits de courte durée. Cinquante lits seraient retranchés (**10 % de 472**) suite à l'application du PEP. L'ajustement final serait donc de **31 équivalents-lits**.

6.4 TAUX DE DISPONIBILITÉ DE LITS DE COURTE DURÉE POUR L'AN 2000 ET PRÉVISIONS POUR 2006

On peut retenir, pour l'an 2000, un taux provincial de disponibilité de lits de courte durée physique qui sera de **2,0 lits par 1 000 par habitants**. Les valeurs régionales des taux de disponibilité pourront varier autour de cette moyenne. Au total, le nombre de lits requis sera alors de l'ordre de 15 000 lits (soins de courte durée physique).

La section 6.3 souligne que le taux de disponibilité, selon les prévisions globales, continuera probablement de diminuer d'ici l'an 2006 et atteindre 1,8 lit par 1 000 habitants. On doit signaler que cette diminution des ressources hospitalières correspond à l'émergence d'un nouveau système de soins où l'accent est mis sur la prévention des maladies, la promotion de la santé et sur les soins de premières ligne. L'hôpital abandonne graduellement son rôle central et s'apprête à occuper une nouvelle position stratégique au sein d'un système intégré de soins.

Parmi les conditions requises pour assurer le succès de cette entreprise, la réduction de la capacité des établissements figure en première position.

D'aucuns objectent cependant que cette diminution est trop importante et ne tient pas compte d'un accroissement des besoins, en particulier, pour les clientèles vulnérables dont l'avènement est un phénomène récent au Québec. En effet, comme le souligne la [Commission 2000](#)⁴⁵ ce phénomène provient de trois grands facteurs : le vieillissement accéléré de la population, l'appauvrissement et la désintégration sociale qui caractérisent bien notre société.

Ici encore, la diminution de la taille et de la visibilité de l'hôpital permettra à court terme de réallouer les ressources vers d'autres points de services (service de première ligne, CLSC, etc.) qui fonctionneront au sein d'un réseau communautaire. Les usagers pourront ainsi se diriger vers des points de service où des interventions interdisciplinaires seront disponibles.

Parmi les interventions susceptibles d'abaisser les taux d'hospitalisation et éventuellement de faciliter la réduction de la capacité des établissements, citons :

- * une meilleure gestion des séjours excessifs,
- * l'élimination des admissions non pertinentes,
- * l'élimination des interventions réalisées pour des raisons inappropriées.

La section suivante décrit brièvement ces démarches en présentant un bref survol de la littérature sur le sujet.

45 - COMMISSION 2000. La Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. Documents de consultation. (Page consultée le 6 juin 1997). Les clientèles vulnérables : modalités de soutien et de soins. [En ligne]. Adresse URL : <<http://www..cmq.org/>>.

7. TAUX D'HOSPITALISATION ET UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ

Les études internationales, les projets de restructuration des autres provinces canadiennes, de même que le dernier rapport de la Conférence des sous-ministres de la Santé⁴⁶, soulignent de façon unanime « qu'à l'heure actuelle, une grande partie des soins de santé dispensés au Canada [sont] inefficaces, non évalués, inutilement coûteux ou par ailleurs inappropriés ».

Des travaux récents rapportent que les taux d'utilisation inappropriée des soins de courte durée dans les hôpitaux pourraient être de l'ordre de 30 % à 50 %. En supposant que le Québec soit dans une excellente position et que seulement 10 % des jours-présence projetés pour 2001 (i.e. **580 249 jours**) soient visés, cette économie représenterait malgré tout près **de 1 900 équivalents-lits** (tx occ. 85 %).

Sachant que le *per diem* des établissements de courte durée au Québec variait, en 1994-1995, de **345 \$ à 961 \$**, on serait porté à croire que des travaux relatifs à la gestion de l'utilisation des services s'imposent. Les ajustements apportés auraient, de plus, une incidence directe sur les taux d'hospitalisation.

À titre indicatif, quelques publications ont été revues. Elles sont présentées à la fin du présent document. Bien qu'incomplet, ce survol de la littérature témoigne de l'aspect international du phénomène et de la diversité des approches utilisées pour identifier les soins inadéquats. En 1994, le Conseil médical du Québec faisait le point sur la question des études de pertinence. Il recommandait, entre autres, que cette question soit étudiée au Québec, compte tenu de la difficulté qu'il y a de transposer directement les résultats des travaux étrangers⁴⁷.

Les travaux récents du The Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation vont dans le même sens et sont éloquentes⁴⁸.

Il s'est agi en réalité d'identifier quels étaient les patients qui pourraient effectivement recevoir les soins appropriés, et ce, dans un environnement autre que l'hôpital : soins à domicile, soins ambulatoires ou autres. Ainsi, une revue des travaux réalisés à l'extérieur du Manitoba a démontré que de **7 % à 51 %** des admissions (adultes) et de **27 % à 59 %** des séjours hospitaliers ne requéraient pas nécessairement les services de courte durée dispensés dans les CHSGS, bien que l'état de la plupart des patients admis nécessitait des soins supervisés par du personnel médical.

46. *Faire mieux avec moins : pour une utilisation efficace*, op.cit.

47. I I
1994

48. C. DeCOSTER, S. PETERSON et P. KASIAN. *Op.cit.*

En accord avec d'autres études, les travaux réalisés à partir des données manitobaines suggèrent qu'il y aurait jusqu'à 50 % des patients admis pour des raisons médicales dans les hôpitaux de soins de courte durée qui pourraient profiter de solutions de remplacement à l'hospitalisation.

Une mise en garde s'impose toutefois. Cela ne signifie pas que les clientèles visées n'aient pas besoins de soins. En effet, 98,4 % des patients devaient recevoir une forme quelconque de services de santé. De plus, il n'est pas dit que les ressources alternatives sont déjà en place et que les lits peuvent être fermés dès maintenant.

Concrètement, au Manitoba (population (07/94) : 1 129 486), ces pourcentages se traduisent par 34 000 patients et 429 000 jours présence. Qu'en serait-il au Québec ? Les études consultées soulignent aussi que le système actuel encourage, jusqu'à un certain point, ce type d'admissions et de séjours indus. À titre d'exemple, les chances de passer rapidement certains types d'examens diagnostiques, tels les examens de tomodensitométrie (probablement de résonance magnétique au Québec) et certaines épreuves cardiaques, seraient nettement meilleures lorsque le patient est hospitalisé.

Enfin, DeCoster *et al.* suggèrent quelques avenues à explorer. Les aspects qu'il serait souhaitable d'examiner attentivement sont :

- ◇ une durée de séjour qui dépasse 7 jours — au 8^e jour, 47 % seulement des patients ont encore besoin de soins de courte durée,
- ◇ les hospitalisations pour certains types de diagnostics — dans les catégories circulatoire, digestive (à 45 %) et respiratoire (à 38 %), les proportions indiquées ne nécessitent pas de soins aigus,
- ◇ l'âge du patient — seulement 30 % des séjours des personnes âgées de 75 ans et plus ont vraiment trait à des problèmes de nature aiguë.

Serait-il possible qu'au Québec aussi, on puisse retenir cette conclusion de Robert H. Brook : « [...] inappropriate care is there if you look for it [...] »⁴⁹

49 - Voir la quatrième référence de la revue de littérature.

8. PISTES D'ACTION

8.1 VRAI RÉSEAU DE PREMIÈRE LIGNE

Il faut poursuivre la consolidation des services de première ligne. Que ce réseau parvienne à répondre de la manière la plus complète possible à tous les problèmes qui ne nécessitent pas une hospitalisation. Une des approches le plus souvent mentionnée est l'intégration des services, couplée à l'élimination des empiètements. Les CLSC, les cabinets privés et les cliniques externes doivent non seulement orienter leurs clientèles, mais aussi transmettre les informations susceptibles de prévenir la maladie et de promouvoir la santé.

Une des stratégies de promotion de la santé et d'intervention de ce réseau pourrait être « *l'empowerment* ». Tel que mentionné précédemment, ce processus amène graduellement les individus à exercer un meilleur contrôle sur leur santé et, par extension, à accéder de façon plus réfléchie aux services de santé. Il représente en quelque sorte une amélioration de la qualité de la prise de décision par les patients. Les interventions réalisées par les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres intervenants devraient, grâce à un échange d'information, amener les patients à faire preuve d'une plus grande participation lors des consultations.

La réforme d'un système de santé ne consiste pas seulement en la recherche de nouveaux modes de financement ou en l'application de coupures paramétriques qui pourraient éventuellement le sauver. Un bon système de santé public doit promouvoir l'éducation des consommateurs et le partage de toutes les responsabilités, et non seulement de celles concernant les finances. Au niveau local, il faut retenir « [...] que les gens et les communautés ont besoin de se sentir et d'être en contrôle de leur vie et de leur destinée, de contrôler le mieux possible les événements qui les concernent, pour en arriver à être en santé et à croître⁵⁰. »

8.2 DURÉE DE SÉJOUR

Malgré le fait que les modifications récentes apportées dans l'utilisation des centres hospitaliers au Québec aient permis de réduire progressivement les séjours moyens, d'autres avenues devront être explorées. Tous les séjours hospitaliers dépassant l'objectif fixé de 6,6 jours pourraient, par exemple, faire l'objet d'un examen attentif.⁵¹

Les nouvelles façon d'offrir les services en chirurgie d'un jour et les services dans les cliniques externes, de même que l'utilisation des nouvelles technologies, nous forcent à mieux définir les services vraiment pertinents, efficaces et efficients. L'utilisation du lit d'hôpital s'en trouve

50. M. RENAUD. Le terme « empowerment » est-il un concept creux ? -- Is « empowerment » an empty word ?, notes pour la présentation de Marc Renaud à la plénière du Congrès « Les centres communautaires de santé : au centre des réformes des systèmes de santé », Montréal, décembre 1995.

51. L'AHQ développe une approche, une méthodologie et un outil logiciel (Opti-séjour) pour cibler les correctifs qui permettront d'optimiser les séjours hospitaliers.

forcément réduite. Il faut cependant surveiller l'impact sur les dessertes extrarégionales de ces réductions surtout en ce qui a trait aux personnes âgées.

8.3 PRÉVOIR LES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Comme il est bien connu que l'âge est un facteur important qui favorise l'allongement du séjour hospitalier, il ne s'agit pas simplement de réduire le nombre de lits de courte durée, il faut aussi prévoir des solutions de rechange. Il faudra anticiper et favoriser un accroissement relativement important des diverses ressources pour des services à domicile adéquats. Malgré le fait que ces services aient commencé à se développer depuis une vingtaine d'années, on sait que le Québec accuse un retard appréciable par rapport à l'Ontario dans ce domaine. Il est donc essentiel pour le Ministère de profiter des transformations actuelles afin d'intensifier le transfert des ressources.

Enfin, comme le développement de la situation était déjà inadéquat avant même que ne soit amorcée la réduction du taux de disponibilité des lits de courte durée, il faut réagir avec diligence, sinon le retard sera difficile à combler. Nous vivons actuellement une période de restrictions et la population vieillit très rapidement.

8.4 ÉVALUATION DES TAUX D'HOSPITALISATION

Il semble y avoir un consensus quant à l'existence d'un surplus de ressources (lits de courte durée) dans les CHSGS. On reconnaît que certains soins, procédures ou hospitalisations sont inappropriés. Il y aurait lieu de mettre sur pied des mécanismes permettant de compléter une revue de l'utilisation des services de santé et d'appliquer un système de gestion de celle-ci.

Aussi, de nombreux outils conçus récemment permettent d'évaluer la pertinence des admissions. Il serait certes très fructueux pour le Ministère et les régies de déterminer la valeur de ces outils et d'en favoriser l'implantation et l'utilisation à grande échelle sur une période relativement courte (2 à 3 ans). Une expérimentation est en cours avec l'outil InterQual.

9. CONCLUSION

La réforme de la santé et des services sociaux de même que la politique de la santé et du bien-être ont réintroduit la notion d'indicateurs des besoins dans le but de réduire, à court terme, les écarts interrégionaux tant au niveau de l'accès aux services qu'en ce qui a trait à l'allocation des ressources. L'organisation des services devra, graduellement, s'adapter aux réalités régionales et répondre aux besoins des populations résidentes de même qu'à toute la consommation qui en découle. Dans ce contexte, faut-il le rappeler, l'allocation des ressources tant financières que matérielles constituera une étape importante.

Pour les soins de santé physique, la définition précise des populations desservies ou résidentes de même que la définition de leur niveau de consommation (journées d'hospitalisation), nous ont permis de déterminer l'importance des surplus de lits de courte durée physique et d'évaluer à la baisse le nombre d'équivalents-lits qui permettrait de répondre à la demande.

Un exercice similaire a conduit les responsables de travaux publiés récemment à des résultats comparables.

« To illustrate the point : in 1873 the nation had one hospital bed for approximately every 800 citizens; in 1994 there is one hospital bed for approximately every 200 citizens. Even the most generous estimates suggest that only one bed for every 900 persons is needed. In short, when it comes to hospital bed capacity, one might facetiously argue that we need to go back to the future and return to the health system of 1873. Of course, in the late 1800s hospitals did not possess the scientific arsenal to make their use appropriate. Today, scientific and technological progress has in effect bypassed the hospital so that more treatment can be offered in out-of-hospital settings, diminishing the need for inpatient hospital services. »⁵²

Bien que ces travaux reflètent l'expérience américaine où les paiements par capitation ou par épisode de soins sont en vigueur, ce qui tend à freiner la consommation, l'application au Québec d'un taux de disponibilité de 2,0 lits par 1 000 habitants laisse une marge de manoeuvre appréciable comparativement au taux de 1,1 lits par 1 000 habitant estimé pour quelques états américains.

Malgré tout, le Ministère devra, avec empressement, assurer le suivi de certains indicateurs de l'utilisation des services de santé. Les taux d'occupation devraient, au cours des quatre prochaines années et selon les régions, atteindre 85-90 %, la durée moyenne de séjour provinciale réduite de 1,0 jour, grâce à une meilleure gestion des épisodes de soins, et le taux de jours-présence réduit de 7 % simultanément à l'implantation ou au développement de solutions de remplacement appropriées à l'hospitalisation.

52 - S.M. SHORTELL, R.R. GILLIES et K.J. DEVERS. « Reinventing the American Hospital. », *The Milbank Quarterly*, vol. 73, no. 2, 1995, p. 131-160.

NOTE: — **en 1873**, 1 lit par 800 habitants = 1,25 lit par 1 000 habitants,
 — **en 1994**, 1 lit par 200 habitants = 5,0 lits par 1 000 habitants,
 — **estimés**, 1 lit par 900 hab. = 1,11 lit par 1 000 habitants.

Dans cette optique, et tout en tenant compte des projections de population, il serait réaliste de fixer, pour le taux de disponibilité de lits de courte durée physique, un objectif, pour l'an 2000, de 2,0 lits/1 000 habitants, ce qui correspond à un total de 15 000 lits. Afin de rencontrer les nouveaux besoins, dus au vieillissement de la population, et de maintenir les gains d'efficience réalisés jusqu'à maintenant, une série de **12 objectifs et démarches** concernant les soins de courte durée physique et pouvant être atteints au plus tard d'ici l'an 2000 est retenue.

1. **Réduire** le nombre de lits de courte durée à **2,0 lits par 1 000 habitants** d'ici l'an 2000.
2. **Augmenter** les taux d'occupation de 80-85 % à 85-90 %.
3. **Réduire**, d'ici 1998, la durée moyenne de séjour provinciale de 1,0 jour (de 7,6 à 6,7 jours) et la réduire, de 1998 à 2000, à 6,0 jours.
4. **Réduire**, d'ici l'an 2000, le nombre de jours-présence de 7% (de 750 à 700 jours/1 000 habitants).
5. **Revoir** les possibilités de regrouper et de consolider certains programmes ou services spécifiques (e.g. de chirurgie, de transplantation ou autres).
6. **Accroître** le taux global de chirurgie d'un jour à 100 %, d'ici l'an 2000, pour les actes identifiés transférables.
7. **Établir**, d'ici l'an 2000, une revue de l'utilisation des services de santé.
8. **Développer**, d'ici l'an 2000, des guides de pratique médicale pour les services spécialisés et les services desservant d'importants volumes de clientèle.
9. **Mettre en place** des services d'aide et de soutien et **mettre sur pied** une campagne de sensibilisation et d'information auprès de l'entourage des patients qui retournent à la maison après à une chirurgie ou après avoir bénéficié d'autres services hospitaliers, quant aux responsabilités importantes qui les attendent.
10. **Mettre en place** des interventions spécifiques qui permettront de réduire au maximum l'usage inapproprié des séjours hospitaliers par les personnes âgées (soins de longue durée dans des lits de courte durée).
11. **Accroître** le recours à des solutions de remplacement à l'hospitalisation.
12. **Assurer** un suivi des objectifs sur la base d'indicateurs.

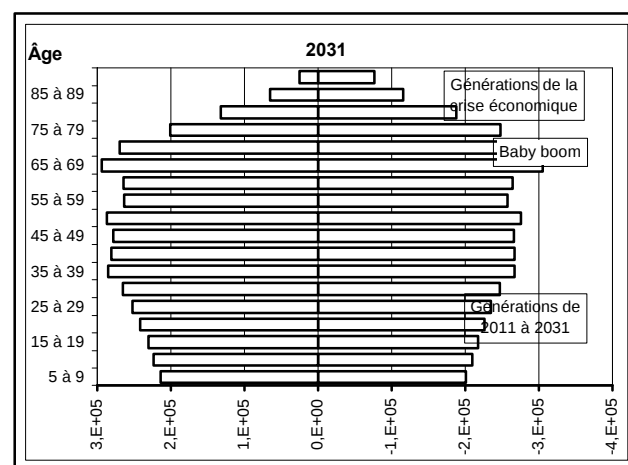
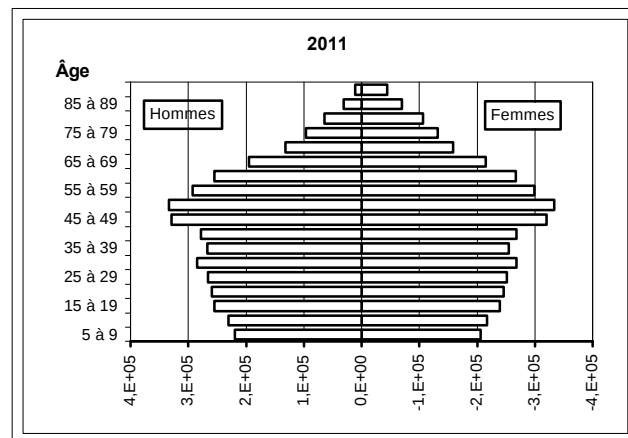
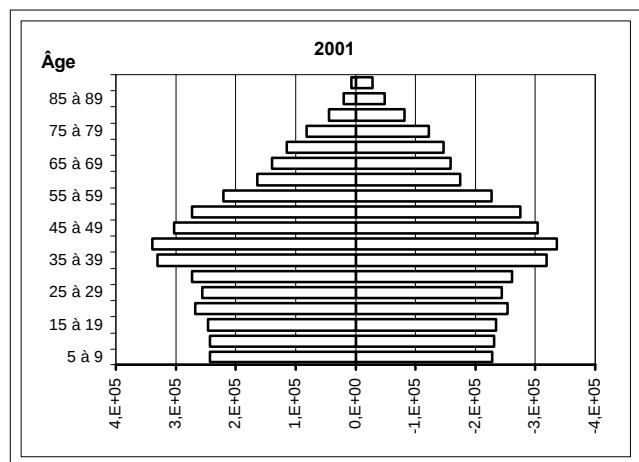
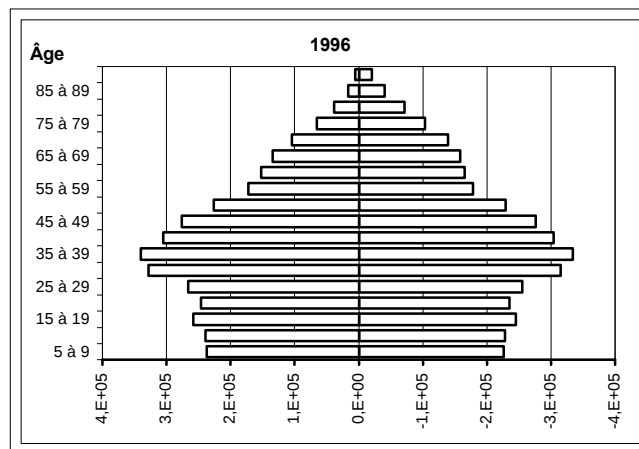
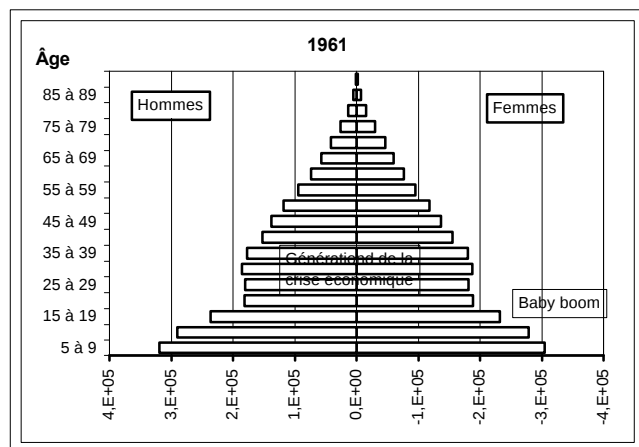
Les transformations récentes d'autres systèmes de santé n'ont jamais eu de conséquences fâcheuses sur la santé des individus. Les systèmes se mettent rapidement à mieux fonctionner d'eux-mêmes, et ce, de façon plus efficiente. Rappelons que malgré leur grande importance, les hôpitaux et les cliniciens ne sont pas les seuls déterminants de la santé. Le contexte socioéconomique joue un rôle important. Comme le rappelle **le groupe de l'Université du Manitoba**, bien-être économique et santé vont de pair.

« ... There is a persistent and insidious link between health status and neighbourhood income levels. Simply put, the wealthier you are, the healthier you are and the less you use hospitals. The fact that as socio-economic status goes up, the average amount of hospital time goes down seems particularly germane to the issue of hospital downsizing. It strongly suggests that improving the health of low and middle income groups could lead to an overall reduction in hospital use and a corresponding reduction in expenditures — an initiative we could all support⁵³. »

53 -M. BROWNELL, N.P. ROOS. *Monitoring the Winnipeg Hospital System : The Update Report, 1993/94*, Manitoba Centre for Health Policy & Evaluation, janvier 1996 : < <http://www.umanitoba.ca/centres/mchpe/reports.htm> >.

10. ANNEXE

Tableau A1 — Pyramides des âges - population du Québec - 1961-2031



VIEILLISSEMENT :

Les principaux changements de la structure par âge sont :

- 1) hausse de l'effectif des groupes d'âge de 65 ans et plus,
- 2) rétrécissement de la base de la pyramide,
- 3) vieillissement des générations du baby-boom,
- 4) gonflement plus important du côté droit de la pyramide chez les groupes d'âge élevés (mortalité plus faible chez les femmes).

Sources : Bulletin d'information sur les données de population du MSSS, numéro 1, juin 1993, numéro 2, septembre 1994, numéro 3, juin 1995 et numéro 4, juin 1996, G. PELLETIER. Service de l'analyse statistique, Direction des indicateurs de résultats et des informations statistiques. THIBAUT N, GAUTHIER H et LÉTOURNEAU E, Perspectives démographiques : Québec et régions 1991-2041 et MRC 1991-2016. BSQ, Gouvernement du Québec, Avril 1996.

10.1 PRÉVISIONS 1989-1990 — 2000-2001

Lors de la publication du dernier cadre de référence sur le sujet⁵⁴, on prévoyait, par rapport aux 25 464 lits inscrits aux permis des établissements pour la période 1991-1993, un surplus de **550** lits pour 1991, un déficit de **1 865** lits pour 1996 et un déficit de **4 570** lits pour 2001. Par contre, on prévoyait pour les lits de courte durée psychiatrique des surplus de l'ordre de 1 300 lits. Le tableau suivant montre l'évolution des besoins de 1989-1990 à 2000-2001.

Tableau A2 — Évolution de l'état des besoins (données de base de 1986-1987)

Année	Lits de courte durée			Population	Taux/1 000 habitants		
	permis	phys. est.	psy. est.		Total	phys.	psy.
1989-90	28 966	25 439	3 527	7 020 720	4,13	3,62	0,50
1991-93	28 921	25 464	3 457	7 152 818	4,04	3,56	0,48
1993-95	29 191	25 386	3 805	7 276 225	4,01	3,49	0,52
1996	27 329	- 1 865	1 297	7 396 742	---	3,69	---
2001	30 034	- 4 570	1 253	7 664 401	---	3,92	---

Les lits de courte durée en santé physique et en santé mentale étaient estimés à partir des données du rapport statistique annuel⁵⁵. Les projections des taux de disponibilité de lits de courte durée physique par 1 000 habitants étaient alors de 3,69 pour 1996 et 3,92 pour 2001.

10.2 ÉPURATION DE LA BASE DE DONNÉES

Tel que mentionné à la section 4.3, la base de données utilisée dans le présent rapport (MED-ÉCHO 1995-1996) a dû être épurée. Les observations éliminées présentaient au moins une des caractéristiques suivantes :

- * soins de longue durée,
- * santé mentale,
- * âge erroné ou sexe indéterminé,
- * hôpital à domicile,
- * soins de longue durée dans un lit de courte durée (élimination de la portion longue durée seulement),
- * non-résidents québécois,
- * nouveau-nés — première admission (qui occupent un berceau),
- * chirurgies d'un jour,
- * soins de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI).

NOTE : Un portrait complet des hospitalisations de la population québécoise devrait inclure les hospitalisations (courte durée) hors Québec. Elles ont principalement lieu en Ontario et au Nouveau Brunswick et totalisent 17 786 hospitalisations (109 151 jours-présence). Au total,

54. *Places / lits requis en CHCD et en CHSLD - 1991 - 1996 - 2001, op. cit.*

55. *Rapport statistique annuel des centres hospitaliers 1994-1995, op. cit.*

pour 1995-1996, la population québécoise a donc consommé **726 789** hospitalisations totalisant **5 513 751** jours.

Les données de population utilisées sont ajustées afin de tenir compte de cette consommation hors Québec, qui n'est pas incluse dans le présent rapport.

10.3 RÉSUMÉ DES DONNÉES DE 1995-1996

Le tableau A3 résume les données extraites du fichier de MED-ÉCHO (1995-1996) et se rapportant aux soins dispensés dans des lits de courte durée physique à la population québécoise. Elles sont présentées par région de résidence et de traitement et concernent :

- * la population,
- * les jours-présence,
- * les taux de jours-présence par 1 000 habitants,
- * le nombre d'hospitalisations,
- * les hospitalisations par 1 000 habitants.

Au niveau de la région de résidence, les jours-présence représentent la consommation totale (en santé physique) de la population résidente, peu importe la région de traitement. Quant à la région de traitement, les jours-présence représentent la production totale (en santé physique) de cette région, peu importe la provenance des clientèles. Les données de population sont corrigées afin de tenir compte de la consommation hors Québec. La colonne lits dressés de ce tableau correspond au total de ces lits pour les soins généraux et spécialisés (santé physique seulement) inscrits dans l'AS-478 (1995-1996) (les groupes d'établissements 1 à 4 et 7 ont été retenus)⁵⁶.

10.4 VARIATION DES TAUX D'OCCUPATION

Le tableau A4 évalue par région de résidence et de traitement le nombre d'équivalents-lits pour trois taux d'occupation théoriques différents. Il s'agit du nombre de lits qui seraient requis si ces taux étaient fixés à 80-85 %, 85-90 % et 90-95 %. Ainsi, le nombre d'équivalents-lits varierait entre **17 532** et **15 676** lits.

Par les années passées, le Ministère utilisait des taux d'occupation de 80 % et 85 %. Les régions à faible densité de population, à faible accessibilité aux soins médicaux et moins urbanisées se voyaient appliquer un taux de 80 %. Quant aux autres régions, leur taux était fixé à 85 %. On constate par ailleurs que le taux de disponibilité des lits passe de **2,44** (80-85 %), à **2,3** (85-90 %) puis à **2,18** (90-95 %) lits par 1 000 habitants. La colonne ÉCART fournit la différence entre le nombre de lits dressés (tableau 3) et le nombre d'équivalents-lits calculé en utilisant le taux d'occupation de 85-90 %.

56. Groupes de comparaison auxquels appartiennent les CH. Ce sont les CH de courte durée ayant moins de 100 lits, entre 101 et 200 lits, 201 lits et plus, les CH universitaires et les centres de santé. Les CH psy et de RFI (incluant la convalescence) ont été éliminés.

On rapporte dans la littérature⁵⁷ qu'en milieu urbain, le taux d'occupation devrait être de 90-92 %. À ce sujet, il faut noter que plusieurs CHU québécois affichent déjà des taux d'occupation des lits de courte durée supérieurs à 90 % ce qui n'est pas nécessairement garant de la justesse de leur utilisation. Malgré tout, ces valeurs très élevées incitent le Ministère à retenir actuellement des taux de 85 % et 90 %.

Sans tenir compte des fermetures d'établissements ni des changements de mission, on constate, au niveau provincial, qu'il y aurait, sur la base de ces calculs, au début de l'année financière 1996-1997 un surplus de 3 390 lits de courte durée. Les établissements fermés ou transformés dans les régions de Montréal (1 098 lits) et Québec (408 lits) ramènent ce bilan **à un surplus de 1 884 lits**. De plus, on note, à partir du tableau 4, **que toutes les régions, à l'exception de la région 01, présentent un surplus**.

57. METROPOLITAN TORONTO DISTRICT HEALTH COUNCIL. *Directions for Change : Toward a Coordinated Hospital System for Metro Toronto*, Rapport final du MTDHC hospital restructuring committee, Septembre 1995.

**Tableau A3 — Répartition des populations, des jours-présence et des hospitalisations par région de résidence et de traitement
1995-1996**

Région de résidence						Région de traitement					
Régions	Population résidante	j-prés.	jp / 1 000 hab.	Nb hosp.	Hosp./ 1 000 hab.	Lits dressés (31-03-95)	Population traitée	j-prés.	jp / 1000 h.	Nb hosp.	Hosp./ 1 000 hab.
1*	201 771	194 303	963	25 453	126	511	188 234	171 381	910	23 884	127
2	289 370	227 170	785	30 874	107	821	282 511	220 665	781	30 393	108
3	638 268	511 489	801	61 060	96	2520	856 115	688 671	804	83 387	97
4	483 149	411 513	852	52 059	108	1406	416 309	352 777	847	44 663	107
5	279 931	230 211	822	30 175	108	919	296 948	246 550	830	31 662	107
6	1 826 046	1 446 439	792	172 622	95	7212	2 721 317	2 022 255	743	250 156	92
7	239 101	194 391	813	26 645	111	763	235 261	189 623	806	26 153	111
8*	154 432	125 965	816	18 293	118	484	147 732	114 697	776	17 607	119
9*	102 665	98 028	955	13 472	131	356	82 106	75 972	925	10 830	132
10*	20 095	11 274	561	2 356	117	86	14 385	8 322	579	1 988	138
11*	95 800	107 424	1 121	14 850	155	362	75 207	80 912	1 076	11 544	153
12	383 374	288 098	751	38 434	100	755	253 100	203 658	805	26 779	106
13	340 561	185 993	546	26 789	79	368	194 812	94 932	487	15 414	79
14	380 052	241 323	635	34 688	91	494	227 371	154 421	679	21 629	95
15	429 581	269 440	627	39 990	93	745	303 842	198 127	652	29 111	96
16	1 313 301	842 520	642	117 974	90	2064	890 846	573 990	644	82 200	92
17*	9 166	8 394	916	1 567	171	32	6 552	4 484	684	1 115	170
18*	8 419	10 625	1 262	1 702	202	27	2 435	3 163	1 299	488	200
Province	7 195 082	5 404 600	751	709 003	99	19 925	7 195 082	5 404 600	751	709 003	99

Tableau A4 — Calcul du nombre d'équivalents-lits selon les taux d'occupation de 80-85 % à 90-95% (1995-96)

	Région de résidence						Région de traitement						ÉCART = (Lits dressés) (éq.-lits à 85-90 %)
	Taux d'occupation						Taux d'occupation						
	80-85 5		85-90 5		90-95 5		80-85 5		85-90 5		90-95 5		
RSS	Lits c.d.	Lits c.d./ 1 000	Lits c.d.	Lits c.d./ 1 000	Lits c.d.	Lits c.d./ 1 000	Lits c.d.	Lits c.d./ 1 000	Lits c.d.	Lits c.d./ 1 000	Lits c.d.	Lits c.d. / 1 000	
1*	665	3,30	626	3,10	591	2,93	587	3,12	552	2,93	522	2,77	-41
2	732	2,53	692	2,39	655	2,26	711	2,52	672	2,38	636	2,25	149
3	1 649	2,58	1 557	2,44	1 475	2,31	2 220	2,59	2 096	2,45	1 986	2,32	424
4	1 326	2,75	1 253	2,59	1 187	2,46	1 137	2,73	1 074	2,58	1 017	2,44	332
5	742	2,65	701	2,50	664	2,37	795	2,68	751	2,53	711	2,39	168
6	4 662	2,55	4 403	2,41	4 171	2,28	6 518	2,40	6 156	2,26	5 832	2,14	1 056
7	627	2,62	592	2,47	561	2,34	611	2,60	577	2,45	547	2,32	186
8*	431	2,79	406	2,63	383	2,48	393	2,66	370	2,50	349	2,36	114
9*	336	3,27	316	3,08	298	2,91	260	3,17	245	2,98	231	2,82	111
10*	39	1,92	36	1,81	34	1,71	29	1,98	27	1,86	25	1,76	59
11*	368	3,84	346	3,61	327	3,41	277	3,68	261	3,47	246	3,28	101
12	929	2,42	877	2,29	831	2,17	656	2,59	620	2,45	587	2,32	135
13	599	1,76	566	1,66	536	1,58	306	1,57	289	1,48	274	1,41	79
14	778	2,05	735	1,93	696	1,83	498	2,19	470	2,07	445	1,96	24
15	868	2,02	820	1,91	777	1,81	639	2,10	603	1,99	571	1,88	142
16	2 716	2,07	2 565	1,95	2 430	1,85	1 850	2,08	1 747	1,96	1 655	1,86	317
17*	29	3,14	27	2,95	26	2,79	15	2,34	14	2,21	14	2,08	18
18*	36	4,32	34	4,07	32	3,84	11	4,45	10	4,19	10	3,95	17
Province	17 532	2,44	16 552	2,30	15 676	2,18	17 513	2,43	16 535	2,30	15 660	2,18	3 390

L'astérisque identifie les régions auxquelles on applique le plus bas taux d'occupation de chaque paire (80-85 %), (85-90 %) ou (90-95 %). Ce sont les régions 01, 08, 09, 10, 11, 17 et 18.

10.5 COMPARAISON QUÉBEC-ONTARIO

Afin de rendre les données ontariennes et québécoises comparables, certaines observations ont été exclues des deux bases de données étudiées. Ces observations avaient trait :

- 1) aux hospitalisations ayant un code d'exclusion (fichier DRG)⁵⁸,
- 2) aux observations relatives à un diagnostic relié à la santé mentale (DIAG—CIM-9 : 291, 292, 295-309, 311-316),
- 3) aux cas où le sexe était indéterminé,
- 4) aux nouveau-nés — première admission (qui occupent un berceau),
- 5) aux non-résidents,
- 6) à trente-neuf DRG dont une partie du séjour correspond à de la convalescence ou à de la réadaptation. La liste comparative de ces DRG — Québec-Ontario — est présentée au tableau A8.

Il faut rappeler que les données contenues dans le fichier de MED-ÉCHO concernent essentiellement les hospitalisations pour des soins de courte durée physique. Les informations se rapportant aux hospitalisations pour des soins d'une autre nature (réadaptation, santé mentale, longue durée...) sont par conséquent fragmentaires.

Bien que cette comparaison avec les données de l'Ontario soit incomplète, elle représente un premier pas dans en vue d'ajuster les durées de séjour québécoises. Des travaux plus approfondis devraient éventuellement permettre une comparaison de l'ensemble des données québécoises et ontariennes.

Tableau A5 — Comparaison interprovinciale des 39 DRG éliminés

Province	Paramètre	Mesure
QUÉBEC	Nb hosp.	42 921
	J-prés.	500 629
	dms	11,66
ONTARIO	Nb hosp.	56 295
	J-prés	527 185
	dms	9,36

Par rapport au fichier initial, qui contenait **709 003** observations, **115 937** ont été éliminées, dont **42 921** pour des épisodes de soins reliés à l'un des 39 DRG.

58. Ces codes permettent d'identifier et d'exclure au besoin les hospitalisations considérées comme atypiques et d'assurer la comparabilité des données par DRG. Ainsi, deux critères sont appliqués. Le premier concerne la nature des soins et la fin prématurée du séjour et le second, l'élimination des hospitalisations dont les durées de séjour sont excessives.

Tableau A6 — Répartition par région et par type de soins des économies potentielles exprimées en durée moyenne de séjour

Régions	Regroupement des DRG par type de soins				Moyenne globale
	Chirurgie	Médecine	Nouv.-nés	Obstétrique	
1	1,06	0,74	0,88	0,61	0,83
2	1,37	0,98	0,94	0,47	1,03
3	1,63	1,94	4,58	0,58	1,64
4	1,31	1,44	1,66	0,30	1,21
5	1,95	0,94	2,35	0,27	1,19
6	1,59	1,39	3,17	0,00	1,25
7	1,25	0,72	2,22	0,41	0,79
8	0,89	0,00	0,42	0,34	0,35
9	1,26	0,78	1,25	0,45	0,82
10	0,08	0,00	0,08	0,20	0,00
11	0,54	0,90	1,46	0,61	0,78
12	0,97	1,67	0,74	0,47	1,24
13	0,29	0,16	0,51	0,24	0,24
14	1,14	1,09	0,47	0,24	0,92
15	1,14	0,49	0,50	0,31	0,62
16	1,53	0,85	0,54	0,23	0,90
17	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00
18	4,81	0,00	0,39	0,00	0,00
Province	1,46	1,16	2,19	0,24	1,11

Tableau A7 — Jours-présence potentiellement économisés, nombre d'hospitalisations et dms correspondantes par type de soins

Type de soins	Jours-prés.	Nb hosp.	DMS
Chirurgie	295 124	202 792	1,46
Médecine	326 894	281 728	1,16
Nouv-nés	8 406	3 844	2,19
Obstétrique	25 149	104 702	0,24

Tableau A8 — Liste comparative des DRG éliminés des bases de données QUÉBEC (1995-1996) et ONTARIO (1993-1994)

OBS	CM D	DR G	DESCRIPTION	Nb hosp Qc	JP Qc	DMS Qc	Nb hos Ont.	JP Qc Ont.	DMS Ont
1	1	9	Aff. Et traumatismes de la moelle épinière et du canal rachidien	106	1602	15,1	144	968	6,7
2	1	12	Aff. dégénératives du syst. nerveux	1485	25959	17,5	1630	18844	11,6
3	1	14	Aff. cérébro-vasculaires spécifiques sauf ischémie cérébrale transitoire	5391	96286	17,9	7624	83248	10,9
4	1	16	Aff. cérébro-vasculaires non précisées, avec cc	334	5201	15,6	223	1704	7,6
5	1	34	Autres Aff. du syst. Nerveux, avec cc	421	4586	10,9	270	1796	6,7
6	1	35	Autres Aff. du syst. Nerveux, sans cc	895	6815	7,6	748	4829	6,5
7	1	533	Aff. du sys nerveux sauf ischémie cérébrale transit., convulsion et céphalée, avec cc maj.	294	9493	32,3	556	11665	21,0
8	5	113	Amputation sauf des membres sup. et des orteils, pour troubles circulatoires	3644	56252	15,4	10894	112761	10,4
9	8	209	Op. Maj. sur les articulations et réinsertion d'extrémités	908	20727	22,8	1498	24558	16,4
10	8	210	Op. sur la hanche et le fémur sauf Op. Maj. sur les articulations, âge > 17, avec cc	1455	19165	13,2	3361	37549	11,2
11	8	211	Op. sur la hanche et le fémur sauf Op. Maj. sur les articulations, âge > 17, sans cc	324	2934	9,1	504	2510	5,0
12	8	212	Op. sur la hanche et le fémur sauf Op. Maj. sur les articulations, âge < 18	85	1161	13,7	192	1956	10,2
13	8	213	Amputation pour troubles de l'appareil musculosquelet. et du tissu conjonctif	486	4441	9,1	553	4474	8,1
14	8	218	Op. sur les mem. inf. et l'humérus sauf sur la hanche, le pied et le fémur, âge > 17, avec cc	277	5502	19,9	405	5838	14,4
15	8	235	Fracture du fémur	818	14507	17,7	1322	14614	11,1
16	8	236	Fractures de la hanche et du bassin	1075	14631	13,6	2001	18200	9,1
17	8	239	Fracture pathologique et tumeurs malignes de l'appareil musculosquelet. et du tissu conj..	5178	37200	7,2	8140	43680	5,4
18	8	243	Problèmes de dos	649	7563	11,7	623	6095	9,8
19	8	244	Maladies des os et arthropathies précisées, avec cc	694	5568	8,0	1135	7453	6,6
20	8	245	Maladies des os et arthropathies précisées, sans cc	399	2711	6,8	301	1516	5,0
21	8	249	Soins suite à des complications et à des séquelles orthopédiques	331	5071	15,3	396	3387	8,6
22	8	253	Fractures, entorses et luxations du bras et de la jambe sauf le pied, âge > 17, avec cc	943	4207	4,5	1907	8313	4,4
23	8	254	Fractures, entorses et luxations du bras et de la jambe sauf le pied, âge > 17, sans cc	20	580	29,0	35	521	14,9
24	8	471	Op. Maj. bilatérales ou multiples sur les articulations des membres inf.	365	13826	37,9	262	4275	16,3
25	8	558	Op. maj. sur app. Muscul. sauf op. maj. bilat. ou multiples sur les art., avec cc maj.	984	14745	15,0	795	5427	6,8
26	8	560	Aff. de l'app. Muscul. sauf ostéomyé., arthr. szept. et aff. tissu conjonctif, avec cc maj.	607	5200	8,6	957	4206	4,4
27	8	755	Fusion vertébrale, avec cc	6166	10742	1,7	777	4127	5,3
28	8	756	Fusion vertébrale, sans cc	5029	31008	6,2	3906	19865	5,1
29	10	285	Amputations des memb. inf. pour troubles endocriniens, de la nutrition et du métabolisme	63	1812	28,8	258	4039	15,7
30	23	462	Réadaptation	908	22743	25,0	941	20583	21,9
31	23	463	Signes et symptômes, avec cc	706	18558	26,3	980	17546	17,9
32	23	464	Signes et symptômes, sans cc	480	9730	20,3	349	4330	12,4
33	23	466	Autres soins de surveillance	13	929	71,5	21	620	29,5
34	23	467	Autres facteurs entraînant l'hospitalisation	101	3216	31,8	157	3284	20,9
35	25	730	Traumatismes multiples avec crâniotomie	209	4389	21,0	255	4802	18,8
36	25	731	Traumatismes multiples avec op. sur la hanche, le fémur ou réinsertion d'extrémités	191	2889	15,1	261	2438	9,3
37	25	732	Traumatismes multiples avec op. autres que hanche, fémur ou réinsertion d'extrémités	55	399	7,3	54	608	11,3
38	25	733	Traumatismes multiples de la tête ou du thorax ou des membres inf.	199	2782	14,0	314	3531	11,2
39	25	734	Traumatismes multiples de sièges autres que tête, thorax ou membres inf.	633	5499	8,7	1546	11025	7,1
				42 921	500 629	11,66	56 295	527 185	9,36

10.7 RÉPARTITION RÉGIONALE DES ÉCONOMIES POTENTIELLES EXPRIMÉES EN ÉQUIVALENTS-LITS

Le tableau A10 montre la répartition des lits économisés, par région de résidence et région de traitement, à la suite de la diminution des durées moyennes de séjour. La partie **A** provient de la comparaison avec l'ensemble des CHCD ontariens. À titre d'exemple, une économie potentielle de **639 lits serait réalisée dans la région de Montréal-centre** (considérée comme région de traitement). Vingt-trois pour cent de ces économies (**147 lits**) toucheraient des résidents d'autres régions que celle de Montréal, plus particulièrement les régions en périphérie de l'île (régions 13, 14, 15 et 16). La partie **B** reprend les mêmes répartitions pour établir une comparaison avec les établissements ontariens performants. Les résultats, en termes d'équivalents-lits, sont amplifiés. **Les nouvelles répartitions de ressources devront à coup sûr tenir compte des répercussions de ces économies sur la desserte extrarégionale.**

Le tableau A 11 présente une évaluation du nombre de lits économisés par région de traitement et par établissement. Le nombre d'hospitalisations retenues dans la base de données québécoises, les jours-présence économisés, l'ajustement en termes de dms et le nombre de lits économisés y apparaissent. Ces derniers, ont été calculés en fonction des taux d'occupation indiqués (85 % ou 90 %) et de la dms obtenue à partir de la moyenne géométrique. Les établissements inscrits sur fond gris sont affectés, en 1996 ou 1997, par les changements de mission ou les fermetures.

Au niveau régional, c'est la région de Québec qui présente le plus grand écart par rapport aux données de l'Ontario. Cinq régions ont des corrections supérieures à la moyenne provinciale qui est de **1,11 jour** : Québec — 1,64, Mauricie-Bois-Francs — 1,21, Sherbrooke — 1,19, Chaudière-Appalaches — 1,24 et Montréal — 1,25. Au niveau provincial, les économies seraient de l'ordre de **2 000 lits** de courte durée physique.

Tableau A10 — Répartition des lits de courte durée économisés

A : DMS MOYENNE

RSS_RÉS	RSS TRAITEMENT																		Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	39	0	15	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	58
2	0	65	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71
3	0	0	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	217
4	0	0	12	114	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	137
5	0	0	0	0	69	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70
6	0	0	0	0	0	492	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	496
7	0	0	0	0	0	3	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45
8	0	0	0	0	0	6	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
9	0	1	8	0	0	1	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
10	0	0	0	0	0	1	0	1	0	-3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	4	0	8	0	0	2	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	33
12	1	0	31	0	1	1	0	0	0	0	0	71	0	0	0	0	0	0	104
13	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	25
14	0	0	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	41	3	1	0	0	62
15	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	-1	0	32	0	0	0	47
16	0	0	1	1	6	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	155	0	0	230
17	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	2
18	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	43	67	297	116	80	639	43	10	20	-4	19	73	5	43	35	159	-1	0	1644

B : DMS DES ÉTABLISSEMENTS PERFORMANTS

RSS_RÉS	RSS TRAITEMENT																		Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	60	0	21	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	86
2	0	95	6	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	105
3	0	0	286	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	289
4	0	0	18	155	7	12	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	195
5	0	0	0	0	102	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	106
6	0	0	0	0	0	691	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3	0	0	698
7	0	0	0	0	0	4	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70
8	0	0	1	0	0	10	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
9	0	2	12	0	0	2	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46
10	0	1	1	0	0	1	0	1	0	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
11	5	0	11	0	0	3	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	50
12	1	0	48	0	1	2	0	0	0	0	0	93	0	0	0	0	0	0	144
13	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	0	0	14	0	2	0	0	0	56
14	0	0	0	1	0	34	0	0	0	0	0	0	2	59	4	1	0	0	102
15	0	0	0	0	0	33	1	0	0	0	0	0	2	0	53	0	0	0	89
16	0	0	1	1	9	125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	225	0	0	361
17	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
18	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	66	99	405	158	120	974	67	27	30	-2	30	97	19	62	60	232	0	0	2442

Tableau A11 — Évaluation du nombre de lits de courte durée économisés à la suite de la comparaison Québec/Ontario, par région de traitement et par établissement

ÉTABLISSEMENT	NB HOSP.	J-PRES. ECONO.		CORRECTION DMS			LITS ÉCONO.
		P/R ÉTAB. PERF	P/R DMS Moy.	ÉT. PERF	DMS MOY	MOY. GEO.	
RÉGION 01		TAUX D'OCCUPATION (T.O.) :					0,85
CENTRE HOSPITALIER D'AMQUI	2 040	-453	-1 041	-0,22	-0,51	0,00	0
CENTRE HOSPITALIER DE MATANE	2 062	2 195	1 453	1,06	0,70	0,87	6
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE RIMOUSKI	8 745	10 887	7 366	1,24	0,84	1,02	29
CENTRE HOSP. REGIONAL DU GRAND-PORTAGE	4 281	3 671	2 205	0,86	0,52	0,66	9
HOPITAL DE NOTRE-DAME-DE-FATIMA	1 980	2 659	2 131	1,34	1,08	1,20	8
HOPITAL NOTRE-DAME-DU-LAC	856	1 495	1 172	1,75	1,37	1,55	4
TOTAL	19 964	20 454	13 287	1,02	0,67	0,83	56
RÉGION 02		T.O. :					0,90
CENTRE HOSPITALIER DE DOLBEAU	2 288	3 401	2 743	1,49	1,20	1,34	9
CENTRE HOSPITALIER JONQUIERE	4 150	5 682	4 366	1,37	1,05	1,20	15
HOPITAL DE CHICOUTIMI INC.	11 302	15 144	9 492	1,34	0,84	1,06	36
HOTEL-DIEU D'ALMA (1964)	4 217	3 558	2 070	0,84	0,49	0,64	8
HOTEL-DIEU DE ROBERVAL	3 934	4 667	3 320	1,19	0,84	1,00	12
TOTAL	25 891	32 452	21 992	1,25	0,85	1,03	81
RÉGION 03		T.O. :					0,90
CENTRE HOSPITALIER CHAUVEAU	3 645	5 461	4 487	1,50	1,23	1,36	15
CENTRE HOSPITALIER COURCHESNE	484	-90	-248	-0,18	-0,51	0,00	0
CENTRE HOSPITALIER DE CHARLEVOIX	652	1 359	1 153	2,08	1,77	1,92	4
CENTRE HOSPITALIER PORTNEUF	22	703	685	31,97	31,12	31,54	2
C. HOSPITALIER ST-JOSEPH DE LA MALBAIE	1 271	1 402	1 009	1,10	0,79	0,94	4
HOPITAL CHRIST-ROI	4 678	6 810	5 449	1,46	1,16	1,30	19
HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS	8 920	20 653	14 814	2,32	1,66	1,96	53
HOPITAL DU SAINT-SACREMENT	9 369	15 047	10 006	1,61	1,07	1,31	37
HOPITAL LAVAL	8 788	16 146	10 549	1,84	1,20	1,49	40
HOPITAL SAINT-FRANCOIS D'ASSISE	10 971	20 095	15 809	1,83	1,44	1,62	54
HOPITAL SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRE	171	511	451	2,99	2,64	2,81	1
LE C. H. DE L'UNIVERSITE LAVAL	9 192	16 368	11 453	1,78	1,25	1,49	42
L'HOPITAL JEFFERY HALE	3 209	4 666	3 825	1,45	1,19	1,32	13
L'HOTEL DIEU DE QUEBEC	7 988	23 860	18 038	2,99	2,26	2,60	63
TOTAL	69 360	132 992	97 479	1,92	1,41	1,64	347
RÉGION 04		T.O. :					0,90
CENTRE HOSPITALIER COMTOIS	504	1 696	1 527	3,37	3,03	3,19	5
CENTRE HOSPITALIER LAFLECHE-GRAND-MERE	1 184	2 957	2 562	2,50	2,16	2,32	8
C. H. REGIONAL DE LA MAURICIE	4 707	5 655	4 100	1,20	0,87	1,02	15
C. H. SAINT-JOSEPH DE LA TUQUE	1 302	3 361	3 001	2,58	2,31	2,44	10
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE	7 038	11 486	8 613	1,63	1,22	1,41	30
C. H. ST-JOSEPH DE TROIS-RIVIERES	4 903	8 007	5 174	1,63	1,06	1,31	20
HOPITAL CLOUTIER	1 830	3 293	2 815	1,80	1,54	1,66	9
HOPITAL DU CHRIST-ROI	1 232	2 197	1 801	1,78	1,46	1,61	6
HOPITAL STE-CROIX	6 549	9 201	7 014	1,41	1,07	1,23	24

HOTEL-DIEU D'ARTHABASKA	7 424	4 130	1 543	0,56	0,21	0,34	8
TOTAL	36 673	51 984	38 150	1,42	1,04	1,21	135

RÉGION 05				T.O. :	0,90		
CENTRE HOSPITALIER D'ASBESTOS	312	422	237	1,35	0,76	1,01	1
CENTRE HOSPITALIER LAC-MEGANTIC	1 560	132	-274	0,08	-0,18	0,00	0
C. H. UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	9 644	20 082	13 609	2,08	1,41	1,71	50
HOP. DE ST-VINCENT DE PAUL DE SHERBROOKE	6 259	10 681	8 441	1,71	1,35	1,52	29
HOPITAL LA PROVIDENCE DE MAGOG	1 430	1 214	702	0,85	0,49	0,65	3
HOTEL-DIEU DE SHERBROOKE	5 636	4 512	1 986	0,80	0,35	0,53	9
PAVILLON ARGYLL	2 117	2 311	1 477	1,09	0,70	0,87	6
TOTAL	26 958	39 354	26 178	1,46	0,97	1,19	98

RÉGION 06				T.O. :	0,90		
C. H.-CENTRE D'ACCUEIL GOUIN-ROSEMONT	480	-264	-392	-0,55	-0,82	0,00	0
CENTRE HOSPITALIER DE LACHINE	1 686	5 301	4 622	3,14	2,74	2,94	15
CENTRE HOSPITALIER DE LASALLE	5 422	2 773	1 415	0,51	0,26	0,37	6
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-LAURENT	2 001	1 811	1 058	0,90	0,53	0,69	4
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	9 862	6 634	3 890	0,67	0,39	0,52	15
CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN	5 704	17 313	14 612	3,04	2,56	2,79	48
CENTRE HOSPITALIER FLEURY	3 876	5 690	4 211	1,47	1,09	1,26	15
CENTRE HOSPITALIER GUY LAPORTE INC.	1 944	-92	-581	-0,05	-0,30	0,00	0
CENTRE HOSPITALIER SAINT-MICHEL	4 059	-622	-1 907	-0,15	-0,47	0,00	0
C.H. THORACIQUE DE MONTREAL	154	707	575	4,59	3,73	4,14	2
HOPITAL BELLECHASSE (1986)	3 572	8 390	7 277	2,35	2,04	2,19	24
HOPITAL DU SACRE-COEUR DE MONTREAL	14 161	13 499	4 937	0,95	0,35	0,58	25
HOPITAL GENERAL DE MONTREAL	9 793	21 214	14 146	2,17	1,44	1,77	53
HOPITAL GENERAL DU LAKESHORE	7 033	9 039	6 926	1,29	0,98	1,13	24
HOPITAL JEAN-TALON	4 626	8 199	6 244	1,77	1,35	1,55	22
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	18 221	31 437	21 343	1,73	1,17	1,42	79
HOPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTREAL	1 045	5 932	4 537	5,68	4,34	4,96	16
HOPITAL NOTRE-DAME	15 943	33 908	22 535	2,13	1,41	1,73	84
HOPITAL REDDY MEMORIAL	1 976	5 471	4 847	2,77	2,45	2,61	16
HOPITAL REINE ELIZABETH DE MONTREAL	3 359	9 108	7 634	2,71	2,27	2,48	25
HOPITAL ROYAL VICTORIA	13 545	11 153	3 576	0,82	0,26	0,47	19
HOPITAL SAINTE-JEANNE-D'ARC	1 665	5 973	5 176	3,59	3,11	3,34	17
HOPITAL SAINTE-JUSTINE	17 721	15 939	6 846	0,90	0,39	0,59	32
HOPITAL SANTA CABRINI	8 419	18 903	15 496	2,25	1,84	2,03	52
HOP. SHRINERS POUR ENFANTS (QUEBEC) INC.	546	162	-108	0,30	-0,20	0,00	0
HOTEL-DIEU DE MONTREAL	9 551	30 252	22 593	3,17	2,37	2,74	80
INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL	6 162	3 946	-603	0,64	-0,10	0,00	0
L'HOPITAL DE MONTREAL POUR ENFANTS	7 102	5 314	1 012	0,75	0,14	0,33	7
L'HOPITAL GENERAL DE LACHINE	1 340	3 878	3 355	2,89	2,50	2,69	11
L'HOP. GENERAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	14 652	11 203	4 139	0,76	0,28	0,46	21
L'HOPITAL SAINT-LUC	11 972	27 647	20 482	2,31	1,71	1,99	72
TOTAL	207 592	319 819	209 893	1,54	1,01	1,25	784

RÉGION 07**T.O. :****0,90**

CENTRE HOSPITALIER DE BUCKINGHAM	2 098	3 013	2 378	1,44	1,13	1,28	8
CENTRE HOSPITALIER DE GATINEAU	9 966	4 060	857	0,41	0,09	0,19	6
CENTRE HOSPITALIER DE MANIWAKI	1 701	959	482	0,56	0,28	0,40	2
CENTRE HOSPITALIER GATINEAU MEMORIAL	526	-53	-197	-0,10	-0,37	0,00	0
C. H. REGIONAL DE L'OUTAOUAIS	6 556	12 834	9 879	1,96	1,51	1,72	34
L'HOPITAL COMMUNAUTAIRE DU PONTIAC INC.	1 031	1 048	728	1,02	0,71	0,85	3
TOTAL	21 878	21 862	14 127	1,00	0,65	0,80	53

RÉGION 08			T.O. :		0,85		
CENTRE DE SANTE DE TEMISCAMING	256	-379	-450	-1,48	-1,76	0,00	0
CENTRE DE SANTE LE MINORDET	40	-40	-53	-0,99	-1,33	0,00	0
CENTRE DE SANTE SAINTE-FAMILLE	954	345	38	0,36	0,04	0,12	0
CENTRE HOSPITALIER DE VAL-D'OR	3 744	2 108	852	0,56	0,23	0,36	4
CENTRE HOSPITALIER HOTEL-DIEU D'AMOS	3 321	2 900	1 478	0,87	0,44	0,62	7
CENTRE HOSPITALIER LA SARRE	2 103	1 373	708	0,65	0,34	0,47	3
CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA	4 383	2 056	548	0,47	0,12	0,24	3
TOTAL	14 801	8 365	3 119	0,57	0,21	0,35	18

RÉGION 09			T.O. :		0,85		
CENTRE DE SANTE DE LA BASSE COTE NORD	501	381	252	0,76	0,50	0,62	1
CENTRE DE SANTE DE LA HAUTE COTE-NORD	366	-21	-140	-0,06	-0,38	0,00	0
CENTRE DE SANTE DE L'HEMATITE	38	25	16	0,66	0,43	0,53	0
CENTRE DE SANTE DE PORT-CARTIER	362	449	326	1,24	0,90	1,06	1
CENTRE DE SANTE SAINT-JEAN-EUDES	569	-10	-171	-0,02	-0,30	0,00	0
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE SEPT-ILES	3 819	3 964	2 625	1,04	0,69	0,84	10
PAVILLON LE ROYER	3 491	4 441	3 251	1,27	0,93	1,09	12
TOTAL	9 146	9 229	6 159	1,01	0,67	0,82	25

RÉGION 10			T.O. :		0,85		
CENTRE DE SANTE ISLE-DIEU	158	-139	-187	-0,88	-1,19	0,00	0
CENTRE DE SANTE LEBEL	319	-335	-415	-1,05	-1,30	0,00	0
HOPITAL CHIBOUGAMAU LIMITEE	1 200	-161	-484	-0,13	-0,40	0,00	0
TOTAL	1 677	-635	-1 087	-0,38	-0,65	0,00	0

RÉGION 11			T.O. :		0,85		
CENTRE DE SANTE DES HAUTS BOIS	138	-161	-230	-1,17	-1,67	0,00	0
CENTRE HOSPITALIER BAIE-DES-CHALEURS	2 738	2 393	1 340	0,87	0,49	0,65	6
CENTRE HOSPITALIER DE CHANDLER	2 105	2 199	1 445	1,04	0,69	0,85	6
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARCHIPEL	1 026	1 015	684	0,99	0,67	0,81	3
C. H. HOTEL-DIEU DE GASPE	1 963	2 550	1 848	1,30	0,94	1,11	7
HOPITAL DES MONTS	1 473	1 267	829	0,86	0,56	0,70	3
TOTAL	9 443	9 262	5 915	0,98	0,63	0,78	25

RÉGION 12			T.O. :		0,90		
CENTRE HOSPITALIER BEAUCE-ETCHEMIN	5 002	6 423	4 819	1,28	0,96	1,11	17
CENTRE HOSPITALIER DE BEAUCEVILLE	1 015	2 228	1 923	2,20	1,89	2,04	6
C. H. DE LA REGION DE L'AMIANTE	3 822	4 084	2 740	1,07	0,72	0,88	10
HOTEL-DIEU DE LEVIS	10 323	14 160	10 343	1,37	1,00	1,17	37
HOTEL-DIEU DE MONTMAGNY	2 136	4 879	4 162	2,28	1,95	2,11	14

TOTAL	22 298	31 775	23 988	1,43	1,08	1,24	84
RÉGION 13			T.O. :			0,90	
CITE DE LA SANTE DE LAVAL	13 465	6 203	1 683	0,46	0,13	0,24	10
TOTAL	13 465	6 203	1 683	0,46	0,13	0,24	10
RÉGION 14			T.O. :			0,90	
CENTRE HOSPITALIER LE GARDEUR	8 112	7 643	5 121	0,94	0,63	0,77	19
C. H. REGIONAL DELANAUDIÈRE	10 346	12 865	8 877	1,24	0,86	1,03	33
TOTAL	18 458	20 508	13 999	1,11	0,76	0,92	52
RÉGION 15			T.O. :			0,90	
CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN	2 989	1 419	506	0,47	0,17	0,28	3
CENTRE HOSPITALIER SAINT-EUSTACHE	7 129	1 856	-145	0,26	-0,02	0,00	0
HOPITAL NOTRE-DAME DE STE-CROIX	2 300	2 108	1 400	0,92	0,61	0,75	5
HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	10 518	11 334	7 426	1,08	0,71	0,87	28
L'HOPITAL D'ARGENTEUIL	1 309	2 845	2 400	2,17	1,83	2,00	8
TOTAL	24 245	19 562	11 586	0,81	0,48	0,62	44
RÉGION 16			T.O. :			0,90	
CENTRE HOSPITALIER ANNA-LABERGE	6 286	4 952	3 037	0,79	0,48	0,62	12
CENTRE HOSPITALIER DE GRANBY	5 207	4 274	2 672	0,82	0,51	0,65	10
CENTRE HOSPITALIER KATERI MEMORIAL	153	607	557	3,97	3,64	3,80	2
CENTRE HOSPITALIER PIERRE-BOUCHER	9 993	12 556	9 320	1,26	0,93	1,08	33
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DU SUROIT	6 562	10 810	8 487	1,65	1,29	1,46	29
HOPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	3 384	1 315	203	0,39	0,06	0,15	2
HOPITAL CHARLES LEMOYNE	12 155	19 974	15 216	1,64	1,25	1,43	53
HOPITAL DU HAUT-RICHELIEU	11 490	4 368	452	0,38	0,04	0,12	4
HOTEL-DIEU DE SOREL	4 541	7 960	6 262	1,75	1,38	1,55	21
L'HOPITAL BARRIE MEMORIAL	987	1 834	1 486	1,86	1,51	1,67	5
RESEAU SANTE RICHELIEU - YAMASKA	9 146	7 560	4 491	0,83	0,49	0,64	18
TOTAL	69 904	76 210	52 182	1,09	0,75	0,90	189
RÉGION 17			T.O. :			0,85	
CENTRE DE SANTE INUULITSIVIK	493	323	174	0,65	0,35	0,48	1
CENTRE DE SANTE TULATTAVIK DE L'UNGAVA	466	-244	-366	-0,52	-0,79	0,00	0
TOTAL	959	79	-192	0,08	-0,20	0,00	1
RÉGION 18			T.O. :			0,85	
C. CRI DE LA SANTE & SERV. SOCIAUX DE LA	354	-14	-134	-0,04	-0,38	0,00	0
TOTAL	354	-14	-134	-0,04	-0,38	0,00	0
GRAND TOTAL	593 066	799 460	538 325	1,35	0,91	1,11	2000

Tableau A12 — État de situation - 1995-1996 — Répartition des journées d'hospitalisation et du nombre d'hospitalisations - Région de résidence vs région de traitement et calcul du taux d'occupation observés

Régions résidence .	Région de traitement																		TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	159 760	65	26 591	53	102	3 432	13	7	105	0	106	3 664	65	60	32	248	0	0	194 303
2	26	212 267	10 054	127	62	4 191	13	11	89	50	17	61	0	17	16	169	0	0	227 170
3	315	577	504 566	637	99	3 238	32	69	145	31	50	1 294	14	44	18	360	0	0	511 489
4	122	1 893	24 345	343 395	11 374	23 142	36	39	11	5	30	1 728	221	465	49	4 658	0	0	411 513
5	11	16	1 232	1 263	217 904	5 597	6	18	0	13	4	2 394	17	15	36	1 683	2	0	230 211
6	302	182	866	504	833	1 420 249	280	94	63	1	186	167	4 991	8 168	1 910	7 643	0	0	1 446 439
7	19	20	214	45	21	5 757	187 104	185	11	6	12	10	46	29	809	103	0	0	194 391
8	20	70	549	38	62	15 284	314	109 216	0	121	4	5	36	11	87	148	0	0	125 965
9	669	3 104	16 336	54	39	2 338	16	6	75 201	8	6	135	28	4	16	68	0	0	98 028
10	6	1 836	763	66	5	941	10	2 254	0	5 288	6	33	8	0	19	37	0	2	11 274
11	7 406	20	13 871	20	132	4 803	11	4	45	4	80 243	396	29	19	81	340	0	0	107 424
12	2 290	65	86 794	491	2 489	2 191	12	12	85	5	27	193 391	12	22	10	201	1	0	288 098
13	62	69	224	216	81	112 046	24	37	59	0	16	70	65 175	594	6 589	731	0	0	185 993
14	40	62	446	2 704	120	70 043	202	26	14	5	38	9	11 309	143 578	11 725	1 002	0	0	241 323
15	40	42	308	111	130	76 811	1 230	100	74	9	15	33	12 605	757	176 328	847	0	0	269 440
16	293	215	1 445	3 046	13 093	266 392	315	85	70	23	152	266	376	633	393	555 720	3	0	842 520
17	0	6	18	3	4	3 858	5	0	0	0	0	2	0	5	0	9	4 478	6	8 394
18	0	156	49	4	0	1 942	0	2 534	0	2 753	0	0	0	0	9	23	0	3 155	10 625
TOTAL	171 381	220 665	688 671	352 777	246 550	2 022 255	189 623	114 697	75 972	8 322	80 912	203 658	94 932	154 421	198 127	573 990	4 484	3 163	5 404 600
Nb hosp.	23 884	30 393	83 387	44 663	31 662	250 156	26 153	17 607	10 830	1 988	11 544	26 779	15 414	21 629	29 111	82 200	1 115	488	709 003
Lits dres. (31-03-95)	511	821	2 520	1 406	919	7 212	763	484	356	86	362	755	368	494	745	2 064	32	27	19 925
T.O. obs.	0,92	0,74	0,75	0,69	0,74	0,77	0,68	0,65	0,58	0,27	0,61	0,74	0,71	0,86	0,73	0,76	0,38	0,32	0,74

Tableau A13 — Répartition des lits de courte durée pour 1995-1996 selon la mobilité observée en 1995-1996 et après correction des taux d'occupation

Région de résidence	Région de traitement																		TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	515	0	81	0	0	10	0	0	0	0	0	11	0	0	0	1	0	0	620
2	0	646	31	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	692
3	1	2	1536	2	0	10	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	1557
4	0	6	74	1045	35	70	0	0	0	0	0	5	1	1	0	14	0	0	1253
5	0	0	4	4	663	17	0	0	0	0	0	7	0	0	0	5	0	0	701
6	1	1	3	2	3	4323	1	0	0	0	1	1	15	25	6	23	0	0	4403
7	0	0	1	0	0	18	570	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	592
8	0	0	2	0	0	47	1	352	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	403
9	2	9	50	0	0	7	0	0	242	0	0	0	0	0	0	0	0	0	312
10	0	6	2	0	0	3	0	7	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	36
11	24	0	42	0	0	15	0	0	0	0	259	1	0	0	0	1	0	0	343
12	7	0	264	1	8	7	0	0	0	0	0	589	0	0	0	1	0	0	877
13	0	0	1	1	0	341	0	0	0	0	0	0	198	2	20	2	0	0	566
14	0	0	1	8	0	213	1	0	0	0	0	0	34	437	36	3	0	0	735
15	0	0	1	0	0	234	4	0	0	0	0	0	38	2	537	3	0	0	820
16	1	1	4	9	40	811	1	0	0	0	0	1	1	2	1	1692	0	0	2565
17	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	26
18	0	0	0	0	0	6	0	8	0	9	0	0	0	0	0	0	0	10	34
TOTAL	552	672	2096	1074	751	6156	577	370	245	27	261	620	289	470	603	1747	14	10	16535

10.8 ÉVOLUTION DES DMS 1989-1995 ET TENDANCES 1996-2001

L'utilisation du fichier de MED-ÉCHO a permis de calculer, par groupe d'âge, les durées moyennes de séjour de 1989-1990 à 1995-1996. Celles-ci ont été utilisées pour évaluer les tendances de 1995 à 2001 présentées au tableau 13.

Les deux colonnes de droite montrent les données québécoises de 1995-1996 corrigées à partir de celles de l'Ontario (la moyenne de l'ensemble des établissements et celle des établissements performants). Si la tendance se poursuit, on constate que d'ici l'an 2001, tous les groupes d'âge, à l'exception des moins d'un an, auront atteint l'une ou l'autre des dms corrigées. Les zones ombragées indiquent les années où elles seront atteintes. Par conséquent, il y a tout lieu de croire qu'il sera effectivement possible d'économiser les 2 004 lits mentionnés au tableau 8.

Tableau A14 Évolution des durées moyennes de séjour par groupe d'âge (1989 - 1995) et tendances 1996-2001

DMS

Groupe d'âge	DONNÉES RÉELLES							TENDANCES						ONTARIO	
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1994©	1994© (p)
(< 1 AN)	6,23	6,22	5,67	5,88	5,96	5,56	5,35	5,33	5,21	5,10	4,98	4,87	4,76	4,64	4,15
(1 à 4 ans)	3,69	3,59	3,42	3,54	3,30	3,30	3,16	3,11	3,04	2,96	2,89	2,83	2,76	3,30	3,18
(5 à 9)	3,81	3,82	3,97	3,75	3,64	3,90	3,65	3,70	3,67	3,65	3,63	3,60	3,58	3,90	3,77
(10 à 14)	4,78	4,72	4,48	4,47	4,33	4,38	4,26	4,16	4,08	4,00	3,93	3,86	3,78	4,21	3,84
(15 à 19)	4,68	4,65	4,53	4,39	4,44	4,18	4,00	3,99	3,89	3,80	3,70	3,61	3,52	3,94	3,61
(20 à 24)	4,72	4,60	4,45	4,33	4,24	4,13	3,80	3,78	3,66	3,55	3,43	3,32	3,21	3,83	3,58
(25 à 29)	4,75	4,60	4,48	4,43	4,34	4,09	3,79	3,79	3,67	3,55	3,43	3,32	3,21	3,70	3,48
(30 à 34)	5,26	5,15	4,94	4,88	4,70	4,53	4,17	4,16	4,01	3,87	3,74	3,60	3,48	4,08	3,82
(35 à 39)	6,15	6,18	5,92	5,78	5,63	5,34	5,03	4,98	4,82	4,66	4,50	4,35	4,21	4,83	4,49
(40 à 44)	7,40	7,18	7,02	6,76	6,62	6,38	5,98	5,91	5,71	5,53	5,35	5,17	5,00	5,59	5,19
(45 à 49)	8,31	8,11	7,73	7,71	7,33	7,03	6,63	6,50	6,27	6,05	5,83	5,62	5,42	6,07	5,65
(50 à 54)	9,07	8,82	8,54	8,40	8,03	7,64	7,34	7,16	6,91	6,67	6,44	6,22	6,00	6,56	6,12
(55 à 59)	10,16	9,88	9,66	9,31	8,93	8,54	7,99	7,85	7,55	7,26	6,98	6,71	6,46	7,23	6,78
(60 à 64)	11,36	11,09	10,71	10,40	9,91	9,47	8,93	8,73	8,38	8,06	7,74	7,44	7,15	8,00	7,57
(65 à 69)	12,46	11,96	11,67	11,22	11,00	10,57	9,81	9,68	9,33	9,00	8,68	8,36	8,06	8,78	8,38
(70 à 74)	13,59	13,17	12,61	12,58	12,06	11,53	10,90	10,72	10,36	10,00	9,66	9,33	9,02	9,46	9,08
(75 à 79)	14,85	14,38	13,87	13,67	13,13	12,65	12,12	11,83	11,45	11,08	10,72	10,37	10,04	10,42	10,08
(80 à 84)	16,84	16,07	15,40	15,00	14,43	13,73	13,36	12,81	12,33	11,87	11,42	10,99	10,58	11,57	11,27
(85 à 89)	17,97	17,49	16,70	16,48	15,55	15,10	14,61	14,10	13,61	13,14	12,68	12,25	11,82	12,74	12,47
(90 et +)	17,86	18,86	17,58	17,39	16,11	15,43	15,06	14,60	14,09	13,59	13,11	12,65	12,21	13,25	13,00

NOTE : Les zones ombragées représentent les années où les durées moyennes de séjour québécoises atteindront les valeurs ontariennes. Cela est vrai pour les patients de tout âge, à l'exception des moins d'un an. Source : fichiers de MED-ÉCHO 1989-1990 à 1995-1996

Tableau A15 — Disponibilité des lits de courte durée physique - données de mars 1997

- A -				- B -			- C -			- D -				- E -				
Données transmises par les régies				Éq.-lits actuels avec un t _x occ. = 85-90%			Besoins après correction de DMS et t _x occ. (85-90%)			Équivalents-lits projetés				Équivalents-lits				
RSS	Lits dressés (03-97)	Pop 1996 ¹	T _x ² occ	Éq.-lits	Récupération	T _x occ	Éq.-lits	Écart	T _x occ	2001		2006		Ajustements			Éq.-lits	Nouveau taux 2006
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) = (2) - (5)	(7)	(8)	(9) = (2) - (8)	(10)	Éq.-lits	Taux	Éq.-lits	Taux	LD - CD ³ (+)	PEP ⁴ (-)	Total	2006	
1*	581	188 234	3,1	552	29	2,9	499	82	2,7	439	2,4	472	2,7	19	50	31	441	2,5
2	773	282 511	2,7	672	101	2,4	590	183	2,1	557	2,0	592	2,2	28	59	31	561	2,1
3	1 984	856 115	2,3	2 096	-112	2,4	1 750	234	2,0	1 751	2,0	1871	2,1	86	175	89	1 782	2,0
4	1 264	416 309	3,0	1 074	190	2,6	938	326	2,3	907	2,1	980	2,3	42	94	52	928	2,2
5	814	296 948	2,7	751	63	2,5	653	161	2,2	631	2,1	677	2,2	30	65	36	641	2,1
6	6 371	2 721 317	2,3	6 156	215	2,3	5 367	1 004	2,0	5 138	1,8	5482	1,9	272	537	265	5 218	1,8
7	702	235 261	3,0	577	125	2,5	524	178	2,2	484	1,9	519	1,9	24	52	29	491	1,8
8*	379	147 732	2,6	370	9	2,5	353	26	2,4	292	1,9	309	2,0	15	35	21	289	1,9
9*	310	82 106	3,8	245	65	3,0	221	89	2,7	192	2,4	204	2,6	8	22	14	190	2,4
10*	61	14 385	4,2	27	34	1,9	27	34	1,9	21	1,5	22	1,7	0	3	3	19	1,4
11*	262	75 207	3,5	261	1	3,5	237	25	3,2	208	2,9	226	3,3	8	24	16	210	3,1
12	676	253 100	2,7	620	56	2,4	536	140	2,1	522	2,1	563	2,2	25	54	28	535	2,1
13	452	194 812	2,3	289	163	1,5	279	173	1,4	238	1,1	252	1,1	19	28	8	243	1,1
14	504	227 371	2,2	470	34	2,1	419	85	1,8	391	1,6	418	1,6	23	42	19	399	1,5
15	786	303 842	2,6	603	183	2,0	557	229	1,8	507	1,5	546	1,5	30	56	25	521	1,4
16	1 901	890 846	2,1	1 747	154	2,0	1 555	346	1,7	1 463	1,5	1562	1,5	89	156	66	1 496	1,5
17*	30	6 552	4,6	14	16	2,2	14	16	2,2	11	1,4	11	1,4	0	1	1	10	1,2
18*	26	2 435	10,7	10	16	4,2	10	16	4,2	8	3,4	9	3,7	0	1	1	8	3,2
Prov.	17 876	7 195 082	2,5	16 535	1 341	2,3	14 530	3 346	2,0	13 760	1,8	14714	1,9	717	1 453	736	13 978	1,8

* = Identifie les régions auxquelles on applique un taux de 85%. Les autres ont un taux de 90%.

1. La population du Québec est corrigée pour la consommation hors-Québec et ajustée au 1er octobre.
2. Taux de disponibilité par 1 000 habitants.
3. Soins de longue durée dans des lits de curte durée - données de MED-ÉCHO 1995-96
4. Application d'un protocole d'évaluation de la pertinence de l'utilisation des soins de santé

11. SOINS DE LONGUE DURÉE DANS DES LITS DE COURTE DURÉE

11.1 INTRODUCTION

L'utilisation des lits de courte durée par des patients en attente de prise en charge par le réseau d'hébergement est un phénomène généralement observé non seulement au Québec, mais aussi dans toutes les provinces canadiennes et aux États-Unis. Au Québec, cependant, compte tenu de l'ampleur des changements démographiques et de l'arrivée des baby-boomers dans le groupe d'âge de 50 à 54 ans, cette situation pourrait, d'ici une vingtaine d'années, poser des problèmes si, à court terme, des ajustements ne sont pas apportés⁵⁹.

En fait, cette situation résulte de la rencontre de circonstances diverses dont :

- un manque de ressources pour des soins à domicile,
- un manque de ressources en lits de longue durée permettant d'offrir un niveau de soins appropriés (dans certaines régions),
- une planification inadéquate des congés des patients,
- un manque de coordination entre les établissements de soins de courte durée et ceux de soins de longue durée,
- l'absence d'orientations précises en matière d'utilisation des lits de courte durée par une clientèle de longue durée,
- une gestion inadéquate du séjour hospitalier des personnes âgées qui souffrent de multiples incapacités.

11.2 EFFETS SUR LA DISPONIBILITÉ DES LITS ET LA QUALITÉ DES SOINS

L'utilisation des ressources allouées pour les soins de courte durée est détournée. En réalité, ces lits sont occupés, durant de très longs séjours, par des patients dont l'état ne nécessite habituellement plus de traitement hospitalier et qui ne peuvent quitter l'établissement à cause de l'absence de ressources alternatives adéquates ou de conditions de vie précaires.

Dans ce contexte, il devient difficile d'offrir un éventail continu de soins et l'accessibilité à des services de qualité s'en trouve réduite. On imagine facilement que ce blocage de ressources peut avoir des répercussions sur d'autres services hospitaliers, tel un engorgement de l'urgence.

11.3 ACCROISSEMENT DE LA POPULATION ET RÉDUCTION DES DURÉES DE SÉJOUR

De 1991 à 2006, la population québécoise totale connaîtra une augmentation de 11,5 %, alors que le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 781 172 à 1 090 304 individus (accroissement de 39,6 %). Si les durées moyennes de séjour hospitalier étaient statiques, la

⁵⁹

croissance de la population et le vieillissement amèneraient nécessairement un accroissement proportionnel des lits de courte durée. Cependant, au cours des sept dernières années (de 1989-1990 à 1995-1996), ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont connu la plus forte diminution de durée moyenne de séjour s'est produite chez les personnes âgées de 65 ans et plus, i.e. près de 19 %. Compte tenu de l'évolution de la pratique médicale et des nouvelles technologies biomédicales, cette décroissance devrait se poursuivre et se stabiliser durant la période 2001 à 2006.

11.4 HISTORIQUE POUR LE QUÉBEC

Au Québec, depuis nombre d'années, on observe un « refoulement » des patients âgés dans les lits de courte durée. Afin de suppléer à la pénurie de lits appropriés servant à l'hébergement et à la convalescence, une circulaire était émise⁶⁰ en 1976. Elle prévoit entre autres :

« Le dénombrement et le regroupement de lits occupés habituellement par des convalescents et des malades à long terme pour former de préférence une unité de soins. Tout centre hospitalier de 200 lits ou plus, à l'exception des établissements suivants : H-D de Sorel, Hôp. Charles-Lemoyne, H-D de St-Jérôme, CH Saint-Eusèbe, devrait affecter au moins 10 % de ses lits occupés aux fins précitées ».

De plus, en 1979, le ministère revenait à la charge dans une nouvelle lettre circulaire⁶¹ précisant que

«[...] tous les centres hospitaliers de soins de courte durée dont le permis d'opération mentionne un certain nombre de lits pour les soins prolongés réaliseront le regroupement de ces lits dans des unités fonctionnelles distinctes (unités de soins) d'ici le 31 mars 1980 ».

11.5 ÉTAT DE SITUATION — 1995-1996

Les données concernant les séjours hospitaliers proviennent du fichier de MED-ÉCHO pour l'année 1995-1996. Afin d'évaluer l'engorgement total des lits de courte durée, toutes les hospitalisations ont été retenues. Au total, en 1995-1996, il y a eu 7 803 hospitalisations dans des lits de courte durée où une partie de l'épisode de soins consistait en des soins de longue durée. Lors de ces hospitalisations, 309 888 jours-présence ont été dispensés pour des soins de courte durée et 617 335 jours pour des soins de longue durée (ou en attente d'hébergement).

La durée moyenne de séjour des épisodes de courte durée fut de 40 jours et celle des soins de longue durée, de 79 jours. (au total, 119 jours, dont 40 en courte durée, et 79 en longue durée).

60. L'objet de cette circulaire, (N° NP-2-1976) publiée le 3 février 1976, était le « Réaménagement des ressources et des services dans les centres hospitaliers publics ».

61. L'objet de cette nouvelle circulaire, publiée le 10 septembre 1979, était la « Politique du ministère des Affaires sociales relativement au regroupement des bénéficiaires de soins prolongés hospitalisés en centres hospitaliers de soins de courte durée ».

Cet épisode de « courte durée » est donc au moins cinq fois plus long qu'un épisode de courte durée normal (7,6 jours).

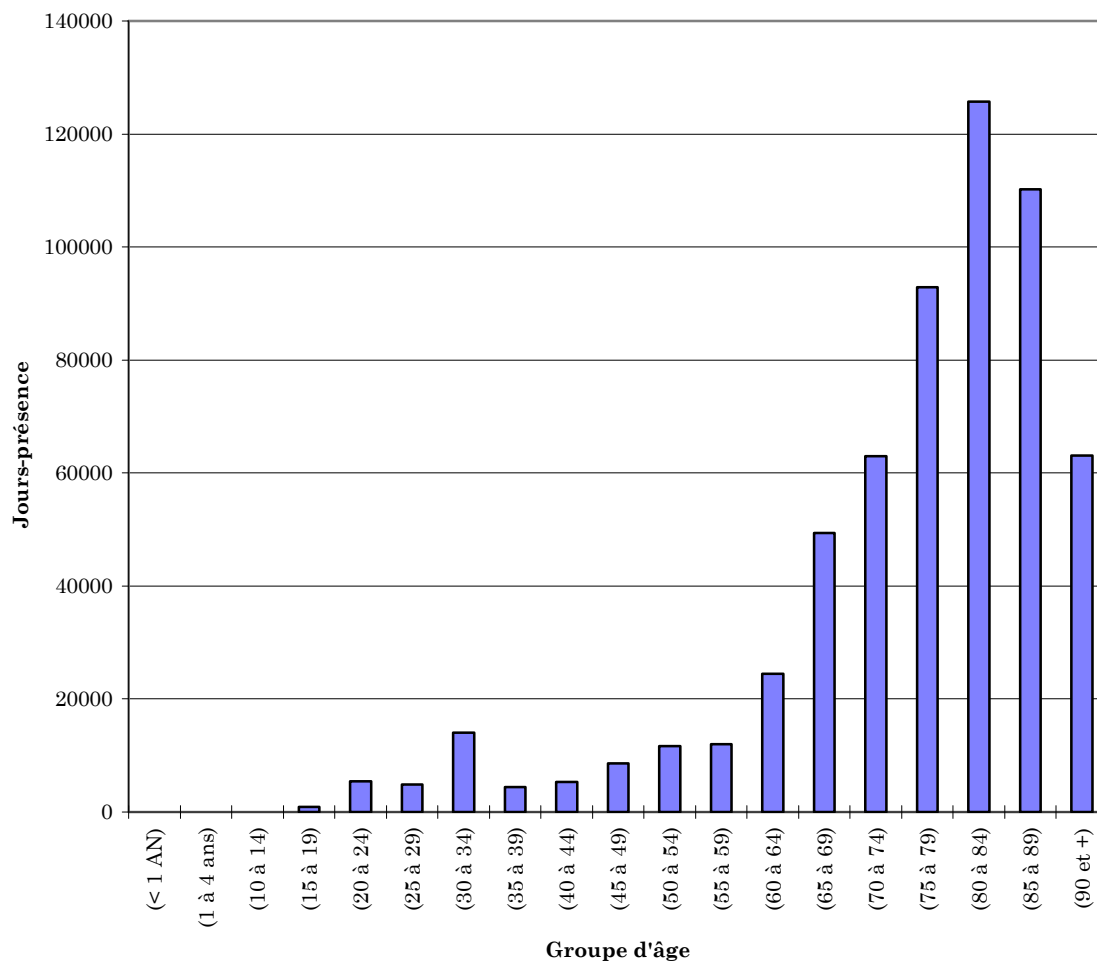
Après épuration des données⁶², il reste 591 050 journées d'hospitalisation qui correspondent soit à des jours d'attente d'hébergement, soit à des jours de soins de longue durée, le tout dans des lits de courte durée, peu importe la nature des soins dispensés ou la clientèle touchée.

La répartition des jours-présence en fonction des groupes d'âge quinquennaux apparaît dans la figure suivante. Plus de 76 % des jours-présence sont consommés par des personnes de 70 ans et plus. Au total, en 1995-1996, le nombre de lits de courte durée occupés pour des soins de longue durée aurait été, en moyenne, de 2 047 lits. Le détail pour chaque région⁶³ apparaît dans le tableau A16.

62. Certaines observations ont été retranchées de notre analyse afin de considérer uniquement les lits qui devraient normalement servir pour les soins de courte durée physique. Ces observations ont trait aux soins qui ont été dispensés par des établissements psychiatriques, de réadaptation et de longue durée, dans les secteurs reliés à l'hôpital à domicile, aux nouveau-nés et aux non-résidents québécois.

63. Ces valeurs proviennent d'une évaluation ponctuelle, le 15 de chaque mois, du nombre de bénéficiaires hospitalisés (et donc du nombre de lits occupés à cette date) pour des soins de longue durée dans des lits de courte durée. Les données du fichier de MED-ÉCHO 1995-1996 ont été utilisées.

Figure A1 — Répartition des jours-présence pour des soins de longue durée selon les groupes d'âge



Le taux d'occupation moyen calculé à partir des jours-présence et du nombre de lits occupés montre des variations interrégionales importantes. La moyenne provinciale est de 79 %⁶⁴.

64

Au niveau provincial, le taux de disponibilité des lits de courte durée pour des patients en attente de prise en charge est actuellement 2,9 lits par 10 000 habitants. Si on exclut les régions 10, 17 et 18, les variations interrégionales vont du simple à près du quintuple (1,5 à 7,0, voir le tableau de la page suivante). Il va de soi que des dispositions devraient être prises afin d'offrir des services mieux adaptés aux types de soins requis par les personnes âgées. Ces ajustements permettraient de réduire les coûts.

Tel que mentionné précédemment, la durée moyenne de séjour de la portion « longue durée » est de 79 jours, soit près de 3 mois d'hospitalisation en attente de placement. Or, si le délai d'attente était ramené à 4 semaines et que le taux d'occupation était porté à 85 %, ceci équivaldrait, au niveau provincial, à un taux de disponibilité de 1,0 lit par 10 000 habitants et le besoin en lits serait alors de 717 lits⁶⁵.

Au niveau régional, un taux de disponibilité de 1 lit par 10 000 habitants diminuerait les besoins en lits inscrits dans la colonne 5 du tableau 15. Finalement, la colonne 6 évalue l'écart entre la situation actuelle et celle projetée. Au niveau provincial, 1 330 lits pourraient possiblement être réalloués ou servir aux soins de courte durée, au désengorgement des urgences ou simplement fermés. Évidemment, cette dernière possibilité nécessite que l'on trouve les moyens appropriés pour prodiguer les soins dont les patients ont besoin.

65

7 800	28	365	0 85	704
704	7 195 082	10 000	0 978	10 000

7 195 082

Tableau A16 — Évaluation du nombre de lits de courte durée utilisés pour des soins de longue et économie potentielle réalisée à la suite d'une diminution de la durée moyenne de séjour

Régions	Jrs-prés. (ldcd) ₁	Nb de lits utilisés (ldcd)	Tx occ. réel (ldcd)	Nb de lits /10 000 hab.	Nb de lits si taux = (1 / 10 000)	Écart
	(1)	(2)	(3) = [(1) / (2)]/365	(4) = (2)/(pop. traitée)	(5)	(6) = (2) - (5)
1	13 375	56	0,65	2,99	19	38
2	20 518	81	0,69	2,87	28	53
3	55 109	160	0,95	1,86	86	74
4	34 241	156	0,60	3,76	42	115
5	15 177	46	0,90	1,55	30	16
6	176 095	599	0,80	2,20	272	327
7	35 591	117	0,84	4,96	24	93
8	15 311	53	0,79	3,61	15	39
9	3 092	12	0,70	1,48	8	4
11	17 083	54	0,87	7,11	8	46
12	28 031	109	0,70	4,31	25	84
13	26 718	95	0,77	4,88	19	76
14	14 228	61	0,64	2,66	23	38
15	44 750	137	0,89	4,51	30	107
16	91 712	311	0,81	3,49	89	222
Province	591 050	2 047	0,79	2,85	717	1 330

1. Ldcd : Soins de longue durée dans un lit de courte durée.

12. JUSTESSE DE L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ — SURVOL DE LA LITTÉRATURE

SOURCE	PAYS	OBJECTIFS	RÉSULTATS	CONCLUSION
APOLONE G <i>et al. Qual Ass Health Care</i> , 1991; 3(1): 1-9.	Italie	Évaluer l'importance de l'utilisation non appropriée des services hospitaliers grâce à un PEA* modifié. Protocole d'évaluation de l'à-propos - Appropriateness Evaluation Protocol (A.E.P.)	41% des jours-présence représentent une utilisation inappropriée. Ce taux varie en fonction du service étudié : 12 % en chirurgie, 20 % en cardiologie et environ 60 % en psychiatrie, gériatrie et neurologie. Les patients ayant un long séjour présentent un taux de jours inappropriés plus élevé. Le taux de la « non pertinence » serait de 30 % pour un séjour hospitalier de 1 à 10 jours, de 60 % pour les séjours > 30 jours.	Cette étude confirme l'existence d'un usage non approprié substantiel des services hospitaliers et que cette situation n'est pas modifiable par de simples changements organisationnels.
BARÉ ML <i>et al, Rev- Épidémiolol-Santé-Publique</i> , 1995; 43(4): 328-36.	France	Évaluation de l'à-propos des jours d'hospitalisation et des admissions dans un établissement de 952 lits offrant 31 services. Utilisation d'un PEA.	La pédiatrie, l'obstétrique et la psychiatrie n'ont pas été considérées. Le taux d'admissions non pertinentes est de 9,1 %. Elles sont principalement dues à des hospitalisations pour des services diagnostiques ou thérapeutiques qui auraient pu être offerts sur une base ambulatoire (71 % des cas). 29% des jours d'hospitalisation étaient inappropriés.	De tels outils d'évaluation permettent une meilleure sélection des patients et du niveau de soins dispensés qui amènent une plus grande justesse dans l'utilisation des soins de santé hospitaliers.
BROOK RH <i>et al., Health Policy</i> , 1990 May; 14(3): 225-42.	États-Unis	Analyse de la littérature concernant la pertinence des soins dispensés aux personnes âgées.	Entre 20 % et 25 % des services hospitaliers de courte durée dispensés ou des procédures utilisées l'ont été pour des raisons équivoques. Le même problème survient en ce qui concerne l'usage des médicaments chez les personnes âgées.	Il y aurait un problème substantiel d'adéquation entre les services offerts aux personnes âgées et leurs besoins.
BROOK RH , <i>BMJ</i> 1994, (308) : 218-219. & BROOK RH <i>et al., Int J Tech Assess Health Care</i> 1986; 2: 53-63.	États-Unis	Développement d'une méthode permettant d'évaluer l'à-propos des soins de santé. À partir d'une revue de la littérature concernant l'efficacité, l'efficience, les indications, les coûts et l'usage des procédures. Établir une liste des indications cliniques spécifiques. Établir l'à-propos suivant une échelle de 1 à 9.	Population : américains de 65 ans et plus. Procédure : endartérectomie carotidienne réalisée pour des raisons équivoques, au mieux, dans les 2/3 des cas. Procédure : endoscopie gastro-intestinale sup. Idem chez ¼ des cas. Dans un groupe d'hôpitaux de l'ouest : Procédure : pontage coronarien inapproprié dans 23 % à 63 % des cas. Dans une étude en G.-B. (région de Trent). Procédure : angio. et pontage coronarien réalisés pour des raisons inappropriées ou équivoques dans 50 % des cas. La même chose est vraie, dans la région N.-O. de la Tamise, pour les cholécystectomies, dans une proportion de 60%.	Deux conclusions : 1. Il suffit de chercher les soins inappropriés pour les trouver. 2. Le taux de soins non appropriés sont beaucoup trop élevés pour qu'on puisse les ignorer.

SOURCE	PAYS	OBJECTIFS	RÉSULTATS	CONCLUSION
GLOOR JE <i>et al.</i> , <i>Pediatrics</i> , 1993 Jan; 91(1): 70-4.	Canada	On rapporte le manque d'évaluations de la pertinence des hospitalisations dans le système de santé canadien. On a conduit une étude dans un hôpital canadien pédiatrique utilisant un PEA.	24 % des jours-présence n'étaient pas appropriés. L'hospitalisation d'enfants plus jeunes et de séjour plus courts étaient plus susceptibles de résulter en des jours-présence inappropriés. Les séjours des patients hospitalisés pour des raisons chirurgicales étaient plus appropriés que ceux qui l'étaient pour des raisons médicales.	Les hospitalisations non appropriées dans un hôpital pédiatrique canadien surviennent légèrement plus souvent que dans un hôpital américain.
HAYES CB <i>et al.</i> , <i>Ir-Med-j</i> , 1995, Jul-Aug; 88(4): 124-6.	Irlande	Utilisation des lits par les personnes âgées. Chaque jour d'hospitalisation a été évalué afin de déterminer si les services offerts ou les conditions du patient justifiaient l'hospitalisation.	29,1 % des jours d'hospitalisation ont été considérés comme non appropriés. La probabilité qu'une journée d'hospitalisation soit jugée non pertinente s'accroît avec l'allongement de la durée du séjour. Le corps médical et les établissements seraient responsables pour environ la moitié de ces jours (48,3 %), les raisons paramédicales (attente d'un autre niveau de soins) pour 26,9 %, les raisons impliquant le patient ou sa famille pour 9,3 % et les raisons environnementales pour 15,5 %.	Recommandations permettant d'améliorer l'à-propos des soins aux personnes âgées dans les établissements de courte durée.
HYNES M , <i>et al.</i> , <i>Ir J Med Sci</i> , 1991 Dec, 160(12): 389-92.	Irlande	Étude concernant les patients qui ont occupé un lit de soins de courte durée pour une période de 21 jours ou plus. Lorsque les jours d'hospitalisation étaient jugés non appropriés on a déterminé la nature de l'obstacle empêchant l'accès aux soins de même que le niveau de soins requis.	Plus de 46 % des patients étudiés ont été jugés placés de façon non appropriée dans un lit de courte durée. Ces patients étaient, de façon générale, significativement plus âgés, de sexe féminin, veufs, avaient été admis par l'urgence et avaient des séjours plus longs que ceux qui occupaient un lit de courte durée de façon appropriée.	Des ressources supplémentaires devront être développées pour les personnes âgées. Des ressources alternatives, aux soins de courte durée pour des patients dont l'état nécessite de la réhabilitation ou de la convalescence devront être explorées.
KEMPER KJ , <i>N Engl J Med</i> , 1988 Apr 21; 318(16): 1033-7.	États-Unis	Évaluation de la justesse de l'utilisation des services dans un hôpital pédiatrique universitaire grâce à un PEA adapté à cette clientèle.	21,4 % des jours représentaient une utilisation inappropriée de l'hôpital. Ce taux variait en fonction de la spécialité, depuis 10 % en pneumo. (<i>pulmonary medicine</i>) à 70 % en neurologie. Le taux était plus bas chez les patients non assurés (14 %) et chez les patients plus jeunes (17 %). Contrairement à toute attente, le nombre de jours inappropriés diminuait avec l'allongement de la durée de séjour. Pour les séjours les plus courts le taux était de 61 %, et pour les séjours les plus longs, le taux était de 14 %	Il y a donc un pourcentage appréciable de jours-présence inappropriés chez la clientèle pédiatrique et ce, surtout durant les courts séjours. La réduction des séjours hospitaliers ne signifie pas nécessairement l'élimination de l'utilisation non appropriée des services hospitaliers.
MARTINEZ ME <i>et al.</i> , <i>Int J Qual Health Care</i> , 1994 Dec.; 6(4): 347-52.	Espagne	Évaluer la durée de séjour appropriée pour une appendicectomie et établir la différence par rapport à ce qui est observé en pratique.	L'utilisation d'un PEA démontre que 1,6% des jours d'admissions et 31,7 % des jours-présence étaient inappropriés. La durée de séjour adéquate pour une appendicectomie est de 4,7 jours, alors que celle observée est de 6,8 jours. Pour le DRG 167, la durée de	Ces résultats montrent qu'il y a une importante proportion des journées d'hospitalisation qui pourraient être évitées. NOTE : DRG 167 — appendicectomie sans

SOURCE	PAYS	OBJECTIFS	RÉSULTATS	CONCLUSION
			séjour était de 3,4 jours comparativement aux 4,9 jours observés.	diag. Principal compliqué, sans cc.
NUMA A, OBERKLAD F , <i>Med J Aust</i> , 1991 Sep 16; 155(6): 395-8.	Australie	Revoir les courts séjours hospitaliers pédiatriques (patients admis pour moins de 24 heures), évaluer leur à-propos et la possibilité de diriger ces patients vers une aire de très court séjour.	Les dossiers choisis de patients d'un hôpital pédiatrique tertiaire montrent que 87,7 % des admissions pouvaient être justifiées sur le plan médical. 65% auraient pu avoir leur congé en deçà de 12 heures. Malgré tout, le séjour moyen était de 17, 0 heures.	Un nombre important d'enfants requièrent une hospitalisation brève pour des raisons mineures. Cependant, des retards administratifs et une revue trop peu fréquente des patients par le personnel médical allonge inutilement la durée de l'admission.
PARANJPE N et al. , <i>Qual. Assur. Util. Rev</i> , 1989 Nov; 4(4): 108-14.	États-Unis	Déterminer quelles sont les catégories majeures de diagnostics (CMD) susceptibles de présenter le plus fort taux d'admissions non essentielles.	Les admissions de 73 établissements du Michigan ont été évaluées. De fortes concentrations d'admissions non pertinentes sont retrouvées dans les secteurs : médecine, psychiatrie et abus de substances toxiques. Par contre, les admissions de type chirurgicales ont des taux relativement bas.	Les CMD dont les taux dépassent 15% concernent 44% des admissions, 77% des admissions non pertinentes et 73% des économies monétaires potentielles.
RISHPON S et al. , <i>Isr J Med Sci.</i> , 1989 Jul; 25(7): 392-7.	Israël	Utilisation de PEA afin de définir dans quel secteur et pourquoi l'utilisation des ressources hospitalières n'est pas efficiente. L'étude s'intéresse surtout aux départements de médecine générale, de chirurgie et de gynécologie de deux hôpitaux.	Des hospitalisations inutiles ont été relevées dans les deux établissements. Les taux étaient particulièrement élevés dans le département de chirurgie d'un hôpital universitaire où il y avait 2,5 à 3 fois plus de jours inutiles. Dans le CH universitaire, les principales raisons étaient des problèmes internes concernant l'utilisation des services diagnostiques, des salles d'opération et des consultants. Dans l'autre hôpital les raisons concernaient surtout la planification des congés.	L'étude identifie donc certains secteurs où les autorités de l'hôpital pouvaient prendre action afin de réduire les pertes.
SIU AL et al. , <i>Am J Public Health</i> (USA), 1990; 80(10): 1253-1256.	États-Unis	Déterminer la relation entre les caractéristiques du patient et celles du fournisseur de services et l'usage inapproprié des services hospitaliers. L'à-propos des traitements dispensés aux patients est basé sur une revue des dossiers médicaux, sur les caractéristiques socio-économiques, économiques, sur l'état de santé des patients et sur les caractéristiques du fournisseur en ce qui a trait aux descripteurs de la pratique du médecin et aux services hospitaliers	27 % des admissions sous la responsabilité des médecins licenciés depuis plus de 15 ans ont été jugées non pertinentes, alors qu'il y en avait 20 % pour les plus jeunes médecins. Les admissions étaient plus susceptibles d'être inappropriées si le patient était de sexe féminin 27 % comparativement à 18 %), et ce, malgré le fait que les hospitalisations reliées à une grossesse n'aient pas été retenues.	Les différences entre les fournisseurs disponibles et les caractéristiques des patients n'expliquent pas les différences géographiques entre les hospitalisations non appropriées.
WAKEFIELD DS , <i>Med Care</i> , 1987 Jun ; 25(6): 481-8.	États-Unis	Utilisation d'un PEA pour déterminer si chaque jour-présence pour des soins c.d. est approprié pour traiter des infections nosocomiales (IN), le motif original d'hosp.	Les journées d'hospitalisation spécifiquement dues aux infections nosocomiales amènent : 1) un accroissement de la durée de séjour chez 38 % des patients; 2) chez les patients ayant un jour ou plus d'hospitalisation dus à une IN, le nombre	L'utilisation du PEA permet d'évaluer les jours additionnels dus aux IN.

SOURCE	PAYS	OBJECTIFS	RÉSULTATS	CONCLUSION
		ou un mélange des deux.	moyen de journées additionnelles était de 20; 3) chez ces mêmes patients, 52 % de la durée de séjour peut être attribué à l'IN.	
WINICKOFF N et al., Medical Care, August 1991, 29(8): AS64- AS-76.	États- Unis (Nouvelle- Angl.)	Utilisation d'un protocole permettant d'évaluer l'à-propos (PEA) des admissions pour des soins de courte durée.	L'évaluation effectuée par une firme indépendante, on révèle un taux global d'admissions non pertinentes de l'ordre de 37,9 %. Après réévaluation par le corps médical des centres impliqués, on considère qu'il y a encore 17,8 % des admissions non pertinentes et un autre 11,1 % considérées comme non pertinentes pour des raisons reliées au manque de programmes adéquats pour la clientèle externe.	L'utilisation d'un protocole d'évaluation permet d'améliorer l'utilisation des services et de mesurer l'accroissement de leur efficience. Des changements dans la pratique clinique et la correction des problèmes reliés à la fourniture des services externes ou à domicile permettraient d'en arriver à une meilleure utilisation des services hospitaliers.

