

**ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA RECONFIGURATION
DU RÉSEAU HOSPITALIER SUR
LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA
POPULATION DE MONTRÉAL**
RÉSULTATS DU MONITORAGE II
(ANNÉES 1993-1994 À 2000-2001)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL /
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

**ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA RECONFIGURATION DU
RÉSEAU HOSPITALIER
SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA
POPULATION DE MONTRÉAL
RÉSULTATS DU MONITORAGE II
(ANNÉES 1993-1994 À 2000-2001)**

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ
SECTEUR SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

ET DE LA
DIRECTION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

OCTOBRE 2007

Québec 

• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal /
Direction de santé publique
• Institut national de santé publique

Auteurs

Pierre Tousignant, Médecin conseil, M.D., M.Sc.
Michelle Houde, Agente de recherche, M.Sc.
Brigitte Simard, Technicienne de recherche
Kathy Lespérance, Agente de recherche, M.Sc.
Costas Kapetanakis, Agent de recherche, M.Sc.
Gilles Lavoie, M.Sc.

Référence suggérée

Tousignant P, Houde M, Simard B, Lespérance K, Kapetanakis C, Lavoie G. Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau hospitalier sur la santé et le bien-être de la population de Montréal - Résultats du monitoring II (années 1993-1994 à 2000-2001). Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal, Montréal, 2007.

Secrétariat

Mireille Paradis

Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes

Ce document est la suite d'un autre document : Tousignant P, Lavoie G, Poirier L-R, Lamontagne D, Dupont MA, Roy D. Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau sur la santé et le bien-être de la population de Montréal-Centre : Résultats du monitoring. Direction de la santé publique, RRSSS-Montréal-Centre, décembre 2000.

Pour cette suite, nous remercions Mesdames Ginette Beaulne, Marjolaine Hamel, Dominique Lesage, Sylvie Provost et Messieurs Raynald Pineault, Jean-Frédéric Levesque qui ont pris la peine de lire et de commenter le présent document. Leurs judicieux commentaires nous ont permis de le bonifier.

Nous tenons aussi à remercier les membres du comité consultatif qui nous ont guidé dans la préparation et la mise en oeuvre de notre plan de recherche. La liste des membres avec leur affiliation en 1995, au début du projet, apparaît à la page suivante.

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique (www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html) et de l'Institut national de santé publique du Québec (www.inspq.qc.ca/publications/)

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-51227-1 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-51226-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2007)

Liste des membres du comité consultatif avec leur affiliation en 1995, au début du projet :

- Pierre Bergeron Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
- André-Pierre Contandriopoulos Département de l'Administration de la santé, Université de Montréal
- André Garon Collège des médecins du Québec
- Hélène David Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Université de Montréal
- Normand Lauzon Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre¹
- Raynald Pineault Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
- Denis Roy Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- Lee Soderstrom Département d'économie, Université McGill
- Samy Suissa Division d'épidémiologie clinique, Hôpital Royal Victoria, Université McGill
- Louis-Paul Thauvette CLSC St-Henri
- André Tourigny Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

¹ Depuis janvier 2004, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre s'appelle l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

AVANT-PROPOS

La disponibilité de nouvelles technologies et de nouveaux moyens de communication conjuguée à la crise des finances publiques ont amené l'État à revoir l'organisation de son réseau de services de santé, ce qui a conduit à la reconfiguration de ce réseau sur le territoire de Montréal. La reconfiguration est entendue ici comme une redéfinition et une réorganisation des services et des soins de santé, ce qui implique une réaffectation des ressources tant humaines, matérielles que financières dans l'ensemble des établissements de santé (centres hospitaliers, CLSC, etc.).

La reconfiguration a résulté de l'implantation des diverses mesures prévues au plan de transformation planifié par l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal)² (1). Ces mesures touchaient les champs d'activités relatifs à la santé physique et mentale, à l'adaptation sociale ainsi qu'à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. La mise en œuvre du plan de transformation a été amorcée en avril 1995.

L'Agence de Montréal a prévu l'évaluation de l'impact des mesures annoncées en trois volets : a) la satisfaction des usagers, b) l'atteinte des objectifs du projet de reconfiguration et c) l'impact de la reconfiguration sur la santé et le bien-être de la population. Ce dernier volet relevait de la Direction de la santé publique (DSP) et s'est réalisé en plusieurs composantes. D'abord un plan de monitoring d'une série d'indicateurs tirés de l'analyse de banques de données administratives⁽²⁾, une série de projets de recherche réalisés spécifiquement pour compléter cet effort d'évaluation d'impact, la réalisation d'un collectif de recherche qui a mis en commun les résultats de ces projets recherche et d'autres projets de recherche portant plus généralement sur les services de santé⁽³⁾, l'organisation d'une conférence permettant d'enrichir l'expérience locale par celle de chercheurs et décideurs à l'échelle canadienne surtout mais aussi internationale⁽⁴⁾. Tout cela a culminé dans la préparation et la diffusion du rapport du directeur de santé publique de Montréal en décembre 2000.

L'Équipe Santé des populations et services de santé qui est une équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec. Cette équipe est dédiée au suivi et à l'évaluation des effets des transformations des services de santé sur la santé de la population. C'est dans ce contexte que l'ESPSS présente les suites aux résultats du monitoring diffusés en décembre 2000.

² Au moment des transformations, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal portait le nom de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre.

PRINCIPAUX MESSAGES

- En 1995-1996, il y a eu une diminution très significative des ressources dans les centres hospitaliers de courte durée de l'île de Montréal (fermeture d'hôpitaux, fermetures de lits additionnelles, diminution des budgets, retraites anticipées...). Pour en minimiser l'impact, il y a eu une mise en place d'incitatifs pour favoriser les services ambulatoires, et une augmentation des ressources dans les centres hospitaliers de longue durée et dans les services à domicile.
- Ces changements se sont accompagnés d'une diminution importante du nombre d'admissions à l'hôpital sans qu'il y ait eu d'augmentation des soins d'un jour.
- Les professionnels et les gestionnaires du réseau ont procédé à des ajustements importants de leur mode de pratique : soins hospitaliers d'un jour au lieu d'admissions; réduction de la durée de séjour; utilisation adéquate des ressources (augmentation des interventions sentinelles dites pertinentes ou reconnues efficaces et de l'indice de gravité clinique).
- Malgré une abondance apparente de ressources hospitalières, la population montréalaise a des taux d'hospitalisation, d'intervention en chirurgie d'un jour et d'intervention pertinente plus bas que la population des autres régions du Québec. Les transformations n'ont pas amélioré cette situation. Deux de ces indicateurs sont directement en lien avec la disponibilité des salles d'opération.
- Nos indicateurs évaluant l'interface entre les soins de première ligne et les CHSGS (Centre hospitaliers de soins généraux et spécialisés) ont identifié un secteur d'activité possiblement problématique : le taux d'appendice rompu semblait augmenter. Un projet de recherche spécifique a été réalisé et a montré que le taux n'augmentait pas vraiment d'année en année. Cependant, il a identifié une très grande variation inter-hospitalière dans le taux d'appendice rompu et des délais d'accès aux salles d'opération très importants. Des pistes de solution pour la réduction des délais et du taux d'appendice rompu ont été identifiées. Ces derniers résultats suggèrent qu'une attention particulière devrait être apportée à l'accès aux salles d'opération.
- Nos analyses des cas traceurs reconnus comme sensibles à un processus de soins approprié ont identifié des secteurs d'activité possiblement problématiques : la continuité des soins dans le suivi post-hospitalisation et le suivi après accouchement.
- Les inégalités socio-économiques dans le recours aux ressources spécialisées persistent et les transformations sont associées à une accentuation de cette situation notamment sur le plan de l'accès aux interventions pertinentes.
- Les résultats obtenus à partir du monitoring identifient des secteurs possiblement problématiques qu'il serait souhaitable d'analyser de façon plus approfondie (groupes de discussion, avis d'experts, projets de recherche, analyses de données cliniques) et de suivre par monitoring pour une période plus prolongée, plusieurs effets s'étant manifestés dans les dernières années d'observation. Les banques de données administratives permettent un monitoring suivi à un coût avantageux et offrent un potentiel informationnel énorme qui demeure largement inexploité.

RÉSUMÉ

En 1995, l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal (Agence de Montréal)^{3 (1)} a entrepris une série de transformations du réseau des services de santé à Montréal. Ces mesures touchaient les champs d'activités relatifs à la santé physique et mentale, à l'adaptation sociale ainsi qu'à la prévention des maladies et à la promotion de la santé.

L'Agence de Montréal a prévu l'évaluation de l'impact des mesures annoncées en trois volets : a) la satisfaction des usagers, b) l'atteinte des objectifs du projet de reconfiguration et c) l'impact de la reconfiguration sur la santé et le bien-être de la population. Ce dernier volet relevait de la Direction de la santé publique (DSP). Sa réalisation a comporté plusieurs composantes. Un travail de monitoring a été réalisé à partir de l'analyse d'indicateurs tirés de banques de données administratives entre 1993-1994 et 2000-2001. De plus, des projets de recherche ont enrichi cet effort d'évaluation d'impact. Enfin, la réalisation d'un collectif de recherche a permis la mise en commun des résultats de ces projets recherche et d'autres projets de recherche portant plus généralement sur les services de santé, ainsi que l'organisation d'une conférence permettant d'enrichir l'expérience locale par celle de chercheurs et décideurs à l'échelle canadienne surtout mais aussi internationale. Tout cela a mené à la préparation et à la diffusion du rapport du directeur de santé publique de Montréal en décembre 2000.

Pour le rapport de décembre 2000, le monitoring a fourni de l'information allant jusqu'à mars 1998. L'Équipe Santé des Populations et Services de Santé (ESPSS), équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec, est partie prenante de la responsabilité qui incombe à la santé publique de rendre compte de l'état de santé de toute la population. Comme le plan de monitoring initial prévoyait produire l'information jusqu'à mars 2001, l'ESPSS présente ici la suite aux résultats du monitoring présentés en décembre 2000.

L'utilisation des banques de données administratives comme seule source d'information impose des contraintes importantes et dicte une grande prudence dans l'interprétation des résultats. Les indicateurs utilisés représentent indirectement l'état de santé; ils peuvent être peu sensibles et ils impliquent des délais d'accès importants. La prudence nous suggère d'utiliser une approche de repérage en trois temps : 1- d'abord, l'identification de secteurs d'activité potentiellement problématiques (secteurs où se manifestent des tendances non souhaitables); 2- ensuite, l'amélioration de la qualité de l'information dans les secteurs problématiques pour orienter l'action de façon précise; 3- la révision du processus d'évaluation pour en améliorer l'efficacité. Ce rapport vise à identifier les secteurs potentiellement problématiques.

³ Au moment des transformations, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal portait le nom de Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre.

Une reconfiguration d'envergure

Entre 1995 et 1998, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de Montréal ont subi des réductions budgétaires de 15,3 %, une réduction du nombre de lits de 28 % (n=2443) et une réduction de 5 à 10 % de leur personnel qui s'avérait être le plus expérimenté. Bien que ces centres n'aient pas été les seuls établissements à être touchés, ce sont eux qui l'ont clairement été le plus. Ils ont été le foyer principal de l'effort de réduction des composantes institutionnelles des services qui était une partie majeure du plan de reconfiguration. À noter que l'importance de la réduction a dépassé ce qui avait été prévu.

À tout cela s'est ajoutée une réduction globale du nombre de médecins autour de 5 % mais une réduction plus marquée dans les spécialités jouant un rôle important dans les services chirurgicaux.

L'importance de la reconfiguration s'est aussi manifestée au niveau des modes de pratique des professionnels de la santé. Surtout pour les procédures considérées comme faisables en chirurgie d'un jour, il y a eu substitution significative des admissions par des procédures en chirurgie d'un jour.

La durée moyenne de séjour a aussi diminué de 13 %, un niveau de réduction moins important que celui envisagé par l'Agence de Montréal. À noter que vers la fin de la période d'observation, la durée moyenne de séjour a augmenté à Montréal comme dans les autres régions du Québec.

Effets de la reconfiguration et des changements de pratique associés

Bien que nos hypothèses ne prévoyaient pas de changement au niveau des principaux indicateurs de mortalité, nous les avons tout de même mesurés, question de ne pas manquer des effets négatifs inattendus. Les seuls changements observés étaient de faible amplitude, dans le sens d'une baisse et ne semblaient pas s'insérer à l'intérieur d'une tendance sauf dans le cas de la mortalité liée aux infarctus du myocarde et à l'insuffisance cardiaque (baisse due à l'amélioration des traitements).

Le tableau de la page suivante résume les principaux effets mesurés au cours de la période d'observation (1993-1994 à 2000-2001) en omettant tous les résultats pour lesquels nous n'avons pas formulé d'hypothèse (les principaux indicateurs de mortalité et les principaux résultats descriptifs visant à fournir une information contextuelle). Dans ce tableau nous ne mentionnons pas non plus si les différences observées sont statistiquement significatives (elles le sont souvent) afin de porter notre attention sur le côté cliniquement significatif et sur leur interprétation synthétique. Sauf pour l'équité, les résultats de la dernière colonne sont sous forme de différences entre les valeurs obtenues pour la première et la dernière année de notre période de suivi. Pour aider l'interprétation de ces résultats, nous avons présenté dans la colonne précédente des flèches indiquant l'évolution attendue.

Tableau récapitulatif des effets

		Évolution attendue	Différence 2001 vs 1993
Accès aux ressources hospitalières	Nombre d'admissions chez les résidents de l'île de Montréal	↓	-80 081
	Nombre de soins d'un jour chez les résidents de l'île de Montréal	↕↔	-7 573
	Taux standardisé d'admission en CHSGS pour trois régions du Québec	↓	-2776 / 100 000
	Taux standardisé d'équivalents-lits en santé physique par région du Québec	↓	-1 / 1 000
	Pourcentage des personnes âgées hospitalisées en lits de courte durée plus de 30 jours	↑	-1,3 %
Soins pré-hospitaliers	Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme discrétionnaires	↕↔	-13 / 10 000
	Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes	↕↔	+46 / 10 000
	Taux d'admission jugée évitable pour divers groupes de conditions médicales	↑	-25 / 10 000
Soins hospitaliers et post-hospitaliers	Taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour	↑	+1,5 %
	Taux de létalité dans un délai de 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	↑	-6 % IAM -4,4 % IC
	Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours pour cinq groupes de conditions médicales	↑	< ±1,5 %
	Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	↑	+2 à +6,8 % selon cond.
	Taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe au médecin traitant de l'hôpital dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	↓	-0,5 à -9,3 % selon cond.
Effets sur les parturientes	Taux de réadmission en CHSGS pour traitement post-partum dans un délai de 42 jours suivant la date d'un accouchement : par voie vaginale ou par césarienne	↑	+3 / 1 000 Vag. +12 / 1 000 Cés.
	Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 42 jours suivant un accouchement en CHSGS : par voie vaginale ou par césarienne	↑	+3 / 1 000 Vag. +22,2 / 1 000 Cés.
		Différence Q5 vs Q1 1993	Différence Q5 vs Q1 2000-2001
Équité	Taux de mortalité selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	+300/100 000	+300 / 100 000
	Taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe pour les conditions médicales ciblées selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	+2 à -9 % selon cond.	-5 à -15 % selon cond.
	Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	+13/10 000	-63 / 10 000*

* 2004-2005 pour les interventions sentinelles reconnues comme pertinentes

Tableau récapitulatif des effets

Pour les indicateurs d'accès, les résultats particulièrement intéressants sont ceux où il y a discordance entre la direction des flèches et celle suggérée par le signe des différences.

Ainsi, comme les transformations favorisaient les chirurgies d'un jour, des gestionnaires du réseau s'attendaient à une augmentation du nombre de chirurgies d'un jour. Or les résultats montrent une diminution (voir 1^{er} cadre avec lignes doubles et foncées).

Pour les autres indicateurs outre l'équité, les résultats particulièrement intéressants sont ceux où il y a concordance entre la direction des flèches et le signe des différences (voir cadres avec lignes doubles et foncées). En effet, selon les experts du réseau consulté, la direction des flèches reflète des effets non souhaitables pouvant être associés aux transformations.

Pour les résultats concernant l'équité, les différences présentées sont celles entre le quintile 5 (défavorisé) et le quintile 1 (favorisé), la colonne de gauche présentant les différences entre les quintiles en 1993 et celle de droite, les différences en 2000-2001 (ou 2004-2005). Sont particulièrement d'intérêt, les résultats non concordants où les différences sont plus importantes d'une colonne à l'autre (voir cadre avec lignes doubles et foncées).

Effets sur l'accès aux ressources hospitalières

Les experts consultés ont craint une baisse d'accès aux soins hospitaliers spécialisés résultant d'une telle réduction des services institutionnels.

Les deux premiers résultats du tableau illustrent les réductions dans les nombres d'admissions (de 60 jours et moins) et de soins d'un jour entre 1993-1994 et 2000-2001. Cette réduction dans le nombre de soins d'un jour (=chirurgie d'un jour) demeure vraie même si les analyses se limitent aux adultes de 18 ans et plus, aux interventions requérant une salle d'opération ou lorsque les endoscopies sont exclues l'analyse. Une telle réduction est surprenante car le virage ambulatoire devait justement favoriser les services n'exigeant pas de séjour à l'hôpital pour atténuer l'effet de la réduction dans le nombre de lits. Ce dernier résultat est congruent avec une réduction des taux ajustés de chirurgie d'un jour dans la population montréalaise entre 1995-2000 et 2000-2004 tel que rapporté dans le portrait de santé du Québec et de ses régions⁴. En somme, l'augmentation observée dans la proportion des chirurgies réalisées en chirurgie d'un jour n'a pas été suffisante pour maintenir à un niveau constant le taux ou le nombre de chirurgie d'un jour. Un tel résultat pourrait trouver une explication dans le fait que la fermeture d'un hôpital était invariablement associée à la fermeture de salles d'opération et les chirurgies d'un jour exigent l'accès à une salle d'opération au même titre que les chirurgies réalisées pour des patients admis à l'hôpital.

À cause des exclusions appliquées dans leur calcul (voir liste à la page 31 du rapport), le taux d'admission et le taux d'équivalent-lits décrivent probablement mieux l'effet des transformations

⁴ Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur la santé de la population, Gouvernement du Québec, 659p.

au niveau des hôpitaux de courte durée tout en standardisant pour le profil d'âge de la population. Le taux d'admission ainsi calculé est de 7 900/100 000 en 2000-2001 à Montréal, soit le taux le plus bas observé au Québec.

En tenant compte de la durée de séjour, le taux d'équivalents-lits traduit une baisse d'utilisation en termes de réduction dans le nombre de lits pleinement fonctionnels pour la population de Montréal : une baisse de 1 808 lits.

Le taux d'admission plus bas à Montréal que dans le reste du Québec et le taux d'équivalents-lits égal au reste du Québec illustrent probablement l'influence de la durée de séjour plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec. Ce phénomène est possiblement lié à une défavorisation sociale plus élevée à Montréal ou à une gravité clinique plus élevée. Ces deux résultats suggèrent que les Montréalais ont plus de difficulté à accéder à un lit de courte durée mais une fois qu'ils y sont, ils y passent plus de temps.

La population montréalaise a donc un niveau d'accès aux ressources hospitalières parmi les plus bas au Québec malgré le fait que la région soit celle qui compte le plus grand nombre de lits sur son territoire. La population montréalaise n'est évidemment pas la seule à utiliser ces lits.

Effets sur le processus de soins pré-hospitaliers

Vu la diminution importante des ressources hospitalières, plusieurs observateurs ont craint que l'accès aux interventions reconnues comme efficaces soit diminué.

Nous avons noté une augmentation dans l'indice de gravité clinique pour presque toutes les conditions étudiées. Même si une partie de cette augmentation peut être en partie factice à cause des changements apportés à la façon de codifier l'information dans les banques de données, elle est aussi en partie cliniquement plausible et réelle. L'augmentation observée pourrait alors être interprétée comme une indication que les professionnels de la santé ont utilisé les ressources hospitalières pour des cas de plus en plus lourds.

Nous avons aussi noté une diminution dans le taux des interventions dites discrétionnaires⁵ et une augmentation dans les taux des interventions dites pertinentes⁶ pour les résidents de l'île de Montréal. Les professionnels de la santé auraient donc modulé l'accès aux lits hospitaliers pour optimiser l'effet sur la santé de la population. Malgré l'augmentation observée dans le taux d'intervention pertinente, le taux de plusieurs de ces interventions demeure néanmoins parmi les plus bas au Québec selon le profil de santé 2006.

Plusieurs conditions médicales sont habituellement suivies et traitées en première ligne mais lorsqu'elles se compliquent, elles requièrent une admission à l'hôpital. De l'avis de plusieurs des observateurs que nous avons consultés, la diminution importante des ressources hospitalières pourrait entraîner une perturbation de la première ligne et mener à une

⁵ Amygdalectomie, hystérectomie, prostatectomie et endartériectomie carotidienne, césarienne.

⁶ Cataracte, angioplastie ou pontage coronarien, traitement de la rétinopathie, implantation d'un pacemaker, prothèse de la hanche, du fémur ou du genou.

augmentation des admissions pour ces conditions. Pour mesurer ce phénomène, nous avons utilisé les taux d'admission évitable pour ces conditions⁷. Ils évoluent généralement vers une baisse sauf pour le taux d'appendice rompu qui a justifié la réalisation d'un projet de recherche menant à la production d'un rapport de recherche et d'un article.

Effets sur le processus de soins hospitaliers et post-hospitaliers

Les indicateurs produits dans cet effort de monitoring interprétatif ont capté des événements cliniques significatifs qui se sont manifestés chez près de la moitié des personnes qui ont utilisé les services hospitaliers de courte durée. Les experts consultés ont suggéré qu'un suivi systématique de ces indicateurs permettrait de capter les principaux effets que pourraient avoir les changements implantés par l'Agence de Montréal sur le processus de soins à l'hôpital.

En général les hypothèses posées concernant ces indicateurs prévoyaient une augmentation des réadmissions, des visites de suivi et de la létalité, la rationnelle étant que l'augmentation de la chirurgie d'un jour ou la réduction de la durée de séjour pourraient inciter les professionnels à faire sortir les patients de l'hôpital avant qu'ils aient complètement récupéré. S'ensuivraient alors des complications qui mèneraient aux événements captés par les indicateurs.

Au cours des années 1996 à 1998, il y a eu une augmentation des admissions après une visite en soins hospitaliers d'un jour. Cela peut être attribuable à une baisse dans la qualité des soins. Mais cette augmentation pourrait aussi s'expliquer en partie par l'évolution des profils d'interventions comportant un risque chirurgical plus grand. Cependant, notre analyse d'un sous-groupe d'interventions non soumis à cette influence suggère que cette explication ne suffit pas. Les trois dernières années d'observation (1998-1999 à 2000-2001) montrent toutefois une stabilisation ou même une diminution de ce taux.

Les taux de *létalité pour les cinq groupes de conditions* utilisés comme cas traceurs démontrent une baisse pour l'infarctus du myocarde les dernières années et pour l'insuffisance cardiaque la dernière année. D'après les experts consultés, de telles baisses pourraient bien refléter une évolution significative dans la technologie disponible pour le traitement de ces conditions. Les données sur la mortalité (indépendamment du lieu) pour les cinq groupes de conditions ressemblent beaucoup à celles sur la létalité, ce qui suggère que les patients souffrant d'une de ces conditions n'ont pas eu de problèmes d'accès aux services hospitaliers qui auraient entraîné une hausse dans la mortalité générale sans nécessairement influencer les statistiques hospitalières. Les taux de réadmission en CHSGS pour ces cinq groupes de conditions ne varient pas au cours des années.

Les taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 30 jours suivant la date de congé hospitalier démontrent une augmentation statistiquement significative (jusqu'à 6,8 %) à travers les années pour toutes les conditions sauf pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'insuffisance cardiaque. Les taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé diminuent de façon statistiquement significative pour l'infarctus du myocarde et pour les

⁷ Appendice rompu, asthme, pneumonie, cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire.

maladies pulmonaires obstructives chroniques. Ils demeurent stables à travers les années pour les trois autres conditions. Les taux des visites au médecin traitant lors de la dernière hospitalisation ont diminué de façon encore plus marquée (jusqu'à 9,3 %), et ce, pour toutes les conditions sauf la fracture de la hanche. La plupart de ces baisses se produisent vers la fin de la période d'observation, soit entre 1998-1999 et 2000-2001 (ce qui illustre l'importance d'un suivi qui dure suffisamment longtemps). Un faible taux de visite de suivi au médecin traitant lors de l'hospitalisation pourrait refléter une baisse dans la continuité après une hospitalisation. Dans la littérature, une faible continuité de ce type est associée au décès, à la réadmission et à une durée de séjour élevée. Dans un contexte ambulatoire, elle est associée à un haut taux de visite à l'urgence.

Effets au niveau des parturientes

Pour l'accouchement, le taux de réadmission concerne spécifiquement les traitements post-partum et couvre un délai de 42 jours suivant l'accouchement. Le taux de visite en salle d'urgence après accouchement couvre aussi un délai de 42 jours mais ne se limite pas à des conditions post-partum.

Les taux de *réadmission pour traitement post-partum* augmentent, que les accouchements soient par voie vaginale ou par césarienne. Ces augmentations sont de l'ordre de trois réadmissions pour mille accouchements par voie vaginale et de douze réadmissions pour mille accouchements par césarienne. De telles augmentations sont à la limite du niveau statistiquement significatif mais on peut se demander si elles sont cliniquement significatives. Néanmoins, ces résultats suggèrent qu'il s'agit ici d'un secteur d'activité possiblement problématique qui pourrait bénéficier d'un suivi spécifique.

Effets en termes d'équité

L'une des inquiétudes présentes dans le contexte de la transformation est la suivante : le processus de transformation risque-t-il d'affecter différemment des personnes de niveaux socio-économiques différents? Notre analyse sur l'équité n'a pas décelé de différence selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu pour le taux de réadmission et le taux de létalité pour l'un des cinq groupes de conditions médicales utilisés comme cas traceurs. Elle confirme cependant l'existence d'inégalités sociales quant aux taux de mortalité et aux taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours suivant le départ de l'hôpital. Le taux de mortalité augmente et le taux de visite diminue à mesure que le niveau socio-économique diminue. Par contre, ces différences entre niveau socio-économique sont restées stables pendant la période de suivi.

L'analyse par quintile des taux d'intervention pertinente montre bien qu'au début de la période, il n'y avait pas de différence appréciable entre le quintile 1 et le quintile 5 quelles que soient les interventions analysées. Aussi, au cours de la période de suivi, une augmentation dans les taux est évidente pour tous les quintiles et pour toutes les interventions. Cependant, cette augmentation est différente selon les quintiles : elle est plus lente pour le quintile 5 et plus rapide pour les autres quintiles, ce qui mène à une différence importante entre ces quintiles à la fin de la période (63/10 000). La réduction importante des ressources hospitalières résultant

des transformations serait donc associée à une réduction relative de l'accès aux interventions pertinentes pour les personnes défavorisées sur le plan économique.

Pertinence de nos résultats

Le réseau de services de santé de l'île de Montréal comporte des spécificités par rapport au réseau de services d'autres régions et le profil des transformations réalisées à Montréal peut différer de celui des autres régions. Pour ces raisons, les résultats que nous présentons ne peuvent être directement applicables ou comparables à d'autres contextes. Il est néanmoins possible de tirer des leçons de nos résultats et d'en faire bénéficier d'autres milieux si le contexte prévalant dans ces milieux présente peu de différences. S'il y a des différences, il faut voir jusqu'à quel point nos résultats peuvent être ajustés pour en tenir compte. En bout de ligne, la décision d'appliquer nos résultats à d'autres milieux demeure essentiellement un jugement basé sur une évaluation qualitative des contextes.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	1
2	LA SANTÉ PHYSIQUE DANS LE CONTEXTE DE LA RECONFIGURATION.....	3
2.1	Définition du problème.....	3
2.2	But et objectifs généraux.....	3
2.3	Cadre de référence pour l'évaluation des services de santé.....	4
2.4	Objectifs spécifiques.....	6
2.5	Population à l'étude et durée du suivi.....	6
3	MÉTHODES.....	9
3.1	Choix des indicateurs.....	9
3.2	Stratégie de recherche et analyse.....	12
3.3	Interprétation des données.....	14
3.4	Critères de comparaison de l'évaluation.....	15
3.5	Sources de données.....	15
3.6	Considérations éthiques relatives au monitoring.....	15
3.7	Limites de l'étude.....	16
4	RÉSULTATS DU MONITORAGE DE LA SANTÉ PHYSIQUE.....	17
4.1	Y a-t-il eu reconfiguration à Montréal?.....	17
4.2	Approche pour présenter les effets de cette reconfiguration?.....	24
4.3	Coupages de lits.....	25
4.3.1	Effets sur l'accès aux soins hospitaliers.....	25
4.3.1.1	Nombre d'hospitalisations selon le lieu de résidence et la catégorie des centres hospitaliers.....	25
4.3.1.2	Taux d'admission des résidents de l'île de Montréal dans les hôpitaux de Montréal pour chacune des 25 catégories majeures de diagnostics (CMD).....	27
4.3.1.3	Taux standardisé d'admission en CHSGS pour trois régions du Québec.....	30
4.3.1.4	Taux standardisé d'équivalents-lits en santé physique par région du Québec.....	31
4.3.1.5	Nombres et taux de patients âgés hospitalisés en lits de courte durée plus de 30 jours et pour plus de 59 jours.....	33
4.4	Augmentation de la chirurgie et des soins d'un jour.....	35
4.4.1	Effets sur la qualité des soins.....	35
4.4.1.1	Taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour.....	35
4.4.2	Effets sur la disponibilité de certaines interventions.....	39
4.4.2.1	Taux et proportion d'hospitalisations pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes ou comme discrétionnaires.....	39

4.5	Réduction de la durée du séjour hospitalier	43
4.5.1	Effets sur la qualité des soins	43
4.5.1.1	Taux de létalité dans un délai de 30, 60 et 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	43
4.5.1.2	Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours pour cinq groupes de conditions médicales.....	49
4.5.1.3	Taux de visite en salle d'urgence et taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	57
4.5.1.4	Taux standardisé de mortalité pour cinq groupes de conditions médicales	65
4.5.1.5	Taux de réadmission en CHSGS pour traitement post-partum dans un délai de 42 jours suivant la date d'un accouchement : par voie vaginale; par césarienne.....	67
4.5.1.6	Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 42 jours suivant un accouchement en CHSGS : par voie vaginale; par césarienne	70
4.6	Ensemble des interventions	73
4.6.1	Effets découlant d'une perturbation des soins de première ligne.....	73
4.6.1.1	Taux d'admission jugée évitable pour divers groupes de conditions médicales	73
4.6.1.2	Nombres et taux de décès évitables résultant de groupes de conditions médicales spécifiques, ainsi que nombre de décès et taux de mortalité néonatale et post-néonatale	76
4.7	Résultats ultimes	80
4.7.1	Taux de mortalité par groupe d'âge.....	80
4.7.2	Taux de mortalité infantile	81
4.8	Effets sur l'équité.....	82
4.8.1	Taux de mortalité selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu).....	82
4.8.2	Taux de réadmission et taux de visite en salle d'urgence, en cabinet privé, en clinique externe et auprès d'un nouveau médecin pour l'un des cinq groupes de conditions médicales selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu.....	83
4.8.3	Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu.....	85
5	DISCUSSION	89
5.1	Prudence dans l'interprétation.....	89
5.1.1	Approche évaluative.....	89
5.1.2	Choix des indicateurs et données disponibles	90
5.1.3	Fiabilité de l'information	91
5.1.4	Délai dans la production des résultats.....	91
5.2	Sensibilité du monitoring	92
5.3	Une reconfiguration substantielle et une pratique différente	93

5.4	Effets de la reconfiguration et des changements de pratique associés.....	94
5.4.1	Accès aux ressources hospitalières.....	94
5.4.2	Effets sur le processus de soins pré-hospitaliers.....	97
5.4.3	Effets sur le processus de soins hospitaliers et post-hospitaliers	98
5.4.4	Effets au niveau des parturientes	100
5.4.5	Effets en termes d'équité	100
5.5	Pertinence de nos résultats	101
6	CONCLUSION	103
7	RÉFÉRENCES.....	105
 ANNEXE I : LISTE DES ACTIONS POUR LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU ..		109
ANNEXE II : CLASSIFICATION DES CHSGS DE L'ÎLE DE MONTRÉAL.....		115
ANNEXE III : ANALYSES STATISTIQUES DÉTAILLÉES.....		119

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indicateurs de qualité, de pertinence, de continuité, d'accès et d'utilisation des soins et services hospitaliers	11
Tableau 2 : Résultats intermédiaires (équité) et ultimes (état de santé)	12
Tableau 3 : Évolution des budgets des établissements de 1991-1992 à 1999-2000*	17
Tableau 4 : Évolution des budgets des CHSGS publics et privés de 1991-1992 à 1999-2000*	18
Tableau 5 : Évolution du nombre de médecins entre 1993 et 1999	20
Tableau 6 : Degré de substitution des hospitalisations	21
Tableau 7 : Nombre d'admissions et soins d'un jour dans les hôpitaux de Montréal, évolution de 1993-1994 à 2000-2001	28
Tableau 8 : Taux de létalité pour cinq conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile du revenu et la gravité clinique, en dedans de 90 jours suivant la date d'admission	48
Tableau 9 : Taux de réadmission pour cinq conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile de revenu et la gravité clinique, dans un délai de 30 jours suivant un congé	55
Tableau 10 : Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier pour cinq groupes de conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile de revenu et la gravité clinique	61
Tableau 11 : Taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier pour cinq groupes de conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile de revenu et la gravité clinique	62
Tableau 12 : Taux d'admission jugée évitable pour 10 000 personnes	75
Tableau 13 : Taux d'admission jugée évitable, analyse statistique des résultats	76
Tableau 14 : Taux de mortalité évitable pour 100 000 personnes	77
Tableau 15 : Taux de mortalité évitable pour le regroupement, analyse statistique	78
Tableau 16 : Taux de mortalité pour 1 000 au cours de la première année de vie	78
Tableau 17 : Tableau récapitulatif des effets	95

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Cadre de référence pour l'évaluation des services de santé	5
Illustration 2 : Démarche pour l'identification des indicateurs	10

LISTE DES ENCADRÉS

Importance de la reconfiguration	23
Effets des coupures de lits sur l'accès aux soins hospitaliers.....	32
Effets des coupures de lits sur l'occupation des lits de CHSGS par des personnes âgées	34
Effets de l'augmentation de la chirurgie d'un jour	38
Effets des coupures de lits sur la disponibilité de certaines interventions	42
Effets de la réduction de la durée de séjour sur la létalité et le taux de réadmission	56
Effets de la réduction de la durée de séjour sur les taux de consultation suivant un congé hospitalier	64
Effets de la réduction de la durée de séjour sur les taux standardisés de mortalité pour cinq groupes de conditions médicales	66
Effets de la réduction de la durée de séjour sur le taux de réadmission et de visite en salle d'urgence après un accouchement	71
Effets découlant d'une perturbation des soins de première ligne	79
Effets sur les taux de mortalité.....	82
Effets sur l'équité.....	87

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Durée moyenne du séjour dans différentes régions de résidence du Québec.....	22
Graphique 2 :	Hospitalisation selon le type de soins, usagers de l'île de Montréal	25
Graphique 3 :	Hospitalisation selon le lieu de résidence des patients	26
Graphique 4 :	Hospitalisation selon le type de centre hospitalier, usagers de l'île de Montréal.....	26
Graphique 5 :	Hospitalisation selon le type de centre hospitalier, usagers de l'extérieur de l'île de Montréal	26
Graphique 6 :	Taux standardisé d'admission en CHSGS par région du Québec.....	30
Graphique 7 :	Taux standardisé d'équivalents-lits par région du Québec.....	31
Graphique 8 :	Pourcentage des personnes âgées hospitalisées avec séjour de plus de 30 jours selon le lieu de résidence	33
Graphique 9 :	Pourcentage des personnes âgées de l'île de Montréal séjournant plus de 59 jours dans un lit de courte durée par groupe de CH.....	34
Graphique 10 :	Taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour, résidents de Montréal de 18 ans et plus.....	35
Graphique 11 :	Évolution du nombre d'interventions selon les catégories d'épisodes en soins hospitaliers d'un jour	36
Graphique 12 :	Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites pertinentes chez les résidents de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier	40
Graphique 13 :	Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites pertinentes chez les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier	40
Graphique 14 :	Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites discrétionnaires chez les résidents de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier	40
Graphique 15 :	Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites discrétionnaires chez les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier.....	41
Graphique 16 :	Taux d'hospitalisation pour interventions sentinelles chez les résidents de l'île de Montréal	41
Graphique 17 :	Fracture de hanche : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS.....	44
Graphique 18 :	Infarctus du myocarde : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS.....	45
Graphique 19 :	Cancers du côlon et du rectum : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS	45
Graphique 20 :	Insuffisance cardiaque : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS.....	46
Graphique 21 :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS.....	46
Graphique 22 :	Cancers du côlon et du rectum : taux de létalité en dedans de 90 jours.....	47

Graphique 23 : Variation dans le taux de létalité sur une période 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour infarctus du myocarde, après contrôle pour la gravité clinique, le sexe, l'âge, le quintile de revenu.....	49
Graphique 24 : Fracture de la hanche : Réadmission dans un délai de 30 jours.....	50
Graphique 25 : Infarctus du myocarde : Réadmission dans un délai de 30 jours.....	52
Graphique 26 : Cancers du côlon et du rectum : Réadmission dans un délai de 30 jours.....	52
Graphique 27 : Insuffisance cardiaque : Réadmission dans un délai de 30 jours.....	53
Graphique 28 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques : Réadmission dans un délai de 30 jours	53
Graphique 29 : Durée moyenne de séjour pour chacune des cinq conditions.....	54
Graphique 30 : Évolution du pourcentage des indices de gravité élevés pour chacune des cinq conditions.....	54
Graphique 31 : Fracture de hanche : visite à l'urgence et en clinique externe ou cabinet privé dans un délai de 30 jours.....	59
Graphique 32 : Infarctus du myocarde : visite à l'urgence et en clinique externe ou cabinet privé dans un délai de 30 jours	59
Graphique 33 : Cancers du côlon et du rectum : visite à l'urgence et en clinique externe ou cabinet privé dans un délai de 30 jours	59
Graphique 34 : Insuffisance cardiaque : visite à l'urgence et en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours	59
Graphique 35 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques : visite à l'urgence et en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours à l'urgence	60
Graphique 36 : Probabilité d'une visite de suivi en clinique ou cabinet privé selon le délai suivant le congé hospitalier pour infarctus du myocarde.....	63
Graphique 37 : Mortalité pour cinq groupes de conditions médicales.....	65
Graphique 38 : Taux de réadmission pour traitement post-partum suivant un accouchement par voie vaginale	67
Graphique 39 : Taux de réadmission pour traitement post-partum suivant un accouchement par césarienne	68
Graphique 40 : Variation dans le taux de réadmission pour traitement post-partum suivant un accouchement par voie vaginale, après contrôle pour la gravité clinique, l'âge, le quintile de revenu.....	69
Graphique 41 : Taux de visite en salle d'urgence suivant un accouchement par voie vaginale	70
Graphique 42 : Taux de visite en salle d'urgence suivant un accouchement par césarienne.....	70
Graphique 43 : Taux de mortalité, hommes de l'île de Montréal, par groupe d'âge.....	80
Graphique 44 : Taux de mortalité, femmes de l'île de Montréal, par groupe d'âge.....	80
Graphique 45 : Taux de mortalité infantile : île de Montréal.....	81
Graphique 46 : Taux de mortalité selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu.....	82
Graphique 47 : Différences dans le taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe entre le Quintile 5 (fixé à 0) et les autres Quintile, pour les cinq conditions	83
Graphique 48 : Proportion de visite dans les 30 jours suivant un congé hospitalier pour infarctus du myocarde – cabinet privé ou clinique externe, chez un médecin traitant lors de l'épisode de soins index	84

Graphique 49 : Taux d'hospitalisation pour traitement de rétinopathie ou implantation d'un pacemaker parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	86
Graphique 50 : Taux d'hospitalisation pour traitement de cataracte parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu.....	86
Graphique 51 : Taux d'hospitalisation pour prothèse de la hanche, du fémur ou du genou parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	86
Graphique 52 : Taux d'hospitalisation pour angioplastie ou pontage coronarien parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	86

1 INTRODUCTION

Le plan de transformation planifié par l'Agence de Montréal en 1995⁸ implique des mesures multiples. On y envisage la fermeture de plusieurs hôpitaux, la fermeture de lits dans les hôpitaux qui restent ouverts, la diminution de la durée moyenne des séjours à l'hôpital, l'augmentation des taux de chirurgie d'un jour, l'augmentation des services à domicile, l'implantation complète d'Info-Santé, l'amélioration de l'accès aux services médicaux et aux prélèvements, la mise en place d'un réseau interactif de services aux personnes âgées... De telles mesures sont complexes et peuvent avoir des effets multiples, et ces effets peuvent prendre plusieurs années à se manifester. Les efforts qui ont été réalisés en 2000 pour fournir des résultats des mesures de ces effets aux décideurs visaient à les informer en temps opportun. Ils avaient l'inconvénient de réduire la durée du suivi à un nombre d'années insuffisant pour capter les effets se manifestant avec un délai plus important.

Le présent rapport fait suite au rapport sur le monitoring de décembre 2000 en ajoutant trois années au suivi (1998-1999 à 2000-2001) des mêmes indicateurs et en révisant les analyses et les interprétations en conséquence. Il permet de fournir des informations plus complètes, aux décideurs quant aux effets potentiels de la reconfiguration.

La première section du document rappelle la problématique de recherche, les buts et questions de recherche, la population à l'étude et le cadre de référence. La seconde contient la description des indicateurs et des méthodes employées pour produire les résultats. Ceux-ci sont présentés dans la troisième partie; ils sont regroupés selon les effets liés à la reconfiguration qu'ils doivent décrire. Dans la quatrième partie, nous faisons une synthèse des résultats et en faisons l'interprétation en fonction de la démarche de recherche utilisée. Dans la cinquième partie, nous concluons en identifiant les implications pour les décideurs du réseau et les pistes de recherche à poursuivre pour améliorer la qualité du jugement à porter sur la reconfiguration.

⁸ L'atteinte d'un nouvel équilibre: L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, juin 1995.

2 LA SANTÉ PHYSIQUE DANS LE CONTEXTE DE LA RECONFIGURATION

2.1 DÉFINITION DU PROBLÈME

L'État a décidé d'améliorer le rendement de son système de santé tout en voulant préserver l'état de santé de la population. Pour ce faire, un train de mesures a été mis en place dans chacune des régions administratives du Québec. Essentiellement, ces mesures visaient à respecter les principes d'efficacité au moindre coût (*l'efficience*) et de l'intensité adéquate des services, c'est-à-dire à s'assurer que l'on fournit tous les services requis en privilégiant le secteur ambulatoire.

Avec les mesures implantées, l'Agence de Montréal a l'intention de réduire les coûts tout en améliorant la qualité des soins et services ou, à tout le moins, en la préservant. Il importe donc de s'assurer que de telles mesures n'entraînent pas d'effets indésirables sur la santé de la population. Le directeur de la santé publique s'est engagé à contribuer à la mesure des effets de la reconfiguration du réseau sur l'état de santé de la population. Le présent rapport découle de cet engagement.

Notre tâche consiste donc à : a) identifier les effets indésirables que pourrait produire la reconfiguration du réseau et suivre leur évolution, et b) porter un jugement en comparant la situation qui prévalait avant la reconfiguration à celle qui suit la mise en œuvre du plan de transformation. Comme un grand nombre des mesures implantées se rapportent à la santé physique, une des stratégies retenues pour réaliser ces objectifs est le **monitorage des indicateurs** de santé physique à partir de banques de données administratives.

2.2 BUT ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Notre but est d'évaluer l'impact des mesures de transformation proposées par l'Agence de Montréal sur la santé physique de la population de son territoire.

Nos objectifs généraux sont de :

- décrire les effets de la reconfiguration sur la santé physique des groupes les plus susceptibles d'être touchés;
- faire le suivi de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé reconnus dans la littérature scientifique comme ayant des effets bénéfiques sur la santé de patients atteints de certaines conditions médicales;
- identifier les conditions qui facilitent l'accès en temps opportun aux services de santé et leur utilisation, ainsi que les conditions qui en assurent l'efficacité, c'est-à-dire, entre autres, la qualité, la globalité et la continuité.

2.3 CADRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION DES SERVICES DE SANTÉ

Le modèle classique en évaluation des services de santé, qui propose une tripartition du système de santé — structure, processus et résultats —, sert de cadre de référence au monitoring et aux projets de recherche. Comme on peut le voir à l'illustration 1, la structure intègre les caractéristiques du système de soins et services de santé (l'offre), celles de la population (la demande) et l'environnement, lequel agit sur les facteurs de risque auxquels la population est exposée. Les soins et services donnés par les dispensateurs aux usagers, les habitudes de vie de la population ainsi que l'environnement immédiat définissent le processus. Les résultats se rapportent aux effets intermédiaires (*output*) et ultimes (*outcome*) résultant de ce qui précède. Chacune de ces composantes comme les diverses relations entre elles peuvent en soi faire l'objet d'une analyse.

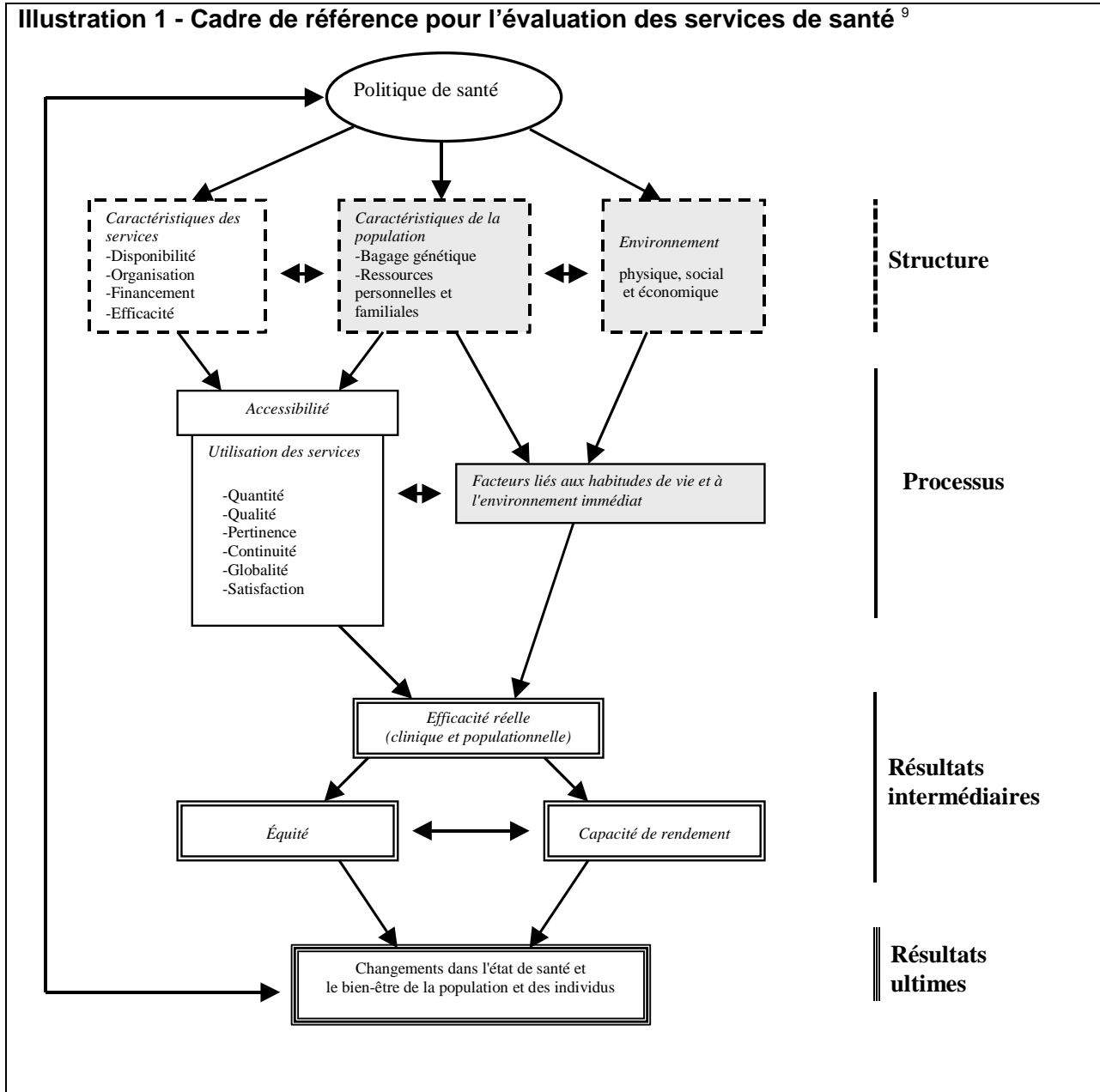
Ce modèle permet de situer chacun des éléments du système de santé dans cet ensemble plus vaste qui détermine l'état de santé des populations. Les parties claires de l'illustration 1 retracent le sous-ensemble « système de soins et services de santé », l'un des déterminants de la santé et du bien-être de la population; les parties ombragées identifient les autres déterminants de la santé, c'est-à-dire l'environnement, les habitudes de vies et la biologie humaine comprise dans les caractéristiques de la population. On peut voir comment cet ensemble de facteurs affecte en bout de ligne l'état de santé de la population et des personnes.

Selon ce modèle, les modifications dans l'offre de services, comme dans la demande d'ailleurs, sont susceptibles d'entraîner à leur tour des modifications dans l'accessibilité et l'utilisation des services, c'est-à-dire tout ce qui touche la dispensation des services. Il peut s'ensuivre des effets sur l'efficacité réelle (*effectiveness*), l'équité et la capacité de rendement du système de santé, et ultimement l'état de santé de la population peut s'en trouver modifié.

Quelles relations établir entre ce modèle théorique et la réalité? L'inventaire des mesures prévues au plan de transformation montre que la reconfiguration touche surtout la structure des services : fermeture d'hôpitaux, de lits, transfert de personnel, intégration de divers services, etc. — autant d'éléments qui définissent l'offre. Selon ce modèle, à court terme, une large part des effets potentiels de la reconfiguration se situerait au niveau du processus. En effet, les transformations annoncées ne peuvent atteindre leur plein potentiel que si les pratiques sont aussi modifiées. À moyen terme, des changements (positifs ou négatifs) pourraient survenir au niveau des résultats intermédiaires.

C'est pourquoi il importe de s'assurer que l'état de santé de la population et des individus se maintienne, d'identifier les effets bénéfiques pouvant résulter des transformations, d'être attentif à des situations qui pourraient s'avérer problématiques, notamment en ce qui a trait à la qualité des soins, et d'observer l'évolution temporelle des phénomènes étudiés.

Illustration 1 - Cadre de référence pour l'évaluation des services de santé⁹



⁹ Tiré et adapté de: L.A. Aday *et al.*, *Evaluating the Medical Care System*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1998.

2.4 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Ce cadre de référence placé dans le contexte de la réorganisation réalisée à Montréal nous permet de préciser davantage les objectifs du monitoring. Suivre l'évolution :

- des changements dans le système de santé par des indicateurs reflétant la structure et le processus des services de santé directement touchés par le plan de reconfiguration;
- de la santé de la population par des indicateurs et des descripteurs de santé les plus susceptibles d'être influencés par les changements apportés.

Comme les mesures contenues dans le plan de reconfiguration de l'Agence de Montréal ont touché particulièrement les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), nous portons une attention particulière aux effets pouvant découler des interventions visant ces centres :

- a) la diminution du nombre de lits en centre hospitalier de soins de courte durée, de même que la diminution du nombre de lits de longue durée dans certains de ces centres;
- b) l'atteinte du plein potentiel de cas en chirurgie et soins d'un jour;
- c) la diminution de la durée moyenne du séjour des patients qui occupent des lits de courte durée.

De plus, comme le réseau des CHSGS est en interaction constante avec le réseau des soins de première ligne, des changements au niveau d'un réseau peuvent avoir des effets au niveau de l'autre et vice-versa. Certains des effets découlant des interventions décrites ci-haut risquent de se manifester à l'interface entre ces deux réseaux; nous portons aussi attention à ces effets.

Dans ce plan de monitoring, nous portons donc une attention particulière aux services hospitaliers, guidés en cela par ce que les groupes d'experts consultés ont identifié comme effets prévisibles des mesures de changement envisagées par la l'Agence de Montréal.

2.5 POPULATION À L'ÉTUDE ET DURÉE DU SUIVI

Les conséquences de la reconfiguration seront mesurées auprès des sous-groupes suivants :

- les usagers des services directement visés par les mesures de transformation du réseau;
- les usagers habituels des services de santé qui ne sont pas directement visés par la reconfiguration mais dont l'accessibilité aurait pu être affectée dans le contexte de la reconfiguration;
- les populations défavorisées au plan socio-économique.

Une évaluation d'impact suppose une période suffisamment longue pour qu'on puisse percevoir les effets à court, moyen et long termes des transformations du réseau, et ce, non seulement

sur les sous-groupes de la population directement visés par celles-ci mais aussi sur la population dans son ensemble. À cet effet, l'étude se découpe en trois périodes pour couvrir les années¹⁰ précédant la reconfiguration (1993-1995), celles de la mise en œuvre du plan de reconfiguration (1995-1998) et les années subséquentes (1998-2001). Les données portant sur les années entre avril 1998 et mars 2001 apparaissent dans ce rapport mais n'apparaissent pas dans le rapport de 2000⁽²⁾.

¹⁰ Il s'agit non pas d'années de calendrier mais d'années correspondant à un exercice financier, lequel se déroule du 1^{er} avril d'une année donnée au 31 mars de l'année suivante.

3 MÉTHODES

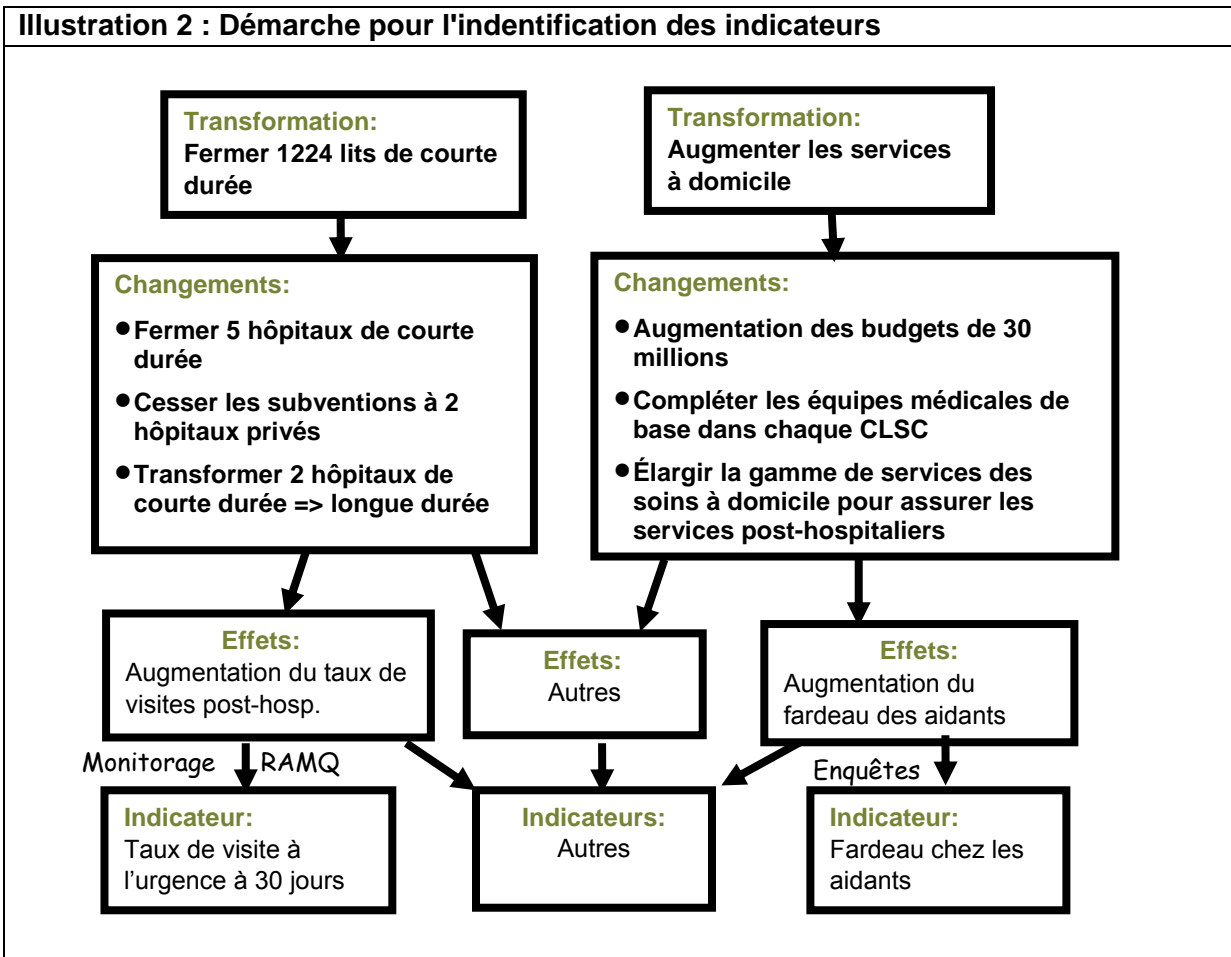
3.1 CHOIX DES INDICATEURS

Le point de départ de la démarche suivie était la description détaillée des transformations envisagées par l'Agence de Montréal. Une liste est présentée à l'Annexe I. Pour identifier les effets pouvant résulter des interventions que l'Agence de Montréal a prévu pour les CHSGS, nous avons complété une revue de la littérature et sollicité l'opinion des décideurs et des membres du comité consultatif du projet Reconfiguration. Nous avons aussi obtenu les impressions d'un groupe d'experts cliniciens du réseau lors de leur participation à un groupe de discussion. Pour se préparer à cette rencontre, ces experts avaient à analyser les interventions prévues par le plan de reconfiguration et identifier les effets qui pouvaient résulter de chacune d'elles. Ces effets pouvaient être bénéfiques ou non. Lors de la rencontre, le groupe a passé en revue chacune des interventions en utilisant comme point de départ les effets préalablement identifiés et en visant l'identification la plus exhaustive possible de tous les effets pouvant en découler. Nous avons traduit ces effets en indicateurs et nous avons alors procédé à un nouveau processus de consultation auprès des cliniciens, en particulier auprès d'un certain nombre de directeurs de services professionnels d'hôpitaux de la région de Montréal. L'illustration 2 résume la démarche.

Les indicateurs choisis se rattachent à divers concepts qui ont trait soit au processus (l'accès aux soins et services hospitaliers et ambulatoires, la qualité des soins, leur pertinence et leur continuité), soit aux résultats intermédiaires (l'équité), soit aux résultats ultimes (descripteurs de la mortalité et espérance de vie en bonne santé). Ces concepts ainsi que les indicateurs s'y rapportant sont décrits dans les Tableaux 1 et 2. On trouve au Tableau 1 les indicateurs d'accès, d'utilisation, de qualité des soins, de continuité et de pertinence. Le Tableau 2 présente les indicateurs de résultats intermédiaires et ultimes. Les numéros apparaissant à la gauche des descriptions des indicateurs réfèrent au numéro des fiches signalétiques⁽⁵⁾.

Dans ces tableaux et dans le texte qui suivra, on utilise les termes « hospitalisation » et « admission » pour signifier deux choses différentes : une hospitalisation implique une visite sur le site de l'hôpital pour recevoir des soins hospitaliers d'un jour ou pour être admis (mais n'inclut pas les visites en clinique externe); une admission implique que le patient séjourne au moins une nuit à l'hôpital. De même on utilise l'expression « soins hospitaliers d'un jour » pour éviter une confusion dans l'interprétation à donner au code 27 de la variable « type d'établissement » dans Med-Écho (ministère de la Santé, 1992). Le sens donné à ce code avant avril 1995 était « soins infirmiers d'un jour », depuis c'est « chirurgie d'un jour ». Le changement de sens suggéré en 1995 impliquait que seuls les services qui représentaient une chirurgie d'un jour devaient apparaître sous ce code (*i.e.* seules les procédures thérapeutiques chirurgicales devaient y apparaître; les autres procédures thérapeutiques et les procédures diagnostiques ne requérant pas une admission ne devaient tout simplement plus apparaître dans Med-Écho). Selon les analyses que nous avons faites des fichiers Med-Écho, il n'est pas clair que cette consigne ait été suivie. En conséquence, lorsque nous utilisons l'expression « soins hospitaliers d'un jour », nous faisons référence spécifiquement à tous les services codés 27 à la variable « type d'établissement » de Med-Écho (ceux-ci représentent surtout des services en chirurgie

d'un jour mais aussi des services thérapeutiques non-chirurgicaux et des services diagnostiques qui ne nécessitent pas une admission). Lorsque nous utilisons l'expression « chirurgie d'un jour », nous nous limitons au sous-ensemble des « soins hospitaliers d'un jour » qui ne contient que les procédures chirurgicales.



Outre ces indicateurs, nous présentons aussi certaines variables descriptives clés qui pourraient jouer le rôle de variable confondante dans nos analyses : répartition des effectifs selon le sexe, durée de séjour moyenne en institution, durée de séjour médiane, âge moyen et le pourcentage des patients avec gravité clinique élevée ou extrême. L'indice de gravité clinique est une variable du fichier Med-Écho dérivée des APR-DRG (All Patient Refined Diagnostic Related Groups)⁽⁶⁾ qui indique « l'étendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système organique » au cours de l'hospitalisation index. Cet indice comprend quatre niveaux : 1) faible, 2) modéré, 3) élevé et 4) extrême.

Tableau 1 : Indicateurs de qualité, de pertinence, de continuité, d'accès et d'utilisation des soins et services hospitaliers
PROCESSUS

Indicateurs	Niveau d'analyse ¹¹
Qualité des soins	
#1 Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours pour cinq groupes de conditions médicales	Patients
#2 Taux de létalité dans un délai de 30, 60 et 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS et taux de mortalité pour cinq groupes de conditions médicales (standardisés pour l'âge)	Patients / Population
#3 Nombre d'admissions et taux d'admission jugées évitables	Population
#4 Taux de mortalité évitable pour certaines conditions	Population
#7 Taux de réadmission en CHSGS suivant un accouchement	Patientes
#8 Taux de visite en salle d'urgence suivant un accouchement	Patientes
#10 Taux de visite en salle d'urgence suite à une admission	Patients
#11 Taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe suite à une admission	Patients
#13 Taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour	Patients
Pertinence	
#9 Taux et proportion d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes ou comme discrétionnaires	Patients / Population Institution ¹²
Continuité	
#11 Taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe suite à une admission	Patients
Soins intrahospitaliers	
#6 Nombres et taux de patients âgés hospitalisés en lits de courte durée pour plus de 30 jours et pour plus de 59 jours	Patients / Institution
#14 Taux et proportion d'admission des résidents de l'extérieur de l'île de Montréal dans les hôpitaux de Montréal	Patients / Population (non résidante, résidante)
#15 Taux et proportion des journées d'hospitalisation des résidents de l'extérieur de l'île de Montréal dans les hôpitaux de Montréal	Patients / Population (non résidante, résidante)
Soins ambulatoires	
#16 Nombre et fréquence des procédures en soins hospitaliers d'un jour	Patients

¹¹ Niveau d'analyse : il s'agit du dénominateur. Population : population moyenne qui réside sur l'île de Montréal ou population moyenne non résidante (Québec moins Montréal). Institution : patients d'un type de centre hospitalier. Patients : patients avec conditions médicales spécifiques.

¹² Les analyses ne sont pas présentées par établissement mais par type d'établissement pour assurer l'anonymat de chaque établissement.

Ainsi un patient admis avec diabète aura un indice faible s'il n'a aucune complication, un indice moyen si sa maladie est associée à des manifestations rénales, un indice élevé s'il se présente avec une acidose diabétique et extrême s'il se présente en coma hyperosmolaire.

Certains indicateurs sont ventilés par quintile ou tertile socio-économique. Nous avons utilisé le pourcentage de la population sous le seuil de faible revenu par région de tri d'acheminement (RTA). Ces données sont rendues disponibles par Statistique Canada à partir d'information tirée du Recensement 1996 et 2001. Nous disposons d'information sur 99 des 101 RTA de l'île de Montréal. Les deux RTA pour lesquelles les données économiques ne sont pas disponibles sont des zones du centre-ville de Montréal où très peu de gens sont domiciliés. Pour les 99 autres RTA, la population moyenne varie de 17 771 à 47 590. Le pourcentage sous le seuil de faible revenu à Montréal en 1996 variait d'un minimum de 6,9 % à un maximum de 61,9 %. La moyenne pour l'ensemble des 99 RTA est 34,8 %. Ainsi, les RTA avec le plus **faible** pourcentage des personnes vivant sous le seuil de faible revenu et qui cumulent 20 % de la population dans les ménages privés de Montréal, constitueront le premier quintile. Le pourcentage sera de 33 % lorsqu'on parlera de tertile. À noter que les taux présentés par quintile ou tertile sont tirés de numérateurs qui comprennent les événements touchant aussi la population en institution tandis que les dénominateurs ne contiennent que la population des ménages privés. Cette dernière est 4 % plus petite que la population totale.

Tableau 2 : Résultats intermédiaires (équité) et ultimes (état de santé)

Indicateurs	Niveau d'analyse*
Équité	
#2 Taux de létalité dans un délai de 30, 60 et 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales par quintile de revenu	Patients
#1 Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours pour cinq groupes de conditions médicales par quintile de revenu	Patients
#17 Taux de mortalité générale selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	Population
État de santé	
#17 Taux de mortalité généralisés standardisés par groupe d'âge (0-64, 65-74, 75-84, 85+ ans) et selon le sexe	Population
#2 Taux de mortalité pour cinq groupes de conditions médicales (standardisés pour l'âge)	Population
#18 Taux de mortalité infantile	Population (0-1 an)

* Niveau d'analyse : il s'agit du dénominateur. Population : population moyenne qui réside sur l'île de Montréal ou population moyenne non résidente (Québec moins Montréal). Institution : patients par type de centre hospitalier. Patients : patients avec conditions médicales spécifiques.

3.2 STRATÉGIE DE RECHERCHE ET ANALYSE

Deux types d'analyse seront effectués : l'analyse par cas traceurs^(7,8) et l'analyse par types d'interventions. L'analyse par cas traceurs vise un nombre restreint de conditions médicales qui

répondent aux critères suivants : il s'agit de conditions médicales à forte prévalence pour lesquelles un diagnostic est relativement facile à poser et pour lesquelles la nécessité et le choix du traitement font l'objet d'un consensus professionnel. Ces conditions devraient être sensibles aux transformations qui risqueraient d'interférer avec leur traitement.

Ces conditions médicales sont la fracture de la hanche, l'infarctus aigu du myocarde, l'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et les cancers du côlon et du rectum. L'analyse par types d'intervention vise les interventions dites pertinentes et les interventions dites discrétionnaires¹³.

Les calculs seront effectués à l'aide des logiciels SAS, SYSTAT et Microsoft Excel. Nous observons les « variations naturelles ou accidentelles » de chacune des variables d'intérêt afin d'en voir les effets et de suivre leur évolution dans le temps (études sérielles)⁽⁹⁾. Pour ce faire, nous analysons ce qui s'est passé « avant et après » l'implantation des mesures prévues par l'Agence de Montréal. Pour les analyses statistiques, nous combinons les taux des exercices financiers 1993-1994 et 1994-1995 pour former un taux que nous appelons taux de référence car il décrit la situation qui précède les transformations apportées au réseau. Nous le comparons à chacun des six exercices financiers subséquents. Au total, 6 comparaisons sont réalisées : 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001 vs la période de référence (1993-1994 et 1994-1995 combinées). Pour ce faire, nous soustrayons le taux de chacune des années de suivi au taux de référence. Nous vérifions, en présentant les intervalles de confiance autour des différences, si celles-ci sont statistiquement significatives, auquel cas elles apparaissent sur un fond ombragé dans les tableaux. L'approche analytique implique un très grand nombre de comparaisons, ce qui entraîne une plus grande probabilité d'identifier des résultats significatifs; les paramètres utilisés pour faire nos analyses tiennent compte de ce fait ($\alpha = 0,01$). Bien que, pour les analyses statistiques, les années 1993-1994 et 1994-1995 aient été regroupées, les résultats sont présentés séparément pour chacune de ces années dans les graphiques. Cela nous permet de fournir une information plus précise.

Lorsqu'une des variables descriptives clés change au cours de la période d'observation, nous procédons à une analyse multivariable qui nous permet d'éliminer toute influence confondante de cette variable et ainsi nous permet de mieux évaluer les changements dans l'indicateur d'intérêt au cours de la période d'observation. Pour réaliser ces analyses, nous utilisons l'analyse de régression multiple avec distribution binomiale et avec un lien «identity or unity» i.e. $g(\mu) = \mu$. Nous codifions de façon à ce que les années 1993-1994 et 1994-1995 combinées soient considérées comme référence. Cette approche nous permet aussi de calculer les taux ajustés pour toute influence des variables descriptives confondantes. Dans ces analyses, l'âge est codifié en quatre catégories (18 à 64 ans; 65 à 74 ans; 75 à 84 ans; 85 ans et plus) sauf

¹³ Interventions **pertinentes**, on retient : traitement pour cataracte (CCADTC ¹³ = 27.2- 27.6), angioplastie (CCADTC = 48.0) ou pontage coronarien (CCADTC = 48.1), traitement de la rétinopathie (CCADTC = 28.4, 28.6), implantation d'un pacemaker (CCADTC = 49.7, 49.8) ou d'une prothèse de la hanche, du fémur ou du genou (CCADTC = 93.5, 93.6, 93.41-93.43). Dans le groupe des interventions sentinelles dites **discrétionnaires**, on retient : amygdalectomie (CCADTC = 40.1, 40.2), hystérectomie (CCADTC = 80.2-80.4), prostatectomie (CCADTC = 72.1-72.5) et endartériectomie carotidienne (CCADTC = 50.12), césarienne (CCADTC = 86.0, 86.1, 86.2, 86.8, 86.9).

dans le cas de la fracture de la hanche où les deux premières catégories sont combinées. Pour sa part, l'indice de gravité est codifié en deux catégories (faible ou modéré; élevé ou extrême).

Pour la plupart des indicateurs, nous étudions la population de la région administrative de Montréal, laquelle s'élève à environ un million huit cent mille personnes. De tels nombres rendent les analyses statistiques très sensibles. Dans cette situation, l'interprétation des résultats doit aussi tenir compte de l'importance clinique des changements observés avant de porter un jugement final. Nous y revenons à la section suivante.

Pour certains indicateurs, les populations à l'étude sont celles des résidents de l'île de Montréal hospitalisés pour une condition spécifique; ces populations sont plus petites mais ne sont jamais moindre que 1 000 personnes par année. Pour certains indicateurs n'impliquant pas le croisement des banques de données et pour les indicateurs reflétant l'accessibilité relative aux ressources hospitalières, nous présentons les résultats des patients hospitalisés sur l'île de Montréal mais domiciliés à l'extérieur de la région en plus de ceux de la région.

3.3 INTERPRÉTATION DES DONNÉES

De la même manière qu'il est impossible d'évaluer les effets spécifiques découlant de chacune des mesures de transformation, il est impossible de discerner ces effets sur chacune des conditions médicales. C'est pourquoi nous avons retenu plusieurs indicateurs portant sur des conditions médicales pour lesquelles un lien entre l'utilisation des services hospitaliers et l'amélioration de l'état de santé est généralement admis.

Les indicateurs ont été choisis parce qu'ils devraient être particulièrement sensibles aux transformations du réseau de la santé et parce que leur évolution pourrait refléter les effets de ces transformations^(10,11,12,13). Leur interprétation nécessite cependant une grande prudence car d'autres facteurs que les transformations du réseau peuvent également influencer l'évolution de ces indicateurs. Aussi les utilisons-nous dans un but de **repérage**. Dans ce contexte, pour la plupart des indicateurs, si leur valeur diminue avec le temps, la tendance est positive et encourageante. Si la tendance est la stabilité, on présume que les transformations n'ont pas généré d'effets négatifs mais il faut continuer à surveiller. S'il y a augmentation, la tendance est négative. Il faut alors faire des analyses complémentaires avant d'attribuer ce résultat aux changements effectués dans le réseau, surtout si la tendance a débuté avant que n'aient été amorcées les mesures de reconfiguration (1995-1996).

La portée clinique des changements observés joue aussi un rôle important dans leur interprétation : les analyses statistiques portant sur un grand nombre d'observations peuvent être si sensibles que les différences statistiquement significatives peuvent avoir peu d'importance cliniquement parce que très petites en valeur absolue. De la même façon, les analyses statistiques portant sur un petit nombre d'observations peuvent être si peu sensibles que de grandes différences n'apparaissent pas statistiquement significatives. Bien qu'essentielle dans de telles situations, la détermination de l'importance clinique n'est pas simple car il s'agit d'un jugement d'abord subjectif. Il est possible de lui donner une valeur un peu moins subjective mais cela doit être fait de façon systématique, avant de jeter tout regard

sur les résultats, par des experts cliniciens qui doivent considérer chacune des conditions étudiées et déterminer le niveau de différence qui devrait être considéré cliniquement significatif. Il s'agit là d'un effort gigantesque qui n'a pas été fait dans ce projet. Le jugement clinique devra donc demeurer en grande partie subjectif. Néanmoins, comme nos indicateurs sont des séries temporelles sur six ans, sans recourir à des analyses statistiques spécifiques, nous proposons de tenir compte des tendances observées pour aider le jugement clinique. Ainsi, un changement constant serait plus important qu'un changement qui varie avec l'année, par exemple une augmentation suivie d'une baisse. En effet, le contexte de repérage rend difficile toute interprétation d'un changement qui ne se maintiendrait pas au cours de plusieurs années.

3.4 CRITÈRES DE COMPARAISON DE L'ÉVALUATION

Évaluer, c'est porter un jugement. À cette fin, divers critères nous permettront de comparer les indicateurs et les descripteurs du monitoring et de porter ainsi un jugement sur la situation des services de santé. Les résultats annuels seront comparés à un taux de référence qui lui décrit la situation précédant la reconfiguration. Ce taux de référence résulte d'une combinaison de taux d'un indicateur ou d'un descripteur donné, qui couvre les années correspondant aux exercices financiers 1993-1994 et 1994-1995.

Lorsque ce sera possible, nous effectuerons des comparaisons avec d'autres populations du Québec ou du Canada, question de mettre en contexte les résultats observés pour la population montréalaise.

3.5 SOURCES DE DONNÉES

Les banques de données administratives nous offrent l'opportunité d'accéder aux renseignements nécessaires pour documenter nos hypothèses et assurer le suivi du monitoring. Nos sources sont constituées des banques de données administratives de la RAMQ (services médicaux rémunérés à l'acte) et de Med-Écho (informations sur les services dispensés en CHSGS) du ministère de la Santé et des Services sociaux et du fichier des décès SP-3 de l'Institut de la statistique du Québec. La valeur de l'information tirée de ces banques de données est augmentée de façon importante en effectuant un lien entre elles grâce à un numéro d'identification anonyme unique à chaque patient, qui permet de construire pour chacun des usagers une trajectoire d'utilisation des services qui y sont répertoriés. Les données du recensement canadien de 1996 ont servi aux analyses intégrant les variables écologiques sur le revenu.

3.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES RELATIVES AU MONITORAGE

Le projet de monitoring a fait l'objet d'une évaluation par le Comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui l'a jugé favorablement. Par la suite, la Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ) en a pris connaissance et nous a autorisé à utiliser les banques de données mentionnées ci-haut. Notre demande répondait aux critères éthiques

tant sur le plan clinique qu'en ce qui concerne les aspects de la protection de la vie privée des citoyens.

Le projet ne comporte aucun contact direct ou indirect avec les patients, aucune revue des dossiers médicaux; seule une extraction des données à partir des fichiers d'origine est effectuée. Il s'avérait impossible de demander le consentement d'environ 100 000 patients par année (notre bassin de patients pour le monitoring), conformément à la règle du consentement éclairé, et notamment du consentement écrit. Cependant, avec l'encryptage du numéro d'assurance-maladie (NAM), on préserve l'anonymat des patients et le caractère non nominal des renseignements personnels demandés, tout en assurant le jumelage des diverses banques de données.

Outre l'encryptage du NAM, pour assurer un maximum de sécurité et éviter l'apparition de profils uniques dans les analyses, on a réduit la précision de certaines variables (codes postaux à trois positions, l'âge du patient plutôt que la date de naissance par exemple), ce qui rend impossible l'identification des patients.

Conformément aux critères de la CAIQ, un très grand nombre de mesures ont été prises pour assurer la sécurité des données, dont le contrôle de l'accès à l'édifice et au local où se trouvent les données, l'accès aux supports informatiques et papiers des banques de données, l'accès aux banques de données sur l'ordinateur.

3.7 LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien que le mandat de la Direction de santé publique porte principalement sur les résultats, il faut aussi tenir compte de ce qui se passe au niveau du processus des services et soins de santé pour comprendre et interpréter correctement les mesures de résultats. Par ailleurs, l'impact de la reconfiguration sur l'état de la santé de la population risque d'être difficile à déceler à cause des autres déterminants (facteurs liés à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie) qui interviennent sur celui-ci — problème de spécificité des mesures. De plus, cet impact risque de n'être perceptible que sur une période de temps assez longue — problème de sensibilité des mesures. Par ailleurs, l'utilisation de banques de données administratives pour l'évaluation de composantes du système telles que les services de première ligne ou de réadaptation présente des limites importantes.

4 RÉSULTATS DU MONITORAGE DE LA SANTÉ PHYSIQUE

4.1 Y A-T-IL EU RECONFIGURATION À MONTRÉAL?

À la fin du chapitre 2, lorsque nous avons précisé les objectifs du monitoring par indicateurs et descripteurs, nous avons identifié les interventions de l'Agence de Montréal auxquelles nous portons une attention particulière. Avant de procéder à la description des résultats, nous présentons des données qui permettront de voir jusqu'à quel point ces interventions ont été implantées. Les interventions sont décrites de nouveau dans des zones ombragées et elles sont suivies des données qui s'y rapportent.

- a) Diminution du nombre de lits en centre hospitalier de soins de courte durée, de même que la diminution du nombre de lits de longue durée dans certains de ces centres.

La réalité complexe de la reconfiguration dépasse le strict nombre de lits fermés. Nous présentons donc les budgets consentis aux établissements de santé et de services sociaux par le ministère au cours des années 1991-1992 à 1999-2000⁽¹⁴⁾. Pour procéder à des comparaisons, nous avons retenu le budget révisé final net qu'ont totalisé les établissements de la région de Montréal, en excluant la région de Laval qui antérieurement faisait partie de la région de Montréal.

Tableau 3 : Évolution des budgets des établissements de 1991-1992 à 1999-2000*

	Budget révisé final net \$	Variation par rapport à l'année précédente \$	% de variation par rapport à l'année précédente \$	
1991-1992	3 081 922 491	-	-	
1992-1993	3 176 263 222	+ 94 340 731	+ 3,06 %	
1993-1994	3 240 852 526	+ 64 589 304	+ 2,03 %	
1994-1995	3 249 909 725	+ 9 057 199	+ 0,28 %	
1995-1996	3 189 149 348	- 60 760 377	- 1,87 %	-8,4 %
1996-1997	3 125 802 814	- 63 346 534	- 1,99 %	
1997-1998	2 973 257 000	- 152 545 814	- 4,89 %	
1998-1999	2 998 019 113	+ 24 762 113	+ 0,83 %	
1999-2000	3 014 460 514	+ 16 441 401	+ 0,55 %	

* Source : Les données de base proviennent de SBFR, gestion de la budgétisation, 00-01-25, produites par M. Luc Bordeleau, Direction des immobilisations et finances. Notons qu'en 1997-1998 s'ajoutent des compléments au budget financé par autorisations d'emprunt.

Le Tableau 3 illustre l'évolution globale de la situation budgétaire pour l'ensemble des établissements montréalais au cours des années 90. L'année 1994-1995 marque une première rupture avec la tendance observée jusque là puisque globalement le budget des établissements est reconduit sans augmentation pour assumer l'augmentation des coûts. Les trois années qui suivent dénotent les contraintes significatives qui ont caractérisé la période de transformation avec des diminutions récurrentes totales de 277 M\$. Les deux années 1998-

1999 et 1999-2000 amorcent un nouveau tournant avec des réinvestissements qui totalisent 41 M\$.

Le Tableau 4 présente la situation des CHSGS pour les mêmes années. Pour les centres hospitaliers, tout comme pour les autres établissements, l'année 1994-1995 annonce des changements radicaux. Le tableau permet de constater que les réductions budgétaires des CHSGS ont été proportionnellement plus importantes que pour l'ensemble des établissements. Par exemple, pour la période 1995-1998, les CHSGS ont connu des réductions budgétaires totalisant 15,3 % de leurs budgets nets, soit 284 M\$, pendant que l'ensemble des établissements, toutes catégories comprises, ont connu des réductions de 8,75 %, soit 277 M\$.

Tableau 4 : Évolution des budgets des CHSGS publics et privés de 1991-1992 à 1999-2000*

	Budget révisé final net \$	Variation par rapport à l'année précédente \$	% de variation par rapport à l'année précédente \$
1991-1992	1 767 919 130	-	-
1992-1993	1 818 770 287	+ 49 851 157	+ 2,82 %
1993-1994	1 870 772 194	+ 53 001 907	+ 2,92 %
1994-1995	1 859 412 204	- 11 359 990	- 0,61 %
1995-1996	1 809 820 336	- 49 591 868	- 2,67 %
1996-1997	1 694 170 649	- 115 649 687	- 6,39 %
1997-1998	1 575 329 000	- 118 841 649	- 7,01 %
1998-1999	1 576 387 986	+ 1 058 986	+ 0,06 %
1999-2000	1 584 681 173	+ 8 293 187	+ 0,53 %

-15,3 %

* Source : Les données de base proviennent de SBFR, gestion de la budgétisation, 00-01-25, produites par M. Luc Bordeleau, Direction des immobilisations et finances. Notons qu'en 1997-1998 s'ajoutent des compléments au budget financé par autorisations d'emprunt.

Les changements majeurs observés au niveau des budgets ont été accompagnés d'autres changements structuraux importants, surtout pendant la période 1995-1996 à 1997-1998 :

- diminution de 1 224 lits de courte durée dans le cadre du plan, à laquelle s'ajoute une diminution de 1 219 lits par le biais des compressions pour un total de lits fermés de 2 443 lits (soit une réduction de 29 %). En 1998-1999, la région dispose de 6 062 lits de courte durée;
- fermeture de 9 blocs opératoires;
- fermeture de 7 salles d'urgence;
- diminution de 128 lits de longue durée au permis des centres hospitaliers universitaires.

Les 1 224 lits de courte durée fermés tel que décrit plus haut proviennent des fermetures d'hôpitaux qui se sont produites surtout en 1996-1997. Ces fermetures ont touché surtout les centres hospitaliers ordinaires (CHO). Les autres fermetures de lits ont résulté des compressions budgétaires qui se sont manifestées surtout entre 1995-1996 et 1997-1998, beaucoup plus importantes à la fin qu'au début de la période. De plus, les compressions

budgetaires étaient initialement proportionnelles au nombre de lits de chaque centre hospitalier donc touchaient de façon plus importante les gros centres. Par la suite les compressions ont été moins directement liées à la taille de l'institution.

Diverses autres mesures ont aussi été mises en place qui ne sont pas sans impact sur les CHSGS, en particulier en ce qui a trait aux services aux personnes âgées :

- augmentation budgétaire de 21,4 M\$ au niveau des services à domicile pour personnes âgées;
- attribution de 1,1 M\$ aux organismes communautaires;
- rehaussement de 2 108 lits en hébergement pour une clientèle requérant 2,5 heures et plus de soins par jour;
- augmentation de 350 lits d'hébergement pour personnes âgées;
- mise en place d'un guichet unique pour l'hébergement des personnes âgées.

En plus des modifications prévues au plan 1995-1998 et en plus des coupures additionnelles au cours de la même période, s'est ajoutée une autre source de perturbation des modes d'organisation des ressources du réseau : le programme de départs volontaires. Ce programme gouvernemental, destiné au personnel de plus de 50 ans de l'ensemble de la fonction publique, offrait aux détenteurs de poste permanent la possibilité d'opter pour une retraite anticipée à des conditions avantageuses. Un programme similaire fut également offert aux médecins appartenant aux fédérations médicales.

Les cibles de réduction du personnel définies initialement par l'État et les organisations syndicales ont été de fait largement dépassées. Par exemple, parmi les 2 801 infirmières de plus de 50 ans à l'emploi des établissements montréalais au début de l'année 1997-1998, 1 176 infirmières ont opté pour un départ volontaire, soit presque deux fois plus que les 674 escomptées au départ. La même tendance a été observée pour l'ensemble du personnel professionnel et technique, avec le résultat qu'en quelques mois, entre 5 % et 10 % des titulaires de poste permanent ont laissé leur emploi, soit un total de 5 734 personnes. À l'évidence, le succès considérable de ce programme et les nombreux remaniements de l'organisation des services qui en découlèrent – un élément non prévu au plan initial de l'Agence de Montréal – ont été à l'origine de modifications additionnelles importantes des modes d'organisation des ressources humaines et des services cliniques dans les divers milieux. En effet, ces départs volontaires faisaient suite à une vaste opération qui avait déjà touché plus de 2 000 travailleurs dans le contexte de la fermeture des hôpitaux et de leur réaffectation dans d'autres établissements.

Les ressources humaines ont été grandement affectées dans cette période de changements rapides et considérables. Parmi les effets défavorables qui ont été observés, notons la perte de motivation professionnelle, le désengagement, un climat de travail où règnent l'inquiétude et l'insatisfaction, tous des agents stressants qui ont pu affecter la santé des travailleurs, même si aucune évaluation formelle n'a été réalisée pour le documenter⁽¹⁵⁾.

Finalement, au programme de départ volontaire pour la fonction publique, s'est ajouté un programme similaire pour les médecins. Le Tableau 5 indique le nombre de médecins en 1993, le pourcentage de changement par rapport à ce nombre entre 1997 et 1993 et finalement le pourcentage de changement entre 1999 et 1997. Cette information est détaillée pour les huit spécialités parmi les trente-deux où il y a eu le plus de changements et est regroupée pour l'ensemble des spécialistes, l'ensemble des omnipraticiens et finalement pour l'ensemble des médecins. Globalement, on peut y voir que les réductions dans le nombre de médecins ont été plus importantes avant 1997. Cette observation est surtout vraie pour les omnipraticiens dont le nombre n'a pratiquement pas changé entre 1997 et 1999. Pour les spécialistes, surtout pour certaines spécialités, les réductions entre 1997 et 1999 sont pratiquement aussi grandes que celles entre 1993 et 1997. Il est à noter que plusieurs des réductions les plus importantes touchent des spécialités chirurgicales ou des spécialités qui y sont intimement liées (anatomopathologie et anesthésie-réanimation).

Tableau 5 : Évolution du nombre de médecins entre 1993 et 1999

	avril 1993 Nombre	97 moins 93 % vs 93	99 moins 97 % vs 97
Anatomo-Pathologie	83	-8,4	-7,9
Anesthésie-Réanimation	203	-7,9	-7,0
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	43	-4,7	-7,3
Chirurgie générale	205	-15,1	-13,2
Gériatrie	16	18,8	5,3
Obstétrique-Gynécologie	180	-11,7	-10,7
Ophthalmologie	120	0,0	-5,8
Radio-Oncologie	28	-3,6	3,7
SPÉCIALITÉS	3 279	-3,5	-2,8
OMNIPRATIQUE	1 854	-4,0	-0,2
TOTAL GÉNÉRAL	5 133	-3,7	-1,9

b) Atteinte du plein potentiel de cas en chirurgie et soins d'un jour.

Le concept d'atteinte de plein potentiel de cas en chirurgie et soins d'un jour requiert de porter un jugement sur ce potentiel. Bien qu'il y ait eu beaucoup de travaux publiés sur le potentiel en chirurgie d'un jour, il n'y a presque rien sur les soins d'un jour.

Plutôt que le concept de potentiel, nous avons préféré utiliser le concept de substitution des procédures hospitalières par des procédures en chirurgie d'un jour pour documenter la reconfiguration. Y a-t-il eu substitution et si oui jusqu'à quel point?

Nous avons analysé les hospitalisations suite aux procédures diagnostiques et thérapeutiques réalisées auprès des résidents de l'île de Montréal dans les hôpitaux de la région. Nous avons distingué trois groupes :

- **groupe 1** : les hospitalisations avec au moins une des 152 procédures thérapeutiques¹⁴ qui, en 1993-1994, étaient fréquemment faites lors d'admissions (*i.e.* le patient passait au moins une nuit à l'hôpital) et qui ont été identifiées par des professionnels⁽¹⁶⁾ comme faisables en chirurgie d'un jour (donc pour lesquelles, en 1993-1994, il y avait un important potentiel de substitution);
- **groupe 2** : les hospitalisations avec aucune des 152 procédures thérapeutiques précédentes mais avec des procédures étant connues pour nécessiter le recours à une salle d'opération (n ≈ 1 300) - les procédures nécessitant une salle d'opération sont identifiées par les codes APR-DRG classés comme chirurgicaux;
- **groupe 3** : les autres hospitalisations.

Tableau 6 : Degré de substitution des hospitalisations

Groupe	% des hospitalisations en soins hospitaliers d'un jour		
	En 1993-1994	En 1997-1998	En 2000-2001
1	47 %	73 %	79 %
2	15 %	22 %	20 %
3	16 %	6 %	4 %

Pour les procédures du **groupe 1**, le pourcentage des interventions faites en chirurgie d'un jour (plutôt qu'associées à une admission) a augmenté constamment de 47 % à 73 % en 1997-1998 et à 79 % en 2000-2001 tandis que le nombre d'hospitalisations a diminué : 66 660 hospitalisations en 1993-1994, 57 852 en 1997-1998 et 58 206 en 2000-2001.

Pour les procédures du **groupe 2**, la proportion des interventions faites en chirurgie d'un jour a aussi augmenté constamment de 15 % à 22 % pour diminuer à 20 % en 2000-2001. Ici aussi, le nombre total des hospitalisations a diminué : 64 066 en 1993-1994 à 49 044 en 1997-1998 et à 44 383 en 2000-2001.

Pour les procédures du **groupe 3**, le pourcentage des interventions faites en soins hospitaliers d'un jour a diminué pendant la période d'observation (de 16 % à 4 %). Ceci s'explique par une codification différente pour certaines interventions diagnostiques. Au début de la période, les endoscopies étaient codées comme soins hospitaliers d'un jour et, à la fin, elles étaient considérées comme soins ambulatoires, ce qui signifie qu'elles ne sont plus rapportées dans Med-Écho, la source de nos informations. Ce phénomène explique aussi en partie que le

¹⁴ CCADTC (Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux) des 152 procédures : 21.71, 22.44, 22.49, 23.29, 25.19, 27.51, 27.59, 27.61, 27.62, 27.69, 27.73, 28.71, 28.72, 30.49, 30.69, 31.49, 31.51, 37.52, 32.01, 32.41, 33.40, 33.51, 33.52, 33.59, 33.73, 33.74, 33.76, 33.79, 34.54, 34.4, 34.5, 39.21, 40.19, 40.29, 40.59, 42.09, 50.48, 35.01, 35.09, 35.11, 35.19, 35.29, 35.41, 35.49, 35.59, 35.69, 35.71, 35.73, 36.19, 36.39, 52.11, 52.13, 52.14, 52.19, 57.29, 60.24, 61.01, 61.11, 61.12, 61.29, 61.36, 61.49, 63.14, 65.01, 65.02, 65.03, 65.11, 65.12, 65.13, 65.21, 65.49, 65.59, 66.83, 68.09, 69.29, 70.49, 71.96, 73.19, 74.29, 74.49, 75.09, 75.19, 75.72, 76.09, 78.31, 78.32, 78.39, 78.41, 78.42, 78.49, 79.22, 79.23, 79.29, 81.09, 82.21, 82.23, 83.13, 83.14, 83.29, 87.19, 88.69, 89.41, 89.43, 89.49, 89.52, 89.53, 89.54, 89.55, 89.56, 89.57, 89.58, 89.59, 90.60, 90.61, 90.62, 90.63, 90.64, 90.65, 90.66, 90.67, 90.68, 90.69, 92.32, 92.85, 93.18, 93.28, 94.01, 94.11, 94.21, 94.29, 94.32, 94.35, 94.44, 94.45, 94.86, 94.91, 95.29, 96.11, 96.29, 91.70, 97.11, 97.28, 97.29, 97.32, 97.5, 98.13, 98.14, 98.39, 17.33, 17.39, 17.59

nombre des hospitalisations dans le groupe 3 ait diminué de 151 708 en 1993-1994 à 138 980 en 1997-1998 et à 126 881 en 2000-2001.

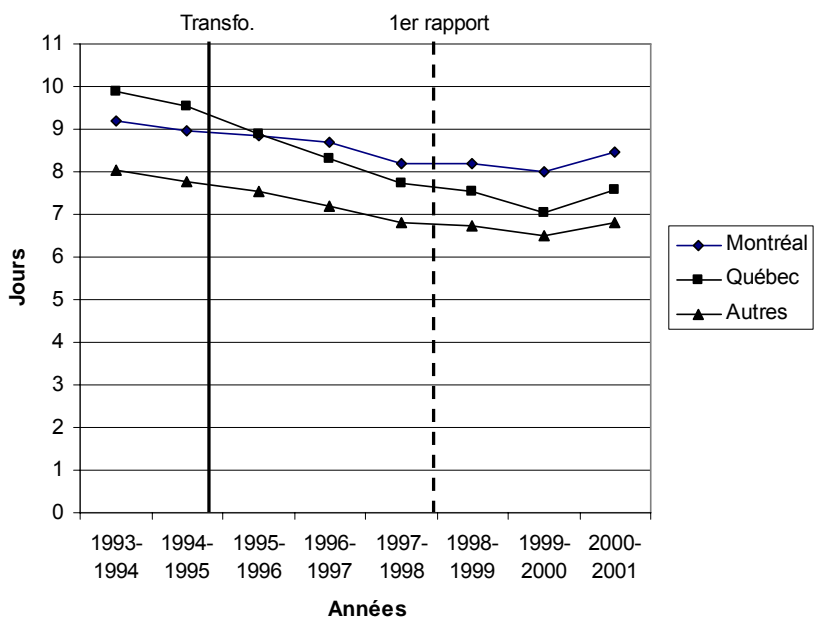
c) Diminution de la durée moyenne du séjour des patients qui occupent des lits de courte durée.

L'objectif visé par l'Agence de Montréal pour la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en CHSGS pour des soins physiques de courte durée (donc excluant les soins psychiatriques) est de 6,8 jours. Elle se situait à 8,6 jours en 1993-1994^(17,18). L'Agence de Montréal visait donc une réduction de la durée moyenne de séjour de 21 %.

Nous avons analysé l'évolution de cette durée moyenne de séjour en divisant la province en trois régions : Montréal, Québec et autres régions du Québec. Les valeurs présentées représentent l'expérience des patients selon leur lieu de résidence. De plus, pour illustrer de façon plus précise l'effet des transformations telles que décrites à l'Annexe I, nous avons exclu certaines catégories de patients¹⁵.

Le Graphique 1 montre que, pour les trois régions, cette durée moyenne de séjour a diminué de façon marquée entre 1993-1994 et 1999-2000 pour remonter en 2000-2001. Les durées moyennes minimales en 1999-2000 représentent des baisses de 13 % pour Montréal, 29 % pour Québec et 19 % pour les autres régions. Les différences dans les niveaux observées entre les régions peuvent s'expliquer en partie par le fait que le pourcentage des personnes âgées de 75 ans et plus y est respectivement de 7, 6 et 5 %. De plus, l'indice pondéré de défavorisation sociale de Pampalon⁽¹⁹⁾ pour ces régions a respectivement des valeurs de 3,7; 3,1; 2,8 (varie de 1 à 5, une valeur plus élevée indiquant une plus grande défavorisation et associée à une durée de séjour plus grande). L'indice pondéré de défavorisation matérielle de Pampalon a

Graphique 1 : Durée moyenne du séjour dans différentes régions de résidence du Québec



¹⁵ Exclusions : chirurgies d'un jour, soins de longue durée, centres hospitaliers de réadaptation, centres hospitaliers de soins psychiatriques, soins en psychiatrie (CMD = 19), nouveau-nés en bonne santé (APR-DRG = 657, 678, 690 et 691) et admissions dont la date de sortie est égale à la date d'entrée.

respectivement des valeurs de 2,9; 2,6; 3,2¹⁶. Finalement, nous avons calculé le pourcentage des patients avec gravité clinique élevée ou extrême lors des séjours hospitaliers dans les trois mêmes régions pour les années 1998-1999 à 2000-2001. Pour les trois années, ce pourcentage est le plus haut pour la région de Montréal mais la différence ne dépasse pas 4 % (en 2000-2001 les pourcentages sont respectivement de 25, 21 et 21 %).

Comme les durées moyennes de séjour pour l'ensemble des admissions peuvent cacher des tendances différentes au niveau des conditions étudiées, nous présenterons la durée moyenne pour chacune des conditions que nous analyserons ultérieurement.

Importance de la reconfiguration

Entre 1995 et 1998, les CHSGS de Montréal ont subi des réductions budgétaires de 16 %, une réduction du nombre de lits de 29 % et une réduction de 5 à 10 % de leur personnel le plus expérimenté. Bien que ces centres n'aient pas été les seuls établissements à être touchés, ce sont eux qui l'ont clairement été le plus. Ils ont été le foyer principal de l'effort de réduction des composantes institutionnelles des services qui était une partie majeure du plan de reconfiguration. Il est intéressant de noter que l'importance de la réduction a dépassé ce qui avait été prévu.

À tout cela s'est ajoutée une réduction globale du nombre de médecins (soit 5 %) mais une réduction plus marquée dans les spécialités jouant un rôle important dans les services chirurgicaux.

L'importance de la reconfiguration s'est aussi manifestée au niveau des modes de pratique des professionnels de la santé. Surtout pour les procédures considérées comme faisables en chirurgie d'un jour, il y a eu substitution significative des admissions par des procédures en chirurgie d'un jour.

La durée moyenne de séjour a aussi diminué de 13 %, un niveau de réduction moins important que celui envisagé par l'Agence de Montréal même si nos analyses pour produire cette estimation avaient pour effet d'accentuer la réduction (en excluant des conditions peu sensibles aux transformations envisagées). De plus, au cours de l'année 2000-2001, la durée moyenne de séjour a augmenté. Cette augmentation de dernière année a aussi été observée dans les autres régions du Québec. La réduction observée à Montréal est toutefois moins importante que celle observée à Québec ou dans les autres régions de la province. Cette situation pourrait être associée à une gravité clinique plus importante chez les Montréalais ou être liée au fait que la population montréalaise est plus âgée et plus défavorisée autant socialement que matériellement^(20, 21, 22, 23) par rapport aux autres populations du Québec. En effet, la population montréalaise est la seule qui a vu son taux de faible revenu des familles augmenter de 1,5 % entre 2000 et 2004⁽²⁴⁾. Entre 1995-1996 et 2005-2006, les provinces canadiennes ont gardé leur durée moyenne de séjour stable à 7,2⁽²⁵⁾.

¹⁶ Les données qui nous ont permis de calculer ces indices pondérés nous ont été gracieusement fournies par M. Robert Pampalon qui a calculé ses indices à partir de l'information disponible dans le recensement de 2001.

4.2 APPROCHE POUR PRÉSENTER LES EFFETS DE CETTE RECONFIGURATION

Au début du chapitre 3, nous avons décrit comment s'est fait le choix des indicateurs et descripteurs d'intérêt. En résumé, la séquence qui a mené à ce choix est la suivante : les experts cliniciens ont débuté leur réflexion avec les **interventions** prévues par l'Agence de Montréal; ils ont identifié les **effets** (positifs ou négatifs) qui pouvaient découler de ces interventions; finalement, nous avons choisi les **indicateurs** les plus susceptibles de capter ces effets.

Pour la présentation des résultats, nous allons suivre la même séquence ou hiérarchie selon le modèle suivant :

X.X **INTERVENTIONS** TELLES QUE PRÉVUES PAR LES DÉCIDEURS (EX. 4.3
COUPURES DE LITS)

x.x.x **Catégorie générale** regroupant un certain nombre d'effets spécifiques (ex. 4.3.1
Effets sur l'accès au soins hospitaliers)

Hypothèse décrivant les effets de façon plus spécifique et s'approchant de l'énoncé
fourni par les experts (ex. La disponibilité des lits risque de faire défaut...)

1.1.1.1 x.x.x.1 *Description du premier **indicateur** utilisé (ex. 4.3.1.1 Nombre
d'hospitalisations selon le lieu...)*

Résultats...

1.1.1.2 x.x.x.2 *Description du deuxième **indicateur** utilisé (ex. 4.3.1.2 Taux d'admission
des résidents de l'île de Montréal...)*

Résultats...

La description des effets se fera le plus souvent à l'aide de graphiques illustrant l'évolution des taux entre 1993-1994 et 2000-2001. Lorsque indiqué, ces graphiques seront suivis par un tableau décrivant les principales caractéristiques des patients qui ont été suivis par l'indicateur. Pour aider l'interprétation des résultats, les graphiques seront traversés verticalement par une ligne pleine pour indiquer le moment approximatif de la transformation du réseau (les années avant cette ligne pleine sont les années de référence) et par une ligne pointillée pour indiquer que l'information présentée à sa droite s'ajoute à celle déjà présentée dans le rapport publié en décembre 2000.

Note : Pour faciliter l'interprétation des graphiques, les marques de couleur **rouge** (ex. ♦) correspondant à des résultats où des analyses statistiques sont pertinentes et significatives.

4.3 COUPURES DE LITS

4.3.1 Effets sur l'accès aux soins hospitaliers

- a) La disponibilité des lits risque de faire défaut et de causer un problème d'accès aux services hospitaliers spécialisés offerts par l'hôpital.

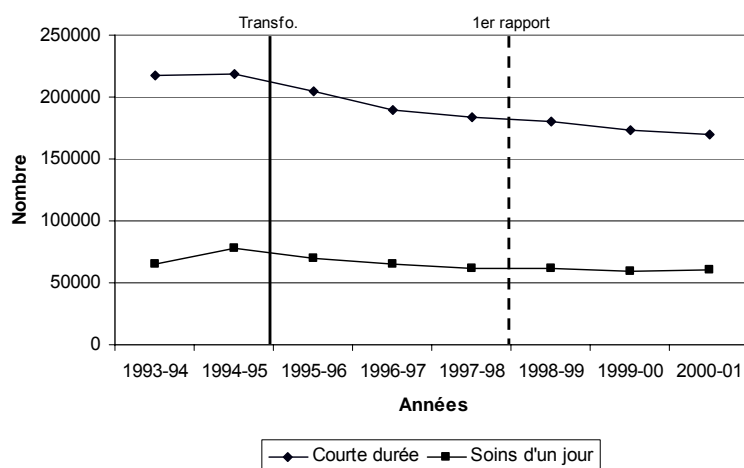
Quatre indicateurs illustrent l'effet des coupures de lits sur l'accès aux soins hospitaliers : l'évolution du nombre d'hospitalisation, les taux d'admission par catégorie majeure de diagnostic, les taux standardisés d'admission, les taux standardisés d'équivalent-lits.

4.3.1.1 Nombre d'hospitalisations selon le lieu de résidence et la catégorie des centres hospitaliers

Définition (*indicateur 16*)¹⁷ : Ce descripteur décrit le nombre d'hospitalisations par type de centre hospitalier (CHA, CHO et CHU). Voir détails à l'Annexe II, p. 115) et par lieu de résidence des usagers. Il comprend les admissions en courte durée et tous les soins hospitaliers d'un jour qui eux comprennent la chirurgie d'un jour (les soins hospitaliers d'un jour sont codés « 27 » à la variable « type d'établissement » du fichier Med-Écho).

Résultats : D'abord, le Graphique 2 montre l'évolution du nombre d'admissions en courte durée et l'évolution du nombre de soins hospitaliers d'un jour pour les résidents de l'île de Montréal dans un CHSGS de l'île. La décroissance est beaucoup plus marquée pour les admissions (en 1997-1998, 18 % de moins qu'en 1993-1994 et en 2000-2001, 26 % de moins que 1993-1994) que pour les soins d'un jour (en 1997-1998, 4 % de moins qu'en 1993-1994 et en 2000-2001, 8 % de moins qu'en 1993-1994).

Graphique 2 : Hospitalisation selon le type de soins, usagers de l'île de Montréal

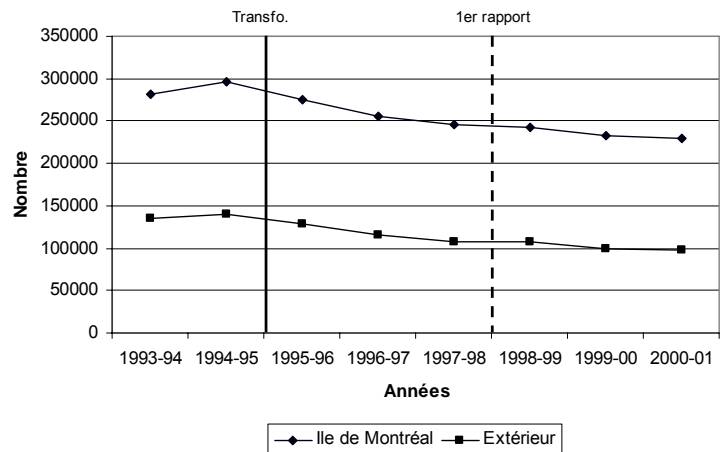


¹⁷ Nous indiquons le numéro d'indicateur afin de permettre d'établir un lien rapide avec les fiches signalétiques permettant de produire et interpréter chaque indicateur⁽⁵⁾.

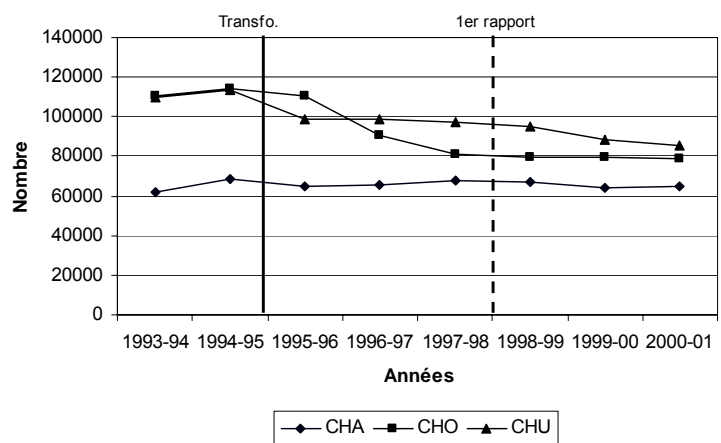
Le Graphique 3 indique que les hospitalisations dans les CHSGS de l'île de Montréal pour les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal représentent moins de la moitié des hospitalisations pour les résidents de l'île de Montréal. Les deux populations suivent le même profil de diminution du nombre d'hospitalisations entre 1993-1994 et 2000-2001.

Les deux autres graphiques indiquent que la réduction du nombre d'hospitalisations touche surtout les CHU en 1995-1996 alors que les CHO sont touchés en 1996-1997 et 1997-1998. Les fermetures d'hôpitaux par décision de l'Agence de Montréal ont surtout touchées les CHO. Le nombre d'hospitalisations pour les CHA reste stable. Le profil de réduction est similaire pour les résidents de l'île de Montréal et les usagers des autres régions sociosanitaires.

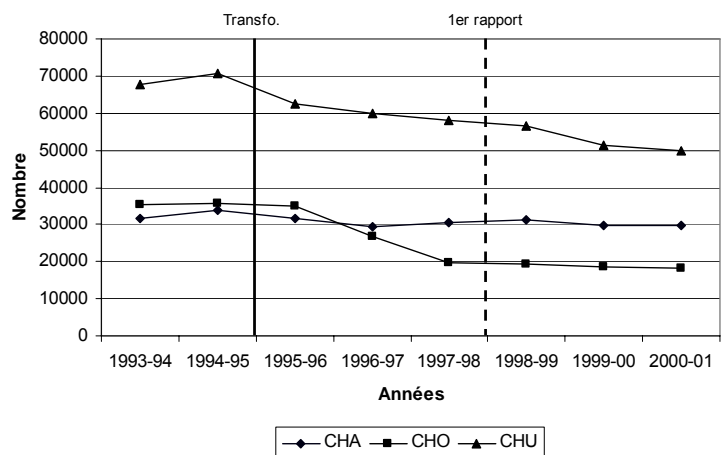
Graphique 3 : Hospitalisation selon le lieu de résidence des patients



Graphique 4 : Hospitalisation selon le type de centre hospitalier, usagers de l'île de Montréal



Graphique 5 : Hospitalisation selon le type de centre hospitalier, usagers de l'extérieur de l'île de Montréal



4.3.1.2 Taux d'admission des résidents de l'île de Montréal dans les hôpitaux de Montréal pour chacune des 25 catégories majeures de diagnostics (CMD)

Définition (*Indicateur 14*) : Pour chacune des 25 catégories majeures de diagnostics¹⁸, et ce, pour les séjours inférieurs à 60 jours : taux d'admission des résidents de l'île de Montréal dans les hôpitaux montréalais pour les patients de tout âge. Pour calculer les taux, le nombre d'admissions pour chacune des CMD est rapporté à la population de Montréal selon les catégories d'âge ainsi que du sexe et est multiplié par 1 000. De plus, nous avons calculé le nombre d'admissions et le nombre d'hospitalisations en soins hospitaliers d'un jour de tous les usagers des CHSGS de l'île de Montréal.

Résultats : Le Tableau 7 décrit de façon sommaire ce qui s'est passé au niveau des admissions et des soins hospitaliers d'un jour dans les centres hospitaliers de Montréal. On y trouve les résultats des hospitalisations (admissions et soins hospitaliers d'un jour) des usagers de l'île de Montréal et ceux de l'extérieur de Montréal, sauf pour les taux d'admission (colonne 6 et 7) où il ne s'agit que des résidents sur l'île. La colonne (1) indique le nombre total d'admissions pour les 25 CMD en 1993-1994 pour tous les usagers (résidents de l'île de Montréal et ceux provenant de l'extérieur de l'île). On peut y voir que certaines CMD sont associées à une utilisation très importante (obstétrique : 39 702 admissions, appareil circulatoire : 37 918) et d'autres à une utilisation marginale (traumatismes multiples et brûlures : 283 admissions chacune).

La colonne (2) indique la différence entre le nombre d'admissions en 2000-2001 et le nombre en 1993-1994. Pour 20 des CMD, le nombre d'admissions a diminué. Neuf CMD ont subi une diminution particulièrement importante surtout quand on la met dans le contexte du nombre réalisé en 1993-1994 : ophtalmologie avec une baisse de 7 617; O.R.L., 7 318; appareil digestif, 10 753; système hépato-biliaire et pancréas, 4 047; peau-tissu sous-cutané et sein, 5 787; génito-homme, 2 860; génito-femme, 6 475; blessure/empoisonnement, 1 845 et VIH avec une diminution de 603. Il s'agit là des CMD pour lesquelles une évolution vers des soins hospitaliers sans admission est tout à fait plausible pendant la période d'observation.

Comme pour les colonnes (1) et (2), les colonnes (3) et (4) fournissent respectivement le nombre et la différence dans ce nombre entre 2000-2001 et 1993-1994 mais cette fois pour les épisodes de soins hospitaliers d'un jour (pour les résidents de l'île de Montréal et pour ceux de l'extérieur). La colonne (4) illustre que 3 CMD ont des différences positives importantes : ophtalmologie, système hépato-biliaire et pancréas, et appareil musculosquelettique (voir cellules ombragées). Ces différences positives suggèrent un mouvement des admissions vers les soins hospitaliers d'un jour au cours de la période d'observation.

¹⁸ Une catégorie majeure de diagnostic est un regroupement de DRG correspondant à un système ou à une étiologie. La catégorie majeure de diagnostic est déterminée principalement par le diagnostic principal. On compte 25 CMD dans la version actuelle.

Tableau 7 : Nombre d'admissions et soins d'un jour dans les hôpitaux de Montréal, évolution de 1993-1994 à 2000-2001

	Admissions Tous les usagers		Soins hospitaliers d'un jour Tous les usagers		Total	Taux d'admission, par 1 000 Montréalais ¹	
	(1)	(2)	(3)	(4)		(5)	(6)
CMD	Nombre ² en 1993-94	Diff. ³ en 2000-01	Nombre ² en 1993-94	Diff. ³ en 2000-01	(4) + (2)	Taux en 1993-94	Diff. ³ en 2000-01
01-Système nerveux	14404	-1675	3175	-559	-2234	5,06	-0,38
02-Ophtalmologie	10274	-7617	9169	13430	5813	3,69	-2,96
03-O.R.L.	12181	-7318	11432	-134	-7452	4,22	-2,54
04-Appareil respiratoire	21951	-3475	759	-422	-3897	8,98	-0,98
05-Appareil circulatoire	37918	-1962	3693	-287	-2249	13,24	-0,79
06-Appareil digestif	29792	-10753	13407	-5817	-16570	11,74	-4,00
07-Système hépato-biliaire et pancréas	10952	-4047	703	1056	-2991	4,26	-1,41
08-Appareil musculosquelettique	27270	-6127	9447	1587	-4540	9,66	-1,63
09-Peau-tissu sous-cutané et sein	11589	-5787	10529	-2403	-8190	4,04	-1,84
10-Endocrino-nutrition et métabolisme	5410	-624	583	-333	-957	1,88	-0,15
11-Appareil urinaire	10850	-1963	6323	-3028	-4991	3,99	-0,57
12-Génito-homme	5686	-2860	4623	-2387	-5247	4,60 ⁴	-2,29
13-Génito-femme	13358	-6475	8604	-872	-7347	9,14 ⁵	-4,30
14-Obstétrique	39702	-11001	5477	-726	-11727	68,21 ⁶	-11,57
15-Nouveau-nés	31937	-6592	3	-2	-6594	973,75 ⁷	7,92
16-Hématologie	2773	-579	831	-572	-1151	1,10	-0,24
17-Tumeurs	4652	-914	1644	-919	-1833	1,57	-0,36
18-Infectieuse et parasitaire	2336	153	466	-383	-230	0,89	0,06
19-Maladie mentale	6993	1681	182	1	1682	3,26	0,86
20-Troubles mentaux organiques/Toxico	1319	7	1	0	7	0,58	-0,01
21-Blessure/Empoisonnement	4063	-1845	1001	-585	-2430	1,45	-0,62
22-Brûlures	283	-34	17	-4	-38	0,09	-0,02
23-Autres facteurs	5242	269	5183	-4089	-3820	1,96	0,01
24-VIH	1105	-603	133	-123	-726	0,53	-0,29
25-Traumatismes multiples	283	60	2	-2	58	0,08	0,01
Total :	312323	-80081	97387	-7573	-87654		

¹ Pour la plupart des taux, le dénominateur est constitué par la population moyenne de l'île de Montréal, sexes et groupes d'âge réunis.

² Nombre d'admissions dans les centres hospitaliers de Montréal.

³ Différence : valeurs obtenues en 2000-2001 moins celles obtenues en 1993-1994.

⁴ Hommes de l'île de Montréal seulement au dénominateur.

⁵ Femmes de l'île de Montréal seulement au dénominateur.

⁶ Femmes de 15 à 44 ans de l'île de Montréal au dénominateur.

⁷ Naissances vivantes parmi les résidentes de l'île de Montréal au dénominateur.

■ CMD pour lesquels il y a eu augmentation du nombre d'admission ou de soins hospitaliers d'un jour

La colonne (5) présente l'addition des chiffres de la colonne (2) et (4). Un chiffre positif dans cette colonne suggère une augmentation d'accès pour ces CMD. Cette situation s'est produite pour quatre CMD : « ophtalmologie », « maladie mentale », « traumatismes multiples » et « troubles mentaux organiques/toxico » (voir cellules ombragées).

La ligne « total » pour la colonne (5) nous dit qu'en 2000-2001, les hôpitaux ont offert 87 654 hospitalisations (admissions et soins hospitaliers d'un jour) de moins qu'en 1993-1994. Comme ces chiffres sont tirés du fichier Med-Écho, ils ne tiennent cependant pas compte de tous les épisodes de soins dans les cliniques externes et dans les cabinets privés. Tout mouvement des services vers ces lieux viendrait diminuer la baisse dans le nombre d'hospitalisations. De plus, pour certaines procédures, il y a eu une différence dans la façon de codifier entre 1993-1994 et 2000-2001. Par exemple, au début de la période, les endoscopies digestives étaient codées comme soins hospitaliers d'un jour, apparaissaient dans Med-Écho et sont compilées dans le Tableau 7. Par contre, à la fin de la période, elles étaient codées comme soins ambulatoires, n'apparaissaient pas dans Med-Écho et ne sont pas compilées dans le Tableau 7. D'où la baisse importante dans les colonnes 2 et 4 pour la CMD « Appareil digestif ».

La CMD « ophtalmologie » présente une évolution intéressante. Le nombre d'admissions était moyennement élevé en 1993-1994 à 10 274. Il a diminué de façon marquée pendant la période d'observation (diminution de 74,1 %) alors que le nombre des soins hospitaliers d'un jour a augmenté d'une façon encore plus marquée, il est passé de 9 169 en 1993-1994 à 22 599 en 2000-2001, en grande partie des interventions pour le traitement de la cataracte.

Les usagers du réseau montréalais ne résidant pas sur l'île de Montréal représentent 32,2 % des usagers en 1993-1994 et 30,0 % en 2000-2001.

Les chiffres des colonnes (1) à (5) donne un aperçu du fardeau de soins supporté par les hôpitaux de la région montréalaise. Pour obtenir une idée encore plus exacte de ce fardeau, il faudrait ajouter les patients qui ont eu des séjours de 60 jours ou plus (7 053 en 1993-1994). Tous les usagers admis des hôpitaux montréalais ont vu leur durée de séjour moyen passer de 10,2 jours en 1993-1994 à 9,8 en 2000-2001 (valeur minimum à 9,3 en 1998-1999). Le pourcentage des patients admis avec une gravité clinique élevée ou extrême est passé pendant ce temps de 11,7 à 20,2 pendant la même période (pour les patients en soins hospitaliers d'un jour, ce pourcentage est demeuré stable à 0,4)¹⁹. On note que les durées moyennes de séjour calculées ici sont différentes de celles présentées dans le Graphique 1 de la page 22 à cause des exclusions faites pour ce graphique (voir note de bas de page 15 à la page 22).

La colonne (6) indique les taux d'admission pour 1 000 résidents de l'île de Montréal en 1993-1994. En excluant les CMD « obstétrique » et « nouveau-nés », les taux les plus élevés sont pour « l'appareil circulatoire », « l'appareil digestif », « l'appareil musculosquelettique », « génito-femme » et « l'appareil respiratoire ». La colonne (7) indique la différence entre 2000-2001 et 1993-1994. La population montréalaise est restée relativement stable entre 1993-1994 et 2000-2001. Cependant les dénominateurs pour les CMD « obstétrique » et « nouveau-nés » ont diminué de 6 % et 14 % respectivement. Pour ces résidents admis (et excluant les admis pour plus de 60 jours), la durée moyenne de séjour est passée de 8,2 en 1993-1994 à 7,8 en 1998-1999 pour revenir au niveau initial de 8,2 en 2000-2001.

¹⁹ Les données détaillées concernant la durée de séjour et la gravité clinique ne sont pas présentées.

4.3.1.3 Taux standardisé d'admission en CHSGS pour trois régions du Québec

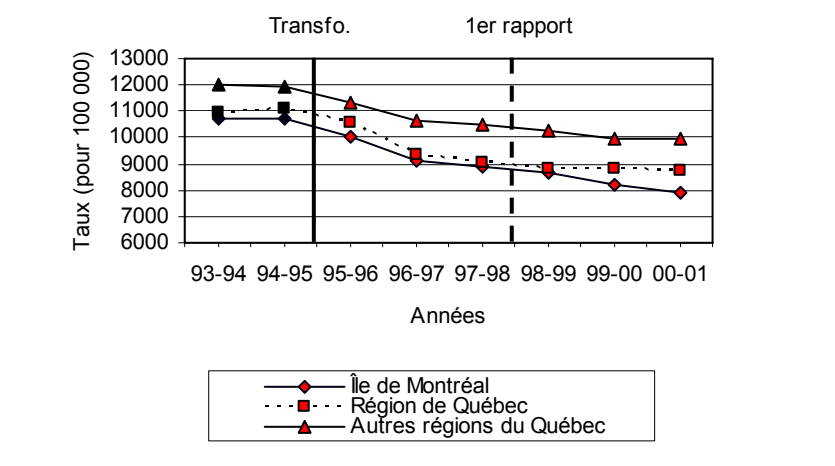
Définition (*Indicateur 19*) : Il s'agit du taux d'admission en CHSGS pour trois régions du Québec ajusté en prenant comme population de référence la population moyenne de l'île de Montréal. Le taux standardisé d'admission en CHSGS se calcule sans apporter de correction pour les transferts ou les séjours temporaires tandis que pour le taux d'épisode de soins hospitaliers, une telle correction est apportée. Cet indicateur porte sur tous les patients admis dans un CHSGS du Québec sauf les nouveau-nés (CMD = 15) et les patients traités en chirurgie d'un jour, en soins de longue durée, dans les CH de réadaptation et dans les CH de soins psychiatriques.

Trois populations sont à l'étude : les résidents de l'île de Montréal, les résidents de la région de Québec et les résidents des autres régions du Québec.

Pour obtenir les taux standardisés, les taux spécifiques à l'âge (les groupes d'âge retenus sont 0-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus) pour chacune des régions ont été appliqués à la structure d'âge de la population montréalaise en 1996.

Résultats : Pour la même période d'observation, en appliquant à chaque population la structure d'âge de la population montréalaise, le Graphique 6 décrit l'évolution du taux d'admission pour l'île de Montréal, la région de Québec et les autres régions du Québec regroupées. On peut y voir une diminution du taux standardisé d'admission dans les trois régions : de 26 % pour l'île de Montréal,

Graphique 6 : Taux standardisé d'admission en CHSGS par région du Québec



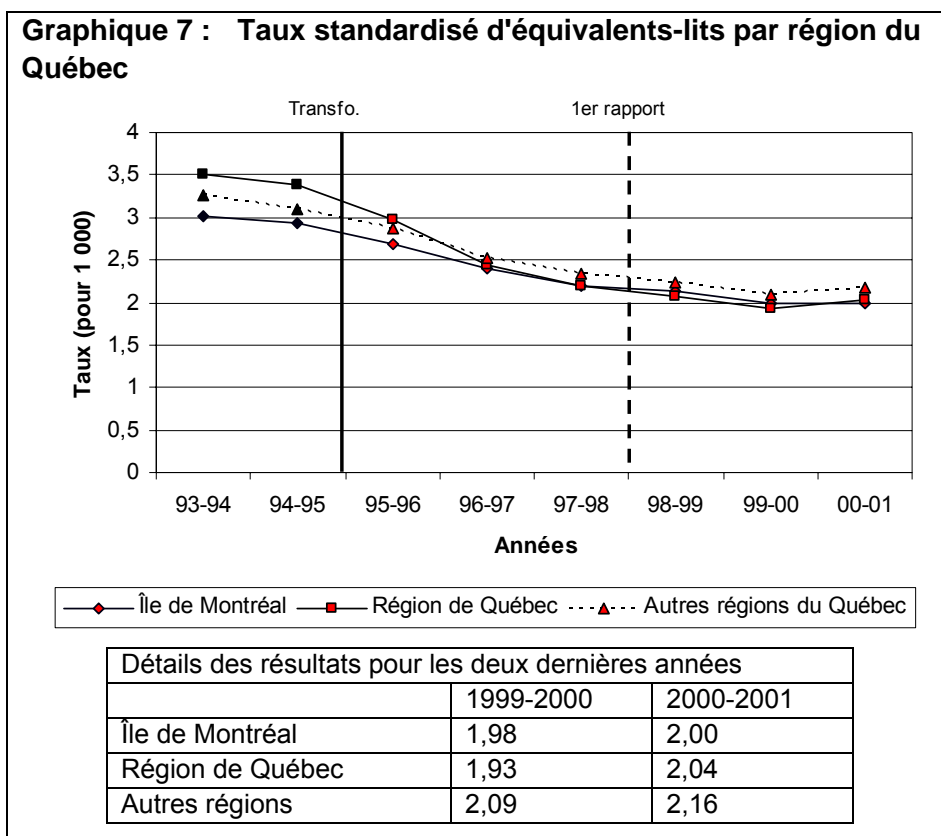
de 22 % pour la région de Québec et de 17 % pour les autres régions du Québec. En 2000-2001, le taux standardisé d'admission pour la population vivant sur l'île de Montréal (7 900 pour 100 000) est inférieur à celui de la région de Québec (8 700 pour 100 000) et celui des autres régions du Québec (9 900 pour 100 000). Bien qu'ajustés pour tenir compte des différences d'âge entre les populations, ces taux ne tiennent pas compte d'une plus grande concentration de la pauvreté sur l'île de Montréal^(26,27), tel que nous l'avons décrit à la page 22. Le détail des analyses statistiques est présenté à l'Annexe III, page 119.

Malgré que ce taux soit pour une population comprenant 14,4 % de personnes âgées de 65 ans et plus, il est tout de même plus bas que le taux brut pour l'Ontario (9 027 pour 100 000) et pour la Colombie Britannique (9 890 pour 100 000) qui ont un taux de 65 ans et plus autour de 13 %⁽²⁸⁾.

4.3.1.4 Taux standardisé d'équivalents-lits en santé physique par région du Québec

Définition (*Indicateur 20*) : Le nombre de journées d'hospitalisation se calcule indépendamment des transferts et des séjours temporaires. Les journées d'hospitalisation sont le produit du nombre d'hospitalisations par la durée moyenne d'hospitalisation en santé physique. Le calcul du taux standardisé d'équivalents-lits se fait à partir des jours d'hospitalisation divisés par 365 jours. Les lits disponibles n'étant pas occupés à 100 % tout au long de l'année, on applique un pourcentage d'utilisation ou d'occupation de 90 % suggéré par le MSSS. Ces indicateurs portent sur tous les patients admis pour des soins en santé physique dans un CHSGS du Québec c'est-à-dire que sont exclus les nouveau-nés en bonne santé (APR-DRG = 657, 678, 690 et 691), les patients admis en soins de longue durée, ceux traités en soins hospitaliers d'un jour, en CH de réadaptation et en CH de soins psychiatriques. Trois populations sont à l'étude : les résidents de l'île de Montréal, les résidents de la région de Québec et les résidents des autres régions du Québec.

On obtient des taux standardisés en appliquant à chaque groupe d'âge d'une population de référence – la population de l'île de Montréal en 1996 – les taux par groupe d'âge de la population que l'on veut comparer. Les groupes d'âge retenus sont 0-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus.



Résultats : Le taux standardisé d'équivalents-lits traduit une approximation du nombre de lits utilisés en santé physique pour 1 000 habitants. La norme fixée par le MSSS est de 2 équivalents-lits pour 1 000 habitants.

Le Graphique 7 indique une baisse importante entre 1993-1994 et 1997-1998, plus marquée dans la région de Québec (3,5 pour 1 000 à 2,04 pour 1 000) et semblable pour l'île de Montréal et les autres régions du Québec. Par la suite les régions de Québec et de Montréal se

stabilisent autour de 2 équivalents-lits pour 1 000, la norme fixée par le MSSS. Les trois régions ont vu leurs taux augmenter la dernière année (2000-2001).

Effets des coupures de lits sur l'accès aux soins hospitaliers

Hypothèse : La disponibilité des lits risque de faire défaut et de causer un problème d'accès aux services hospitaliers spécialisés offerts par l'hôpital.

Message : Pour les résidents de Montréal, on constate une baisse importante du nombre d'admissions en milieu hospitaliers (taux parmi les plus bas au Québec) et une baisse globale inattendue des soins hospitaliers d'un jour sauf pour les catégories majeures de diagnostics (CMD) ophtalmologie, système hépato-biliaire et appareil musculosquelettique. Le virage ambulatoire par favorisation de la chirurgie d'un jour n'a pas été suffisant pour maintenir au même niveau le nombre de chirurgie d'un jour, encore moins pour compenser pour les fermetures de lits.

Les résultats indiquent qu'il y a eu une baisse importante du nombre d'admissions pour la plupart des CMD.

Avec cette baisse des admissions d'une part, et la volonté, d'autre part, d'une substitution des admissions vers les soins hospitaliers d'un jour, on se serait attendu à une augmentation du nombre des soins hospitaliers d'un jour entre 1993-1994 et 2000-2001. Or, ce nombre diminue de 8 % (-7 573 au total de la colonne 4 du Tableau 7). Ce résultat diffère de ce qui a été observé dans six provinces du Canada entre 1995-1996 et 2005-2006⁽²⁵⁾. Cependant, une partie de cette baisse est probablement due à un changement dans la codification des procédures qui a entraîné l'exclusion d'un certain nombre d'entre elles des fichiers Med-Écho entre ces deux années (par exemple les endoscopies des voies digestives). Globalement, nous constatons tout de même une diminution de 87 654 hospitalisations en 2000-2001 par rapport à 1993-1994 soit une baisse de 21 %. Nos données ne peuvent toutefois tenir compte des services rendus en clinique externe (services non inscrits dans Med-Écho).

Pour les CMD « ophtalmologie », « maladie mentale » et « traumatismes multiples » les résultats suggèrent une augmentation des soins hospitaliers.

Les taux standardisés d'admission et d'équivalents-lits confirment une baisse importante de l'utilisation des services hospitaliers par la population montréalaise et situent ces taux d'utilisation parmi les plus bas au Québec et probablement au Canada⁽²⁸⁾. À noter que les taux standardisés d'admission sont nettement plus bas pour la population montréalaise. Le taux pour la population montréalaise en 2000-2001 est plus bas qu'un taux similaire (bien que la population de référence ne soit pas la même) dans toutes les provinces canadiennes en 2003-2004⁽²⁹⁾. Les taux d'équivalent-lits pour cette même population sont très semblables à ceux des autres régions du Québec. Ceci suggère, et nous l'avons observé au Graphique 1, que la faible utilisation des services hospitaliers par la population montréalaise se joue surtout au niveau de l'admission et beaucoup moins au niveau de la durée moyenne de séjour qui n'entre pas en jeu dans le taux d'admission et est l'élément central dans le taux d'équivalents-lits. Comme nous l'avons vu à la page 22, le fait que la durée moyenne de séjour des Montréalais soit élevée pourrait bien être lié au fait qu'ils soient plus âgés et plus défavorisés que les populations des autres régions du Québec.

b) Il y aurait une augmentation des patients ne requérant pas de soins spécialisés (durée de séjour supérieure à 30 jours, souvent parmi les personnes âgées) dans les lits de courte durée suite à la diminution des lits de longue durée en CHSGS. On comparera les centres visés par cette mesure avec les centres hospitaliers qui en sont exemptés.

4.3.1.5 Nombres et taux de patients âgés hospitalisés en lits de courte durée plus de 30 jours et pour plus de 59 jours

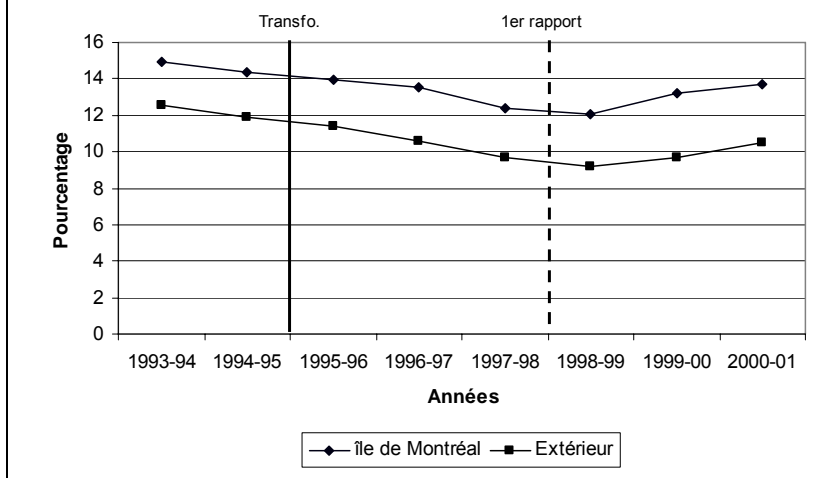
Définition (*indicateur 6*) : Nombres et taux de patients de 65 ans et plus dont la durée du séjour en lit de courte durée est supérieure à 1) 30 jours (*critère du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*) et 2) 59 jours (*critère de l'équipe de Roos du Manitoba*^(10,11)). Nous distinguons aussi les CHSGS touchés par la fermeture de lits de longue durée : Hôpital Général de Montréal, Hôpital Royal-Victoria, Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis. À des fins de comparaison, on calcule un nombre et un taux pour trois ensembles d'hôpitaux :

- a) l'ensemble des cinq CHSGS touchés par la fermeture de lits;
- b) l'ensemble des autres CHSGS de l'île de Montréal;
- c) l'ensemble des CHSGS de l'île de Montréal (a+b).

Les nombres se calculent en prenant le nombre de patients de 65 ans et plus avec au moins une admission dont la durée de séjour est 1) supérieure à 30 jours et 2) supérieure à 59 jours. Pour calculer les taux, on rapporte ces nombres sur le nombre total de patients de 65 ans et plus admis au moins une fois dans un lit de courte durée.

Résultats : Selon le Graphique 8, en 1993-1994, 15 % des résidents de l'île

Graphique 8 : Pourcentage des personnes âgées hospitalisées avec séjour de plus de 30 jours selon le lieu de résidence

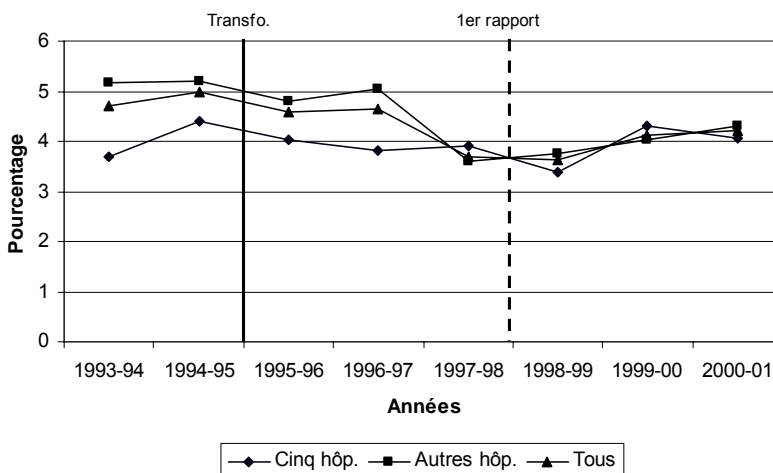


de Montréal âgés de 65 ans et plus admis dans des CH de Montréal y séjournaient plus de 30 jours. Ce pourcentage est identique, autant pour le groupe des cinq hôpitaux touchés par la fermeture de lits de longue durée, que pour le groupe des autres hôpitaux. Le pourcentage des personnes âgées avec un séjour de plus de 30 jours présente la même tendance pour les résidents de l'île de Montréal que pour ceux de l'extérieur. Les personnes âgées de l'île de Montréal ont toutefois un taux de séjour prolongé un peu plus élevé que les personnes âgées venant des autres régions. Il y a une baisse jusqu'en 1998-1999 pour atteindre 12,1 % et 9,2 % respectivement. Il remonte par la suite à 13,7 % et 10,5 % en 2000-2001. Les résidents de l'île

de Montréal représentent 77 % de toutes les personnes âgées admises dans les hôpitaux montréalais (non illustré).

Les analyses pour les séjours de plus de 59 jours des résidents de l'île de Montréal ressemblent à celles pour les séjours de plus de 30 jours sauf que le point de départ est de 4,7 %. En catégorisant selon le type d'hôpital (les cinq touchés par les fermetures vs les autres), nous obtenons aussi le même profil (Graphique 9).

Graphique 9 : Pourcentage des personnes âgées de l'île de Montréal séjournant plus de 59 jours dans un lit de courte durée par groupe de CH



Nous avons répété nos analyses en incluant aussi

au numérateur les patients qui avaient été transférés à l'intérieur du même hôpital d'un lit en courte durée à un lit en longue durée et dont la durée de séjour combinée répondait aux critères énoncés ci-haut. Les taux sont généralement de 1 % à 1,5 % plus élevés mais les tendances restent essentiellement les mêmes.

Effets des coupures de lits sur l'occupation des lits de CHSGS par des personnes âgées

Hypothèse : Il y aurait une augmentation des patients ne requérant pas de soins spécialisés dans les lits de courte durée suite à la diminution des lits de longue durée en CHSGS.

Message : Jusqu'en 1998-1999, le pourcentage des personnes âgées occupant des lits de CHSGS a diminué. Il a par contre amorcé une augmentation en 1999-2000 qui s'est continuée en 2000-2001.

Face à la réduction des services institutionnels, la crainte était que de plus en plus de patients âgés ne requérant pas de soins aigus mais des soins à long terme occuperaient pour des périodes prolongées des lits des CHSGS avant d'avoir accès à des lits dans les centres hospitaliers de longue durée. Ceci aurait eu pour effet de congestionner un nombre croissant de lits des CHSGS. Nos données ne confirment pas cette crainte au moins jusqu'en 1998-1999 et suggèrent que, pour cette période, le développement de ressources en centres de longue durée dans la communauté a été suffisant pour éviter un tel problème. Au cours de 1999-2000 et 2000-2001, le pourcentage a par contre augmenté, suggérant un suivi prolongé de la situation.

4.4 AUGMENTATION DE LA CHIRURGIE ET DES SOINS D'UN JOUR

4.4.1 Effets sur la qualité des soins

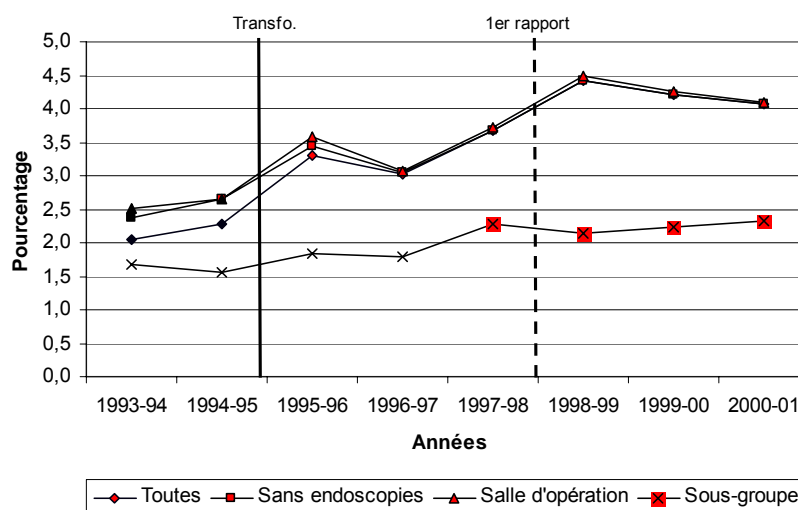
- a) Les admissions en CHSGS suite à une visite pour des soins médicaux et chirurgie d'un jour tendraient à augmenter.

4.4.1.1 Taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour

Définition (*indicateur 13*) : Il s'agit des patients de 18 ans et plus qui ont été admis dans un CHSGS immédiatement après avoir reçu des soins dans le cadre des services hospitaliers d'un jour dans un CHSGS de l'île de Montréal. Plus particulièrement, nous avons retenu les admissions le jour même ou le jour suivant les soins hospitaliers d'un jour lors des situations suivantes : 1) quand les soins hospitaliers d'un jour étaient une procédure diagnostique, le diagnostic de l'admission suivante devait indiquer une complication de la procédure diagnostique; 2) quand les soins hospitaliers d'un jour étaient une procédure thérapeutique, l'admission qui suit devait être urgente. Ces cas sont rapportés au nombre total de patients ayant reçu au moins un service en soins hospitaliers d'un jour.

Le taux est calculé en divisant le nombre total de patients admis en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour par le nombre total de patients ayant eu au moins un service en soins d'un jour et en multipliant par 100. On a considéré quatre catégories d'épisode selon que la codification ait changé ou non pendant la période d'observation : ceux sans endoscopies (exclues des soins d'un jour en cours de route), ceux en salle d'opération (aucun changement

Graphique 10 : Taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour, résidents de Montréal de 18 ans et plus



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	69253	83788	77594	73981	68032	69456	65962	67432
% de femmes	60,6	59,8	62,3	62,4	60,9	60,7	60,9	60,2
% de Montréal	69,2	67,8	67,7	67,1	68,6	68,2	68,8	68,6
Âge moyen	48,7	49,3	48,1	48,4	50	51	52	52
Gravité clinique ²	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4

1- Information du tableau décrit tous les patients lors des soins hospitaliers d'un jour

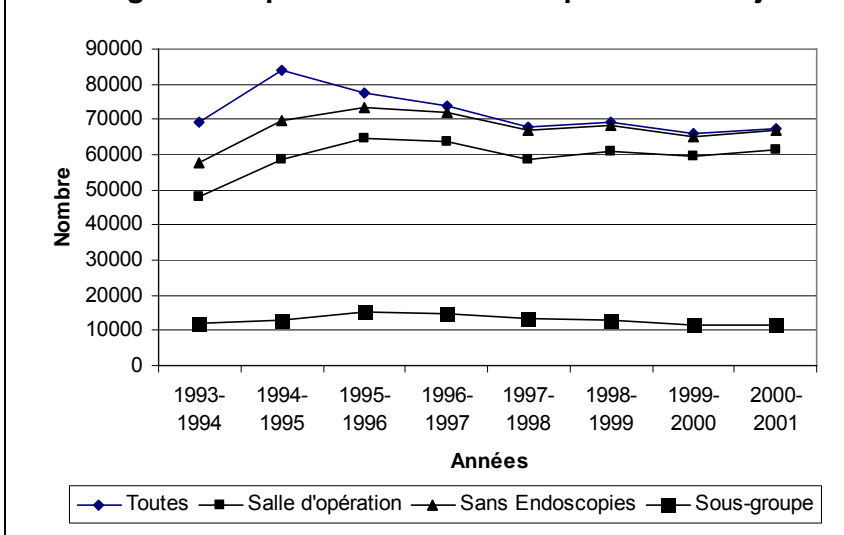
2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

dans la codification), un sous-groupe de conditions²⁰ et une catégorie englobant tous les épisodes de soins hospitaliers d'un jour.

Résultats : On constate une augmentation du taux d'admission en CHSGS pour toutes les catégories de 1993-1994 à 1998-1999 et une légère diminution en 1999-2000 et 2000-2001 par rapport à l'année précédente mais tout de même une augmentation statistiquement significative par rapport aux années de référence (1993-1995). Lorsqu'on analyse tous les épisodes de soins hospitaliers d'un jour (légende : Toutes) le taux d'admission augmente de 2,0 % en 1993-1994 à 4,4 % en 1998-1999 et demeure stable par la suite (voir Graphique 10). L'augmentation

reste semblable après que nous ayons exclu tous les épisodes de soins hospitaliers d'un jour qui étaient en fait des endoscopies – des procédures diagnostiques et non thérapeutiques (légende : Sans endoscopies dans le Graphique 10) et tous les épisodes de soins hospitaliers d'un jour qui ne requéraient pas une salle d'opération (légende : Salle d'opération). Les deux exclusions produisent très peu de changement dans les taux observés à partir

Graphique 11 : Évolution du nombre d'interventions selon les catégories d'épisodes en soins hospitaliers d'un jour



de 1996-1997. Ceci est probablement lié au fait que le nombre de patients exclus pour ces raisons diminue de façon marquée entre 1993-1994 et 1997-1998. En effet, en 1993-1994, l'exclusion des endoscopies implique 11 513 personnes et l'exclusion des soins ne requérant pas de salle d'opération en implique 21 474. En 1997-1998, ces exclusions impliquent respectivement 1 326 et 9 320 personnes. Ces chiffres confirment que les endoscopies et les soins ne requérant pas de salle d'opération sont beaucoup moins présents dans Med-Écho à partir de 1997-1998.

Le nombre de patients traités en soins hospitaliers d'un jour augmente en 1994-1995 pour diminuer par la suite à 67 432 en 2000-2001. Le pourcentage des femmes demeure stable à environ 61 % pendant cette période. De même, l'âge moyen demeure autour de 50 ans et le pourcentage des patients qui résident à Montréal reste stable à 69 %. Le pourcentage de patients avec une gravité clinique élevée ou extrême demeure stable à 0,3 % pendant les huit années d'observation.

Afin de voir jusqu'à quel point l'augmentation dans le taux d'admission est liée au fait que les interventions faites en chirurgie d'un jour incluent des interventions comportant plus de risques,

²⁰ Interventions déjà fréquentes en chirurgie d'un jour en 1993-1994 et n'ayant pas bénéficié d'évolution technologique significative entre 1993 et 2001, donc des interventions gardant le même niveau de risque.

nous avons procédé à une analyse additionnelle portant sur un sous-groupe d'interventions à niveau de risque stable²¹. L'augmentation du taux d'admission après soins hospitaliers d'un jour demeure statistiquement significative quoique moins importante : de 1,68 % en 1993-1995 à 2,33 % en 2000-2001 (légende : Sous-groupe dans le Graphique 10, voir Annexe III, page 123 pour analyses statistiques détaillées).

Lorsque nous avons discuté des effets des transformations sur l'accès aux services hospitaliers (voir encadré à la page 32), nous avons souligné la diminution de 7 573 épisodes en soins hospitaliers d'un jour entre 1993-1994 et 2000-2001. Le Graphique 11 illustre plusieurs points d'intérêt en concentrant le regard chez les adultes de 18 ans et plus. D'abord, le nombre des épisodes de soins a augmenté entre 1993-1994 et 1995-1996 (cette dernière étant l'année des fermetures d'hôpitaux) quelles que soient les catégories d'épisodes analysées. Ensuite, l'exclusion des endoscopies (différences entre la courbe « Toutes » et la courbe « Sans endoscopies ») a un impact surtout au début de la période d'observation. Enfin, toutes les courbes montrent une baisse dans le nombre des épisodes en soins hospitaliers d'un jour entre 1995-1996 et 2000-2001 : respectivement 10 162, 2 983, 6 507, 3 539.

²¹ Excision (ou destruction) de certaines structures articulaires spécifiées, aspiration par ventouse pour interruption de grossesse, réparation et plastie du nez, arthroscopie, destruction/occlusion bilatérale des trompes de Fallope par endoscopie, amygdalectomie sans adénoïdectomie, exérèse d'appareil de fixation interne, excision ou destruction de lésion du nez, excision de lésion de muscle, tendon, aponévrose et bourse sereuse, incision de muscle, tendon, aponévrose et bourse de la main, actes diagnostiques invasifs sur le vagin et le cul-de-sac, excision d'hydrocèle (de la tunique vaginale), adénoïdectomie sans amygdalectomie, myringotomie.

Effets de l'augmentation de la chirurgie d'un jour

Hypothèse : Les admissions en CHSGS suite à une visite pour des soins médicaux et chirurgie d'un jour tendraient à augmenter.

Message :

- 1- Les taux d'admission en CHSGS suite à une visite pour des soins médicaux et chirurgie d'un jour ont augmenté jusqu'en 1998-1999 pour se stabiliser ou même diminuer par la suite.
- 2- Le nombre de cas traités en soins hospitaliers d'un jour chez les 18 ans et plus atteint un maximum avant la fermeture des salles d'opération en 1995-1996 et diminue par la suite. Malgré le fait qu'elles étaient favorisées, les chirurgies d'un jour n'ont pas augmenté en nombre après la fermeture des hôpitaux, possiblement parce la fermeture d'un hôpital était invariablement associée à la fermeture de salles d'opération. Les chirurgies d'un jour exigent l'accès à une salle d'opération au même titre que les chirurgies réalisées pour des patients admis.

Le taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour montre une hausse statistiquement significative entre 1995-1996 et 1998-1999. L'âge moyen et l'indice de gravité clinique restent essentiellement stables durant toute la période. Nous savons que pendant cette même période, il y a eu une substitution importante des interventions avec admission au profit des soins hospitaliers d'un jour. Nous savons aussi que plusieurs des interventions pour lesquelles il y a eu une substitution importante sont plus complexes que la moyenne des interventions (ex. : cholécystectomie par laparoscopie, réduction mammaire bilatérale). Une telle augmentation de complexité pourrait expliquer qu'il y ait plus de complications après une intervention de ce type en soins hospitaliers d'un jour. Parce que ce type d'intervention se faisait avec admission en 1993-1994 et a été fait en soins hospitaliers d'un jour à la fin de la période d'observation, les complications ne se traduisaient pas en admission en 1993-1994 mais se sont traduites ainsi en fin de période. Dans la mesure où la complexité des interventions n'influence pas l'indice de gravité clinique, nous n'avons aucun moyen d'en tenir compte dans nos analyses. Ainsi, l'augmentation observée des admissions en CHSGS après des soins hospitaliers d'un jour pourrait être liée à un changement dans la façon de faire la codification. Cependant, ce phénomène ne semble pas expliquer toute l'augmentation. En effet, notre analyse complémentaire portant sur des interventions déjà faites en chirurgie d'un jour en 1993-1994 et n'ayant pas connu d'évolution technologique significative, démontre aussi une augmentation statistiquement significative, quoique moins importante, pendant toute la période d'observation.

4.4.2 Effets sur la disponibilité de certaines interventions

- b) Si les transformations diminuent l'accès aux salles d'opération et si les professionnels de la santé favorisent les interventions avec effets bénéfiques reconnus, on pourrait observer les directions suivantes pour ces deux taux : le taux d'intervention pertinente²² devrait augmenter et le taux d'intervention discrétionnaire²³ devrait diminuer.

4.4.2.1 Taux et proportion d'hospitalisations pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes ou comme discrétionnaires

Définition (*indicateur 9*) : Taux et proportion d'hospitalisations pour des interventions sentinelles dites pertinentes ainsi que pour celles dites discrétionnaires en CHSGS. Dans le groupe des interventions sentinelles dites **pertinentes**, on retient : traitement pour cataracte (CCADTC²⁴ = 27.2- 27.6), angioplastie (CCADTC = 48.0) ou pontage coronarien (CCADTC = 48.1), traitement de la rétinopathie (CCADTC = 28.4, 28.6), implantation d'un pacemaker (CCADTC = 49.7, 49.8) ou d'une prothèse de la hanche, du fémur ou du genou (CCADTC = 93.5, 93.6, 93.41-93.43). Dans le groupe des interventions sentinelles dites **discrétionnaires**, on retient : amygdalectomie (CCADTC = 40.1, 40.2), hystérectomie (CCADTC = 80.2-80.4), prostatectomie (CCADTC = 72.1-72.5) et endartériectomie carotidienne (CCADTC = 50.12), césarienne (CCADTC = 86.0, 86.1, 86.2, 86.8, 86.9). Ces indicateurs portent sur l'ensemble des patients de 18 ans et plus, peu importe leur lieu de résidence au Québec, qui ont été hospitalisés dans un CHSGS de l'île de Montréal. On distinguera les résidants et les non-résidants pour le calcul des taux. On comparera également ces types de taux par catégories d'établissements (universitaires, affiliés, ordinaires) (voir détails à l'Annexe II, p.115).

Les taux sont calculés en rapportant le nombre total d'hospitalisations en CHSGS pour au moins une des interventions dites pertinentes (ou discrétionnaires) à la population moyenne de 18 ans et plus de l'île de Montréal multipliés par 10 000. Les proportions sont rapportées au nombre total d'hospitalisations en CHSGS et de soins hospitaliers d'un jour et multipliées par 100.

Résultats : Au cours de la période à l'étude, il y a eu une augmentation constante et statistiquement significative de la proportion d'hospitalisations pour les interventions sentinelles reconnues comme pertinentes dans les CHSGS de l'île de Montréal. Pour les résidants de l'île de Montréal, de 6,2 % en 1993-1994, elle augmente à 11,2 % en 2000-2001. Pour les non-résidants de Montréal, de 8,3 % la proportion augmente à 16,2 %. Cette tendance se retrouve pour chacune des catégories d'établissements pour les résidants de l'île de Montréal comme

²² Qu'elles soient médicales ou chirurgicales, les interventions sont dites pertinentes lorsqu'elles sont reconnues comme ayant un impact positif sur la santé, c'est-à-dire qu'elles améliorent la qualité de vie des patients ou leur chance de survie.

²³ Qu'elles soient médicales ou chirurgicales, les interventions sont dites discrétionnaires lorsqu'il n'est pas encore démontré sur le plan populationnel qu'elles ont un impact positif sur la santé, même si elles peuvent souvent être indiquées sur le plan individuel.

²⁴ Statistique Canada, Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC), Deuxième imprimé, Ottawa, Mars 1992.

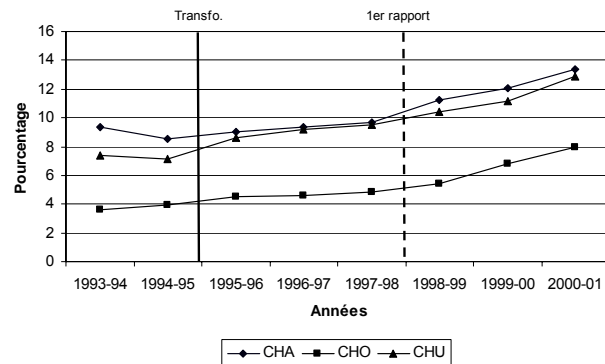
pour les non-résidents. Toutes les différences sont statistiquement significatives. Voir le Graphique 12 et le Graphique 13.

Pendant la période à l'étude, on constate une augmentation constante des hospitalisations pour les interventions sentinelles reconnues comme pertinentes.

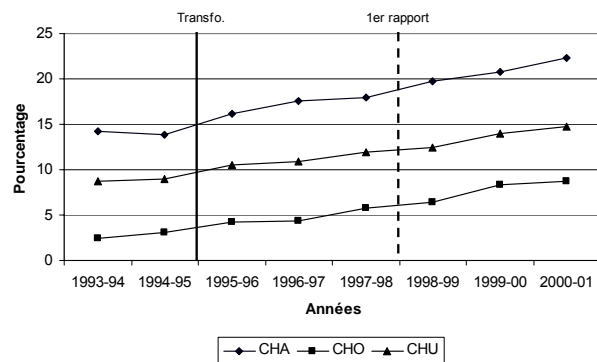
Pour les interventions sentinelles dites discrétionnaires, les résultats sont moins homogènes.

Pour les résidents de Montréal (Graphique 14), il y a une diminution statistiquement significative de la proportion des hospitalisations dans les CHA pour les interventions sentinelles discrétionnaires en 1997-1998 et 1998-1999 par rapport aux années de référence combinées de 1993-1994 et 1994-1995. Elle passe de 4,3 % en 1993-1994 à 3,6 % en 1997-1998 et 1998-1999. Pour les CHO, la diminution est statistiquement significative pour toutes les années. Elle est de 4,6 % en 1993-1994 et diminue à 4,1 % en 2000-2001, la baisse la plus marquée étant en 1997-1998 avec une proportion de 3,7 %. Pour les CHU, il s'agit d'une augmentation statistiquement significative pour toutes les années. En 1993-1994, la proportion est de 4,0 % et elle augmente à 5,0 en 2000-2001.

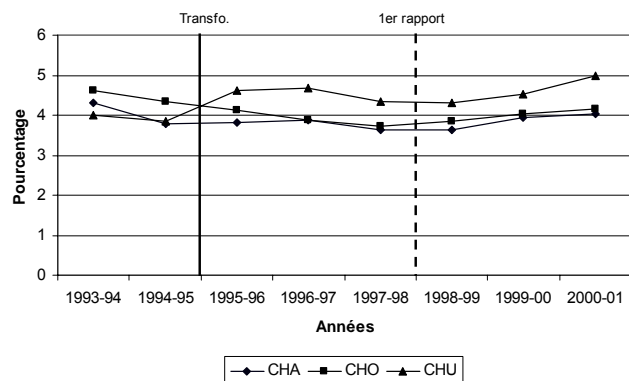
Graphique 12 : Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites pertinentes chez les résidents de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier



Graphique 13 : Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites pertinentes chez les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier



Graphique 14 : Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites discrétionnaires chez les résidents de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier

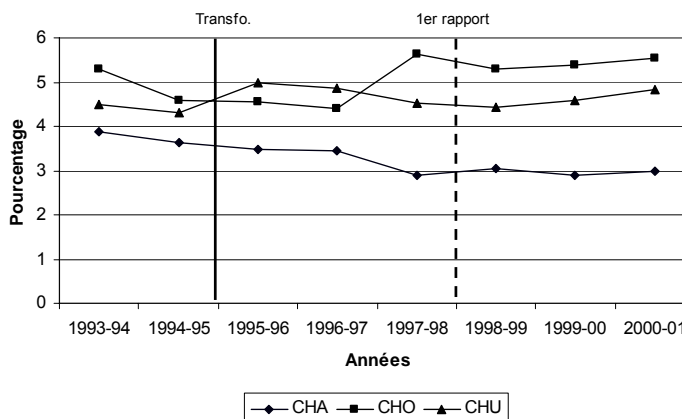


Pour les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal (Graphique 15) dans les CHA, la proportion diminue à partir de 1997-1998. Dans les CHO, elle diminue en 1995-1996 et 1996-1997 et augmente en 1997-1998. Finalement, dans les CHU, la proportion augmente en 1995-1996 et 1996-1997.

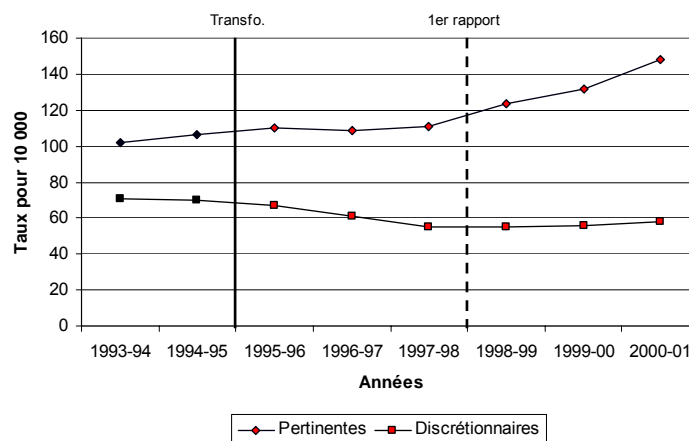
Globalement, on constate une diminution du nombre d'hospitalisations pour des interventions sentinelles dites discrétionnaires au cours de la période à l'étude.

Au cours de la période d'observation, le taux d'hospitalisation pour interventions sentinelles dites pertinentes pour 10 000 Montréalais (Graphique 16) augmente de façon statistiquement significative. Le taux de 101,8 pour 10 000 en 1993-1994 augmente à 147,8 en 2000-2001. En contraste, celui pour les interventions sentinelles dites discrétionnaires diminue de façon significative. Il passe de 70,8 en 1993-1994 à 57,9 pour 10 000 en 2000-2001.

Graphique 15 : Proportion des hospitalisations pour interventions sentinelles dites discrétionnaires chez les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal selon le type de centre hospitalier



Graphique 16 : Taux d'hospitalisation pour interventions sentinelles chez les résidents de l'île de Montréal



Effets des coupures de lits sur la disponibilité de certaines interventions

Hypothèse : le taux d'intervention pertinente devrait augmenter et le taux d'intervention discrétionnaire devrait diminuer.

Message : le taux d'intervention pertinente augmente et le taux d'intervention discrétionnaire diminue pendant la période d'observation. Les professionnels de la santé ont favorisé l'accès aux interventions pertinentes

On note une tendance à la hausse dans la proportion des interventions sentinelles dites pertinentes par rapport à l'ensemble des hospitalisations et une tendance à la baisse dans la proportion des interventions sentinelles dites discrétionnaires. Ces tendances sont généralement semblables lorsqu'on analyse les taux d'hospitalisation. Ces résultats doivent être interprétés dans le contexte des résultats que nous avons présentés dans la section sur les coupures de lits. Nous y avons vu que le nombre des hospitalisations (admissions et soins hospitaliers d'un jour) avait diminué entre 1993-1994 et 2000-2001. Ces résultats suggèrent que les professionnels de la santé ont adapté leur mode de pratique pour assurer une certaine accessibilité préférentielle pour les interventions reconnues comme ayant habituellement un effet bénéfique sur la santé.

4.5 RÉDUCTION DE LA DURÉE DU SÉJOUR HOSPITALIER

4.5.1 Effets sur la qualité des soins

- a) On s'attend à une augmentation des taux de létalité (à l'intérieur de 90 jours) et des taux de réadmission (à l'intérieur de 30 jours) chez les patients qui ont été hospitalisés pour cinq groupes de conditions pour lesquelles des interventions efficaces sont connues (fracture de la hanche, insuffisance cardiaque, infarctus aigu du myocarde, maladies pulmonaires obstructives chroniques et cancers du côlon et du rectum).
- b) On s'attend à une durée moyenne de séjour et un taux de réadmission excessifs chez les patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques et d'insuffisance cardiaque.

Pour documenter ces effets, nous utiliserons les indicateurs suivants :

- Taux de létalité dans un délai de 30, 60, 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales.
- Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours pour cinq groupes de conditions médicales.
- Taux de visite en cabinet privé ou en salle d'urgence suite à une admission pour cinq groupes de conditions médicales.

4.5.1.1 Taux de létalité dans un délai de 30, 60 et 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales

Définition (*indicateur 2*) : Il s'agit des décès, quel qu'en soit la cause ou le lieu, de tous les patients admis pour les groupes de conditions suivantes : **la fracture de la hanche**²⁵, **l'infarctus du myocarde**²⁶, **les cancers du côlon et du rectum**²⁷, **l'insuffisance cardiaque**²⁸ **ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques**²⁹. Cet indicateur porte sur les résidents de l'île de Montréal de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour l'un des groupes de conditions à l'étude. Les services en soins hospitaliers d'un jour ou en lits de longue durée en CHSGS n'ont pas été considérés dans l'analyse. Il est à noter que, pour le taux de létalité, nous incluons les patients qui sont décédés pendant l'épisode de soins index (le séjour hospitalier analysé = le patient est dans le dénominateur pour le calcul de nos taux), contrairement à ce que nous ferons pour le taux de réadmission. Cela explique que le nombre de patients est toujours plus grand pour le taux de létalité et que l'indice de gravité clinique reflète l'inclusion des patients les plus malades. De plus, pour le taux de létalité, lorsqu'il y a plus d'un épisode de soins par patient pour le même groupe de conditions dans un même exercice financier, nous étudions le dernier épisode (l'épisode de soins index), tandis que pour

²⁵ CIM-9 : 820

²⁶ CIM-9 : 410, 411

²⁷ CIM-9 : 153, 154.0, 154.1, 197.5, 230.3, 230.4

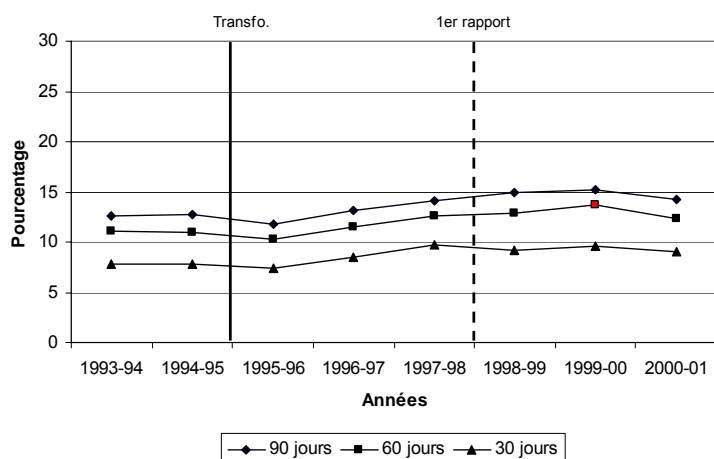
²⁸ CIM-9 : 428

²⁹ CIM-9 : 496

le taux de réadmission, lorsque cela se produira, nous étudierons le premier épisode de soins. Cette dernière différence complique davantage toute comparaison entre les deux indicateurs, en particulier en ce qui a trait aux variables décrivant le processus de soins durant l'épisode de soins index, la durée de séjour par exemple.

Résultats : Pour la **fracture de hanche** (Graphique 17), après 1995-1996, le taux de létalité dans les 90 jours suivant la date d'admission augmente de 11,8 % à 15,2 % sans que ce changement soit statistiquement significatif (voir page 132). Les taux de létalité en dedans de 60 et 30 jours suivent la même tendance à la différence que le taux à 60 jours s'élève de façon statistiquement significative en 1999-2000. La durée du séjour hospitalier baisse de 23,4 % jusqu'en 1998-1999 pour augmenter par la suite. Le nombre de patients varie de 1 600 à 1 848 et l'âge moyen oscille entre 77,9 et 79,4 ans. L'augmentation de la gravité clinique est importante (61 %).

Graphique 17 : Fracture de hanche : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS

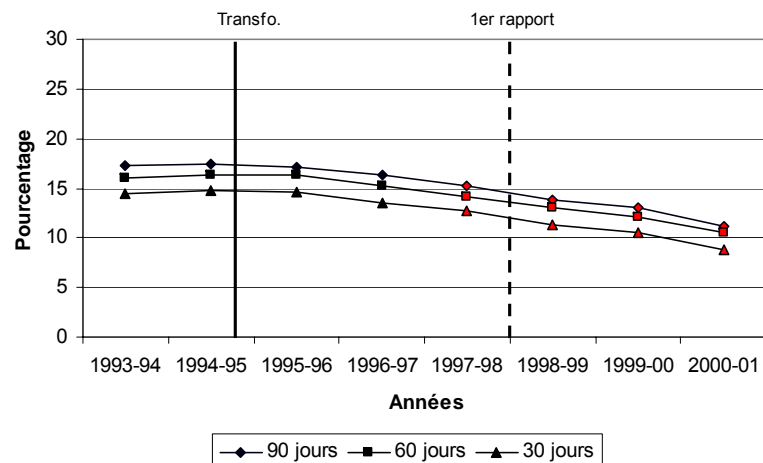


	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	1600	1620	1734	1848	1806	1647	1626	1679
Taux 90 jours	12,6	12,8	11,8	13,2	14,1	15,0	15,2	14,2
% de femmes	76,4	75,6	75,7	74,6	75,4	75,4	74,4	73,9
Séjour moyen ²	53,4	55,7	47,9	45,0	41,4	40,9	43,3	42,6
Séjour médian ²	38,0	47,0	42,0	38,0	35,0	37,0	38,0	37,0
Âge moyen	77,9	78,6	77,9	78,5	78,3	79,3	79,4	78,7
Gravité clinique ³	19,7	22,6	19,9	21,8	21,0	24,7	24,4	31,8
1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême								

Pour l'infarctus du myocarde (Graphique 18), le taux de létalité pour les trois périodes de suivi diminue en une tendance très claire et cette diminution est statistiquement significative (voir Annexe III, page 132) à partir de 1997-1998.

À noter que les trois taux sont très proches, ce qui indique que les décès se produisent en grande majorité pendant les trente premiers jours. Entre 1993-1994 et 1998-1999, la durée de séjour diminue de 19 % pour augmenter par la suite. Le nombre de patients augmente de 3 711 à 5 254, tandis que leur âge moyen reste stable autour de 68 ans. La proportion de patients avec un indice de gravité clinique élevé ou extrême augmente de 34 % durant la période d'observation.

Pour les **cancers du côlon et du rectum** (Graphique 19), le taux de létalité est plus élevé que celui des autres groupes de conditions et fluctue beaucoup d'année en année, généralement sans que ces fluctuations soient statistiquement significatives (voir Annexe III, page 132). Font exception les augmentations à 30 jours en 1995-1996 et 1999-2000 et l'augmentation à 60 jours en 1999-2000. Le séjour des patients à l'hôpital a diminué de 24,2 % entre 1993-1994 et 1998-1999. Le nombre de patients varie de 1 243 à 1 452, leur âge moyen, de 69,5 à 71,1 ans.

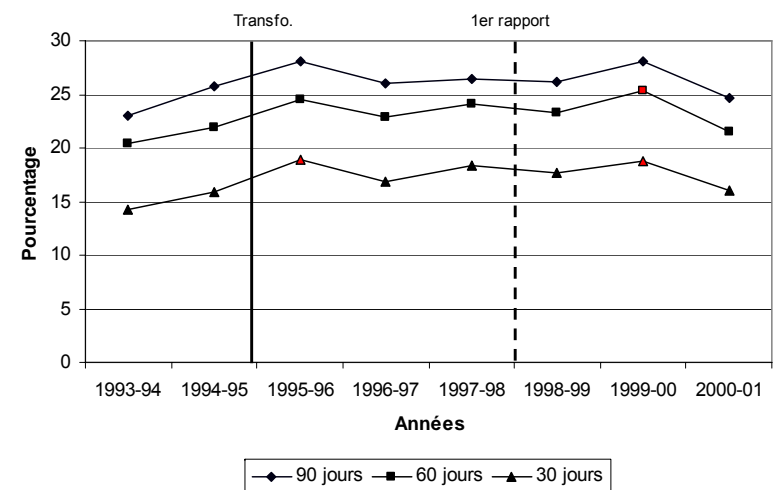
Graphique 18 : Infarctus du myocarde : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS


	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	3711	3768	3891	3855	4151	4503	4397	5254
Taux 90 jours	17,2	17,5	17,1	16,3	15,2	13,9	13,1	11,2
% de femmes	39,7	39,8	40,4	39,1	38,8	38,5	39,3	41,1
Séjour moyen ²	13,7	13,9	12,5	12,0	11,3	11,1	11,5	12,1
Séjour médian ²	10,0	9,0	8,0	8,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Âge moyen	67,4	67,8	67,5	67,9	67,6	68,2	68,6	68,5
Gravité clinique ³	24,4	25,3	24,6	28,1	27,4	29,1	28,4	32,7

1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index

2- Exprimé en nombre de jours

3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

Graphique 19 : Cancers du côlon et du rectum : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS


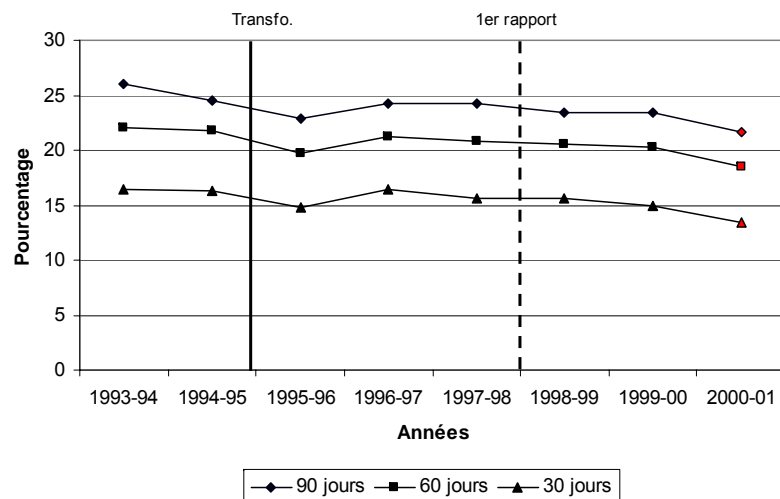
	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	1243	1326	1302	1261	1284	1277	1413	1452
Taux 90 jours	23,0	25,7	28,0	26,0	26,3	26,1	28,1	24,7
% de femmes	50,9	49,9	49,0	50,0	54,1	50,6	49,0	48,6
Séjour moyen ²	25,2	24,0	21,8	22,1	20,5	19,1	19,0	20,5
Séjour médian ²	16,0	15,5	14,0	13,0	13,0	12,0	12,0	12,0
Âge moyen	69,8	69,5	69,9	69,5	71,1	69,6	69,9	70,2
Gravité clinique ³	28,8	31,3	34,5	34,0	36,8	33,6	33,3	37,8

1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index

2- Exprimé en nombre de jours

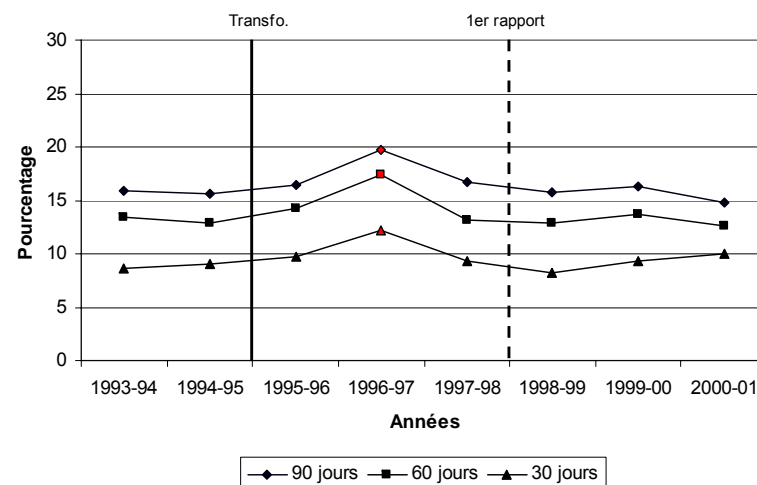
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

Graphique 21 : Insuffisance cardiaque : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	2699	2829	2769	2761	2988	2655	2420	2301
Taux 90 jours	26,1	24,5	22,9	24,3	24,2	23,4	23,4	21,7
% de femmes	53,2	51,9	53,6	50,7	51,3	52,9	50,9	50,9
Séjour moyen ²	17,3	16,9	16,0	14,6	13,4	13,2	13,0	13,4
Séjour médian ²	10,0	9,0	9,0	8,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Âge moyen	74,9	75,3	75,3	75,4	75,3	75,7	75,2	75,4
Gravité clinique ³	32,0	34,7	37,3	38,7	40,3	46,7	46,1	51,0
1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême								

Graphique 20 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques : taux de létalité pour différentes périodes de suivi suivant la date d'admission en CHSGS



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	1437	1521	1571	1521	1483	1467	1483	1359
Taux 90 jours	15,9	15,6	16,5	19,7	16,9	15,8	16,3	14,8
% de femmes	50,1	50,3	53,8	51,5	51,0	51,5	52,3	52,1
Séjour moyen ²	20,0	16,1	15,8	15,1	13,8	12,5	15,1	15,1
Séjour médian ²	11,0	9,0	9,0	7,0	7,0	7,0	8,0	8,0
Âge moyen	71,9	71,8	72,2	72,4	72,0	72,2	72,1	72,3
Gravité clinique ³	22,0	21,6	20,7	25,6	24,6	29,4	32,7	34,4
1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême								

Avec le temps, la proportion des patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême tend à augmenter (31 %). Comme pour les groupes de conditions médicales précédentes, la proportion de patients avec un indice de gravité clinique élevé ou extrême augmente au cours de la période d'observation (31 %).

Pour l'**insuffisance cardiaque** (Graphique 21), le taux de létalité sur une période de 90 jours diminue d'abord de 26,1 % en 1993-1994 à 22,9 % en 1995-1996 pour augmenter un peu par la suite et redescendre de façon statistiquement significatif à son niveau le plus bas en 2000-2001 (voir Annexe III, page 133). Les taux en dedans de 60 et 30 jours suivent exactement la même tendance. Le nombre de patients augmente d'abord pour diminuer jusqu'à son minimum en 2000-2001 (n=2 301). Le séjour moyen à l'hôpital diminue de 24,8 % entre 1993-1994 et 1999-2000 pour augmenter très légèrement l'année suivante. L'âge moyen demeure identique mais la gravité clinique augmente constamment pendant la période d'observation (59 %).

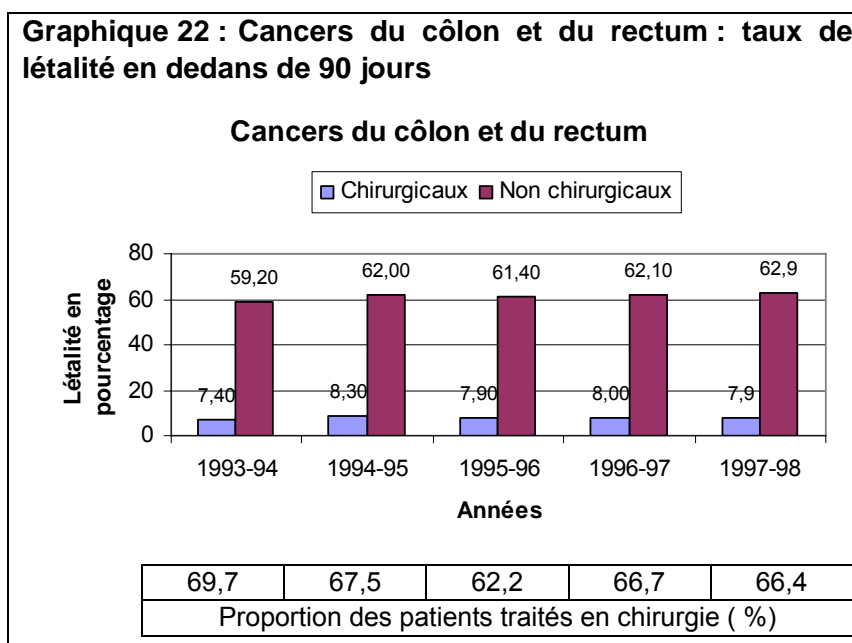
Pour les **maladies pulmonaires obstructives chroniques** (Graphique 20), le taux sur une période de 90 jours atteint un sommet en 1996-1997 (19,7 %; cette hausse est statistiquement significative) pour diminuer ensuite à 14,8 %. Les taux en dedans de 60 et 30 jours réagissent exactement de la même façon. Pendant la période d'observation, le nombre de patients varie de 1 437 à 1 571, le nombre minimal étant de 1 359 en 2000-2001. Le séjour moyen diminue de 37,5 % entre 1993-1994 et 1998-1999. L'âge moyen reste stable et la gravité clinique atteint un sommet en 2000-2001 après avoir augmenté de 56,4 %.

Mise en garde

Les taux de létalité peuvent paraître élevés, surtout pour les cancers du côlon et du rectum. Cela s'explique en partie par le fait qu'un même patient peut être admis à plus d'une reprise au cours d'une même année, et ce, pour le même diagnostic. Ainsi, jusqu'à 25 % des patients avec un cancer du côlon ou du rectum sont réadmis comparativement à 2 % pour la fracture de la hanche et 12 % pour

l'infarctus du myocarde. Lorsque cela s'est produit, nous avons utilisé le dernier épisode de soins plutôt que le premier pour calculer le taux de létalité. Étant donné que pour les cancers, le dernier épisode de soins a plus de chance d'être associé à la progression de la maladie, les taux observés sont influencés par les cas plus avancés. Il nous est alors apparu utile de distinguer deux sous-groupes de patients selon le type de traitement reçu lors de leur dernier

Graphique 22 : Cancers du côlon et du rectum : taux de létalité en dedans de 90 jours



épisode de soins (épisode de soins index) : les patients traités par chirurgie correspondant surtout aux patients admis au moment du diagnostic; et les patients traités de façon non chirurgicale correspondant surtout aux patients réadmis. Le Graphique 22 montre les taux de létalité de ces deux sous-groupes. Entre 1993-1994 et 1997-1998, les taux de létalité changent peu pour les deux sous-groupes. Cependant, la proportion des cas traités par chirurgie atteint un minimum de 62,2 % en 1995-1996, ce qui explique probablement le pic observé en 1995-1996 du taux de létalité combinant les deux sous-groupes (voir Graphique 19).

Résultats des analyses multivariables

Avec le taux de létalité comme variable dépendante, nous avons utilisé les années de suivi comme variables indépendantes et avons contrôlé pour la gravité clinique, l'âge, le sexe et le quintile de revenu. Nous avons codifié les années de suivi comme variables indicatrices (« dummy variables »). Comme la létalité est associée à la gravité clinique d'une façon nettement non linéaire, nous avons aussi codifié cette variable sous forme de variable indicatrice. Les analyses démontrent une association positive très forte entre la gravité clinique et la létalité pour tous les groupes de conditions.

Le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.8** nous fait voir l'essentiel des résultats. Il y a une baisse statistiquement significative de la létalité pour l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque. Pour l'infarctus, la baisse est statistiquement significative pour les cinq dernières années et, pour l'insuffisance cardiaque, la baisse est statistiquement significative pour les trois dernières années.

Tableau 8 : Taux de létalité pour cinq conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile du revenu et la gravité clinique, en dedans de 90 jours suivant la date d'admission

	Taux de base* (%)	Différence (%)					
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Fracture de la hanche	5,8**	-0,4	0,5	1,4	0,8	1,4	-0,9
Infarctus du myocarde	3,5	0,1	-1,8	-1,6	-2,3	-2,7	-3,2
Insuffisance cardiaque	10,9	-3,3	-2,4	-2,3	-3,9	-3,1	-6,1
Cancers du côlon et du rectum	17,5	3,0	0,9	1,3	1,1	3,3	-0,9
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	6,4	1,0	3,7	0,6	-1,0	-1,2	-1,3

* Le taux pour la période de référence 1993-1995, pour les patients jeunes (<65 ans), défavorisés et avec une gravité faible

Note : Les zones ombragées indiquent des différences statistiquement significatives

Les données concernant l'effet des variables utilisées pour l'ajustement ne sont pas présentées en détail mais résumées dans les deux paragraphes qui suivent.

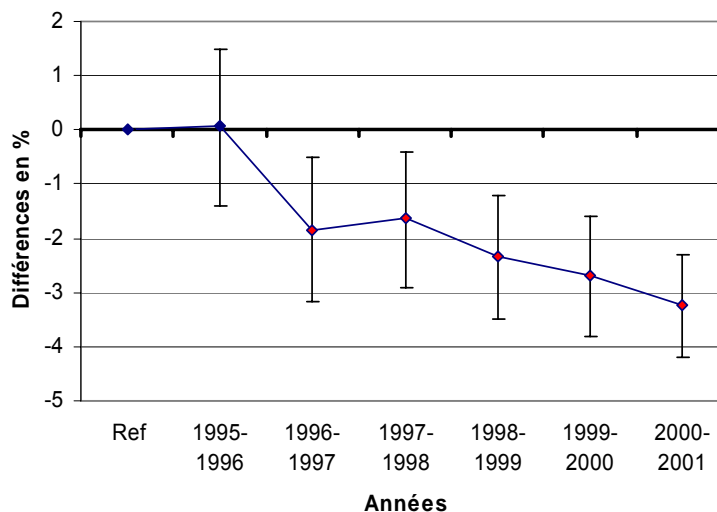
Le taux de létalité est toujours associé à l'âge (65 ans et plus : +4,2 % à 10,4 %) et à la gravité clinique (élevée ou extrême : +15,9 à +29,1 %). Il est aussi associé au sexe sauf pour le cancer du côlon et pas toujours dans la même direction (femmes : +4,5 et +1,9 % pour les deux

premières conditions respectivement, -1,6 % l'insuffisance cardiaque et -3,1 % pour les maladies obstructives chroniques).

Le taux de létalité n'est jamais associé au quintile indiquant le niveau de revenu.

Le Graphique 23 donne les résultats de l'analyse multivariées pour l'infarctus du myocarde, pour la létalité sur une période de 90 jours. Pour les cinq dernières années du suivi, on observe une réduction de 1,6 % à 3,2 % par rapport à la ligne horizontale passant par zéro sur l'axe des Y. Pour ces cinq années, la partie supérieure des intervalles de confiance est nettement sous la ligne du zéro (correspond au taux observé pendant la période de référence).

Graphique 23 : Variation dans le taux de létalité sur une période 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour infarctus du myocarde, après contrôle pour la gravité clinique, le sexe, l'âge, le quintile de revenu



4.5.1.2 Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours pour cinq groupes de conditions médicales

Définition (*indicateur 1*) : Une réadmission est définie comme la première admission à survenir après un congé hospitalier relatif au premier épisode de soins que connaît un patient au cours d'une année d'observation. Cet épisode correspond à une période ininterrompue de soins en institution, que ces soins aient nécessité ou non le transfert d'un patient d'une institution vers une autre. Il s'agit de l'épisode de soins index. Le diagnostic principal associé à cet épisode est l'un des groupes de conditions médicales retenues pour les fins de l'analyse, soit **la fracture de la hanche, l'infarctus du myocarde, les cancers du côlon et du rectum, l'insuffisance cardiaque ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques**. Quant au diagnostic au moment de la réadmission, il peut être **associé** ou non au diagnostic de l'épisode de soins index (réadmissions avec diagnostic principal qui est cliniquement relié au diagnostic de l'épisode de soins index). La réadmission peut aussi être **non planifiée**³⁰. Cet indicateur porte sur les résidents de l'île de Montréal de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour l'un ou l'autre des groupes de conditions à l'étude. Sont exclus de l'analyse les individus qui sont décédés au cours de l'épisode de soins index. Les services en soins hospitaliers d'un jour ou dans un lit de longue durée en CHSGS ne sont pas considérés dans l'analyse. La réadmission en CHSGS peut avoir eu lieu dans n'importe quelle région sociosanitaire du Québec.

³⁰ Épisode de soins immédiatement précédé d'une visite à l'urgence, en clinique externe, en cabinet privé ou en soins hospitaliers d'un jour.

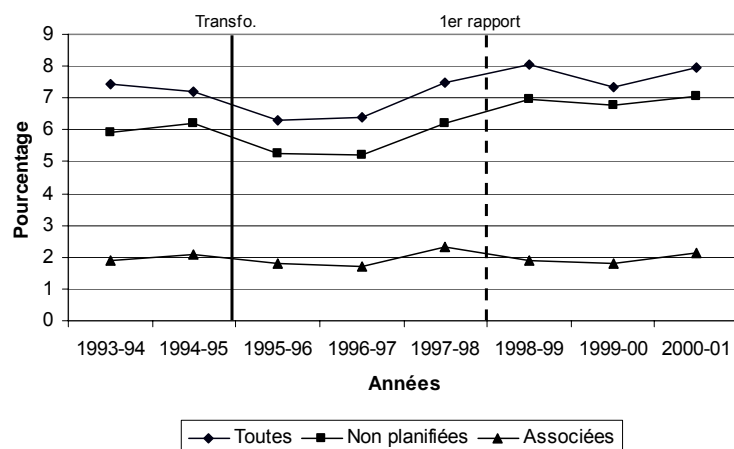
Pour chaque exercice financier et chacun des cinq groupes de conditions, les taux sont calculés en divisant le nombre de patients réadmis dans un délai de 30 jours suivant un congé en CHSGS par le nombre de patients admis au moins une fois en CHSGS et en multipliant ce quotient par 100.

Rappelons que, pour le taux de réadmission, nous étudions le premier épisode de soins (l'épisode de soins index) lorsqu'il y a plus d'un épisode de soins par patient pour le même groupe de conditions dans un même exercice financier.

Résultats : Dans le cas de la **fracture de la hanche** (Graphique 24), quel que soit le type de réadmission (toutes, non planifiées ou associées), on n'observe aucune différence statistiquement significative à travers les années (voir l'Annexe III p. 125). À noter que les taux de réadmission sont intermédiaires pour les réadmissions non planifiées et les plus bas pour les réadmissions associées. Le séjour moyen a diminué de 26,5 % entre 1994-1995 et 1998-1999 pour remonter par la suite. La gravité clinique augmente de 78 % pendant la période d'observation. En comparant avec le résultat obtenu pour le taux de létalité, on retrouve ici une moins forte proportion de gens (environ 5 points de moins) ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême.

Pour l'**infarctus du myocarde** (Graphique 25), pour tous les types de réadmissions, le taux de réadmission fluctue d'année en année, légèrement plus haut après la période de référence, sauf pour la dernière année. Aucune des différences entre les divers taux n'est statistiquement significative (Annexe III, p.125). La durée moyenne du séjour à l'hôpital a diminué de 20 % entre le début et l'année 1998-1999. On note une tendance à la hausse du pourcentage de patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême (66 %). Le nombre de patients augmente presque constamment pendant la période d'observation (de 3 203 en 1993-1994 à 4 834 en 2000-2001) et l'âge moyen demeure sensiblement le même (66,3 ans à 67,7 ans).

Graphique 24 : Fracture de la hanche : réadmission dans un délai de 30 jours



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	1439	1445	1591	1693	1629	1477	1461	1512
Taux toutes réad.	7,4	7,2	6,2	6,3	7,5	8,1	7,3	7,9
% de femmes	77,6	77,0	76,4	75,2	76,1	76,6	75,1	74,3
Séjour moyen ²	54,5	57,7	50,1	46,8	43,2	42,4	44,9	44,1
Séjour médian ²	41,0	49,0	45,0	41,0	37,0	40,0	40,0	39,0
Âge moyen	77,2	78,0	77,5	78,1	77,7	78,9	79,0	78,1
Gravité clinique ³	14,6	17,1	15,6	17,2	15,3	19,5	19,3	26,0

1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index

2- Exprimé en nombre de jours

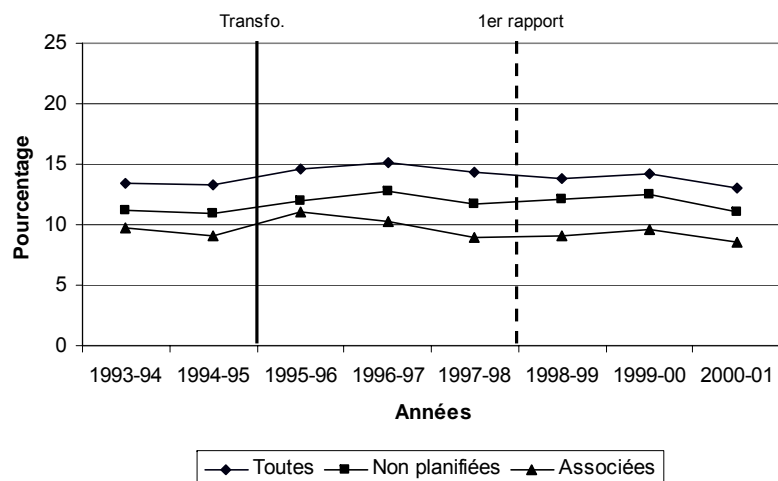
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême

Pour les **cancers du côlon et du rectum** (Graphique 26), le taux de toutes les réadmissions fluctue. Lorsqu'on compare le taux de référence avec celui des années qui suivent, on constate une augmentation, mais on ne peut dégager une tendance claire. Cette tendance ne se manifeste pas pour les réadmissions non planifiées. Les analyses statistiques présentées à l'Annexe III, p. 126 démontrent quelques différences statistiquement significatives : en 1998-1999 pour toutes les réadmissions et en 1998-1999 et 1999-2000 pour les réadmissions associées. Ces deux taux baissent pour la dernière année de suivi. Le séjour moyen a diminué de 28 % entre 1993-1994 et 1998-1999 pour remonter légèrement par la suite. La gravité clinique augmente de 41,4 % pendant la période.

Pour l'**insuffisance cardiaque** (Graphique 27), il n'y a aucune différence statistiquement significative dans les taux de réadmission. Le taux de toutes les réadmissions est passé de son minimum en 1993-1994 (19,8 %) à son maximum en 1997-1998 (21,4 %) et redescend à (18,3 %) en 2000-2001. Les taux des réadmissions non planifiées et associées sont nettement plus bas. Le séjour moyen a diminué de 27,7 % entre 1993-1994 et 1998-1999 pour remonter au cours de la dernière année. L'âge moyen des patients reste remarquablement stable et le nombre de ces patients diminue de façon marquée entre 1997-1998. La gravité clinique augmente de 73 % au cours de la période.

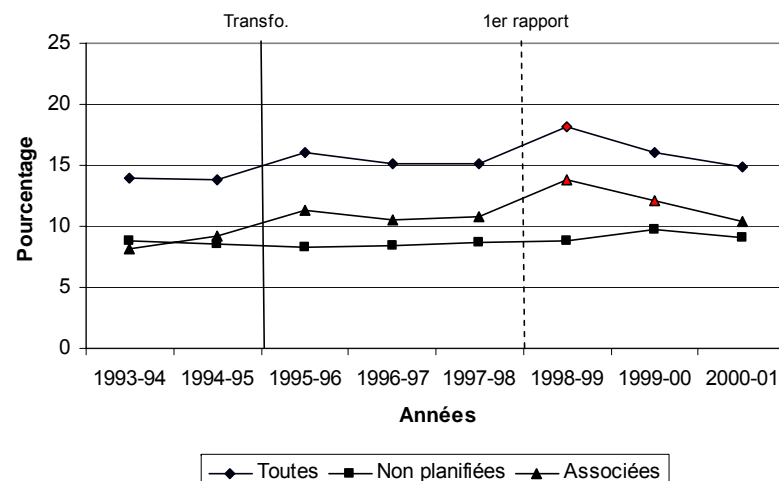
Pour les **maladies pulmonaires obstructives chroniques** (Graphique 28), le taux de toutes les réadmissions fluctue et aucune différence entre les années de référence et les années subséquentes n'est statistiquement significative. Le minimum se situe en 1994-1995 (18,0 %) et son maximum en 1995-1996 (21,3 %), pour se maintenir entre 18,5 % et 20,8 % lors des années suivantes. Pour les réadmissions non planifiées et associées, les taux ont suivi la même tendance mais sont demeurés toujours un peu plus bas. Le nombre de patients reste relativement stable et l'âge moyen aussi. Le séjour moyen a diminué de 41,1 % entre 1993-1994 et 1998-1999 pour augmenter par la suite. La gravité clinique augmente de 73 % pendant la période.

Graphique 25 : Infarctus du myocarde : réadmission dans un délai de 30 jours



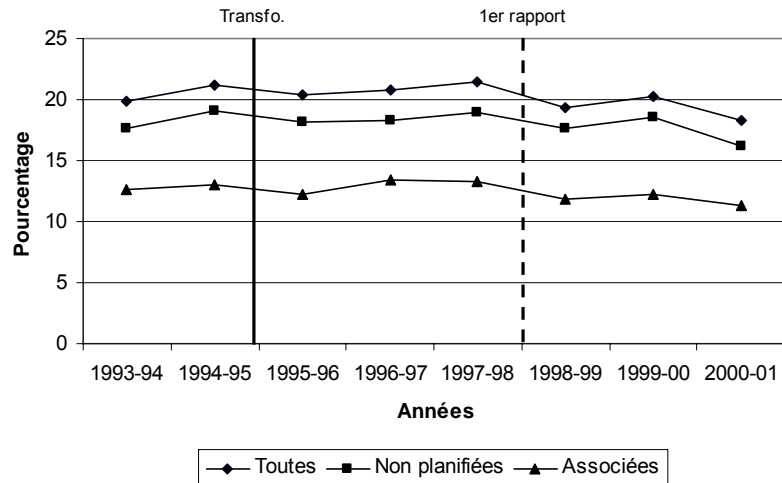
	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	3203	3246	3382	3382	3648	4057	3978	4834
Taux toutes réad.	13,3	13,2	14,6	15,0	14,4	13,8	14,2	13,0
% de femmes	37,3	37,9	38,8	37,1	37,1	37,4	38,1	39,7
Séjour moyen ²	14,2	14,5	13,1	12,0	11,6	11,3	11,6	12,0
Séjour médian ²	10,0	10,0	9,0	8,0	8,0	8,0	7,0	7,0
Âge moyen	66,3	66,6	66,4	66,8	66,5	67,3	67,7	67,7
Gravité clinique ³	16,5	18,3	16,5	20,7	20,5	22,9	22,3	27,4
1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême								

Graphique 26 : Cancers du côlon et du rectum : réadmission dans un délai de 30 jours



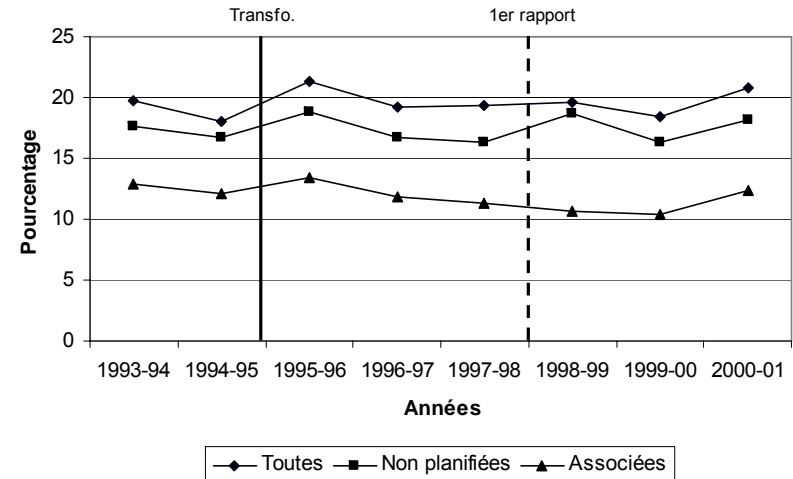
	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	1051	1109	1080	1049	1086	1087	1161	1220
Taux toutes réad.	13,9	13,8	16,0	15,1	15,2	18,1	16,1	14,8
% de femmes	51,7	50,0	49,1	49,8	54,6	49,7	50,1	48,9
Séjour moyen ²	23,0	22,5	19,6	20,5	18,3	16,6	17,1	18,0
Séjour médian ²	16,0	15,0	13,0	13,0	12,0	11,0	11,0	11,0
Âge moyen	69,3	69,0	69,2	68,9	70,7	68,9	69,4	69,5
Gravité clinique ³	23,2	24,7	28,8	29,0	30,9	26,8	28,8	32,8
1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême								

Graphique 27 : Insuffisance cardiaque : réadmission dans un délai de 30 jours



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	2345	2454	2439	2414	2631	2349	2138	2050
Taux toutes réad.	19,8	21,1	20,4	20,8	21,4	19,4	20,2	18,3
% de femmes	52,7	51,7	53,3	50,0	51,6	52,5	51,0	50,9
Séjour moyen ²	16,6	15,6	14,6	13,0	12,6	12,0	12,0	12,6
Séjour médian ²	9,0	9,0	8,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Âge moyen	74,4	74,7	74,8	74,7	74,7	75,0	74,5	74,7
Gravité clinique ³	26,9	30,4	32,2	33,3	36,0	42,2	41,2	46,7
1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême								

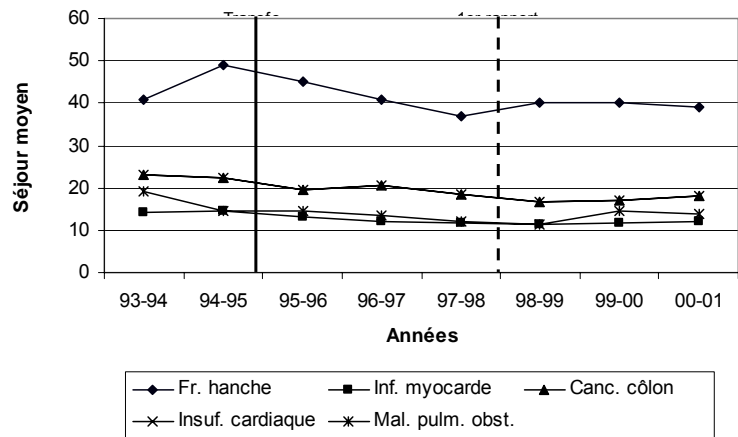
Graphique 28 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques : réadmission dans un délai de 30 jours



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patients ¹	1309	1398	1448	1378	1369	1368	1377	1246
Taux toutes réad.	19,8	18,0	21,3	19,2	19,4	19,6	18,5	20,8
% de femmes	51,0	51,2	55,0	51,5	51,5	51,2	53,1	53,0
Séjour moyen ²	19,2	14,6	14,6	13,5	12,0	11,3	14,5	13,9
Séjour médian ²	11,0	8,0	8,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Âge moyen	71,5	71,2	71,8	71,8	71,7	71,8	71,7	71,8
Gravité clinique ³	17,7	16,4	18,3	20,9	21,2	24,9	27,9	30,6
1- Information du tableau décrit tous les patients à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême								

Durée moyenne de séjour : Le Graphique 29 résume la variation dans la durée moyenne de séjour. Comme attendu, il y a eu une diminution. Pour chacune des conditions à l'étude, il y a eu une baisse significative qui a mené à des valeurs minimales en 1997-1998 ou 1998-1999. Invariablement, il y a eu une remontée après ces années. Ces années apparaissent donc comme charnières et représentent le moment où le réseau a atteint son efficacité maximale en regard de la durée

Graphique 29 : Durée moyenne de séjour pour chacune des cinq conditions

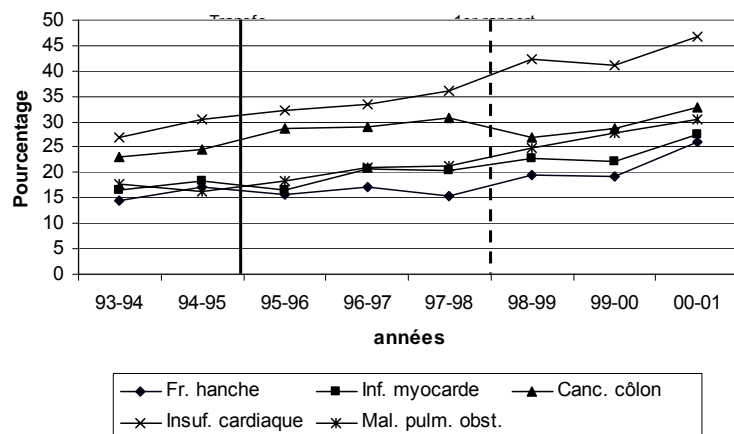


de séjour. Les pourcentages des baisses sont tous plus grands que 20 %. Ces baisses sont toutes beaucoup plus importantes que la baisse générale décrite au Graphique 1 (p. 22) pour la région montréalaise (une baisse de 13 %). Ceci pourrait refléter le fait que les conditions analysées ont été spécifiquement choisies parce qu'elles étaient plus sensibles aux transformations réalisées dans la région (voir section sur la stratégie de recherche à la page 12).

Gravité clinique :

Le Graphique 30 résume l'augmentation marquée de l'indice de gravité clinique pour toutes les conditions : de 41,4 % d'augmentation pour le cancer du côlon et du rectum à 78 % pour la fracture de la hanche. Des augmentations étaient attendues à cause d'une réduction dans la disponibilité des lits résultant des transformations et d'une sélection conséquente des patients les plus lourds pour les admissions. Cependant, les augmentations sont importantes et elles s'appliquent même aux conditions où le processus de sélection est peu probable (tous les cas de fracture de hanche et d'infarctus du myocarde sont admis).

Graphique 30 : Évolution du pourcentage des indices de gravité élevés pour chacune des cinq conditions



Résultats des analyses multivariables

Comme les données descriptives indiquent une augmentation de la gravité clinique au cours de la période d'observation pour tous les groupes de conditions étudiés, nous avons fait des analyses de régression multiple pour variable dépendante avec distribution binomiale. Outre la gravité clinique, nous avons aussi pris en compte les variables sociodémographiques suivantes : âge, sexe et quintile de revenu.

Tableau 9 : Taux de réadmission pour cinq conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile de revenu et la gravité clinique, dans un délai de 30 jours suivant un congé

	Taux de base* (%)	Différences par rapport au taux de base (%)					
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Fracture de la hanche	5,3	-0,8	-1,1	0,0	0,6	-0,1	0,4
Infarctus du myocarde	10,5	1,2	1,2	0,8	0,0	0,3	-1,2
Insuffisance cardiaque	18,0	-0,3	0,1	0,5	-1,7	-0,7	-2,9
Cancers du côlon et du rectum	16,2	2,0	1,1	1,3	4,3	2,0	0,8
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	19,4	2,5	0,2	0,0	0,2	-0,8	1,3

* Le taux pour la période de référence 1993-1995, pour les patients jeunes, défavorisés et avec une gravité faible

Note : Les zones ombragées indiquent des différences statistiquement significatives

Le Tableau 9 identifie une hausse pour le cancer du côlon et du rectum en 1998-1999 et une baisse progressive pour l'insuffisance cardiaque, baisse qui est statistiquement significative la dernière année.

Les données concernant l'effet des variables utilisées pour l'ajustement ne sont pas présentées en détail mais résumées dans les quatre paragraphes qui suivent.

La gravité clinique élevée ou extrême est associée positivement au taux de réadmission pour toutes les conditions sauf pour le cancer du côlon et du rectum. Le taux de réadmission pour les patients avec une gravité clinique élevée ou extrême est de 2,9 % ($p < 0,0001$, fracture de la hanche) à 6,1 % ($p < 0,0001$, infarctus du myocarde) supérieur à celui des autres patients.

L'âge est associé aux taux de réadmission pour la fracture de la hanche et pour l'infarctus aigu du myocarde : les patients âgés de 65 ans et plus ont un taux respectif de 2,3 % et 4,2 % plus élevé que les autres patients.

Le sexe n'est associé au taux de réadmission que pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Les hommes ont un taux de 2,7 % plus élevé que celui des femmes.

Le taux de réadmission n'est jamais associé au quintile du pourcentage de la population sous le seuil de faible revenu.

Effets de la réduction de la durée de séjour sur la létalité et le taux de réadmission

Hypothèses :

- 1- On s'attend à une augmentation des taux de létalité (à l'intérieur de 90 jours) et des taux de réadmission (à l'intérieur de 30 jours) pour cinq groupes de conditions pour lesquelles des interventions efficaces sont connues (fracture de la hanche, insuffisance cardiaque, infarctus aigu du myocarde, maladies pulmonaires obstructives chroniques et cancers du côlon et du rectum).
- 2- On s'attend à une durée moyenne de séjour et à un taux de réadmission excessifs chez les patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques et d'insuffisance cardiaque.

Messages :

- 1- Les analyses démontrent peu de changements significatifs pour le taux de létalité sauf pour l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque. Selon les experts cliniciens consultés, ces changements sont probablement liés à l'amélioration marquée dans l'efficacité des traitements pour ces conditions pendant la période d'observation. Les changements significatifs observés pour le taux de réadmission sont moins marqués et sont limités à l'insuffisance cardiaque.
- 2- La durée moyenne de séjour a diminué de façon marquée pour toutes les conditions jusqu'en 1997-1998 pour augmenter par la suite.

Les analyses multivariées confirment généralement les résultats obtenus avec les analyses univariées et identifient les associations attendues entre les taux et les variables confondantes sauf pour le pourcentage de la population sous le seuil de faible revenu.

Le pourcentage des patients avec un indice de gravité élevé ou extrême a augmenté de façon importante entre 1993-1994 et 2000-2001, et ce, pour toutes les conditions. Cette augmentation pourrait être liée à un processus de sélection des cas plus lourds associée à une réduction dans le nombre de lits disponibles. Cependant l'augmentation se manifeste aussi pour les conditions où une telle sélection est peu probable (infarctus du myocarde et fracture de la hanche). Nous identifierons une explication possible à ce phénomène à la page 72.

- c) On s'attend à une augmentation des taux de consultation en salle d'urgence et en cabinet privé chez les patients qui ont été hospitalisés pour cinq groupes de conditions pour lesquelles des interventions efficaces sont connues (fracture de la hanche, insuffisance cardiaque, infarctus aigu du myocarde, maladies pulmonaires obstructives chroniques et cancers du côlon et du rectum).

4.5.1.3 Taux de visite en salle d'urgence et taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales

Définition (*indicateurs 10 et 11*) : Taux de visite en salle d'urgence et taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour les groupes de conditions médicales suivantes : **fracture de la hanche, infarctus du myocarde, cancers du côlon et du rectum, insuffisance cardiaque et maladies pulmonaires obstructives chroniques**. Cet indicateur porte sur les usagers de 18 ans et plus, résidents de l'île de Montréal, qui ont été admis en CHSGS pour l'un ou l'autre des groupes de conditions à l'étude. La visite en salle d'urgence, en cabinet privé ou en clinique externe peut s'effectuer dans n'importe quel établissement ou région sociosanitaire du Québec. Les individus qui décèdent lors de l'épisode de soins index sont exclus de l'analyse. Pour le calcul du dénominateur, nous n'avons pas comptabilisé les soins hospitaliers d'un jour et les admissions en lits de longue durée en CHSGS que l'on retrouve dans Med-Écho.

La formulation de l'hypothèse ci-haut indique la crainte des experts que la réduction de durée de séjour force le départ de l'hôpital de patients que n'auraient pas atteint un niveau souhaitable de stabilité et exigeraient d'être évalués plus souvent après la sortie. D'où l'augmentation attendue des visites de suivi quel que soit le lieu. Pour vérifier cette hypothèse, nous présentons dans les graphiques deux courbes : l'une, le taux de visite à l'urgence et l'autre, le taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe.

Le suivi clinique post-hospitalisation est un phénomène complexe qui peut se réaliser de cinq façons : suivi par le médecin traitant de la dernière hospitalisation, suivi par un médecin d'une même équipe soignante, suivi par le médecin de famille avec ou sans l'information concernant la dernière hospitalisation, suivi par un nouveau médecin. L'ensemble de ces visites est décrit dans la courbe « taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe ». Malheureusement, nous n'avons pas les données pour décomposer ce total en ses cinq composantes. Nous avons pu mesurer seulement deux de ces possibilités : 1- si la visite a eu lieu auprès du médecin ayant traité le patient lors de l'hospitalisation, que cette visite ait eu lieu en clinique externe ou en cabinet privé (légende "MD de l'H" dans les graphiques); 2- si la visite a été faite en cabinet privé auprès d'un médecin qui n'a jamais vu le patient au cours de l'année précédant l'épisode de soins index (légende : nouveau MD dans les graphiques). Les deux courbes décrivant ces visites sont donc comprises dans le « taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe » mais ne décrivent que deux de ses cinq composantes.

Comme les patients pour cet indicateur sont les mêmes que pour l'indicateur précédent, nous ne présentons pas les données sociodémographiques ici. Les analyses statistiques pour ces résultats sont présentées à l'Annexe III, aux pages 128 à 131.

Résultats : Dans les graphiques qui suivent, nous présentons ensemble le taux de visite en clinique externe et celui en cabinet privé sans spécifier à qui cette visite est faite. Invariablement, ce taux de visite est le plus élevé et la courbe qui le représente est celle en haut de chacun des graphiques. Le taux de ces visites faites au médecin qui a traité le patient à l'hôpital est représenté par la ligne pointillée dans chacun des graphiques. Ce taux est très différent d'une condition à l'autre et il a tendance à diminuer pour l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. La plupart de ces visites au médecin traitant se passent à la clinique externe (entre 70 et 85 %) par rapport au cabinet privé et cette proportion tend à augmenter avec les années.

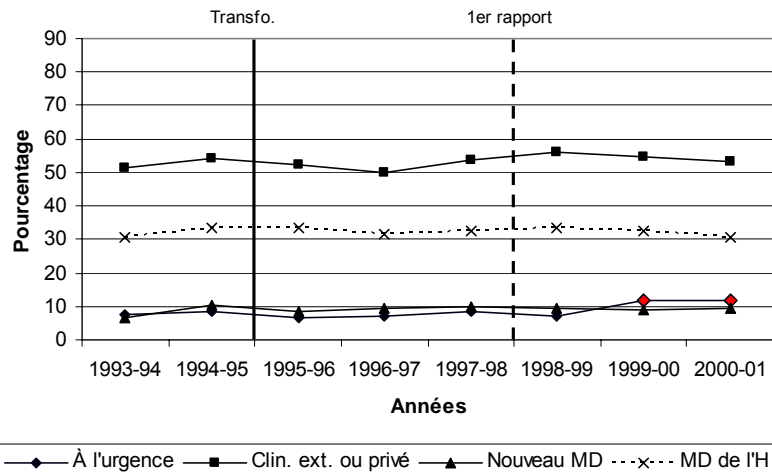
Pour la fracture de la hanche et les cancers du côlon et du rectum, les visites à des médecins en clinique externe représentent autour de 75 % des visites identifiées dans le graphique comme « clinique externe ou privé ». Pour les autres groupes de conditions, elles représentent autour de 60 % des visites. Entre 70 % (trois premiers groupes de conditions) et 80 % (deux derniers groupes) des visites en cabinet privé sont faites auprès d'un médecin qui avait vu le patient en cabinet privé avant l'épisode de soins index. Il est à noter que le taux de visite auprès d'un nouveau médecin est inclus dans le taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé.

Dans le cas de la **fracture de la hanche** (Graphique 31), le taux de visite en salle d'urgence fluctue entre 6,8 % (en 1995-1996) et 11,6 % (en 2000-2001). Le taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé fluctue très légèrement de 49,7 % (en 1996-1997) à 56,1 % (en 1998-1999), le niveau le plus bas de tous les groupes de conditions. Le taux de visite auprès d'un nouveau médecin dans un cabinet privé varie de 6,7 % (en 1993-1994) à 10,4 % (en 1994-1995). Les visites en clinique externe ou en cabinet ainsi que chez un nouveau médecin en cabinet privé n'ont pas démontré de différence statistiquement significative. Les visites à l'urgence suite à une hospitalisation pour la fracture de la hanche augmentent significativement à partir de 1999-2000. Elles passent de 7,4 % en 1993-1994 à 11,6 % en 2000-2001.

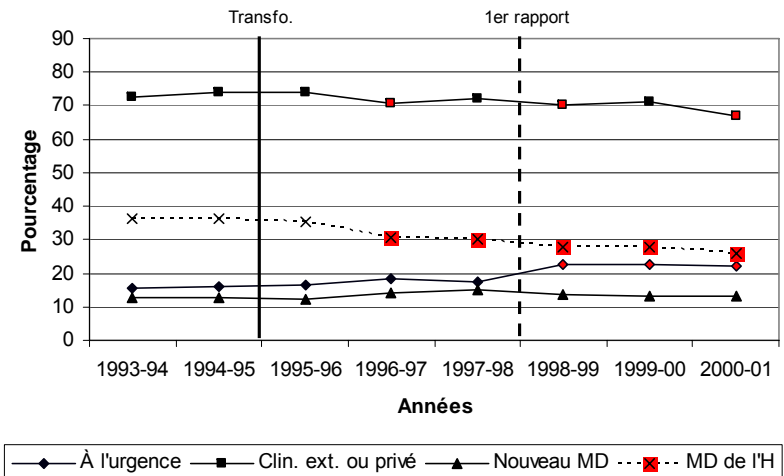
Pour l'**infarctus du myocarde** (Graphique 32), le taux de visite en salle d'urgence augmente constamment jusqu'en 1996-1997 où il atteint 18,4 %. En 1997-1998, ce taux diminue à 17,3 %. À partir de 1998-1999, il se stabilise autour de 22 %. La différence du taux des trois dernières années à l'étude est statistiquement significative par rapport au taux de référence (1993-1995). Le taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé varie entre un minimum de 66,7 % (significatif statistiquement) en 2000-2001 et un maximum de 74,2 % en 1994-1995. La portion de ces visites faites au médecin traitant lors de l'hospitalisation a diminué entre 1996-1997 et 200-2001. Le taux de visite auprès d'un nouveau médecin varie entre 12,4 % en 1995-1996 et le maximum de 15,3 % en 1997-1998 (statistiquement significatif).

Pour les **cancers du côlon et du rectum** (Graphique 33), le taux de visite en salle d'urgence augmente de façon statistiquement significative à partir de 1999-2000. Il passe de 12,1 % en 1993-1994 à 16,6 % en 2000-2001, le minimum étant de 11,0 % en 1996-1997 et le maximum de 18,0 en 1999-2000. Le taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé est stable entre 79,3 % et 85,6 % et il en est de même pour le taux de visite auprès d'un nouveau médecin (autour de 10 %).

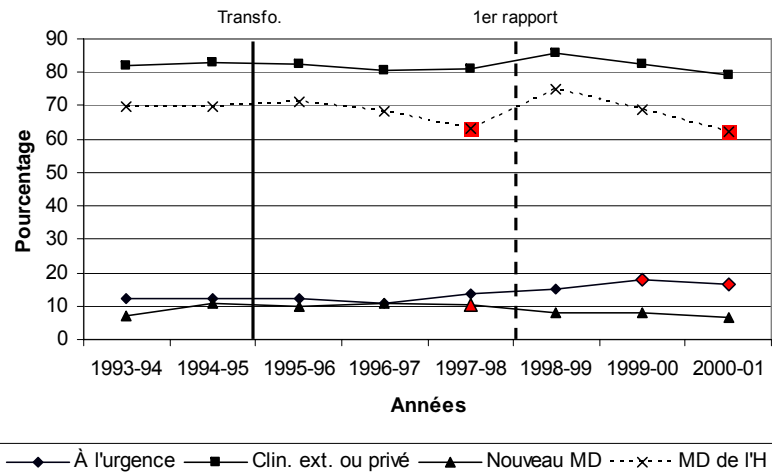
Graphique 31 : Fracture de hanche : visite à l'urgence et en clinique externe ou cabinet privé dans un délai de 30 jours



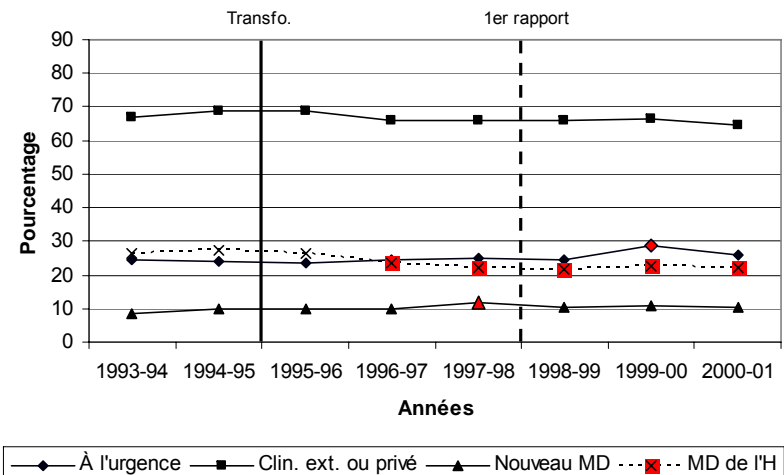
Graphique 32 : Infarctus du myocarde : visite à l'urgence et en clinique externe ou cabinet privé dans un délai de 30 jours



Graphique 33 : Cancers du côlon et du rectum : visite à l'urgence et en clinique externe ou cabinet privé dans un délai de 30 jours



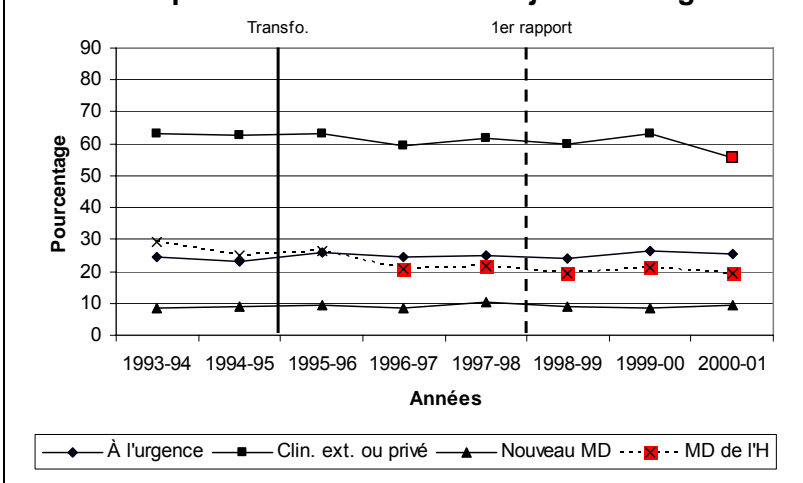
Graphique 34 : Insuffisance cardiaque : visite à l'urgence et en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours



Pour l'**insuffisance cardiaque** (Graphique 34), le taux de visite en salle d'urgence varie peu d'une année à l'autre : sa valeur minimum est de 23,6 % en 1995-1996 et sa valeur maximale est de 28,9 % en 1999-2000. On se rappellera que, pendant la période d'observation, la proportion des patients présentant une gravité clinique élevée ou extrême est passée de 26,9 % à 46,7 %. Le taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé oscille entre un maximum de 69 % en 1994-1995 et un minimum de 64,7 % en 1999-2000. La portion de ces visites faites au médecin traitant lors de l'hospitalisation a diminué entre 1996-1997 et 2000-2001. Le taux de visite auprès d'un nouveau médecin varie entre 8,6 % en 1993-1994 et le maximum de 12,1 % en 1997-1998 (statistiquement significatif).

Pour les **maladies pulmonaires obstructives chroniques** (Graphique 35), le taux de visite en salle d'urgence fluctue entre un minimum de 23,3 % en 1994-1995 et un maximum de 26,4 % en 1999-2000. On notera que ce taux, comme celui pour l'insuffisance cardiaque, est nettement plus élevé que pour les autres groupes de conditions. Le taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé oscille entre 55,7 % en 2000-2001

Graphique 35 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques : visite à l'urgence et en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours à l'urgence



(seule différence significative) et 63,3 % en 1999-2000. La portion de ces visites faites au médecin traitant lors de l'hospitalisation a diminué entre 1996-1997 et 2000-2001. Le taux de visite auprès d'un nouveau médecin varie peu et se situe entre 8,6 % en 1993-1994 et 10,5 % en 1997-1998. Le taux de visite au médecin traitant de l'hospitalisation index diminue significativement en 1996-1997 pour rester au même niveau jusqu'à la fin de la période d'observation.

Résultats des analyses multivariées

Pour les mêmes raisons que celles énoncées dans l'analyse pour les réadmissions, nous avons procédé à des analyses de régression multiple pour tenir compte du sexe, de l'âge du patient, de l'indice de gravité clinique au moment de la première admission et du quintile de revenu.

Les analyses multivariées pour le taux de visite en salle d'urgence dans les 30 jours suivant un congé hospitalier pour les cinq conditions à l'étude (voir Tableau 10) ont donné des résultats comparables aux analyses univariées. Seule différence : en 1996-1997, pour l'infarctus du myocarde, l'analyse univariée donne un taux de visite en salle d'urgence de 2,5 % (p=0,002)

plus élevé que pour les années de référence (1993-1995) alors qu'avec l'analyse multivariable la différence n'est pas statistiquement significative (2,0 %, $p=0,01$) (résultats non présentés).

Tableau 10 : Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier pour cinq groupes de conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile de revenu et la gravité clinique

	Taux de base* (%)	Différences par rapport au taux de base (%)					
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Fracture de la hanche	7,8	-1,0	-1,1	0,3	-0,8	3,8	3,2
Infarctus du myocarde	11,8	0,5	2,1	1,1	6,0	6,2	5,4
Insuffisance cardiaque	21,4	-1,1	-0,1	0,1	-0,6	4,0	0,9
Cancers du côlon et du rectum	14,3	0,1	-1,5	1,3	2,7	5,5	4,0
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	25,9	2,0	0,4	0,8	-0,2	2,3	1,5

* Le taux pour la période de référence 1993-1995, pour les patients jeunes, défavorisés et avec une gravité faible

Note : Les zones ombragées indiquent des différences statistiquement significatives.

En général, on observe une augmentation des visites en salle d'urgence à partir de 1999-2000. Pour la fracture de la hanche, la différence est de 3,8 % ($p=0,0001$) en 1999-2000 et de 3,2 % ($p=0,001$) en 2000-2001. Pour les cancers du côlon et du rectum, elle est de 5,5 % ($p<0,0001$) en 1999-2000 et de 4,0 % ($p=0,002$) pour 2000-2001. Pour l'infarctus du myocarde, l'augmentation est de 6,0 % en 1998-1999, de 6,2 % en 1999-2000 et 5,4 % en 2000-2001 ($p<0,0001$).

Une seule différence est statistiquement significative pour l'insuffisance cardiaque : le taux de visite en salle d'urgence est 4,0 % ($p=0,001$) plus élevé en 1999-2000 que le taux de référence. Aucune différence statistiquement significative n'est observée dans le temps pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Les données concernant l'effet des variables utilisées pour l'ajustement ne sont pas présentées en détail mais résumées dans les quatre paragraphes qui suivent .

Pour les visites en salle d'urgence, une augmentation de la gravité clinique est associée à une augmentation des visites sauf pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) (résultats non présentés).

Les visites en salle d'urgence sont de 3,6 et 5,4 % plus élevé pour les patients de 65 ans et plus par rapport aux autres groupes d'âge, particulièrement pour l'insuffisance cardiaque et l'infarctus du myocarde respectivement. L'âge n'est pas associé aux taux de visite à l'urgence pour la fracture de la hanche, le cancer du côlon et du rectum et les MPOC.

Les femmes ont un taux de visite à l'urgence pour l'infarctus du myocarde de 2,8 % ($p<0,0001$) plus élevé que les hommes. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sexes pour les autres conditions.

Pour les cinq conditions à l'étude, le niveau socio-économique n'a pas d'impact sur le taux de visite à l'urgence.

Entre 1994-1995 et 2000-2001, par rapport aux années de référence (voir Tableau 11), il y a quatre différences statistiquement significatives pour le taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe. Pour l'infarctus du myocarde, le taux de visite est moins élevé en 1996-1997 (-2,6 %, $p=0,007$), qu'en 1998-1999 (-2,9 %, $p=0,002$) et en 2000-2001 (-6,3 %, $p<0,0001$). Pour les MPOC, il est moins élevé en 2000-2001 (-6,9 %, $p<0,0001$).

Tableau 11 : Taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier pour cinq groupes de conditions médicales après ajustement pour l'âge, le sexe, le quintile de revenu et la gravité clinique

	Taux de base* (%)	Différences par rapport au taux de base (%)					
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Fracture de la hanche	59,8	-0,6	-2,7	0,7	3,9	2,2	0,9
Infarctus du myocarde	72,7	0,4	-2,6	-1,5	-2,9	-2,0	-6,3
Insuffisance cardiaque	76,0	1,3	-1,6	-1,7	-1,2	-1,1	-2,6
Cancers du côlon et du rectum	87,9	0,2	-1,9	-0,5	2,3	0,4	-2,6
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	64,8	0,4	-3,2	-1,1	-2,8	0,7	-6,9

* Le taux pour la période de référence 1993-1995, pour les patients jeunes, défavorisés et avec une gravité faible

Note : Les zones ombragées indiquent des différences statistiquement significatives

Les données concernant l'effet des variables utilisées pour l'ajustement ne sont pas présentées en détail mais résumées dans les quatre paragraphes qui suivent.

Pour ces visites, une augmentation de la gravité clinique est associée à une diminution des visites (entre 2 et 6 % de moins) pour la fracture de hanche, l'insuffisance cardiaque et les cancers du côlon et du rectum. Pour l'infarctus du myocarde et les MPOC, l'association était dans le même sens mais non statistiquement significative avec respectivement $p = 0,015$ et $p = 0,011$.

L'âge est associé négativement au taux de visite pour toutes les conditions sauf pour l'infarctus aigu du myocarde. La diminution du taux de visite pour les 65 ans et plus par rapport aux moins de 65 ans est de 15 % ($p<0,0001$), 10 % ($p<0,0001$), 7,5 % ($p<0,0001$) et 4,4 % ($p=0,0003$) pour la fracture de la hanche, l'insuffisance cardiaque, le cancer du côlon et du rectum et les maladies pulmonaires obstructives chroniques respectivement.

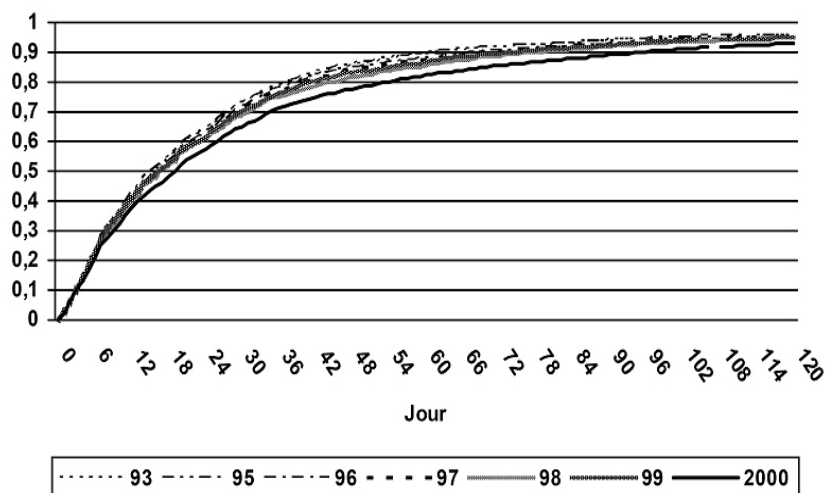
Les femmes ont un taux de visite inférieur aux hommes de 6,5 % pour l'insuffisance cardiaque et de 3,5 % pour le cancer du côlon et du rectum ($p<0,0001$).

L'influence du niveau socioéconomique sur le taux de ces visites sera présentée dans la section sur l'équité à la page 82.

Résultats des analyses de survie

Parce que nos taux de visites portent tous sur une période de 30 jours, il y a une possibilité que les résultats significatifs obtenus résultent d'un changement de comportement des médecins qui serait toutefois sans conséquence négative. En effet, il est possible qu'au cours de la période d'observation, les médecins aient allongé un peu le délai entre le départ de l'hôpital et la visite de suivi sans que cela n'implique l'absence

Graphique 36 : Probabilité d'une visite de suivi en clinique ou en cabinet privé selon le délai suivant le congé hospitalier pour infarctus du myocarde



d'une telle visite. Si la visite de suivi avait lieu un peu avant la démarcation arbitraire de 30 jours en 1993-1994 et, si cette visite était retardée un peu après cette démarcation vers la fin de la période d'observation, les taux que nous avons utilisés pourraient indiquer une baisse sans que cela puisse avoir d'impact sur la santé des patients. Pour vérifier cette éventualité, nous avons fait des analyses de survie pour les conditions où nous avons détecté des variations statistiquement significatives des taux : l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque. Nous avons fait ces analyses en utilisant le modèle de Cox pour l'analyse de survie, modèle qui nous permettait de contrôler pour les changements dans le temps de l'indice de gravité clinique. Le Graphique 36 illustre le résultat de l'analyse pour l'infarctus du myocarde : la probabilité d'une première visite de suivi en clinique ou en cabinet privé est significativement plus basse en 2000-2001 comparativement aux autres années y compris la période de référence. Ainsi, en 2000-2001, la probabilité d'une première visite à 30 jours était de 0,652 et pendant la période de référence, elle était de 0,729, soit une différence de 7,7 %. Tout en contrôlant pour les changements de la gravité clinique dans le temps, le modèle de survie de Cox identifie ce résultat comme significatif ($p < 0,001$). Les différences entre 2000-2001 et 1993-1994 demeurent relativement du même ordre à 40, 50 et 60 jours pour diminuer autour de 5 % à 90 jours. Nous avons répété ces analyses pour l'insuffisance cardiaque et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Bien qu'on observe toujours une baisse des visites en clinique externe ou en cabinet privé en 1996-1997, celle-ci n'atteint pas un niveau significatif.

Effets de la réduction de la durée de séjour sur les taux de consultation suivant un congé hospitalier

Hypothèse : On s'attend à une augmentation des taux de consultation en salle d'urgence et en cabinet privé chez les patients qui ont été hospitalisés pour cinq groupes de conditions pour lesquelles des interventions efficaces sont connues (fracture de la hanche, insuffisance cardiaque, infarctus aigu du myocarde, maladies pulmonaires obstructives chroniques et cancers du côlon et du rectum).

Message : Sauf pour la MPOC, dans un délai de 30 jours suivant le départ de l'hôpital, il y a eu une augmentation significative des visites en salle d'urgence durant la période d'observation, surtout entre 1998-1999 et 2000-2001. Sauf pour la fracture de la hanche, il y a eu une diminution du taux de consultation au médecin traitant lors de l'hospitalisation.

Un faible taux de visite de suivi au médecin traitant lors de l'hospitalisation a déjà été démontré comme étant associé au décès et à la réadmission⁽³⁰⁾ et pourrait refléter une baisse dans la continuité des soins après une hospitalisation. Dans un contexte ambulatoire et dans un essai randomisé à double insu, ce type de continuité était associé à une réduction dans le taux de visite à l'urgence et dans la durée de séjour⁽³¹⁾. Dans une population de patients cancéreux en fin de vie, une telle continuité était aussi associée à un taux plus faible de visite à l'urgence⁽³²⁾. Malheureusement, les banques de données administratives ne nous permettent pas de déterminer si la visite de suivi peut avoir été réalisée auprès d'un médecin de la même équipe que le médecin traitant lors de l'hospitalisation, ce qui vraisemblablement diminuerait l'impact possible d'un tel résultat.

Les études multivariées suggèrent qu'une augmentation de l'âge et de la gravité clinique est associée presque toujours avec une diminution du taux de visite en clinique ou en cabinet privé. La relation est généralement inverse pour les visites à l'urgence.

- d) Les taux de mortalité pour fracture de la hanche, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, cancers du côlon et du rectum et maladies pulmonaires obstructives chroniques ne devraient pas changer au cours de la période d'observation.

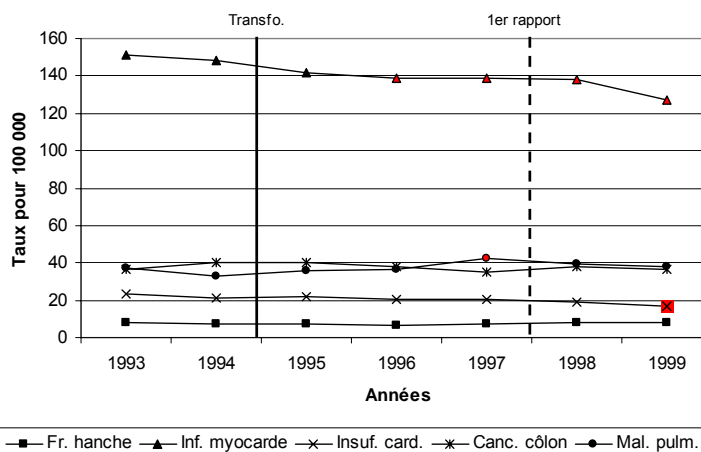
4.5.1.4 Taux standardisé de mortalité pour cinq groupes de conditions médicales

Définition (*indicateur 2*) : Le numérateur de cet indicateur est constitué de tous les décès se produisant au cours des années de calendrier 1993 à 1999 chez les résidents de l'île de Montréal de 18 ans et plus et dont la cause est l'un des cinq groupes de conditions médicales suivantes : **fracture de la hanche, infarctus du myocarde, cancers du côlon et du rectum, insuffisance cardiaque et maladies pulmonaires obstructives chroniques**. La source de cette information est le fichier des décès du Québec. Le dénominateur est la population moyenne de l'île de Montréal de 18 ans et plus³¹. Les analyses statistiques détaillées concernant ces taux sont présentées à l'Annexe III, page 135. Les taux sont standardisés en utilisant la méthode directe et la population de référence utilisée est celle de Montréal en 1996.

Résultats : Le taux de mortalité pour la **fracture de la hanche** est nettement le plus bas de tous, commençant la période à son niveau le plus haut (8,4/100 000), baissant rapidement à 6,7/100 000 pour ensuite remonter lentement (voir Graphique 37). Ces changements ne sont toutefois pas significatifs statistiquement.

Le taux de mortalité pour **l'infarctus du myocarde** est nettement le plus haut de tous, débutant la période à son niveau le plus haut (151,6/100 000) pour diminuer jusqu'à son niveau minimum en 1999 (127/100 000). Les différences pour les quatre dernières années sont statistiquement significatives.

Graphique 37 : Mortalité pour cinq groupes de conditions médicales



Années	Fr. hanche	Inf. myocarde	Insuf. card.	Canc. côlon	Mal. pulm.
1993	8,4	151,6	23,5	36,4	37,5
1994	6,9	148,6	20,9	40,0	32,8
1995	7,0	141,5	22,2	40,2	35,7
1996	6,7	138,6	20,8	38,3	36,5
1997	7,6	138,5	20,6	35,4	42,2
1998	7,7	138,1	19,1	37,8	39,6
1999	8,0	127,0	16,7	36,8	37,8

³¹ Institut de la Statistique du Québec, Estimations de population 1996-2041 (Version janvier 2000). Population au 1^{er} juillet de chaque année.

Le taux de mortalité pour **l'insuffisance cardiaque** est le deuxième plus bas et diminue progressivement au cours de la période d'observation pour atteindre un niveau de réduction statistiquement significatif la dernière année.

Le taux de mortalité pour les **cancers du côlon et du rectum** augmente d'abord de 36,4/100 000 en 1994 à 40,2/100 000 en 1995 pour ensuite diminuer jusqu'en 1997 (35,4/100 000).

Le taux de mortalité pour les **maladies pulmonaires obstructives chroniques** est passé de son niveau minimum en 1994 (32,8/100 000) à son niveau maximum en 1997 (42,2/100 000). Par rapport à la période de référence (1993-1995), ce dernier taux est plus élevé de façon statistiquement significative.

Effets de la réduction de la durée de séjour sur les taux standardisés de mortalité pour cinq groupes de conditions médicales

Hypothèse : Les taux de mortalité pour fracture de la hanche, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, cancers du côlon et du rectum et maladies pulmonaires obstructives chroniques ne devraient pas changer au cours de la période d'observation.

Message : Les taux standardisés de mortalité n'ont pas augmenté entre 1993-1994 et 2000-2001.

Comme la plupart de nos analyses portent sur les patients qui ont été admis pour les problèmes ciblés, il est concevable qu'une baisse d'accessibilité aux lits en CHSGS nous ait fait manquer une hausse de mortalité pour ces conditions si les patients meurent avant d'être admis. Nos résultats sur la mortalité standardisée pour l'âge pour ces cinq groupes de conditions (tous les décès quel que soit le lieu sans égard à une admission préalable ou pas) suggèrent que cela ne s'est pas produit. Les changements significatifs notés ici sont généralement très congruents avec ceux observés pour les taux de létalité (voir détails dans la section débutant à la page 43).

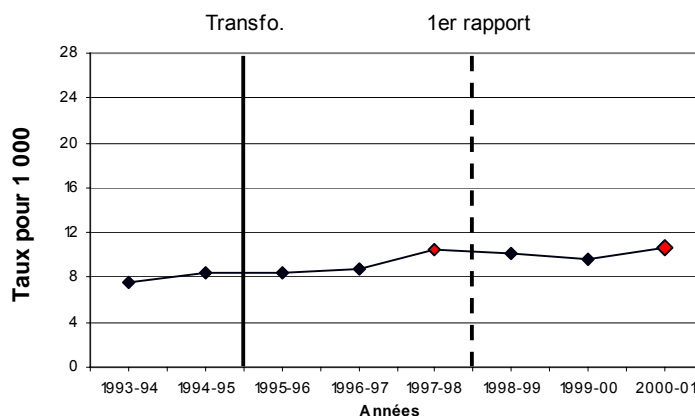
e) La diminution des durées moyennes de séjour dans les services d'obstétrique occasionnerait une augmentation des réadmissions ou des consultations en salle d'urgence au cours des 42 jours suivant la date d'accouchement.

4.5.1.5 Taux de réadmission en CHSGS pour traitement post-partum dans un délai de 42 jours suivant la date d'un accouchement : par voie vaginale; par césarienne

Définition (*indicateur 7*) : Taux de réadmission en CHSGS pour traitement post-partum dans un délai de 42 jours suivant un accouchement par voie vaginale ou par césarienne. Cet indicateur porte sur les femmes de 18 ans et plus qui résident sur l'île de Montréal ayant accouché dans un hôpital de l'Île. La réadmission peut avoir lieu dans n'importe quel CHSGS du Québec. Pour le calcul des taux de réadmission, au lieu de la période habituelle de 30 jours, on utilise ici une période de 42 jours, laquelle correspond à la borne supérieure employée par les centres hospitaliers québécois pour distinguer un problème post-partum d'un problème gynécologique (complications des suites de couches, codes diagnostiques CIM-9 : 670-676.). Cette borne supérieure est également utilisée par l'Organisation mondiale de la santé. Nous avons éliminé du dénominateur les femmes décédées lors de l'épisode de soins index (*i.e.* l'accouchement).

Pour chaque exercice financier, chacun des deux types d'accouchement et pour chacune des populations à l'étude, les taux sont calculés en divisant le nombre total de patientes réadmisées pour traitement post-partum dans un délai de 42 jours suivant la date d'accouchement par le nombre total de patientes admises en CHSGS pour un accouchement et en le multipliant par 1 000.

Graphique 38 : Taux de réadmission pour traitement post-partum suivant un accouchement par voie vaginale



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patientes ¹	17472	17855	17264	17124	15634	15010	14665	14281
Taux	7,6	8,5	8,5	8,8	10,5	10,2	9,6	10,6
Séjour moyen ²	3,3	3,1	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
Séjour médian ²	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Âge moyen	28,5	28,5	28,7	28,9	29,0	29,0	29,2	29,2
Gravité Clinique	9,7	9,7	9,8	12,4	13,0	17,1	18,2	19,0
1- Information du tableau décrit toutes les patientes à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patientes avec gravité clinique élevée ou extrême								

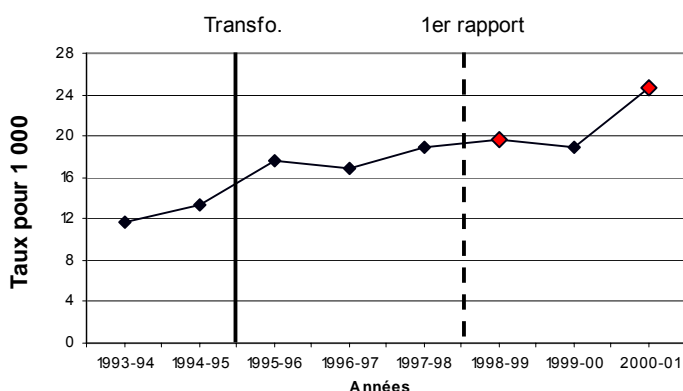
Les analyses statistiques sont présentées à l'Annexe III, Tableau A 27 , page 136.

Résultats : Que ce soit après un accouchement par voie vaginale (Graphique 38) ou par césarienne (Graphique 39), les taux de réadmission augmentent presque constamment pendant la période d'observation. Le taux de réadmission suite à un accouchement par voie vaginale est passé de 7,6 en 1993-1994 à 10,6 en 2000-2001. L'augmentation est statistiquement significative.

Il y a une forte augmentation du taux de réadmission suite à un accouchement par césarienne. De 11,8 en 1993-1994 il passe à 24,7 en 2000-2001. La différence est statistiquement significative.

Le nombre de patientes accouchant par voie vaginale diminue constamment depuis 1994-1995 mais la diminution est nettement plus marquée en 1997-1998. De 1994-1995 à 2000-2001, il passe de 17 855 à 14 281. Le nombre de césariennes quant à lui connaît une remontée à partir de 1997-1998. De 4 328 en 1994-1995, il descend à 3 652 en 1997-1998 pour remonter à 3 730 en 2000-2001. Pendant la période d'observation, le séjour moyen a diminué de 25,9 % après un accouchement par voie vaginale et de 22,8 %

Graphique 39 : Taux de réadmission pour traitement post-partum suivant un accouchement par césarienne



	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
N. de patientes ¹	4165	4328	4022	3984	3652	3574	3594	3730
Taux	11,8	13,4	17,7	16,8	18,9	19,6	18,9	24,7
Séjour moyen ²	6,6	6,3	5,8	5,7	5,5	5,6	5,4	5,3
Séjour médian ²	6,0	6,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Âge moyen	29,9	29,7	30,0	30,4	30,5	30,5	30,9	31,0
Gravité Clinique	8,4	7,8	7,6	8,5	10,2	12,6	14,2	14,9
1- Information du tableau décrit toutes les patientes à l'épisode de soins index								
2- Exprimé en nombre de jours								
3- Exprimé en % des patientes avec gravité clinique élevée ou extrême								

après un accouchement par césarienne, la diminution se faisant essentiellement jusqu'en 1997-1998. L'âge moyen des patientes tend à augmenter légèrement chez les deux groupes de femmes. L'indice de gravité clinique augmente pour les deux groupes mais de façon plus marquée chez les femmes ayant accouché par voie vaginale, passant entre 1993-1994 et 2000-2001, de 9,7 % des femmes ayant un indice de gravité élevé ou extrême à 19 %.

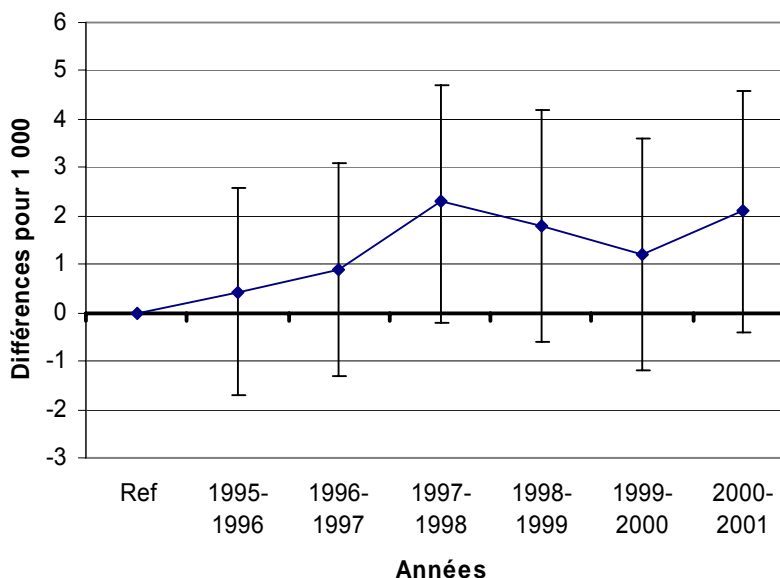
L'augmentation du taux de réadmission pour l'année 2000-2001 présentée dans le Graphique 39 est très importante. Cependant, des analyses complémentaires de ces taux par hôpital et des diagnostics notés lors de ces réadmissions et ce, en comparaison avec les années précédentes, n'ont pas permis d'apporter d'explications. De plus, une analyse d'autres banques de données pour les années ultérieures suggère que ce taux a diminué au niveau des années précédentes. Nous serions donc en présence d'une fluctuation temporaire importante, connue pour se produire occasionnellement avec ce genre de données et d'analyse.

Résultats des analyses multivariées : Le taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 42 jours suivant un accouchement par césarienne est plus élevé de 7,1 pour 1 000 en 1997-1998 que le taux de référence (13,1 pour 1 000 en 1993-1995) et augmente de 11,9 pour 1 000 accouchements en 2000-2001, toujours par rapport aux années de référence (1993-1995).

L'indice de gravité est positivement associé au taux de réadmission. Les femmes ayant une gravité clinique élevée ou extrême ont un taux de réadmission supérieur de 4,6 pour 1 000 accouchements par voie vaginale et de 11,2 par césarienne. L'âge (femmes de 16 à 30 ans vs les 31 à 50 ans), et le quintile de faible revenu ne sont pas associés avec le taux de réadmission pour les deux types d'accouchement.

Dans le cas du taux de réadmission pour traitement post-partum suivant un accouchement par voie vaginale, le Graphique 40 présente graphiquement la variation pour chacune des années de la période de suivi (en taux pour 1 000) par rapport à la période de référence qui se voit attribuer arbitrairement une valeur de 0 (taux = 7,8 pour 1 000 en 1993-1995). Ces valeurs sont obtenues après avoir contrôlé pour la gravité clinique, l'âge et le quintile du revenu. Ainsi, pour l'année 1995-1996, le taux augmente de 0,6 pour 1 000, pour l'année 1996-

Graphique 40 : Variation dans le taux de réadmission pour traitement post-partum suivant un accouchement par voie vaginale, après contrôle pour la gravité clinique, l'âge, le quintile de revenu



1997, il augmente de 0,9 pour 1 000 et pour l'année 1997-1998, il augmente de 2,4 pour 1 000 par rapport à la période de référence. On peut voir que pour toutes les années de suivi, les intervalles de confiance débordent vers le bas la ligne horizontale du zéro. Aucune des différences attribuées aux années n'est donc statistiquement significative.

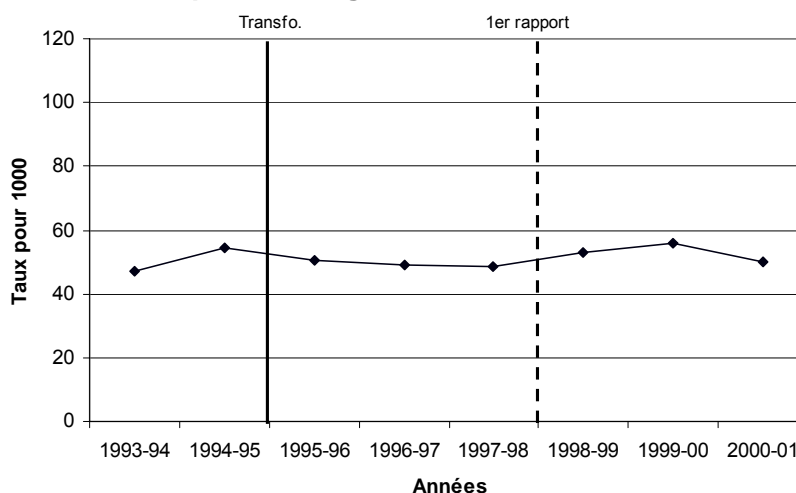
4.5.1.6 Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 42 jours suivant un accouchement en CHSGS : par voie vaginale; par césarienne

Définition (*indicateur 8*) : Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 42 jours suivant un accouchement par voie vaginale ou par césarienne dans un CHSGS de l'île de Montréal. Cet indicateur porte sur les femmes de 18 ans et plus qui résident sur l'île de Montréal. La visite en salle d'urgence peut se produire dans n'importe quelle salle d'urgence du Québec. Comme les résultats sociodémographiques sont les mêmes que pour l'indicateur précédent, nous ne les répétons pas ici. Les analyses statistiques sont présentées à l'Annexe III, p. 136.

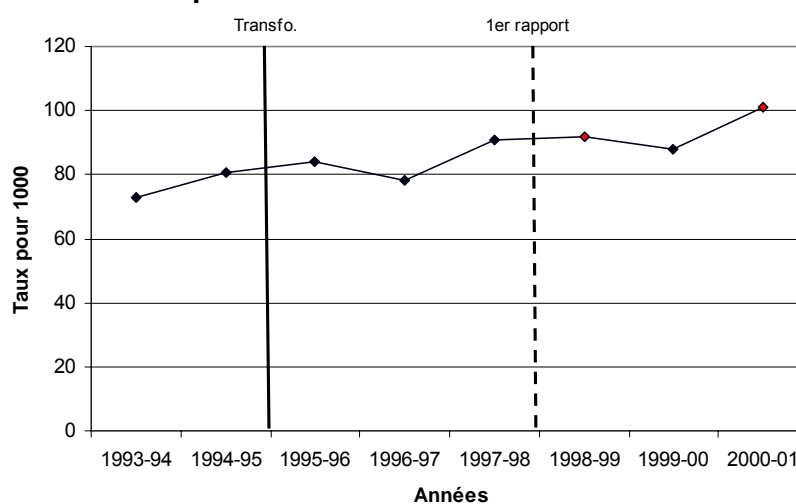
Résultats : Le taux de visite en salle d'urgence après un accouchement vaginal demeure stable au cours de la période d'observation (voir Graphique 41). Pour les femmes ayant accouché par césarienne le taux de visite en salle d'urgence tend à augmenter avec les années (Graphique 42). En 1998-1999, il y a eu 14,8 visites en salle d'urgence pour 1 000 accouchements de plus que par rapport aux années de référence et 24,1 de plus en 2000-2001. Ces deux augmentations sont statistiquement significatives.

Ces taux sont beaucoup plus élevés que pour l'indicateur précédent parce que dans ce cas-ci, nous tenons compte de toutes les visites à l'urgence quelle qu'en soit la raison (tandis que pour l'indicateur précédent, nous avons l'information pour considérer seulement les réadmissions associées à l'accouchement).

Graphique 41 : Taux de visite en salle d'urgence suivant un accouchement par voie vaginale



Graphique 42 : Taux de visite en salle d'urgence suivant un accouchement par césarienne



Résultats des analyses multivariables

Lorsque l'accouchement se fait par voie vaginale, le fait de contrôler pour la gravité clinique, l'âge et le sexe ne change pas le résultat : le taux de visite en salle d'urgence n'est pas significativement plus haut pendant les années de suivi que pendant la période de référence. Dans le cas du taux de visite à l'urgence dans un délai de 42 jours suivant un accouchement par césarienne, deux taux sont statistiquement plus élevés que la période de référence (taux = 70,9 pour 1 000 en 1993-1995) : en 2000-2001, il est plus élevé de 22,2 pour 1 000 et en 1997-1998, il l'est de 14,8 pour 1 000.

Les analyses multivariables ont montré que l'indice de gravité clinique est positivement et significativement associé aux visites en salle d'urgence, autant pour l'accouchement par voie vaginale (14,4 pour 1 000 plus élevé pour une gravité élevée ou extrême) que par césarienne (40,3 pour 1 000 plus élevé pour une gravité élevée ou extrême). Elles ont aussi montré que, par rapport aux femmes vivant dans des secteurs défavorisés³², celles vivant dans des secteurs favorisés ont des taux de visite à l'urgence plus bas (12,6 pour 1 000 plus bas pour les accouchements par voie vaginale et 24,1 pour 1 000 pour les accouchements par césarienne).

Effets de la réduction de la durée de séjour sur le taux de réadmission et de visite en salle d'urgence après un accouchement

Hypothèse : La diminution des durées moyennes de séjour dans les services d'obstétrique occasionnerait une augmentation des réadmissions ou des consultations en salle d'urgence au cours des 42 jours suivant la date d'accouchement. (Complications des suites de couches, codes diagnostiques CIM-9 : 670-676.)

Message : Le taux de réadmission a tendance à augmenter au cours de la période d'observation mais cette augmentation est de l'ordre de 2 pour 1 000 accouchements par voie vaginale et de 12 pour 1 000 accouchements par césarienne. Les taux semblent se stabiliser vers la fin de la période d'observation. Le taux de visite en salle d'urgence a tendance à augmenter pour les accouchements par césarienne mais cette augmentation est de l'ordre de 20 pour 1 000 et ces visites en salle d'urgence ne se limitent pas aux problèmes post-partum (visites pour toutes causes).

Tandis que la durée moyenne de séjour pour accouchement diminuait de façon importante de 1993-1994 à 2000-2001 (voie vaginale : 3,3 => 2,6 jours; césarienne : 6,6 => 5,3), le taux de réadmission pour traitement post-partum dans un délai de 42 jours suivant la date d'un accouchement par voie vaginale ou par césarienne augmentait, pas suffisamment pour être statistiquement significatif dans le premier cas, mais suffisamment pour l'être dans le deuxième (analyses multivariables). Les taux de visite en salle d'urgence ne montrent des augmentations statistiquement significatives que pour deux années dans le cas des accouchements par césarienne : en 1997-1998 et en 2000-2001 (analyses multivariables). À noter que, contrairement aux données se rapportant aux réadmissions, celles se rapportant aux visites à l'urgence ne sont pas spécifiques aux problèmes post-partum (information non disponible dans les banques de données).

³² Secteurs où le pourcentage des personnes vivant sous le seuil de faible revenu est le plus élevé.

Le fait qu'il y ait eu une augmentation de l'indice de gravité chez les femmes admises pour un accouchement nous fait craindre qu'il puisse y avoir un biais sous-jacent à la collecte et à la codification des données menant à son calcul. En effet, nos discussions avec des cliniciens ne nous ont pas permis d'identifier un fondement clinique à une telle augmentation. Se pourrait-il que les professionnels de la santé aient appris au cours des années l'importance d'inscrire dans les dossiers tous les diagnostics ou effets secondaires et que ces informations puissent influencer les indices de gravité à la hausse? Se pourrait-il que des patientes semblables traitées en 1993-1994 et en 2000-2001 aient des indices de gravité différents tout simplement parce que plus d'information était inscrite dans les dossiers en 2000-2001? Des professionnels et des gestionnaires du réseau de santé nous ont confirmé qu'en 1996, il y a eu des sessions de formation dans les hôpitaux pour améliorer le processus de collecte et de codification et ainsi améliorer la précision des diagnostics principaux et la captation des diagnostics secondaires et des procédures. Ces variables sont effectivement importantes dans le calcul de l'indice de gravité clinique.

Nous ne pouvons donc pas exclure la possibilité d'un biais systématique dans la collecte de données servant à produire l'indice de gravité clinique. Ainsi, l'augmentation observée dans l'indice de gravité clinique de presque toutes les conditions pourrait être en partie reliée à des changements dans le processus de codification.

La présence d'un tel biais pourrait avoir atténué l'association observée entre les taux et l'indice de gravité dans nos analyses multivariées.

Par ailleurs, le taux de visite à l'urgence après un accouchement est un des rares taux de notre programme de suivi qui diffère significativement selon le quintile du pourcentage de faible revenu.

4.6 ENSEMBLE DES INTERVENTIONS

4.6.1 Effets découlant d'une perturbation des soins de première ligne

a) Les taux d'admission relatifs aux groupes de conditions médicales sensibles au processus de soins de première ligne tendraient à augmenter. Ces groupes de conditions sont : appendice rompu, asthme, pneumonie, cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire et certaines maladies évitables par immunisation (influenza, hépatite B, diphtérie, tétanos et infection à pneumocoque).

4.6.1.1 Taux d'admission jugée évitable pour divers groupes de conditions médicales

Définition (*indicateur 3*) : Taux d'admission jugée évitable en CHSGS pour 14 groupes de conditions médicales (diagnostic principal) :

Diagnostiques	Codes CIM-9
Appendice rompu	540.0
Asthme	493
Pneumonie	480-486, 487.0
Cellulite	682
Insuffisance cardiaque	428
Diabète	250
Gangrène	785.4
Hypokaliémie	276.8
Maladies évitables par immunisation : influenza, hépatite B, diphtérie, tétanos, infection à pneumocoque	041.5, 070.2, 070.3, 032, 037, 041.2
Hypertension maligne	401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0
Pyélonéphrite	590
Ulcère perforé ou avec hémorragie	531-534 sauf les décimales .3, .7 et .9
Hernie abdominale en occlusion	552
Phlébite, sans embolie pulmonaire aux diagnostics secondaires (CIM-9 = 415.1)	451

Cet indicateur porte sur les patients qui résident sur l'île de Montréal. Le groupe d'âge est différent d'un groupe de conditions médicales à l'autre. Les groupes d'âge retenus sont les suivants : tous les âges pour l'appendice rompu, les 5 à 49 ans inclusivement pour l'asthme et la pneumonie et les 18 ans et plus pour les autres conditions médicales.

Les taux sont calculés pour chaque exercice financier et chacun des 14 groupes de conditions médicales en divisant le nombre d'admissions parmi les résidents de l'île de Montréal par la population moyenne du groupe d'âge de référence résidant sur l'île de Montréal. Ce quotient est multiplié par 10 000.

Souvent, les conditions étudiées peuvent être prévenues par le traitement des stades cliniques précurseurs dans un contexte de soins de première ligne. Donc, toute perturbation du processus de soins de première ligne pourrait mener à une augmentation des admissions. Cet indicateur met en rapport toutes les admissions en CHSGS recensées dans le fichier Med-Écho au cours d'une année avec la population de l'île de Montréal constituée des groupes d'âge appropriés pour chacun des groupes de conditions (voir Tableau 12). Nous avons éliminé de l'analyse les visites en soins hospitaliers d'un jour, les admissions dans un lit de longue durée en CHSGS ainsi que les admissions en centre hospitalier de réadaptation que l'on retrouve dans Med-Écho.

Interprétation : Pour faciliter l'interprétation de ces résultats, en plus de présenter les données pour chacun des groupes de conditions à l'étude, nous avons regroupé les groupes de conditions qui avaient le même dénominateur pour le calcul des taux : **l'asthme et la pneumonie, dont le dénominateur est formé des personnes de 5 à 49 ans, composent le groupe 1; toutes les autres conditions ayant au dénominateur les personnes de 18 ans et plus composent le groupe 2.** Il est à noter que les taux présentés ne sont pas normalisés pour l'âge en raison du petit nombre d'événements. Le vieillissement progressif de la population pourrait avoir influencé les taux à la hausse pour certains groupes de conditions. Les baisses identifiées pourraient donc avoir été atténuées par un tel effet.

Résultats : Le Tableau 12 de la page suivante décrit l'évolution des taux pour chacun des 14 groupes de conditions et pour les deux regroupements (zones ombragées => différences significatives). Au Tableau 13, nous présentons le détail de l'analyse seulement pour ces regroupements. Les points à retenir du contraste entre la période de référence et 2000-2001 se résument comme suit :

Les **taux pour appendice** rompu augmentent de façon constante avec une légère baisse momentanée en 1998-1999. De 2,06 en 1993-1994, il atteint 2,51 en 2000-2001. En 2000-2001, la différence du taux avec ceux des années de référence est statistiquement significative. La Direction de la santé publique considère cliniquement importante une telle tendance et elle a réalisé un projet de recherche qui a étudié ces résultats plus en détail. Certains des résultats sont disponibles dans un rapport de recherche³³ et d'autres dans un article publié⁽³³⁾ et un soumis pour publication⁽³⁴⁾.

Le **taux pour le groupe 1** (asthme et pneumonie) diminue significativement à partir de 1996-1997 jusqu'en 2000-2001 par rapport aux années de référence. Il est de 16,04/10 000 en 1993-1994 et passe à 9,42 en 2000-2001. Les taux pour les deux conditions qui en font partie ont aussi diminué significativement (asthme : 4,82/10 000, pneumonie : 1,55/10 000). Le taux de base pour l'asthme est environ le double de celui pour la pneumonie pour la première moitié de la période d'observation.

³³ http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/tousignant2_final.pdf

Tableau 12 : Taux d'admission jugée évitable pour 10 000 personnes

Groupe de conditions médicales	Années									Différence 2000-2001 et référence
	1993- 1994	1994- 1995	Référence 1993-1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000	2000- 2001	
Appendice rompu ¹	2,06	2,20	2,13	2,23	2,34	2,46	2,32	2,45	2,51	0,38
Groupe 1²	16,04	15,53	15,79	15,43	13,23	13,23	13,39	11,50	9,42	-6,37
Asthme	10,61	9,52	10,07	10,23	8,58	8,86	7,36	7,08	5,25	-4,82
Pneumonie	5,42	6,01	5,72	5,20	4,65	4,38	6,04	4,42	4,17	-1,55
Groupe 2³	69,16	71,36	70,26	69,06	65,63	64,29	58,80	54,24	51,13	-19,13
Cellulite	9,89	10,60	10,24	11,41	10,38	9,92	9,76	9,14	8,18	-2,06
Insuffisance cardiaque	23,99	25,49	24,74	24,67	24,64	26,39	23,17	21,08	20,27	-4,47
Diabète	13,11	12,89	13,00	11,63	11,36	11,20	9,87	9,42	8,83	-4,17
Gangrène	1,11	1,14	1,13	1,26	1,16	1,16	0,97	0,86	1,15	0,02
Hypokaliémie	0,12	0,17	0,14	0,20	0,22	0,17	0,14	0,12	0,17	0,03
Maladies évitables par immunisation	0,74	0,31	0,52	0,25	0,30	0,17	0,25	0,21	0,34	-0,18
Hypertension maligne	0,09	0,05	0,07	0,07	0,12	0,08	0,11	0,11	0,14	0,07
Pyélonéphrite	6,62	7,10	6,86	6,33	5,78	5,01	4,68	4,49	4,13	-2,73
Ulcère perforé ou avec hémorragie	5,70	5,03	5,36	4,45	4,23	3,69	4,20	3,45	3,30	-2,06
Hernie abdominale en occlusion	1,85	2,05	1,95	1,80	1,77	1,55	1,92	1,74	1,61	-0,34
Phlébite sans embolie pulmonaire	5,94	6,54	6,24	6,99	5,67	4,97	3,75	3,62	3,00	-3,24

¹ Chez les résidents de Montréal-Centre de tous âges (N= 1 808 450 en 2000-2001) : appendice rompu

² Chez les résidents de Montréal-Centre de 5 à 49 ans (N= 1 133 799 en 2000-2001) : asthme, pneumonie

³ Chez les résidents de Montréal-Centre de 18 ans et plus (N= 1 455 386 en 2000-2001) : cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire.

Les zones ombragées indiquent les différences statistiquement significatives

Le **taux pour le groupe 2** a diminué significativement de 19,13 pour 10 000. Parmi les groupes de conditions qui font partie de ce groupe, sept ont aussi diminué significativement.

Par ailleurs, nous avons observé trois augmentations statistiquement significatives isolées : les taux d'admission pour cellulite (1,17) et phlébite sans embolie pulmonaire (0,75) en 1995-1996 et pour l'insuffisance cardiaque (1,59) en 1997-1998. Invariablement ces augmentations ont été momentanées et ont été suivies par des baisses significatives.

Tableau 13 : Taux d'admission jugée évitable, analyse statistique des résultats

Années comparées	Groupe 1			Groupe 2		
	Limite inf. (X10000)	Différence (X10000)	Limite sup. (X10000)	Limite inf. (X10000)	Différence (X10000)	Limite sup. (X10000)
1995-1996 vs Référence	-1,52	-0,36	0,80	-3,37	-1,20	0,97
1996-1997 vs Référence	-3,65	-2,55	-1,45	-6,76	-4,62	-2,49
1997-1998 vs Référence	-3,66	-2,55	-1,45	-8,09	-5,96	-3,84
1998-1999 vs Référence	-3,50	-2,39	-1,28	-13,52	-11,45	-9,39
1999-2000 vs Référence	-5,35	-4,29	-3,22	-18,03	-16,01	-14,00
2000-2001 vs Référence	-7,37	-6,37	-5,36	-21,11	-19,13	-17,15

Référence : 1993-1995

- b) Les taux de mortalité relatifs aux groupes de conditions médicales dont l'issue fatale est considérée évitable tendraient à augmenter. Ces conditions sont : cancer du col utérin, pneumonie et bronchite (5-49 ans), tuberculose, asthme (5-49 ans), maladie cardiaque rhumatismale chronique, maladie respiratoire aiguë (5-49 ans), maladie de Hodgkin, cholécystite aiguë ou chronique, appendicite, anémie par carence, décès reliés à la grossesse ou à l'accouchement, décès au cours de la première année de vie.

4.6.1.2 Nombres et taux de décès évitables résultant de groupes de conditions médicales spécifiques, ainsi que nombre de décès et taux de mortalité néonatale et post-néonatale

Définition (*indicateur 4*) : Nombres et taux de décès évitables pour les groupes de conditions suivantes : cancer du col utérin (CIM-9 = 180), pneumonie et bronchite (CIM-9 = 466, 480-486, 487.0, 490-491), tuberculose (CIM-9 = 010-018), asthme (CIM-9 = 493), maladie cardiaque rhumatismale (CIM-9 = 393-398), influenza (CIM-9 = 487.1, 487.8), maladie de Hodgkin (CIM-9 = 201), cholécystite aiguë ou chronique (CIM-9 = 575), appendicite (CIM-9 = 540-543), anémie par carence (CIM-9 = 280-281), décès reliés à la grossesse ou à l'accouchement (CIM-9 = 632-642, 646, 650-676). Nombre de décès et taux de mortalité néonatale (0 à 28 jours) et post-néonatale (29 à 365 jours).

Ces indicateurs portent sur la population qui réside sur l'île de Montréal. Ils permettent de suivre l'évolution annuelle des taux de décès évitables, c'est-à-dire des décès qui pourraient être reliés à des perturbations dans le processus de soins de première ligne. Les groupes d'âge sont de 18 ans et plus, sauf pour la mortalité relative à la grossesse ou à l'accouchement (15 à 44 ans), l'asthme (5 à 49 ans), la pneumonie et la bronchite (5 à 49 ans) et la mortalité néonatale (0-28 jours) et post-néonatale (29-365 jours). Le dénominateur des taux de mortalité

néonatale et post-néonatale est constitué des naissances vivantes chez les résidants de l'île de Montréal. Tous les numérateurs viennent du fichier des décès.

Résultats : Le Tableau 14 présente les résultats pour le taux de mortalité évitable parmi les résidants de l'île de Montréal. Un regard rapide sur les taux montre beaucoup de variation dans l'évolution de ceux-ci. Ce que le tableau ne montre pas est le petit nombre d'événements au numérateur de plusieurs de ces taux. De fait, sept de ces onze indicateurs ont un nombre d'événements plus petit que dix pour la majorité des années, ce qui suffit pour expliquer une grande variabilité dans les taux. Les groupes de conditions médicales pour lesquels cela s'applique sont l'asthme, la tuberculose, l'influenza, la maladie de Hodgkin, l'appendicite, l'anémie par carence, la grossesse ou l'accouchement. Pas surprenant donc qu'aucune des différences observées pour ces taux ne soit statistiquement significative (résultats non présentés) sauf pour 1997 dans les cas de l'appendicite et la maladie de Hodgkin, ainsi qu'en 1999 pour cette dernière.

Tableau 14 : Taux de mortalité évitable pour 100 000 personnes

Groupe de conditions médicales	Année							
	1993	1994	Référence 1993-1995	1995	1996	1997	1998	1999
Cancer du col utérin ¹	4,05	4,18	4,12	3,79	3,66	4,72	3,42	2,63
Pneumonie et bronchite ²	1,39	1,3	1,35	1,3	0,78	1,48	0,96	0,88
Asthme	0,09	0,17	0,13	0,52	0,35	0,09	0,53	0,44
Grossesse ou accouchement ³	0,71	0	0,36	0,24	0	0	0	0,25
Regroupement⁴	7,86	6,41	7,15	7,22	6,94	6,60	7,23	8,28
Tuberculose ⁵	0,55	0,62	0,59	0,83	0,55	0,55	0,76	0,48
Maladie cardiaque rhumatismale	4,41	3,03	3,73	4,33	4,19	3,72	4,27	5,04
Influenza	0,21	0,21	0,21	0,28	0,14	0,34	0,28	0,83
Maladie de Hodgkin	0,83	1,1	0,97	0,48	0,76	0,34	0,69	0,28
Cholécystite aiguë ou chronique	1,03	1,03	1,04	0,69	0,69	1,31	0,62	0,83
Appendicite	0,34	0,28	0,31	0,14	0,14	0	0,28	0,41
Anémie par carence	0,48	0,14	0,31	0,48	0,48	0,34	0,34	0,41

¹ Chez les femmes de l'île de Montréal de 18 ans et plus (N = 759 429 en 1999)

² Chez les résidants de l'île de Montréal de 5 à 49 ans (N = 1 132 238 en 1999) : asthme, pneumonie.

³ Chez les femmes de 15 à 44 ans (N = 398 878 en 1999).

⁴ Regroupement de toutes les conditions énumérées à la note 5.

⁵ Chez les résidants de l'île de Montréal de 18 ans et plus (N = 1 449 047 en 1999) : tuberculose, maladie cardiaque rhumatismale, influenza, maladie de Hodgkin, cholécystite aiguë ou chronique, appendicite, anémie par carence.

Malgré que le nombre d'événements soit un peu plus élevé pour les autres taux, il y a tout de même beaucoup de variation d'année en année et ces variations ne sont pas statistiquement significatives. Toutefois, en 1997, les taux de mortalité pour trois de ces causes ont augmenté de façon notable à un niveau maximal : la mortalité par cancer du col utérin a augmenté jusqu'à 4,72/100 000, celle par pneumonie a fait de même jusqu'à 1,48/100 000 et celle par cholécystite aiguë ou chronique a atteint 1,31/100 000.

Pour pallier au problème des petits nombres, nous avons regroupé tous les taux qui avaient un même dénominateur. Par rapport à un taux de 7,15/100 000 pour la période de référence, celui des années subséquentes diminue constamment pour atteindre un niveau de 6,6/100 000 en

1997 pour remonter par la suite à 8,3/100 000. Ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives. Le Tableau 15 présente les résultats statistiques pour ce regroupement.

Tableau 15 : Taux de mortalité évitable pour le regroupement, analyse statistique

Années comparées	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence	-2,13	0,09	2,31
1996 vs Référence	-2,39	-0,20	2,00
1997 vs Référence	-2,70	-0,54	1,61
1998 vs Référence	-2,12	0,10	2,32
1999 vs Référence	-1,18	1,15	3,48

Le Tableau 16 résume les résultats pour la mortalité néonatale et la mortalité post-néonatale. Toujours par rapport à celui de la période de référence, le taux de mortalité néonatale fluctue constamment sans que les différences ne deviennent statistiquement significatives. Le taux de mortalité post-néonatale semble amorcer une baisse (différence statistiquement significative en 1996) qui s'interrompt en 1997 par une hausse.

Tableau 16 : Taux de mortalité pour 1 000 au cours de la première année de vie

Condition médicale	Année							
	1993	1994	Référence 1993-1995	1995	1996	1997	1998	1999
Mortalité néonatale ¹	2,05	3,19	2,62	3,4	2,42	3,42	3,11	3,07
Mortalité post-néonatale ¹	3,72	2,68	3,2	2,79	1,67	3,1	2,28	2,48

¹ Chez les naissances vivantes (N = 20 185 en 1999)

Effets découlant d'une perturbation des soins de première ligne

Hypothèses :

- 1- Les taux d'admission relatifs aux groupes de conditions médicales sensibles au processus de soins de première ligne tendraient à augmenter.
- 2- Les taux de mortalité relatifs aux groupes de conditions médicales dont l'issue fatale est considérée évitable tendraient à augmenter.

Message : Les résultats statistiquement significatifs pour les admissions évitables vont presque tous dans le sens d'une baisse.

Les seules augmentations statistiquement significatives sont : en 1995-1996 les augmentations pour la cellulite et la phlébite sans embolie pulmonaire et en 1997-1998 celle pour le taux d'admission pour insuffisance cardiaque. Ces augmentations sont toutes suivies par une diminution ultérieure.

La baisse du taux d'admission évitable pour plusieurs conditions pourrait-elle s'expliquer par une baisse des références ou une baisse d'accès à l'hôpital sans que la fréquence réelle de ces conditions ne baisse vraiment? Une telle hypothèse ne pourrait pas expliquer l'ensemble des résultats car plusieurs des conditions à l'étude sont tellement sévères qu'elles ne pourraient se manifester sans résulter en une admission (ex. hypertension maligne, ulcère perforé ou avec hémorragie et hernie abdominale en occlusion). Il faut néanmoins garder à l'esprit que ces indicateurs doivent être considérés comme peu sensibles et pourraient ne pas détecter des perturbations au niveau des soins de première ligne.

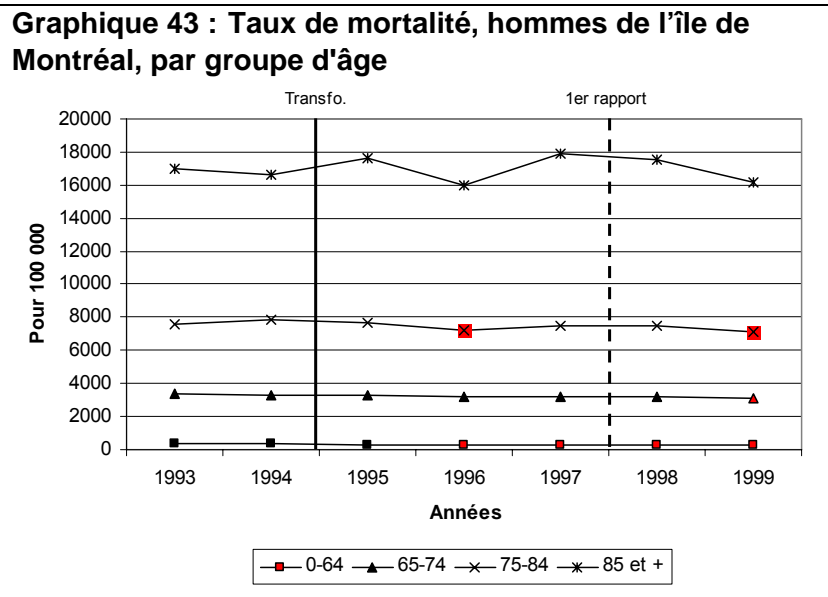
Les taux de décès évitables sont difficiles à interpréter à cause du petit nombre d'événements pour la majorité des conditions.

4.7 RÉSULTATS ULTIMES

- a) Le taux de mortalité générale par groupe d'âge (0-64, 65-74, 75-84, 85+) ne devrait pas changer au cours de la période d'observation.

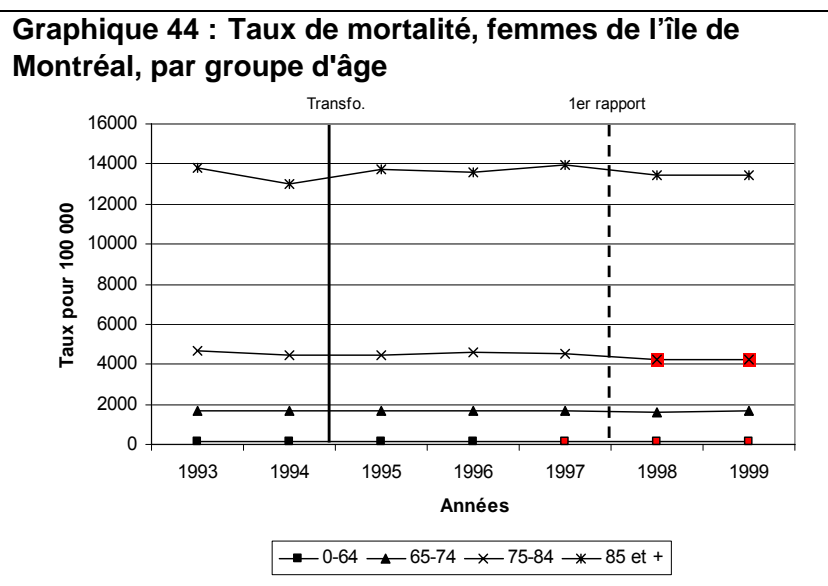
4.7.1 Taux de mortalité par groupe d'âge

Définition (*indicateur 17*) : Le numérateur de cet indicateur est constitué de tous les décès se produisant au cours des années de calendrier 1993 à 1999 chez les résidents de l'île de Montréal. La source de cette information est le fichier des décès du Québec. Le dénominateur est la population moyenne de l'île de Montréal selon les groupes d'âge et de sexe appropriés. Les analyses statistiques détaillées concernant ces taux sont présentées à l'Annexe III, p. 137.



Résultats : Le Graphique 43 et le Graphique 44 présentent séparément les taux de mortalité pour les hommes et pour les femmes car ils sont très différents, les hommes présentant invariablement des taux beaucoup plus élevés que les femmes.

Bien que ce ne soit pas évident à cause de l'échelle utilisée pour l'axe vertical, les taux pour le groupe 0-64 ans diminuent significativement pendant la période d'observation pour les hommes (de 339 en 1993 à 266/100 000 en 1999) et les femmes (de 166 à 159/100 000).



Pour les hommes de 65-74 ans, le taux baissent de 3 363 à 2 988/100 000 et cette différence est statistiquement significative en 1999. Pour les femmes du même groupe d'âge, la baisse observée n'est pas statistiquement significative (de 1 706 à 1 651/100 000).

Pour le groupe de 75-84 ans, le taux pour les hommes enregistre une baisse statistiquement significative en 1996 (de 7 837 en 1994 à 7 225/100 000 en 1996) de même qu'en 1999 (7 106/100 000). Pendant ce temps, le taux pour les femmes connaît une baisse statistiquement significative à partir de 1998 : de 4 694/100 000 en 1993, il passe à 4 238/100 000 en 1999.

Pour le groupe de 85 ans et plus, les taux fluctuent davantage possiblement à cause des petits nombres (1,5 % de la population). Ainsi, le taux des hommes fluctue entre 16 066/100 000 en 1996 et 17 905/100 000 en 1997 et redescend à 16 179/100 000 en 1999. Chez les femmes, le taux passe d'un minimum de 12 985/100 000 en 1994 à son maximum de 13 929/100 000 en 1997. Toutes ces différences ne sont pas statistiquement significatives lorsque comparées aux années de référence.

b) Le taux de mortalité infantile ne devrait pas changer au cours de la période d'observation.

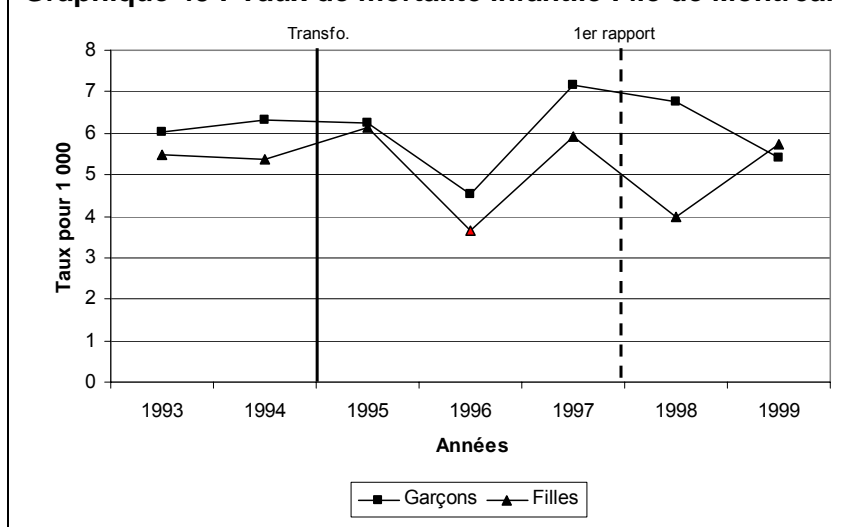
4.7.2 Taux de mortalité infantile

Définition (*indicateur 18*) : Il s'agit du rapport du nombre de décès d'enfants de moins d'un an à l'effectif des naissances vivantes sur l'île de Montréal.

Résultats : Le taux de mortalité infantile varie sur toute la période de 4,5 (1996) à 7,2 (1997) pour les garçons et entre 3,7 (1996) à 6,1 (1995) pour les filles. Bien que la

baisse observée en 1996 pour les garçons et les filles soit frappante, surtout qu'elle est suivie par une remontée subite au niveau antérieur, cette baisse n'atteint pas un niveau statistiquement significatif par rapport aux années de référence (voir Graphique 25). Seul le contraste entre les années 1995 et 1996 pour les filles est statistiquement significatif (voir détails au Tableau A 36 de la page 138). Une baisse d'une telle amplitude a aussi été observée au niveau de tout le Québec en 1996.

Graphique 45 : Taux de mortalité infantile : île de Montréal



Effets sur les taux de mortalité

Hypothèses :

1- Le taux de mortalité générale par groupe d'âge (0-64, 65-74, 75-84, 85+) ne devrait pas changer au cours de la période d'observation.

2- Le taux de mortalité infantile ne devrait pas changer au cours de la période d'observation.

Message : Ces taux n'ont pas démontré de tendance claire au cours de la période d'observation.

Les taux de mortalité par groupe d'âge n'ont pas démontré de tendance claire et significative au cours de la période d'observation. Pour leur part, les taux de mortalité infantile ont baissé de façon importante en 1996 pour remonter immédiatement l'année suivante. Cette baisse en 1996 est non significative statistiquement (sauf pour les femmes) et a été observée aussi pour le reste de la province sans qu'il y ait d'explication évidente. Des variations de cet ordre pour cet indicateur sont fréquentes.

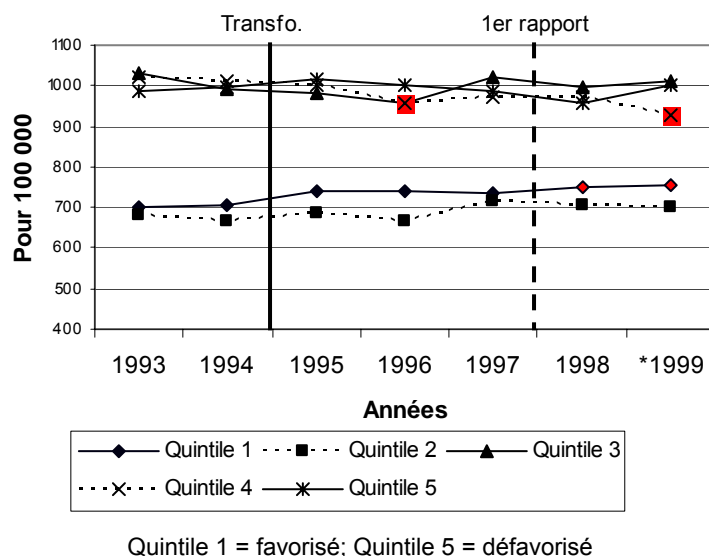
4.8 EFFETS SUR L'ÉQUITÉ

a) Le taux de mortalité générale ne devrait pas changer au cours de la période d'observation selon le quintile de revenu.

4.8.1 Taux de mortalité selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu

Définition (*indicateur 17* : Le numérateur de cet indicateur est constitué de tous les décès se produisant au cours des années de calendrier 1993 à 1999 chez les résidents de l'île de Montréal. La source de cette information est le fichier des décès du Québec. Les décès sont toutefois ventilés par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu. Le dénominateur est la population moyenne de l'île de Montréal selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu. Comme expliqué dans la section « Méthodes » à la page 9, nous nous sommes basés sur la population

Graphique 46 : Taux de mortalité selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu



par RTA et sur le pourcentage de cette population sous le seuil de faible revenu. Le quintile 5 correspond au 20 % de la population où le % de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est le plus élevé. Les analyses statistiques détaillées concernant ces taux sont présentées au Tableau A 33 à la page 138.

Résultats : Le taux de mortalité selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu varie très peu au cours de la période d'observation (voir Graphique 46). Pour le premier quintile, il y a une augmentation statistiquement significative du taux de mortalité. En 1993, il est de 701/100 000 et augmente à 754/100 000 en 1999. On notera deux baisses statistiquement significatives : pour le 4^e quintile en 1996 et en 1999.

On note toutefois que les quintiles 1 et 2 ont des taux très semblables et qu'il en est de même pour les 3, 4 et 5 (groupes défavorisés). Ces deux groupes de quintiles diffèrent toutefois de façon marquée l'un de l'autre, le groupe plus défavorisé économiquement (quintiles 3,4,5) présentant des taux plus élevés d'environ 300/100 000.

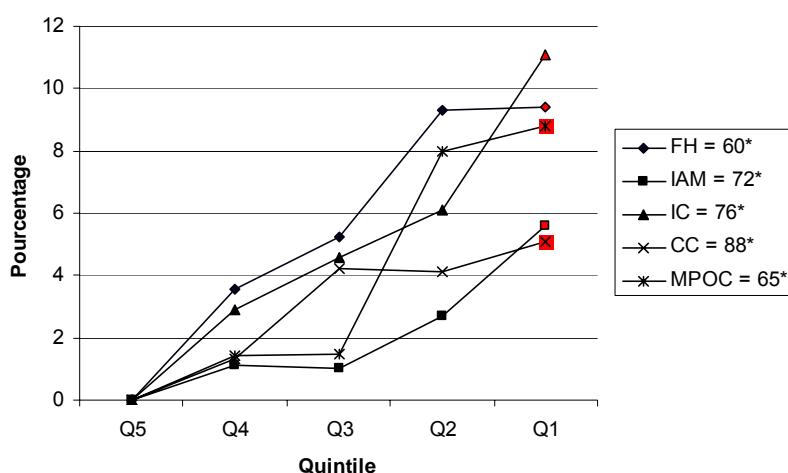
b) Le taux de réadmission pour l'un des cinq groupes de conditions médicales (fracture de la hanche, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, cancers du côlon et du rectum, maladies pulmonaires obstructives chroniques) ne devrait pas changer au cours de la période d'observation selon le quintile de revenu.

4.8.2 Taux de réadmission et taux de visite en salle d'urgence, en cabinet privé, en clinique externe et auprès d'un nouveau médecin pour l'un des cinq groupes de conditions médicales selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu

Définitions : Les définitions des indicateurs sont les mêmes que celles décrites à la page 49 pour les réadmissions et à la page 57 pour les visites.

Résultats (indicateurs 1, 10 et 11) : Nous avons procédé à des analyses multivariées en utilisant comme variable dépendante les réadmissions pour les cinq groupes de conditions étudiés (fracture de la hanche, infarctus du myocarde, cancers du côlon et du rectum, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique) et comme variables indépendantes les années d'observation et le

Graphique 47 : Différences dans le taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe entre le Quintile 5 (fixé à 0) et les autres Quintile, pour les cinq conditions



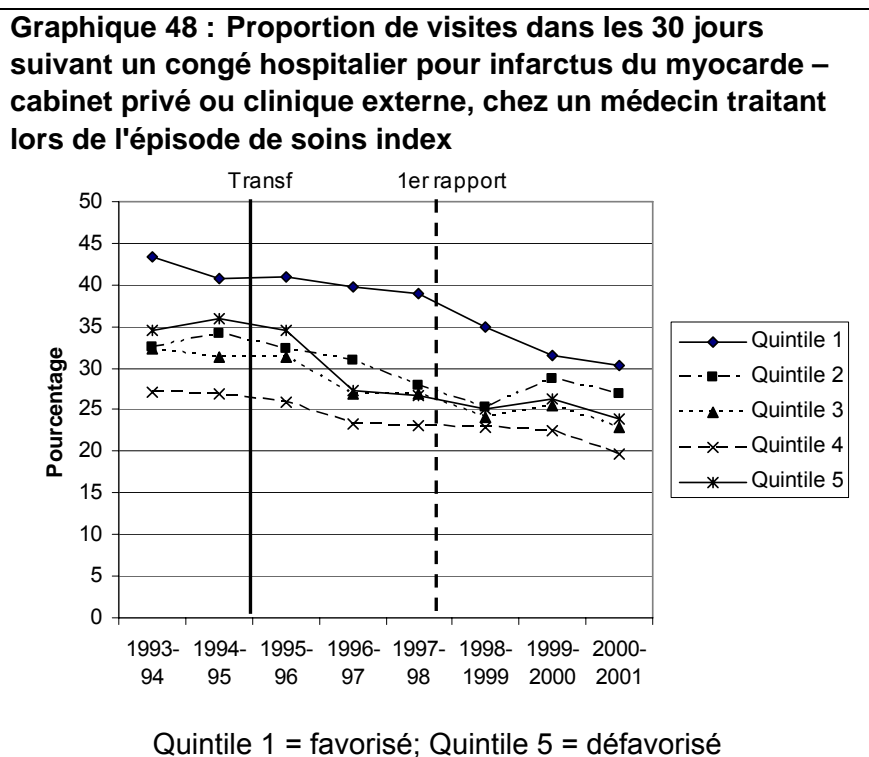
Quintile 1 = favorisé; Quintile 5 = défavorisé
* Taux de visite de base pour Quintile 5

quintile du pourcentage des ménages à faible revenu. Dans aucun des cas le quintile ne s'avère statistiquement significatif.

Nous avons procédé de la même façon en prenant comme variable dépendante les visites en clinique externe ou en cabinet privé. Pour toutes les conditions, le quintile joue un rôle statistiquement significatif : le taux de visite augmente à mesure que le niveau socio-économique augmente. Les personnes avec un faible revenu consultent moins un médecin en clinique externe ou en cabinet privé que les autres patients.

Nous présentons dans le Graphique 47 les résultats pour les visites en cabinet privé ou en clinique externe. Ces différences sont tirées des analyses multivariées et illustrent la contribution du quintile de faible revenu en contrôlant pour l'âge, le sexe, la gravité clinique et les années de suivi. Dans la légende, on peut voir assigné à chaque condition le taux de visite pour 1993-1995 chez les hommes de moins de 65 ans, avec une faible gravité clinique et un niveau cinq du quintile de faible revenu. Donc, d'après ce graphique, cette population avec fracture de hanche (FH) avait un taux de visite de 60 % et ce taux était de 69 % pour une population semblable mais avec un quintile de faible revenu de niveau « un ». La différence de 9 % est indiquée sur le graphique par la marque associée à Q1. Toutes les différences attribuables aux quintiles de faible revenu de niveau un (quintile favorisé) sont statistiquement significatives.

Le Graphique 48 présente les résultats par quintile de faible revenu et par année pour les visites en cabinet privé ou en clinique externe chez un médecin qui a traité le patient au cours de l'épisode de soins index pour infarctus du myocarde. On peut voir l'importante différence entre les quintiles et la tendance similaire pour tous les quintiles en ce qui regarde l'évolution des taux au cours des années. Cette tendance similaire dans le temps pour tous les quintiles s'applique pour tous les types de visites analysées.



4.8.3 Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu

Définition (*indicateur 9*) : Taux d'hospitalisation (admissions et soins hospitaliers d'un jour) pour des interventions sentinelles dites pertinentes en CHSGS. Les interventions sentinelles dites **pertinentes** comprennent : traitement pour cataracte (CCADTC³⁴ = 27.2- 27.6), angioplastie (CCADTC = 48.0) ou pontage coronarien (CCADTC = 48.1), traitement de la rétinopathie (CCADTC = 28.4, 28.6), implantation d'un pacemaker (CCADTC = 49.7, 49.8) ou d'une prothèse de la hanche, du fémur ou du genou (CCADTC = 93.5, 93.6, 93.41-93.43). Ces indicateurs portent sur les Montréalais de 18 ans et plus qui ont été hospitalisés dans un CHSGS de l'île de Montréal. Comme ces analyses étaient possibles à réaliser en utilisant un seul fichier (donc ne nécessitant pas de jumelage entre banques), nous avons pu étendre la période de suivi jusqu'en 2004-2005.

Pour chacun des quintiles du pourcentage des ménages à faible revenu, les taux sont calculés en rapportant le nombre total d'hospitalisations en CHSGS pour au moins une des interventions dites pertinentes, à la population moyenne de 18 ans et plus de l'île de Montréal multiplié par 10 000.

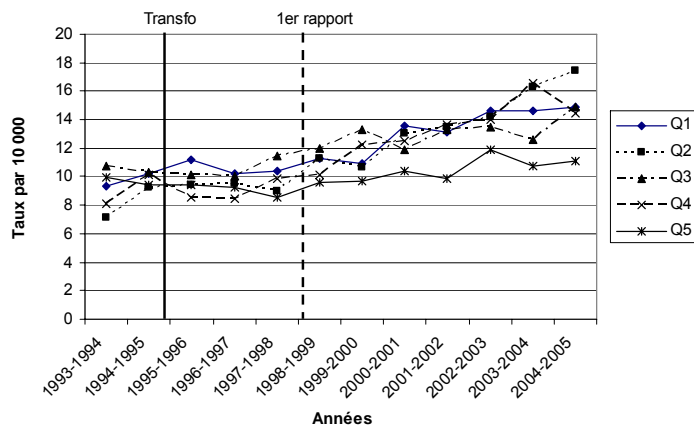
Résultats

Les Graphique 49 à Graphique 52 présentent les taux d'hospitalisation par quintile de faible revenu pour quatre regroupements des interventions pertinentes. Dans tous ces graphiques, les taux pour le quintile 5 en 1993-1994 ne sont pas les plus bas. De plus, toujours pour tous les regroupements, les différences dans les taux entre les quintiles sont clairement plus petites en 1993-1994 qu'en 2004-2005. Finalement, pour tous les regroupements, les différences entre le quintile « cinq » et le « un » sont toutes statistiquement significatives ($p < 0,01$). Plus le temps passe, plus le quintile cinq semble se différencier des autres quintiles en gardant un taux plus bas. Dans l'analyse des graphiques, il ne faut pas perdre de vue que l'axe des Y utilise des échelles différentes. Le taux d'hospitalisation pour cataracte est beaucoup plus élevé que le taux pour les autres groupes d'intervention.

Si on regroupe toutes ces interventions pertinentes, en 2004-2005, pour chaque 10 000 membres de chaque quintile, ceux du quintile 5 (défavorisé) ont 63 interventions pertinentes de moins que ceux du quintile 1 (favorisé).

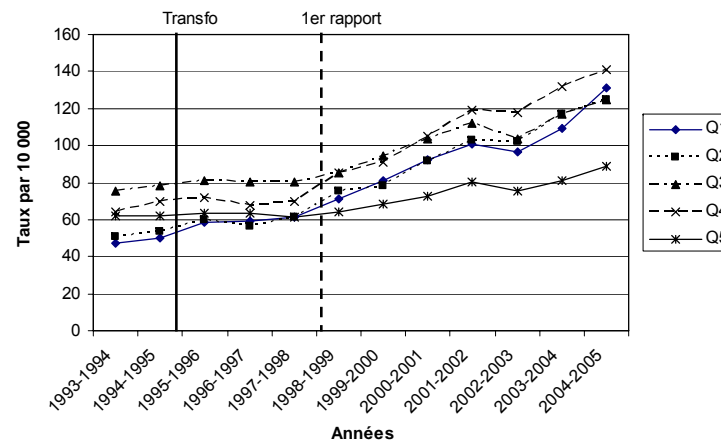
³⁴ Statistique Canada, Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC), Deuxième imprimé, Ottawa, Mars 1992.

Graphique 49 : Taux d'hospitalisation pour traitement de rétinopathie ou implantation d'un pacemaker parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu



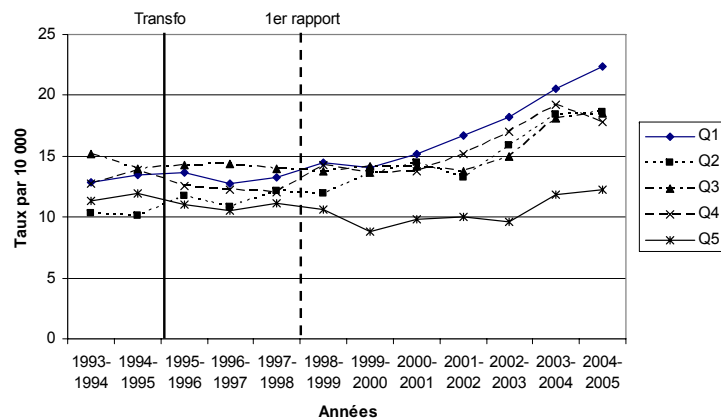
Quintile 1 = favorisé; Quintile 5 = défavorisé

Graphique 50 : Taux d'hospitalisation pour traitement de cataracte parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu



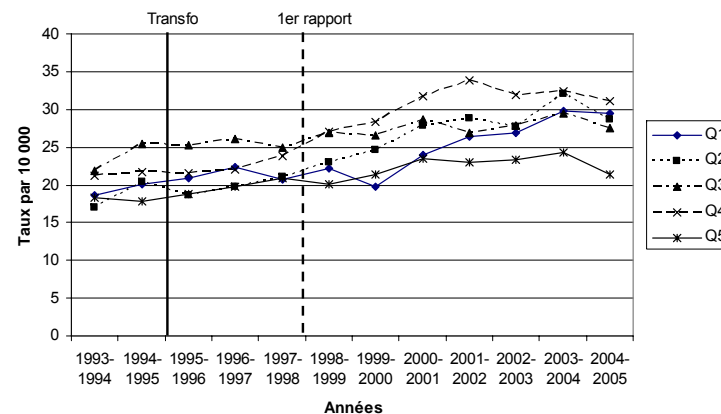
Quintile 1 = favorisé; Quintile 5 = défavorisé

Graphique 51 : Taux d'hospitalisation pour prothèse de la hanche, du fémur ou du genou parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu



Quintile 1 = favorisé; Quintile 5 = défavorisé

Graphique 52 : Taux d'hospitalisation pour angioplastie ou pontage coronarien parmi les Montréalais âgés de 18 ans et plus, par quintile du pourcentage des ménages à faible revenu



Quintile 1 = favorisé; Quintile 5 = défavorisé

Effets sur l'équité

Hypothèses :

- 1- Le taux de mortalité générale ne devrait pas changer au cours de la période d'observation selon le quintile de revenu.
- 2- Le taux de réadmission pour l'un des cinq groupes de conditions médicales (fracture de la hanche, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, cancers du côlon et du rectum, maladies pulmonaires obstructives chroniques) ne devrait pas changer au cours de la période d'observation selon le quintile de revenu.

Message : Plusieurs des indicateurs mesurés dans cette étude ont des valeurs différentes selon le niveau de revenu, et ce, de façon généralement congruente avec les résultats disponibles dans la littérature. Pour la plupart de nos indicateurs, les différences observées n'augmentent pas avec le temps. Nous avons observé une exception : le taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes ne différait pas entre niveaux de revenu en 1993-1994 et était plus bas pour le quintile cinq (faible revenu) en 2000-2001.

Nous discutons ici des résultats présentés dans cette section mais revenons aussi à des résultats pertinents présentés plus tôt dans le document.

En plus des indicateurs mesurés spécifiquement pour leur sensibilité présumée aux transformations du réseau (létalité, réadmission, visites de suivi pour les cinq conditions cibles), cet exercice de monitoring comprenait aussi des indicateurs plus généraux captant d'emblée des effets plus larges que ceux liés aux transformations, par exemple la mortalité générale des résidents de Montréal. Des études faites dans des contextes de suivi général d'une population ont démontré une association entre le faible revenu et le taux élevé de mortalité générale⁽²⁰⁾, d'admission^(20, 35), de réadmission⁽²⁰⁾ et de visite ambulatoire⁽³⁵⁾. Lorsque limité aux visites auprès de spécialistes, le faible revenu est associé à un taux plus bas de visites⁽³⁶⁾. Nous avons aussi trouvé que les Montréalais vivant dans des secteurs où les revenus sont plus faibles, un taux de mortalité plus élevé.

Le quintile de faible revenu n'a pas influencé plusieurs des taux que nous avons mesurés pour les cinq conditions étudiées : la létalité (voir p. 49), les réadmissions (voir p. 55) et le taux de visite à l'urgence (voir p. 62). Il n'a pas influencé non plus les réadmissions après un accouchement (voir p. 69). Cette absence d'association pourrait peut-être s'expliquer par le contexte très spécifique d'une situation post-hospitalisation pour une condition cible plutôt qu'un contexte de suivi général d'une population. Cependant même dans un tel contexte, nos taux de visite à l'urgence après un accouchement sont significativement moins élevés chez les patientes avec un niveau socioéconomique plus élevé (voir p. 71).

Les données du monitoring présentées au Graphique 47 montrent que les personnes avec un revenu faible ont un taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé surtout auprès du médecin ayant traité le patient au cours de l'hospitalisation plus bas que celles avec un revenu élevé. Ce résultat est compatible avec les résultats présentés par Van Doorslaer et

al.⁽³⁶⁾ si nous considérons que les visites de suivi auprès du médecin traitant de l'hospitalisation se font auprès de spécialistes. Toutefois, les différences observées entre les niveaux de revenu ne se sont pas accrues avec le temps.

Les taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes ont généralement augmenté au cours de la période d'observation sauf pour le quintile reflétant le niveau socioéconomique le plus faible. À la fin de la période d'observation, le niveau le plus bas a globalement 63 interventions pertinentes de moins pour chaque 10 000 personnes. En 2003, Shortt et al. n'ont pas trouvé de différences entre les niveaux socio-économiques et la période d'attente pour les mêmes interventions, possiblement parce que la mesure du niveau socio-économique ne se limitait pas au revenu et à cause de la mesure problématique de la période d'attente⁽³⁷⁾. Un effet similaire du niveau socio-économique a été observé par d'autres auteurs pour l'accès aux services diagnostiques spécialisés (procédures invasives post-infarctus du myocarde et mammographie)^(38,39).

5 DISCUSSION

Au cours des années 1995-1998, le réseau montréalais de la santé et des services sociaux a traversé une période de changements substantiels, des changements rapides et d'une grande ampleur. Les orientations qui présidaient à ces changements, adoptées par le Conseil d'administration de l'Agence de Montréal en 1995, s'alignaient sur des directives ministérielles incontournables et recueillaient l'appui d'un grand nombre de gestionnaires des divers établissements de la région. D'ailleurs, de telles orientations avaient cours dans le reste de l'Amérique du Nord et même en Europe⁽⁴⁰⁾. À la lumière de l'information diffusée par D. E. Angus⁽⁴¹⁾ et à la suite de comparaisons avec d'autres réseaux de services de santé, la pertinence de délaisser progressivement les solutions institutionnelles au profit d'approches ambulatoires plus près du milieu de vie communautaire ne faisait plus de doute⁽⁴²⁾. De l'avis des autorités, il fallait toutefois agir en s'assurant que les mesures prises pour réduire l'utilisation des services institutionnels ne créeraient pas de barrières là où une telle utilisation est requise.

Le programme d'évaluation, dont nous présentons ici les résultats du volet monitoring, visait à établir dans quelle mesure, les modifications survenues dans l'organisation et le fonctionnement du réseau ont entraîné des effets, favorables ou défavorables, sur la santé de la population. Un premier rapport sur le volet « monitoring » a été publié en décembre 2000. Il présentait les résultats des cinq premières années de la période de suivi pour lesquelles les données étaient alors disponibles soit 1993-1998. Le présent rapport ajoute trois autres années de suivi (1998-2001) pour compléter la période de suivi de huit années qui était à l'origine prévue. Toutes les considérations méthodologiques qui suivent ne porteront que sur le volet monitoring qui faisait partie du programme de suivi.

5.1 PRUDENCE DANS L'INTERPRÉTATION

Les résultats doivent être interprétés à la lumière des particularités de la reconfiguration du réseau des services de santé à Montréal et des méthodes qui ont été utilisées pour les produire.

D'abord, la reconfiguration telle que planifiée en 1995 était nettement plus qu'une intervention simple. On y retrouvait plusieurs chapitres qui visaient chacun une catégorie de services ou une clientèle particulière. De plus, chacun de ces chapitres comprenait plusieurs interventions. Le défi posé à l'évaluateur était de taille : saisir des phénomènes aussi complexes que l'impact sur la santé d'un processus triennal de transformation d'un système touchant plusieurs dizaines d'établissements et des dizaines de milliers d'intervenants, qui assuraient la prestation de plusieurs centaines de milliers de services cliniques à une population de 1,8 million d'habitants.

5.1.1 Approche évaluative

L'approche évaluative habituelle vise à bien caractériser l'intervention à l'étude et à établir un contraste entre les effets observés lorsqu'elle est appliquée et les effets observés lorsqu'elle ne l'est pas. C'est cette capacité à bien réaliser l'approche évaluative habituelle qui justifie de tirer des conclusions sur le lien causal entre l'intervention et les effets. Le contexte des interventions

multiples concurrentes de la reconfiguration, contexte multidimensionnel, nous force à utiliser une approche différente : une approche mixte, que nous appelons aussi approche par repérage, basée sur la surveillance épidémiologique et la recherche évaluative. Les méthodes de surveillance épidémiologique permettent d'effectuer un examen systématique de l'état de santé d'une population, de suivre son évolution et de détecter des problèmes nouveaux ou inhabituels. Les données de la surveillance peuvent couvrir des phénomènes complexes affectant des populations de grande taille, mais, en revanche, elles sont moins précises et détaillées que les données de recherche⁽⁴³⁾. En surveillance, la relation entre chaque indicateur et ce que l'on cherche à mesurer se définit en termes de probabilité et non de certitude, d'où l'impératif d'avoir à sa disposition de nombreux indicateurs⁽⁴⁴⁾. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette approche implique une plus grande prudence avant de conclure à un lien causal entre la reconfiguration (ou un de ses aspects) et les effets observés. De fait, elle implique d'utiliser plutôt les résultats comme une façon de chercher un secteur d'activité où il pourrait y avoir un problème sans pouvoir d'emblée conclure à un lien causal. L'identification du secteur possiblement problématique permet alors, dans un deuxième temps, d'y appliquer l'approche évaluative traditionnelle et ainsi produire des conclusions plus fortes.

5.1.2 Choix des indicateurs et données disponibles

La validité des résultats que nous produisons dépend de deux facteurs importants : le choix des indicateurs et la qualité des données disponibles dans les banques de données (puisque'il s'agit là de la seule source des données pour le monitoring). Le choix des indicateurs que nous avons utilisés résulte de consultations et vérifications répétées auprès de panels d'experts dans le réseau et d'une révision systématique du travail fait par d'autres chercheurs. Une telle approche favorise l'adéquation entre les indicateurs et les divers concepts d'intérêt en regard de la reconfiguration. Elle favorise la validité de contenu. Parce que nous travaillons avec des banques de données qui ont été conçues pour des fins administratives, il n'est habituellement pas possible d'y trouver toutes les informations permettant de mesurer tous les indicateurs d'intérêt ou de les mesurer avec autant de sensibilité et spécificité que désiré. Par exemple, il nous a été impossible de mesurer le stade clinique des tumeurs au moment du diagnostic, ce dont nos experts avaient souligné l'intérêt. Il nous a été aussi impossible de mesurer la qualité de vie des patients et nous avons utilisé des mesures indirectes de la qualité des soins. Dans la mesure où il y a écart entre les concepts d'intérêt et les indicateurs utilisés, il y a possibilité d'un manque de sensibilité et de spécificité. C'est le cas dans notre volet monitoring. C'est pour cela que notre plan de recherche comprenait des projets de recherche qui ont pu couvrir les concepts d'intérêt non mesurables par le monitoring⁽³⁾.

L'utilisation des banques de données a quelques avantages aussi. Elle permet des analyses portant sur le plus grand nombre d'événements susceptibles de survenir, en exploitant des fichiers couvrant, à toutes fins pratiques, l'ensemble de l'expérience de soins de la population résidante de l'île de Montréal au cours de la période. Pour cette raison, la plupart des indicateurs que nous utilisons touchent un grand nombre d'individus, ce qui favorise la précision des analyses statistiques utilisées.

5.1.3 Fiabilité de l'information

Les banques de données peuvent contenir de l'information qui varie au niveau de la fiabilité. Les données qui y sont destinées sont recueillies de façon systématique dans les institutions du réseau et acheminées à leur gestionnaire provincial respectif. L'acheminement de l'information sur tout épisode de soins comprend donc plusieurs étapes : le professionnel note les informations diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier ou sur le formulaire de facturation, l'archiviste médical ou le personnel administratif codifie et transcrit cette information sur le médium utilisé pour transférer les données au gestionnaire, le gestionnaire regroupe ces données en un fichier disponible aux chercheurs et administrateurs. À chacune de ces étapes et particulièrement au cours des deux premières, une distorsion dans l'information peut se créer. Si les professionnels fonctionnent différemment entre institutions ou changent leur façon d'inscrire l'information au cours des années, il faut en tenir compte dans l'interprétation. Si le processus de codification diffère de la même façon, nous devons en tenir compte aussi. Il est à noter que les possibilités de biais dans la collecte des données ne sont pas les mêmes pour tous les indicateurs : ainsi l'information sur le fait qu'il y ait décès ou pas est habituellement considérée plus fiable que l'information concernant la cause du décès. Comme il n'y a pas de processus systématique de vérification de ce qui se passe au niveau des deux premières étapes, lorsque l'indicateur utilisé est vulnérable au point de vue fiabilité, il y a nécessité de faire des vérifications. Dans les discussions qui suivent, lorsque indiqué, nous ferons ressortir les problèmes de validité qui peuvent influencer nos résultats et nous indiquerons comment en tenir compte dans l'interprétation.

Nos vérifications nous ont d'ailleurs permis d'identifier des problèmes importants de fiabilité pour un indicateur. En effet, nous voulions mesurer le taux d'admission pour intoxications, accidents, complications ou réactions anormales à la suite d'une admission ou d'un épisode de soins en clinique externe ou en cabinet privé. Il est apparu que la codification de ces événements variait tellement entre les centres hospitaliers que nous ne pouvions nous fier aux résultats obtenus. Nous avons donc abandonné cet indicateur.

5.1.4 Délai dans la production des résultats

L'utilisation des banques de données impose une autre contrainte importante : un délai significatif entre l'épisode de soins et la production des résultats. Les résultats que nous avons produit en 2000 décrivaient ce qui s'était passé jusqu'à la fin de mars 1998 et ceux présentés dans ce rapport décrivent pour la plupart des indicateurs ce qui s'est passé jusqu'en 2001. Le premier délai considéré comme minimum s'explique essentiellement par le temps requis pour rendre les données disponibles aux chercheurs. Le deuxième délai illustre en plus l'impact créé par le changement du personnel requis pour réaliser ces analyses très complexes.

Finalement, il faut garder à l'esprit la possibilité d'un délai important entre les changements dans la structure des services et les effets sur l'état de santé. En ajoutant des résultats portant sur les années 1998 à 2001, le présent rapport est susceptible de capter des effets qui auraient tardé suffisamment à se manifester pour ne pas avoir été détecté dans le rapport produit en 2000.

5.2 SENSIBILITÉ DU MONITORAGE

Toutes les considérations décrites dans la section précédente mettent en lumière que notre plan de monitoring ne pouvait compter sur des mesures directes d'adéquation des services. On peut alors se demander si les mesures indirectes à notre disposition sont suffisamment sensibles pour capter des effets significatifs.

La réponse à cette question repose évidemment sur le jugement à porter pour dire qu'un effet est « significatif ». Un tel jugement est basé en partie sur l'aspect qualitatif de l'effet (parle-t-on de décès, du diagnostic d'une maladie en particulier, d'une complication, d'une admission...) et sur son aspect quantitatif (parle-t-on d'une augmentation de 2 % ou de 10 % dans le taux de décès). Ainsi une augmentation de 5 % dans le taux de décès peut être considérée plus importante qu'une augmentation de 10 % dans le taux de réadmission pour traitement post-partum. L'un peut être considéré significatif, l'autre pas. Dans le premier cas, nous parlons d'un effet « cliniquement » significatif et, dans le second, d'un effet « cliniquement » non significatif. Ces considérations impliquent qu'un jugement sur le côté cliniquement significatif d'un effet est spécifique à chacun des effets considérés. De plus, pour qu'un tel jugement puisse inspirer les décisions découlant des résultats, il doit refléter la contribution d'un éventail élargi d'individus représentatifs de la population à l'étude. Il s'agit là d'une tâche très importante qui devrait idéalement être réalisée avant la production de tout résultat.

Comme nous n'avons pu obtenir un tel jugement pour chacun des effets ciblés dans notre projet, les lecteurs de nos résultats devront porter un tel jugement *a posteriori* et tenir compte du piège potentiel que représente le regard rétrospectif.

L'importance et la difficulté d'un tel jugement ne sont pas atténuées par la production d'analyses statistiques qui fournissent une indication sur l'aspect statistiquement significatif des résultats. Les analyses statistiques que nous produisons indiquent jusqu'à quel point les changements observés dans les effets ciblés sont inhabituels comparés aux variations naturelles suivant les lois de la probabilité. Cependant, la sensibilité des méthodes statistiques à identifier des changements « statistiquement » significatifs varie proportionnellement au nombre d'individus dans la population étudiée. Les résultats statistiques seront donc peu sensibles lorsque les nombres sont petits et très sensibles lorsque les nombres sont très grands.

Généralement, le monitoring nous permet de travailler avec des nombres suffisamment grands pour identifier comme statistiquement significatifs des changements qui devraient être cliniquement significatifs. Cependant, pour certains indicateurs, la situation n'est pas aussi claire. Par exemple, les intervalles de confiance observés dans le cas de la létalité pour les cancers du côlon et du rectum sont relativement larges (étendue jusqu'à 7,8 %). Dans un tel cas, un changement de 3 % ne serait pas identifié comme statistiquement significatif quand certains observateurs pourraient le considérer cliniquement significatif. Dans une situation semblable, nous proposons de considérer un facteur additionnel, la stabilité dans la tendance observée. Ainsi, un changement statistiquement non significatif mais suivant une tendance constante à la hausse pourrait attirer notre attention autant sinon plus qu'un changement statistiquement significatif mais ne présentant pas de tendance constante.

Le lecteur de nos résultats doit garder ces considérations à l'esprit en les interprétant. Nous avons fait de même en 2000, par exemple, en considérant comme cliniquement significative l'augmentation dans le taux d'appendice rompu même si les analyses statistiques d'alors n'identifiaient pas cette augmentation comme statistiquement significative. L'augmentation présentait une tendance remarquablement constante. Les années additionnelles ont confirmé cette tendance et les analyses statistiques sont devenues significatives par la suite.

5.3 UNE RECONFIGURATION SUBSTANTIELLE ET UNE PRATIQUE DIFFÉRENTE

Entre 1995 et 1998, dans tout le réseau des services de santé montréalais, mais surtout au niveau des hôpitaux de courte durée, il y a eu des réductions budgétaires importantes et une réduction dans le nombre de lits deux fois plus grande que celle prévue (réduction totale de 2 443 lits). Ces changements structuraux au niveau des hôpitaux se sont aussi accompagnés d'investissements et de développement au niveau des soins de première ligne pour compenser la baisse d'offre de services au niveau des hôpitaux. De tels changements structuraux peuvent avoir des effets sur l'accès aux services⁽⁴⁵⁾. Pendant ce temps, tant les milieux hospitaliers que les milieux institutionnels offrant des services de première ligne ont subi une réduction significative et inattendue de leur personnel le plus expérimenté. Un niveau de personnel insuffisant peut être associé à des effets néfastes sur la santé^(46,47).

En parallèle avec ces changements structuraux importants, l'Agence de Montréal demandait aux professionnels des centres hospitaliers de changer leur façon de faire en diminuant la durée de séjour à l'hôpital et en préconisant les soins hospitaliers d'un jour plutôt que les admissions.

Les professionnels ont répondu en abaissant cette durée de séjour moyenne de 13 %, ce qui est tout de même en deçà de la réduction de 21 % planifiée. Cette réduction planifiée est du même ordre de grandeur que les réductions observées dans les durées moyennes de séjour pour les cinq conditions que nous avons suivies plus spécifiquement dans notre monitoring parce qu'elles étaient présumées plus sensibles aux transformations entreprises. Ainsi, pour ces conditions, la réduction de la durée de séjour moyenne allait de 19 % pour l'infarctus du myocarde à 37 % pour les MPOC. La durée de séjour observée a d'ailleurs augmenté vers la fin de la période d'observation.

Les professionnels ont aussi répondu en augmentant de façon importante la proportion des procédures thérapeutiques faites en soins hospitaliers d'un jour (de 43 % en 1993-1994 à 79 % en 2000-2001 pour les interventions reconnues comme faisables en soins hospitaliers d'un jour).

5.4 EFFETS DE LA RECONFIGURATION ET DES CHANGEMENTS DE PRATIQUE ASSOCIÉS

Bien que nos hypothèses ne prévoient pas de changement au niveau de la mortalité générale, nous avons tout de même mesurer ce taux par groupe d'âge et le taux de mortalité infantile, question de ne pas manquer des effets négatifs inattendus. Les seuls changements significatifs observés étaient de faible amplitude, dans le sens d'une baisse et ne semblaient pas s'insérer à l'intérieur d'une tendance. Ceci a également été souligné dans d'autres études. Ainsi, le taux de mortalité générale n'a souvent pas capté de changements même pendant des périodes de changements dans les services de santé^(48,49,50). Cependant, lorsqu'employé dans des sous-groupes en institution, il peut capter des différences dans le temps, différences reflétant possiblement un processus de sélection accentué avec le temps⁽⁵⁰⁾.

Le Tableau 17 résume les principaux effets mesurés au cours de la période d'observation en omettant tous les résultats pour lesquels nous n'avons pas formulé d'hypothèse (les principaux indicateurs de mortalité et les principaux résultats descriptifs visant à fournir une information contextuelle). Dans ce tableau nous ne mentionnons pas non plus si les différences observées sont statistiquement significatives (elles le sont souvent) surtout pour porter notre attention sur le côté cliniquement significatif et sur leur interprétation synthétique. Sauf pour l'équité, les résultats de la dernière colonne sont sous forme de différences entre les valeurs obtenues pour les deux années extrêmes de notre période de suivi. Pour aider l'interprétation de ces résultats, nous avons présenté dans la colonne précédente des flèches indiquant l'évolution attendue.

Pour les indicateurs d'accès, les résultats particulièrement d'intérêt sont ceux où il y a discordance entre la direction des flèches et celle suggérée par le signe des différences. Ainsi, étant données les transformations favorisant les chirurgies d'un jour, des gestionnaires du réseau s'attendaient à une augmentation du nombre de chirurgie d'un jour et les résultats montrent une diminution (voir cadre avec lignes doubles et foncées).

Pour les autres indicateurs outre l'équité, les résultats particulièrement d'intérêt sont ceux où il y a concordance entre la direction des flèches et celle suggérée par le signe des différences (voir cadre avec lignes doubles et foncées). En effet, selon les experts du réseau consulté, la direction des flèches reflètent des effets non souhaitables pouvant être associés aux transformations.

Pour les résultats concernant l'équité, les différences présentées sont celles entre le quintile 5 (défavorisé) et le quintile 1 (favorisé), la colonne de gauche présentant les différences entre quintiles en 1993 et celle de droite, les différences entre quintiles en 2000-2001 (ou 2004-2005). Sont particulièrement d'intérêt, les résultats où les différences sont plus importantes d'une colonne à l'autre (voir cadre avec lignes doubles et foncées).

5.4.1 Accès aux ressources hospitalières

Un des soucis souvent exprimés par les experts consultés était la baisse d'accès aux soins hospitaliers spécialisés dans le contexte d'une telle réduction des services institutionnels.

Tableau 17 : Tableau récapitulatif des effets

		Évolution attendue	Différence 2001 vs 1993
Accès aux ressources hospitalières	Nombre d'admission chez les résidents de l'île de Montréal	↓	-80 081
	Nombre de soins d'un jour chez les résidents de l'île de Montréal	↑↔	-7 573
	Taux standardisé d'admission en CHSGS pour trois régions du Québec	↓	-2776 / 100 000
	Taux standardisé d'équivalents-lits en santé physique par région du Québec	↓	-1 / 1 000
	Pourcentage des personnes âgées hospitalisées en lits de courte durée plus de 30 jours	↑	-1,3 %
Soins pré-hospitaliers	Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme discrétionnaires	↑↔	-13 / 10 000
	Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes	↓↔	+46 / 10 000
	Taux d'admission jugée évitable pour divers groupes de conditions médicales	↑	-25 / 10 000
Soins hospitaliers et post-hospitaliers	Taux d'admission en CHSGS après une visite en soins hospitaliers d'un jour	↑	+1,5 %
	Taux de létalité dans un délai de 90 jours suivant la date d'admission en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	↑	-6 % IAM -4,4 % IC
	Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours pour cinq groupes de conditions médicales	↑	< ±1,5 %
	Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	↑	+2 à +6,8 % selon cond.
	Taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe au médecin traitant de l'hôpital dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier en CHSGS pour cinq groupes de conditions médicales	↓	-0,5 à -9,3 % selon cond.
Effets sur les parturientes	Taux de réadmission en CHSGS pour traitement post-partum dans un délai de 42 jours suivant la date d'un accouchement : par voie vaginale; par césarienne	↑	+3 / 1 000 Vag. +12 / 1 000 Cés.
	Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 42 jours suivant un accouchement en CHSGS : par voie vaginale; par césarienne	↑	+3 / 1 000 Vag +22,2 / 1 000 Cés
		Différence Q5 vs Q1 1993	Différence Q5 vs Q1 2000-2001
Équité	Taux de mortalité selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	+300/100 000	+300 / 100 000
	Taux de visite en cabinet privé ou en clinique externe pour les conditions médicales ciblées selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	+2 à -9 % selon cond.	-5 à -15 % selon cond.
	Taux d'hospitalisation pour des interventions sentinelles reconnues comme pertinentes selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu	+13/10 000	-63 / 10 000*

* 2004-2005 pour les interventions pertinentes

Les deux premiers résultats du Tableau 17 illustrent les réductions dans les nombres d'admissions (de 60 jours et moins) et de soins d'un jour entre 1993-1994 et 2000-2001. Cette réduction dans le nombre de soins d'un jour (=chirurgie d'un jour) demeure vrai même si les analyses se limitent aux adultes de 18 ans et plus, aux interventions requérant une salle d'opération ou lorsque les endoscopies sont exclues des chiffres. Une telle réduction est surprenante car le virage ambulatoire devait justement favoriser les services n'exigeant pas de séjour à l'hôpital pour atténuer l'effet de la réduction dans le nombre de lits. Ce dernier résultat est congruent avec une réduction de 18/10 000 dans les taux ajustés de chirurgie d'un jour dans la population montréalaise entre 1995-2000 et 2000-2004. À 338/10 000, ce taux est le troisième plus bas parmi les régions du Québec⁽⁵¹⁾. Somme toute, l'augmentation observée dans la proportion des chirurgies réalisées en chirurgie d'un jour n'a même pas été suffisante pour maintenir au même niveau le taux ou le nombre de chirurgies d'un jour. Un tel résultat pourrait trouver une explication dans le fait que la fermeture d'un hôpital était invariablement associée à la fermeture de salles d'opération et les chirurgies d'un jour exigent l'accès à une salle d'opération au même titre que les chirurgies réalisées pour des patients admis.

À cause des exclusions réalisées pour leurs calculs (voir liste à la page 31), les deux taux suivants du Tableau 17 décrivent probablement mieux l'effet des transformations au niveau des hôpitaux de courte durée tout en standardisant pour le profil d'âge de la population. Le taux d'admission appliqué à la population montréalaise en 2002 (n=1 808 450) indique une réduction de 50 000 admissions annuellement pour la population montréalaise. Nous avons vu que le taux observé en 2000-2001 (7 900/100 000) était le plus bas au Québec et que cette baisse semblait s'accroître pendant les dernières années d'observation. Ces résultats sont aussi congruents avec ceux présentés dans le profil de santé du Québec (51 p. 217). Ce taux est aussi plus bas que celui observé pour l'Ontario et la Colombie-Britannique où le pourcentage des 65 ans et plus est inférieur à celui de Montréal⁽²⁸⁾.

En tenant compte de la durée de séjour, le taux d'équivalents-lits traduit la baisse d'utilisation en termes de réduction dans le nombre de lits pleinement fonctionnels pour la population montréalaise : - 1 808 lits. Il est intéressant de noter que ce nombre est quand même pas très loin du nombre de lits fermés en 1995-1996 (n=2 443). Le taux observé en 2000-2001 (2/1 000) est identique à celui observé dans les autres régions du Québec.

Le taux d'admission plus bas à Montréal que dans le reste du Québec et le taux d'équivalents-lits égal au reste du Québec illustrent probablement l'influence de la durée de séjour plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec (possiblement liée à une défavorisation sociale plus élevée à Montréal ou à une gravité clinique plus élevée, voir p. 22). Ces deux résultats suggèrent que les Montréalais ont plus de difficulté à accéder à un lit de courte durée mais une fois qu'ils y sont, ils y passent plus de temps. Il n'est pas impossible que cela soit en lien avec le pourcentage des personnes âgées hospitalisées en lits de courte durée pour plus de 30 jours. Ce pourcentage est autour de 14 % et il n'a que très peu diminué depuis 1993-1994.

La population montréalaise a donc un niveau d'accès aux ressources hospitalières parmi les plus bas au Québec même si la région est celle avec le plus grand nombre de lits dressés sur son territoire (51 p.123). La population montréalaise n'est évidemment pas la seule à utiliser ces lits.

5.4.2 Effets sur le processus de soins pré-hospitaliers

Vu la diminution importante des ressources hospitalières, plusieurs observateurs ont exprimé la crainte que l'accès aux interventions reconnues comme efficaces soit diminué. L'espoir était alors que l'accès aux lits soit réservé aux patients les plus malades ou qui pourraient bénéficier des interventions efficaces. La diminution d'accès jouerait alors surtout pour des interventions qui ne sont pas reconnues comme efficaces mais encore utilisées (interventions discrétionnaires voir p. 39).

Nous avons noté une diminution dans le taux des interventions dites discrétionnaires et une augmentation dans les taux des interventions dites pertinentes pour les résidents de l'île de Montréal. Les professionnels de la santé auraient donc modulé l'accès aux lits hospitaliers pour optimiser l'effet sur la santé de la population. L'augmentation de 46/10 000 des interventions pertinentes (ou 6 695 interventions pour la population de 18 ans et plus) est constituée aux trois quart par les cataractes. Malgré cette augmentation, les taux d'angioplastie, de pontage, d'arthroplastie du genou et de la hanche demeurent parmi les plus bas au Québec (51 p.187).

Nous avons noté une augmentation dans l'indice de gravité clinique pour presque toutes les conditions étudiées. Même si une partie de cette augmentation peut être en partie liée à des changements dans la codification (voir discussion à la page 72), elle est aussi en partie cliniquement plausible et réelle. L'augmentation observée pourrait alors être interprétée comme une indication que les professionnels de la santé ont utilisé les ressources hospitalières pour des cas de plus en plus lourds.

Plusieurs conditions médicales (voir liste page 73) sont habituellement suivies et traitées en première ligne mais, lorsqu'elles se compliquent, elles requièrent une admission à l'hôpital. Selon plusieurs des observateurs que nous avons consultés pour identifier les effets possibles des transformations, la diminution importante des ressources hospitalières pourrait entraîner une perturbation de la première ligne et mener à une augmentation des admissions pour ces conditions. Pour suivre l'évolution de ces conditions nous avons utilisé deux indicateurs : le taux d'admission évitable et le taux de décès évitable pour ces conditions. Le taux d'admission évitable est reconnu comme un indicateur de performance pour les soins primaires⁽⁵²⁾ et les conditions utilisées pour nos taux de décès évitable correspondent à celles considérées comme sensibles aux services médicaux⁽⁵³⁾.

Malheureusement, les taux de décès évitable sont difficiles à interpréter à cause du petit nombre d'événements pour la plupart des conditions. Les taux d'admission évitable observés à Montréal (voir définition et liste à la page 73) évoluent généralement vers une baisse sauf pour le taux d'appendice rompu qui a justifié la réalisation d'un projet de recherche spécifique menant à la production d'un rapport de recherche⁽⁵⁴⁾, d'un article publié⁽³³⁾ et d'un article soumis⁽³⁴⁾.

5.4.3 Effets sur le processus de soins hospitaliers et post-hospitaliers

Nous discutons ici d'indicateurs classés comme reflétant le processus de soins en cours d'hospitalisation et immédiatement après le départ de l'hôpital. Soulignons que les éléments du processus qui nous intéressent sont ceux qui ont une proximité particulière avec les résultats intermédiaires identifiés dans notre cadre de référence (voir page 5).

Une partie importante de nos analyses porte sur cinq cas traceurs à forte prévalence (fracture de la hanche, infarctus du myocarde, cancers du côlon et du rectum, insuffisance cardiaque et maladies pulmonaires obstructives chroniques). Si à cette liste on ajoute les accouchements, notre étude a porté un regard analytique sur les services reçus par plus de 32 000 personnes en 1996-1997³⁵. Il s'agit d'environ 25 % de toutes les personnes (n = 125 334) qui ont utilisé les services hospitaliers de courte durée en 1996-1997 (excluant les nouveau-nés et les personnes qui ont reçu des soins hospitaliers d'un jour et des services en hôpital de convalescence ou psychiatrique). Pour les cas traceurs utilisés, un diagnostic est relativement facile à poser et la nécessité et le choix du traitement font l'objet d'un consensus professionnel. Les experts consultés ont suggéré qu'un suivi systématique de ces conditions permettrait de capter les principaux effets que pourraient susciter les changements implantés par l'Agence de Montréal sur le processus de soins à l'hôpital.

En général les hypothèses posées concernant ces indicateurs prévoyaient une augmentation des réadmissions, des visites de suivi et de la létalité, estimant que l'augmentation de la chirurgie d'un jour ou la réduction de la durée de séjour pourrait inciter les professionnels à faire sortir les patients de l'hôpital avant qu'ils aient récupéré suffisamment. S'ensuivraient alors des complications qui mèneraient aux événements captés par les indicateurs.

Peut-on vraiment inférer un changement dans la qualité des soins si nos indicateurs perçoivent des changements dans le taux des événements cibles? Benbassat et al.⁽⁵⁵⁾ ont revu la littérature pour répondre à cette question en concentrant leur attention sur le taux de réadmission. Ils concluent que les réadmissions prises dans leur ensemble sont le plus souvent associées à des facteurs peu modifiables comme l'âge, la sévérité de la condition des patients ou le statut socio-économique. Plusieurs des études analysées ont identifié un certain pourcentage des réadmissions comme étant liées à la qualité des soins à l'hôpital mais plusieurs n'ont pu le faire. Plusieurs études expérimentales ont démontré que les réadmissions pouvaient être réduites par des interventions à l'hôpital et/ou dans la communauté. Somme toute, les auteurs concluent que l'étude des réadmissions pour des conditions spécifiques (ils suggèrent diabète, asthme, accouchements, maladie coronarienne aiguë...) pourrait améliorer la capacité d'identifier des problèmes de qualité des soins. Nous proposons que notre approche par cas traceurs identifiés par des experts nous situe dans un tel contexte. De plus, comme le suggèrent McKay et al.⁽⁵⁶⁾, nous avons diversifié nos indicateurs pour en inclure d'autres que les réadmissions.

Au cours des années 1996 à 1998, il y a eu une augmentation des admissions après une visite en soins hospitaliers d'un jour. Cela peut être attribuable à une baisse dans la qualité des soins.

³⁵ Année du recensement.

Mais cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par des facteurs autres, tel que l'évolution des profils des interventions vers un risque chirurgical plus grand avec les années. Cependant, notre analyse d'un sous-groupe d'interventions non soumis à cette influence suggère que cette explication ne suffit pas. Les trois dernières années d'observation montrent toutefois une stabilisation ou même une diminution de ce taux.

Les taux de létalité pour les cinq groupes de conditions utilisés comme cas traceurs identifient une baisse pour l'infarctus du myocarde les dernières années et pour l'insuffisance cardiaque la dernière année. D'après les experts consultés, de telles baisses pourraient bien refléter une évolution significative dans la technologie disponible pour le traitement de ces conditions. Des baisses similaires ont été observées en Ontario et au Québec et elles ont été expliquées de la même façon^(57,58). Les données sur la mortalité (indépendamment du lieu) pour les cinq groupes de conditions ressemblent beaucoup à celles sur la létalité et suggèrent en général que les patients souffrant d'une de ces conditions n'ont pas eu de problèmes d'accès aux services hospitaliers au point d'entraîner une hausse dans la mortalité générale qui ne se manifeste pas aussi dans les statistiques hospitalières.

Les taux de réadmission en CHSGS pour cinq groupes de conditions ne varient pas au cours des années. L'absence de variation observée n'est probablement pas due à une insensibilité de l'indicateur car il a capté des variations dans d'autres études⁽⁴⁸⁾. Lorsque les conditions étudiées étaient les mêmes que celles utilisées dans nos analyses (fracture de la hanche, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque), les taux obtenus par Tourigny et al.⁽⁵⁹⁾ étaient similaires à ceux que nous avons obtenus.

Les taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 30 jours suivant la date de congé hospitalier démontrent une augmentation statistiquement significative (jusqu'à 6,8 %) à travers les années pour toutes les conditions sauf pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'insuffisance cardiaque. Les taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé diminuent de façon statistiquement significative pour l'infarctus du myocarde et pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Ils demeurent stables à travers les années pour les trois autres conditions. Les taux des visites au médecin traitant de la dernière hospitalisation ont diminué de façon encore plus marquée (jusqu'à 9,3 %), et ce, pour toutes les conditions sauf la fracture de la hanche. La plupart de ces baisses se produisent vers la fin de la période d'observation (1998-2001), ce qui illustre l'importance d'un suivi qui dure suffisamment longtemps. Les baisses au niveau de ces visites ne se produisent pas nécessairement pour les mêmes conditions mais elles se manifestent au même moment que les hausses au niveau des visites à l'urgence.

Nos hypothèses prévoyaient une augmentation dans le taux de toutes les visites alors que nous avons observé une baisse dans le taux des visites en clinique externe ou en cabinet privé. Est-ce à dire qu'il faille interpréter ces résultats comme suggérant une amélioration des soins à l'hôpital, d'où la diminution observée? Nos hypothèses étaient formulées en gardant à l'esprit l'attention portée sur l'hôpital de courte durée comme cible des changements. Ces changements pouvaient influencer la qualité des soins à l'hôpital et tout ce qui pourrait se passer après la sortie de l'hôpital constituerait des effets découlant des soins reçus à l'hôpital. Or, Benbassat et al.⁽⁵⁵⁾ ont bien fait ressortir que les interventions visant à réduire les

réadmissions commençaient à l'hôpital mais se continuaient aussi dans la communauté. Peut-être les soins offerts par le personnel hospitalier débordent-ils ceux offerts durant l'admission et se continuent-ils pendant la période de suivi. Dans un tel cas, les visites en clinique externe ou en cabinet privé (surtout si elles sont faites à l'un des membres de l'équipe soignante lors de l'admission) devraient peut-être faire partie de l'épisode de soins analysé plutôt que refléter les effets néfastes de soins hospitaliers de qualité. Ainsi, les visites en externe ou en cabinet privé pourraient être considérées comme un critère de qualité pour l'épisode de soins. Selon une telle approche, et si les baisses observées au niveau des visites de suivi au médecin traitant de l'hôpital reflétaient une baisse au niveau des visites à un des membres de l'équipe soignante (ce que nous ne pouvons mesurer à l'aide de nos données), les baisses observées pourraient aller dans le sens d'une baisse dans la continuité des soins. Et cette baisse dans la continuité pourrait être associée à l'augmentation dans le taux de visite à l'urgence pour plusieurs conditions.

Un faible taux de visite de suivi au médecin traitant lors de l'hospitalisation a déjà été démontré comme étant associé au décès et à la réadmission⁽³⁰⁾ et pourrait refléter une baisse dans la continuité après une hospitalisation. Dans un contexte ambulatoire et dans un essai randomisé à double insu, ce type de continuité était associé à une réduction dans le taux de visite à l'urgence et dans la durée de séjour⁽³¹⁾. Dans une population de patients cancéreux en fin de vie, une telle continuité était aussi associée à un taux plus faible de visites à l'urgence⁽³²⁾.

5.4.4 Effets au niveau des parturientes

Pour l'accouchement, le taux de réadmission concernait spécifiquement les traitements post-partum et couvrait un délai de 42 jours suivant l'accouchement. Le taux de visite en salle d'urgence après accouchement couvrait aussi un délai de 42 jours mais ne ciblait pas les traitements post-partum.

Les taux de réadmission pour traitement post-partum augmentent, que les accouchements soient par voie vaginale ou par césarienne. Ces augmentations sont de l'ordre de 3 réadmissions pour 1000 accouchements par voie vaginale et de 12 réadmissions pour 1000 accouchements par césarienne. De telles augmentations sont à la limite du niveau statistiquement significatif mais on peut se demander si elles sont cliniquement significatives. Néanmoins, ces résultats suggèrent qu'il s'agit ici d'un secteur d'activité possiblement problématique qui demande un suivi spécifique. Pour les accouchements par voie vaginale, les taux de visite à la salle d'urgence sont du même ordre que ceux observés pour les réadmissions. Dans le cas des accouchements par césarienne, les taux de visite à la salle d'urgence sont le double de ceux observés pour les réadmissions.

5.4.5 Effets en termes d'équité

L'une des inquiétudes présente dans le contexte de la transformation était la suivante : le processus de transformation risque-t-il d'affecter différemment des personnes de niveaux socio-économiques différents? On sait, en effet, que les personnes défavorisées au plan socio-économique ont plus souvent recours aux services de santé que les personnes favorisées,

particulièrement les services de première ligne et les services d'urgence⁽²⁶⁾. Leurs besoins de santé plus grands expliquent en partie cet état de fait. D'autres chercheurs ont identifié une diminution effective du recours aux services spécialisés dans un contexte de reconfiguration⁽¹¹⁾. Notre analyse écologique sur l'équité n'a pas perçu de différence selon le quintile du pourcentage des ménages à faible revenu pour le taux de réadmission et le taux de létalité pour l'un ou l'autre des cinq groupes de conditions médicales utilisés comme cas traceurs. Elle confirme cependant l'existence d'inégalités sociales quant au taux de mortalité et au taux de visite en clinique externe ou en cabinet privé dans un délai de 30 jours suivant le départ de l'hôpital. Le taux de mortalité augmente et le taux de visite diminue à mesure que le quintile augmente (quintile 1 implique faible pourcentage des ménages à faible revenu). Par contre, ces différences entre quintiles sont restées stables pendant la période de suivi.

L'analyse par quintile des taux d'intervention pertinente (voir graphiques à la page 86) montre bien qu'au début de la période, il n'y avait pas de différence appréciable entre le quintile 1 et le quintile 5 quelles que soient les interventions analysées. Aussi, au cours de la période de suivi, une augmentation dans les taux est évidente pour tous les quintiles et pour toutes les interventions. Cependant, cette augmentation est différente selon les quintiles, plus lente pour le quintile 5 et plus rapide pour les autres quintiles, ce qui mène à une différence importante entre ces quintiles à la fin de la période (63/10 000 ou, pour les 290 000 personnes de 18 ans et plus du quintile 5, environ 1 800 interventions de moins). La réduction importante des ressources hospitalières résultant des transformations aurait donc été associée à un accès moindre aux interventions pertinentes pour les personnes défavorisés économiquement.

5.5 PERTINENCE DE NOS RÉSULTATS

Le réseau de services de santé de l'île de Montréal a des caractéristiques spécifiques par rapport au réseau de services d'autres régions et le profil des transformations utilisées à Montréal peut être difficile à recréer ailleurs. Pour ces raisons, les résultats que nous présentons ne peuvent être directement applicables ou comparables à d'autres contextes. Il est néanmoins possible de tirer des leçons de nos résultats et d'en faire bénéficier d'autres milieux. Pour ce faire, il faut analyser le contexte de ces autres milieux et le comparer à celui que nous avons décrit pour la région de Montréal. S'il n'y a pas de différence, nos résultats sont applicables. Toutefois, s'il y a des différences, il faut voir jusqu'à quel point nos résultats peuvent être ajustés pour en tenir compte. En bout de ligne, la décision d'appliquer nos résultats à d'autres milieux demeure essentiellement un jugement basé sur une évaluation qualitative des contextes.

6 CONCLUSION

L'Agence de Montréal a entrepris en 1995 un plan de reconfiguration de son réseau de santé d'une ampleur considérable. Les établissements de ce réseau se sont vus imposer des coupures budgétaires d'environ 8,75 % du budget global de 1994-1995. Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ont été plus touchés que les autres établissements. Globalement, ils ont vu leur budget coupé de plus de 15 % par rapport à leur budget de 1994-1995 et neuf d'entre eux ont fermé leurs portes ou changé de vocation. Entre 1995 et 1998, un total de 2 443 lits en CHSGS ont été fermés, environ deux fois plus que ce qui avait été prévu au départ. En plus, un programme de départs volontaires pour le personnel de plus de 50 ans a entraîné la perte de 5 % à 10 % des titulaires de postes permanents.

À ces mesures de décroissance au niveau des CHSGS se sont ajoutées certaines mesures de croissance dans d'autres secteurs d'activité pour actualiser le virage ambulatoire : augmentation budgétaire au niveau des services à domicile pour personnes âgées et au niveau des organismes communautaires; rehaussement de plus de 2 000 lits en hébergement; mise en place d'un guichet unique pour l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées.

L'Agence de Montréal a prévu évaluer l'impact d'un tel plan de reconfiguration en trois composantes. Le mandat d'évaluation d'impact sur la santé de la population a été donné au Directeur de la santé publique qui a mis en place un programme de suivi comprenant un effort de monitoring et une série de projets de recherche. Ce rapport résume les résultats de l'effort de monitoring.

Observations en résumé

Il y a eu diminution très significative des ressources dans les CHSGS de l'île de Montréal qui s'est accompagnée d'une diminution importante du nombre d'admissions autant pour les résidents de l'île de Montréal que pour les usagers de l'extérieur de l'île de Montréal.

Les professionnels et les gestionnaires du réseau ont procédé à des ajustements importants de leur mode de pratique : soins hospitaliers d'un jour au lieu d'admissions; réduction de la durée de séjour; utilisation adéquate des ressources (augmentation des interventions sentinelles dites pertinentes et de l'indice de gravité clinique).

Malgré une abondance apparente de ressources hospitalières, la population montréalaise a un taux d'hospitalisation, un taux d'intervention en chirurgie d'un jour et un taux d'intervention pertinente plus bas que les populations des autres régions du Québec, et les transformations n'ont pas amélioré cette situation.

Nos indicateurs évaluant l'interface entre les soins de première ligne et les CHSGS ont identifié un secteur d'activité possiblement problématique : le taux d'appendice rompu semblait augmenter. Un projet de recherche spécifique a été réalisé et a montré que le taux n'augmentait pas vraiment d'année en année. Cependant, il a identifié une très grande variation interhospitalière dans le taux d'appendice rompu et des délais d'accès aux salles d'opération

très importants (voir détails des résultats dans note de bas de page 33 et référence 34). Des pistes pour la réduction des délais et du taux d'appendice rompu ont été identifiées⁽³³⁾.

Nos analyses des cas traceurs reconnus pour être sensibles à un processus de soins appropriés identifient des secteurs d'activité possiblement problématiques : la continuité des soins dans le suivi dans les 30 jours après l'hospitalisation et le suivi après l'accouchement.

Les inégalités socio-économiques dans le recours aux ressources spécialisées existent et les transformations sont associées à une accentuation à tout le moins au niveau de l'accès aux interventions pertinentes.

Plusieurs des effets observés se sont manifestés vers la fin de la période d'observation, ce qui confirme l'importance de suivre les effets de telles transformations pendant une période suffisamment longue.

Implications

Tel que mentionné dans la discussion, les résultats obtenus dans ce monitoring ne peuvent être attribués de façon certaine à la reconfiguration réalisée par l'Agence de Montréal. Néanmoins, notre approche par repérage suggère de considérer les changements observés comme des secteurs possiblement problématiques qui bénéficieraient d'un regard approfondi. Ce regard pourrait impliquer des groupes de discussion pour évaluer la situation, des analyses approfondies à partir de données cliniques et des projets de recherche. Ceci pourrait aussi impliquer un monitoring prolongé impliquant un effort additionnel de développement d'indicateurs. Bien sûr, les données administratives ne pourront jamais fournir de l'information précise sur la qualité de vie et les subtilités liées à la morbidité. Cependant, l'effort consenti pour réaliser ce monitoring demeure bien en deçà de celui requis pour développer le plein potentiel des banques de données administratives.

7 RÉFÉRENCES

1. L'atteinte d'un nouvel équilibre : L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, juin 1995.
2. Tousignant P, Lavoie G, Poirier L-R, Lamontagne D, Dupont MA, Roy D. Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau sur la santé et le bien-être de la population de Montréal-Centre : Résultats du monitoring, Direction de la santé publique, RRSSS-Montréal-Centre, décembre 2000.
3. Pineault R, Tousignant P, éd. Collectif de recherche sur l'impact de la transformation du système de santé montréalais, Direction de la santé publique, décembre 2000.
4. La réforme du système canadien de soins de santé et son impact sur la santé de la population. Séminaire interdisciplinaire, une initiative de la Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, avec le soutien financier de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé. Montréal, Québec, Novembre 2000.
5. Tousignant P, Lavoie G, Poirier L-R, Lamontagne D. Fiches signalétiques des indicateurs utilisés pour le monitoring de l'impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé. Direction de la santé publique, Montréal 2001.
6. 3M Health Information Systems. All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs), Version 12.0, Definitions Manual, Wallingford, C.T. 1995.
7. Kessner, D.M. Assessing Health Quality - The Case For Tracers, *The New England Journal of Medicine*, 1973;288(4):189-194.
8. Nolte E, et al. Investing in health, Benchmarking health systems. The Nuffield Trust, London, 2006;24p
9. Contandriopoulos AP. et al. Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1990. 197 p.
10. Roos N, Shapiro E. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: the First Report 1990-1992*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba. 1994.
11. Roos NP, Brownell MD. *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, 39 p. 1995.
12. Brownell MD, Roos NP. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: The Update Report 1993/1994*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1996.
13. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 14 et 19 mars 1996. Groupes de discussion d'experts provenant du réseau des services de Montréal.
14. Lauzon N. Contexte pour l'interprétation des indicateurs d'impact sur la santé dans le cadre des changements organisationnels observés au cours des dernières années. Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, 2000.

15. Larouche J. Bilan du programme gouvernemental de départs volontaires, Région Montréal-Centre, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1997.
16. Blais R, Boyle P, Pineault R, Aubin J. Analyse du potentiel de développement de la chirurgie d'un jour au Québec. Éd: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, R93-08. 1993, pp: 31.
17. Services des études et de l'évaluation. Tableau de bord pour le suivi des enjeux majeurs de la transformation du réseau à Montréal-Centre – Évolution de la situation pour les années 1993-1994 à 1995-1996. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Janvier 1997.
18. Services des études et de l'évaluation. Tableau de bord central, Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 – État de la situation : le point de départ. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Janvier 1999.
19. Pampalon R, Raymond G. A deprivation index for health and welfare planning in Quebec. *Chronic Dis Can* 2000;21(3):104-13.
20. Brameld KJ, Holman CD. The use of end-quintile comparisons to identify under-servicing of the poor and over-servicing of the rich: a longitudinal study describing the effect of socioeconomic status on healthcare. *BMC Health Serv Res* 2005 Sept. 9;(5):61.
21. Shen JJ, Wan TT, Perlin JB. An exploration of the complex relationship of socioecologic factors in the treatment and outcomes of acute myocardial infarction in disadvantaged populations. *Health Serv Res* 2001 Aug;36(4):711-32.
22. Ansari MZ, MacIntyre CR, Ackland MJ, Chandraraj E, Hailey D. Predictors of length of stay for transurethral prostatectomy in Victoria. *Aust N Z J Surg* 1998 Dec;68(12):837-43.
23. Barnett R, Lauer G. Urban deprivation and public hospital admissions in Christchurch, New Zealand, 1990-1997. *Health Soc Care Community* 2003 Jul;11(4):299-313.
24. Blouin O, Ladouceur S. Le taux de faible revenu en forte hausse dans la région de Montréal. *Institut de la statistique du Québec*, 2006;2p.
25. Tendances relatives aux hospitalisations en soins de courte durée et aux chirurgies d'un jour au Canada, de 1995-1996 à 2005-2006. Analyse en bref, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2007;29p.
26. Direction de la santé publique. Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel sur la santé de la population montréalaise, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998.
27. Direction de la santé publique. Prévenir, guérir, soigner, les défis d'une société vieillissante. Rapport annuel sur la santé de la population montréalaise, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 76 p, 1999.
28. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les personnes âgées sont les principaux utilisateurs des hôpitaux au Canada, 2000.
29. Tendances des hospitalisations et de la durée moyenne du séjour au Canada, 2003-2004 et 2004-2005. Analyse en bref, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2005;25p.
30. Van Walraven C, Mamdani M, Fang J, Austin PC. Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *J Gen Intern Med* 2004 Jun;19(6):624-31.
31. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki P, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, Rockwell A. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* 1984;252(17):2413-2417.

32. Burge F, Lawson B, Johnston G. Family physician continuity of care and emergency department use in end-of-life cancer care. *Med Care* 2003 Aug;41(8):992-1001.
33. Sicard N, Tousignant P, Pineault R, Dubé S. Important Variations in Rates of Ruptured Appendicitis: Beyond Patient Factors. *British Journal of Surgery* 2007 Feb;94(2):214-21.
34. Tousignant P, Pineault R, Hanley J, Larouche D, Remondin M, Gratton J, Sicard N, Dubé S. Variations in the rate of appendicitis with peritonitis in the context of health system reorganisation. *The American Journal of Surgery*, soumis 2007,
35. Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. *Health Serv Res* 2005;40(4):1167-85.
36. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006 Jan 17;174(2):177-83.
37. Shortt SE, Shaw RA. Equity in Canadian health care: does socioeconomic status affect waiting times for elective surgery? *CMAJ* 2003 Feb 18;168(4):413-6.
38. Glazier RH, Creatore MI, Gozdyra P, Matheson FI, Steele LS, Boyle E, Moineddin R. Geographic methods for understanding and responding to disparities in mammography use in Toronto, Canada. *J Gen Intern Med* 2004 Sep;19(9):952-61.
39. Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1999 Oct 28;341(18):1359-67.
40. Aiken LH, Fagin CM. Evaluating the consequences of hospital restructuring. *Med Care* 1997 Oct;35(10 Suppl):OS1-4.
41. Angus DE. Sustainable Health Care for Canada. Queen's – University of Ottawa, 1995.
42. Naylor CD. Health Care In Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress. *Health Affairs* 1999;18:9-25.
43. Rothman KJ. Greenland, S. *Modern Epidemiology*, Second Edition, Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1998.
44. Grawitz M. *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz., 1984.
45. Brook RH, Kamberg CJ, McGlynn EA. Health System Reform and Quality. *The Journal of the American Medical Association* 1996;276(6):476-480.
46. Kovner C, Gergen PJ. Nurse Staffing Levels and Adverse Events Following Surgery in U.S. Hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998;30(4):315-321.
47. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care* 1994 Aug;32(8):771-87.
48. Brownell MD, et al. Monitoring the Winnipeg Hospital System: 1990/91 through 1996/97. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba. February.1999.
49. Brownell MD, Roos NP, Burchill C. Monitoring the Impact of Hospital Downsizing on Access to Care and Quality of Care. *Medical Care* 1999;37(6):JS135-JS150.
50. Sheps SB, Reid RJ, Barer ML, Krueger H, McGrail KM, Green B, Evans RG, Hertzman C. Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal* 2000;163(4):397-401.

51. Institut national de santé publique en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur la santé de la population, Gouvernement du Québec, 2006, p. 223.
52. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *British Medical Journal* 1998;317:1354-60.
53. Albert X, Bayo A, Alfonso JL, Cortina P, Corella D. The effectiveness of health systems in influencing avoidable mortality: a study in Valencia, Spain, 1975-90. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996;50:320-325.
54. http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/tousignant2_final.pdf
55. Benbassat J, Taragin M. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care – Advantages and Limitations. *Arch Intern Med*, 2000;160:1074-1081.
56. McKay MD, Rowe MM, Bernt FM. Disease chronicity and quality of care in hospital readmissions. *J Health Qual.* 1997;Mar-Apr;19(2):33-7.
57. Tu JV, Naylor D, Austin P. Temporal changes in the outcomes of acute myocardial infarction in Ontario, 1992-1996. *Canadian Medical Association Journal* 1998;161(10):1257-61.
58. Pilote L, Lavoie F, Ho V, Eisenberg MJ. Changes in the treatment and outcomes of acute myocardial infarction in Quebec. *Canadian Medical Association Journal* 2000;163(1):31-36.
59. Tourigny A, Mercier P, Legault O. Suivi des résultats de la transformation des services de santé et des services sociaux. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000. 75p.

ANNEXE I :

Liste des actions pour la transformation du réseau

1. ORGANISATION DES SERVICES

1.1. Santé physique

- 1.1.1. Augmenter les services posthospitaliers en CLSC.
- 1.1.2. Compléter l'implantation du service Info-santé
- 1.1.3. Assurer la disponibilité de services médicaux de 1^{re} ligne avec et sans rendez-vous
- 1.1.4. Implanter un réseau interactif dans l'Est de Montréal
- 1.1.5. Améliorer l'équité et la facilité d'accès à des services de base en CLSC
- 1.1.6. Suivre les objectifs liés aux indicateurs de suivi CLSC
- 1.1.7. Fermeture CHCD
- 1.1.8. PFT - Centre majeur de soins ambulatoires
- 1.1.9. Augmenter les soins d'un jour
- 1.1.10. Réduire la durée moyenne de séjour (DMS)
- 1.1.11. Maintenir la capacité opératoire
- 1.1.12. Maintenir la capacité des services d'urgence
- 1.1.13. Accessibilité et efficacité des services de laboratoire
- 1.1.14. Gérer les archives dans les CHCD visés par une fermeture

1.2. Personnes âgées

- 1.2.1. Augmenter la capacité des services à domicile (21,4 M\$)
- 1.2.2. Rendre accessible le service infirmier 24/7 à toutes les personnes inscrites au centre de jour et hôpital de jour
- 1.2.3. Augmenter les services à domicile et dans la communauté (centre de jour)
- 1.2.4. Rehausser les lits existants 2,5 heures-soins et plus
- 1.2.5. Rehausser les lits - Manoir Verdun / nouveaux lits - Champlain de Verdun
- 1.2.6. Transformer le CH St-Michel en CHSLD
- 1.2.7. Réallouer 3 % du budget des CHSLD en fonction du taux de réponse et de la performance
- 1.2.8. Guichet unique
- 1.2.9. Lits de longue durée dans les établissements de courte durée qui ferment en 1997

1.3. Déficience physique et intellectuelle

- 1.3.1. Augmenter les services à domicile POSILTPH
- 1.3.2. Augmenter les services de soutien direct à la famille
- 1.3.3. Développer services éducatifs, socioprofessionnels, d'accompagnement, répit et parrainage
- 1.3.4. Développer banque de prêt d'équipements et d'aides techniques, d'accompagnement, répit et parrainage
- 1.3.5. Mettre en place un réseau intégré pour les personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement

- 1.3.6. Mettre en place une gamme de services pour les personnes présentant des troubles graves du développement
- 1.3.7. Mettre en place un réseau interactif de services en déficience physique (mise en commun des expertises)
- 1.3.8. Mettre en place un réseau interactif de services en déficience physique (un laboratoire d'aide technique)
- 1.3.9. Mettre en place un réseau interactif de services en déficience intellectuelle
- 1.3.10. Efficience réadaptation en CH de réadaptation
- 1.3.11. Modifier le territoire du CR J.O. Roussin/La Spirale

1.4. Continuum santé mentale

- 1.4.1. Développer une gamme plus étendue de services hospitaliers
- 1.4.2. Augmenter les services de santé mentale dans la communauté
- 1.4.3. Développer les services de santé mentale - clientèles particulières
 - 1.4.3.1. itinérance
 - 1.4.3.2. autisme et déficience intellectuelle avec troubles graves de comportement
 - 1.4.3.3. désinstitutionnalisation des personnes ayant une déficience intellectuelle
- 1.4.4. Mettre en place réseau interactif de services :
 - 1.4.4.1. état de situation
 - 1.4.4.2. planification sous-régionale problèmes sévères et transitoires
 - 1.4.4.3. modalités réseau interactif enfance-jeunesse
 - 1.4.4.4. sectorisation traitement psychiatrique courte durée
- 1.4.5. Réinsérer 130 patients de Louis-H. Lafontaine
- 1.4.6. Fermer 200 lits de courte durée psychiatrique
- 1.4.7. Ajuster les compressions budgétaires

1.5. Continuum jeunesse

- 1.5.1. Mettre en place un réseau interactif de services
- 1.5.2. Éliminer l'engorgement Centres jeunesse de Montréal et Batshaw
- 1.5.3. Intégrer le Centre d'orientation (CORM)
- 1.5.4. Appliquer les mesures d'efficience Centres jeunesse et centres de réadaptation en toxicomanie

1.6. Continuum Prévention Promotion

- 1.6.1. Mise en oeuvre du continuum prévention-promotion
- 1.6.2. Santé des tout-petits
- 1.6.3. Programmation intégrée prévention-promotion jeunesse
- 1.6.4. Violence faite aux femmes
- 1.6.5. Cancer du sein
- 1.6.6. Conférence régionale en prévention-promotion

- 2. AUTRES DIMENSIONS D'INTÉRÊT
 - 2.1. Satisfaction des usagers
 - 2.2. Main d'œuvre
 - 2.3. Effectifs médicaux
 - 2.4. Immobilisations et équipements
 - 2.5. Financement
 - 2.6. Communications

ANNEXE II :

CLASSIFICATION DES CHSGS DE L'ÎLE DE MONTRÉAL

CHSGS: Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

Nom du CHSGS	Code du CHSGS utilisé dans Med-Écho	Date de fermeture des activités
Universitaires (CHU)		
Hôpital Notre-Dame	12513479, 51219236	-
Hôpital Saint-Luc	12729703, 51219244	-
Hôtel-Dieu de Montréal	12530127, 51219228	-
Hôpital Royal-Victoria	13818117	-
Institut thoracique de Montréal	13514542, 55617062	-
Hôpital Général de Montréal	12599213	-
Hôpital neurologique de Montréal	13508759	-
Hôpital Sainte-Justine	12694659	-
Hôpital de Montréal pour enfants	12461570	-
Affiliés (CHA)		
Groupe 1 (tous les départements du CH)		
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	12475976, 51848752	-
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	12934659, 51340776	-
Hôpital Juif – SMBD	12685608	-
Institut de cardiologie de Montréal	12431656	-
Groupe 2 (pour un départ. en particulier)		
CH de Saint Mary (obstétrique)	12745725	-
Hôpital Angrignon-Lasalle (obstétrique)	12714093, 51218105	-
Hôpital Angrignon-Verdun (méd. familiale)	12464228, 51218097	-
Ordinaires (CHO)		
CH Guy Laporte	11230711	01/04/97
Hôpital Général du Lakeshore	11281516	-
CH Sainte-Jeanne d'Arc	12335386	01/09/96
Hôpital Santa Cabrini	12420774	-
Hôpital Angrignon-Verdun (sauf méd. fam.)	12464228, 51218097	-
Hôpital Angrignon-Lasalle (sauf obstétrique)	12714093, 51218105	-
CH Reddy Memorial	11287208	01/02/97
CH Saint-Laurent	12576120	01/04/96
CH Fleury	12600698	-
Hôpital Jean-Talon	12683090	-
CH Lachine	12691234	-
Hôpital Général de Lachine	12704276	01/04/96
CH de Saint Mary (sauf obstétrique)	12745725	-
Hôpital Reine Élisabeth de Montréal	14177356	01/09/96
CH Saint-Michel	12599312	01/11/95
CH Gouin-Rosemont	12599411	01/04/97
Hôpital Bellechasse	24203952	01/02/97
Hôpital Shriners pour enfants	13506472	-
Psychiatrique (CHP)		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	11042215	-
Hôpital Douglas	13727060	-

Nom du CHSGS	Code du CHSGS utilisé dans Med-Écho	Date de fermeture des activités
De réadaptation (CHR)		
Villa Medica	11200664, 29732187	-
Hôpital Marie-Enfant	11269552	-
Hôpital Catherine Booth	11546389	-
Hôpital Champlain de Verdun	12450441, 11042553, 51218030	-
Hôpital Marie-Clarac	12452645	-
Hôpital de réadaptation Lindsay	12490918	-
CH Richardson	12490959	-
CH J.-Henri Charbonneau (Lucille Teasdale)	12727756, 51221828	-
Hôpital Notre-Dame de la Merci	12753125	-
CH Jacques-Viger	12760534	-
Institut de réadaptation de Montréal	12819348	-
Hôpital Côte-des-Neiges	15103666	-

ANNEXE III :
ANALYSES STATISTIQUES DÉTAILLÉES

Tableau A 1 :	Taux standardisé d'admission en CHSGS pour trois régions du Québec	123
Tableau A 2 :	Taux standardisé d'équivalents-lits en santé physique par région du Québec.....	123
Tableau A 3 :	Taux d'admission après soins hospitalier d'un jour, analyses statistiques	123
Tableau A 4 :	Taux d'hospitalisation pour interventions sentinelles chez les résidents de l'île de Montréal	124
Tableau A 5 :	Fracture de la hanche, taux de réadmission, analyses statistiques.....	125
Tableau A 6 :	Infarctus du myocarde, taux de réadmission, analyses statistiques.....	125
Tableau A 7 :	Cancers du côlon et du rectum, taux de réadmission, analyses statistiques.....	126
Tableau A 8 :	Insuffisance cardiaque, taux de réadmission, analyses statistiques.....	126
Tableau A 9 :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de réadmission, analyses statistiques	126
Tableau A 10 :	Fracture de la hanche, taux de visite, analyses statistiques.....	128
Tableau A 11 :	Infarctus du myocarde,taux de visite, analyses statistiques	128
Tableau A 12 :	Cancers du côlon et du rectum, taux de visite, analyses statistiques.....	128
Tableau A 13 :	Insuffisance cardiaque, taux de visite, analyses statistiques.....	129
Tableau A 14 :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de visite, analyses statistiques.....	129
Tableau A 15 :	Fracture de la hanche, taux de visite, analyses statistiques.....	129
Tableau A 16 :	Infarctus du myocarde,taux de visite, analyses statistiques	130
Tableau A 17 :	Cancers du côlon et du rectum, taux de visite, analyses statistiques.....	130
Tableau A 18 :	Insuffisance cardiaque, taux de visite, analyses statistiques.....	131
Tableau A 19 :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de visite, analyses statistiques.....	131
Tableau A 20 :	Fracture de la hanche, taux de létalité, analyse statistique des résultats.....	132
Tableau A 21 :	Infarctus du myocarde, taux de létalité, analyse statistique des résultats	132
Tableau A 22 :	Cancers du côlon et du rectum, taux de létalité, analyse statistique des résultats.....	133
Tableau A 23 :	Insuffisance cardiaque, taux de létalité, analyse statistique des résultats.....	133
Tableau A 24 :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de létalité, analyse statistique des résultats	134
Tableau A 25 :	Taux standardisé de mortalité pour cinq groupes de conditions, analyse statistique des résultats	135
Tableau A 26 :	Taux standardisé de mortalité pour cinq groupes de conditions, analyse statistique des résultats	135
Tableau A 27 :	Taux de réadmission en CHSGS pour traitement post-partum, analyse statistique des résultats	136
Tableau A 28 :	Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 42 jours suivant la date d'accouchement, analyse statistique des résultats	136
Tableau A 29 :	Taux de mortalité pour les 85 ans et plus, analyses statistiques.....	137
Tableau A 30 :	Taux de mortalité pour les 75-84 ans, analyses statistiques	137
Tableau A 31 :	Taux de mortalité pour les 65-74 ans, analyses statistiques	137
Tableau A 32 :	Taux de mortalité pour les 0-64 ans, analyses statistiques	137
Tableau A 33 :	Taux de mortalité selon le quintile, analyses statistiques	138
Tableau A 34 :	Taux de mortalité selon le quintile, analyses statistiques	138
Tableau A 35 :	Taux de mortalité selon le quintile, analyses statistiques	138
Tableau A 36 :	Taux de mortalité infantile, analyses statistiques	138

Tableau A 1: Taux standardisé d'admission en CHSGS pour trois régions du Québec

Années comparées	Ile de Montréal			Région de Québec			Autres régions du Québec		
	Limite inf. ² /100 000	Différence /100 000	Limite sup. ² /100 000	Limite inf. /100 000	Différence /100 000	Limite sup. /100 000	Limite inf. /100 000	Différence /100 000	Limite sup. /100 000
1995-1996 vs Référence ¹	-781,3	-710,2	-639,1	-570,9	-498,3	-425,8	-690,6	-615,6	-540,6
1996-1997 vs Référence ¹	-1637,4	-1568,1	-1498,8	-1778,7	-1708,7	-1638,6	-1375,8	-1302,1	-1228,4
1997-1998 vs Référence ¹	-1903,4	-1834,7	-1766,0	-2089,3	-2019,9	-1950,5	-1568,0	-1494,7	-1421,4
1998-1999 vs Référence ¹	-2133,7	-2065,4	-1997,2	-2289,6	-2220,7	-2151,7	-1768,1	-1695,2	-1622,3
1999-2000 vs Référence ¹	-2538,3	-2471,0	-2403,7	-2293,5	-2224,5	-2155,6	-2046,4	-1974,1	-1901,7
2000-2001 vs Référence ¹	-2872,6	-2806,1	-2739,6	-2402,6	-2333,9	-2265,2	-2149,8	-2077,7	-2005,5

Tableau A 2: Taux standardisé d'équivalents-lits en santé physique par région du Québec

Années comparées	Ile de Montréal			Région de Québec			Autres régions du Québec		
	Limite inf. ² /1 000	Différence /1 000	Limite sup. ² /1 000	Limite inf. /1 000	Différence /1 000	Limite sup. /1 000	Limite inf. /1 000	Différence /1 000	Limite sup. /1 000
1995-1996 vs Référence ¹	-0,38	-0,26	-0,14	-0,58	-0,38	-0,17	-0,31	-0,24	-0,17
1996-1997 vs Référence ¹	-0,65	-0,53	-0,42	-1,03	-0,84	-0,64	-0,57	-0,50	-0,43
1997-1998 vs Référence ¹	-0,83	-0,72	-0,60	-1,23	-1,04	-0,85	-0,69	-0,63	-0,56
1998-1999 vs Référence ¹	-0,89	-0,77	-0,66	-1,31	-1,12	-0,93	-0,75	-0,69	-0,62
1999-2000 vs Référence ¹	-1,02	-0,91	-0,80	-1,42	-1,24	-1,05	-0,85	-0,79	-0,72
2000-2001 vs Référence ¹	-0,99	-0,88	-0,76	-1,30	-1,11	-0,92	-0,76	-0,69	-0,63

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 3: Taux d'admission après soins hospitalier d'un jour, analyses statistiques

Années comparées	Toutes interventions			Interventions nécessitant une salle d'opération			Sous-groupe		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	0,82	1,06	1,29	0,74	1,02	1,29	-0,22	0,21	0,64
1996-1997 vs Référence ¹	0,56	0,79	1,02	0,23	0,50	0,76	-0,26	0,17	0,60
1997-1998 vs Référence ¹	1,18	1,43	1,69	0,86	1,15	1,44	0,19	0,67	1,15
1998-1999 vs Référence ¹	1,89	2,17	2,44	1,64	1,94	2,25	0,04	0,52	1,00
1999-2000 vs Référence ¹	1,69	1,96	2,24	1,39	1,70	2,00	0,12	0,62	1,12
2000-2001 vs Référence ¹	1,57	1,83	2,10	1,23	1,53	1,82	0,20	0,71	1,22

Tableau A 4 : Taux d'hospitalisation pour interventions sentinelles chez les résidents de l'île de Montréal

Années comparées	Interventions pertinentes			Interventions discrétionnaires		
	Limite inf. ² /10 000	Différence /10 000	Limite sup. ² /10 000	Limite inf. /10 000	Différence /10 000	Limite sup. /10 000
1995-1996 vs Référence ¹	3,6	6,3	9,0	-5,5	-3,3	-1,2
1996-1997 vs Référence ¹	1,7	4,3	7,0	-11,7	-9,6	-7,5
1997-1998 vs Référence ¹	4,2	6,9	9,6	-17,0	-15,0	-12,9
1998-1999 vs Référence ¹	16,8	19,6	22,4	-17,0	-15,0	-13,0
1999-2000 vs Référence ¹	24,9	27,8	30,6	-16,2	-14,1	-12,1
2000-2001 vs Référence ¹	40,7	43,7	46,7	-14,5	-12,4	-10,3

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 5 : Fracture de la hanche, taux de réadmission, analyses statistiques

Années comparées	Toutes réadmissions			Réadmissions non planifiées			Réadmissions associées		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-3,0	-1,0	1,0	-2,6	-0,8	1,1	-1,3	-0,2	0,9
1996-1997 vs Référence ¹	-2,9	-0,9	1,0	-2,7	-0,9	0,9	-1,3	-0,3	0,8
1997-1998 vs Référence ¹	-1,9	0,2	2,3	-1,8	0,1	2,1	-0,8	0,4	1,6
1998-1999 vs Référence ¹	-1,5	0,7	3,0	-1,2	0,9	3,0	-1,2	-0,1	1,1
1999-2000 vs Référence ¹	-2,2	0,0	2,2	-1,3	0,7	2,8	-1,3	-0,2	0,9
2000-2001 vs Référence ¹	-1,6	0,6	2,8	-1,0	1,0	3,1	-1,0	0,1	1,3

Tableau A 6 : Infarctus du myocarde, taux de réadmission, analyses statistiques

Années comparées	Toutes réadmissions			Réadmissions non planifiées			Réadmissions associées		
	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-0,6	1,3	3,2	-0,8	1,0	2,8	0,01	1,7	3,4
1996-1997 vs Référence ¹	-0,2	1,8	3,7	-0,04	1,8	3,5	-0,7	0,9	2,6
1997-1998 vs Référence ¹	-0,8	1,1	2,9	-1,0	0,7	2,4	-1,9	-0,4	1,1
1998-1999 vs Référence ¹	-1,3	0,5	2,3	-0,6	1,1	2,8	-1,8	-0,3	1,2
1999-2000 vs Référence ¹	-0,9	0,9	2,7	-0,2	1,5	3,2	-1,3	0,3	1,8
2000-2001 vs Référence ¹	-2,0	-0,3	1,3	-1,5	0,1	1,6	-2,3	-0,9	0,5

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 7 : Cancers du côlon et du rectum, taux de réadmission, analyses statistiques

Années comparées	Toutes réadmissions			Réadmissions non planifiées			Réadmissions associées		
	Limite inf.	Différence	Limite sup.	Limite inf.	Différence	Limite sup.	Limite inf.	Différence	Limite sup.
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1995-1996 vs Référence ¹	-1,3	2,1	5,6	-3,0	-0,3	2,3	-0,3	2,6	5,5
1996-1997 vs Référence ¹	-2,2	1,3	4,7	-3,0	-0,3	2,4	-1,0	1,9	4,8
1997-1998 vs Référence ¹	-2,1	1,3	4,7	-2,6	0,1	2,8	-0,8	2,1	5,0
1998-1999 vs Référence ¹	0,9	4,2	7,8	-2,5	0,3	3,0	2,2	5,4	8,5
1999-2000 vs Référence ¹	-1,2	2,2	5,6	-1,7	1,1	3,8	0,5	3,4	6,4
2000-2001 vs Référence ¹	-2,3	0,9	4,2	-2,3	0,4	3,0	-1,0	1,7	4,5

Tableau A 8 : Insuffisance cardiaque, taux de réadmission, analyses statistiques

Années comparées	Toutes réadmissions			Réadmissions non planifiées			Réadmissions associées		
	Limite inf. ²	Différence	Limite sup. ²	Limite inf.	Différence	Limite sup.	Limite inf.	Différence	Limite sup.
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1995-1996 vs Référence ¹	-2,7	-0,1	2,5	-2,7	-0,2	2,3	-2,8	-0,7	1,5
1996-1997 vs Référence ¹	-2,3	0,3	2,9	-2,5	0,01	2,5	-1,6	0,6	2,8
1997-1998 vs Référence ¹	-1,7	0,9	3,4	-1,8	0,6	3,0	-1,7	0,4	2,5
1998-1999 vs Référence ¹	-3,7	-1,1	1,5	-3,2	-0,7	1,8	-3,2	-1,0	1,1
1999-2000 vs Référence ¹	-3,0	-0,3	2,4	-2,4	0,2	2,8	-2,8	-0,6	1,6
2000-2001 vs Référence ¹	-4,9	-2,2	0,5	-4,7	-2,2	0,3	-3,8	-1,6	0,6

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 9 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de réadmission, analyses statistiques

Années comparées	Toutes réadmissions			Réadmissions non planifiées			Réadmissions associées		
	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-0,9	2,5	5,8	-1,5	1,7	5,0	-2,0	0,9	3,7
1996-1997 vs Référence ¹	-3,0	0,4	3,7	-3,6	-0,5	2,7	-3,5	-0,7	2,1
1997-1998 vs Référence ¹	-2,9	0,5	3,8	-4,0	-0,8	2,4	-4,0	-1,2	1,6
1998-1999 vs Référence ¹	-2,7	0,7	4,1	-1,7	1,6	4,9	-4,6	-1,9	0,9
1999-2000 vs Référence ¹	-3,7	-0,4	2,9	-4,0	-0,9	2,3	-4,8	-2,1	0,6
2000-2001 vs Référence ¹	-1,6	1,9	5,4	-2,3	1,1	4,5	-3,1	-0,2	2,7

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 10 : Fracture de la hanche, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	En salle d'urgence			En cabinet ou clinique		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-3,2	-1,2	1,0	-4,4	-0,4	3,6
1996-1997 vs Référence ¹	-3,1	-1,1	1,0	-6,8	-2,9	1,0
1997-1998 vs Référence ¹	-1,8	0,4	2,6	-3,1	0,9	4,9
1998-1999 vs Référence ¹	-2,9	-0,7	1,5	-0,7	3,4	7,5
1999-2000 vs Référence ¹	1,3	3,8	6,4	-2,3	1,8	6,0
2000-2001 vs Référence ¹	1,2	3,7	6,2	-3,5	0,6	4,7

Tableau A 11 : Infarctus du myocarde, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	En salle d'urgence			En cabinet ou clinique		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-1,5	0,5	2,6	-1,9	0,5	2,9
1996-1997 vs Référence ¹	0,4	2,5	4,6	-5,0	-2,5	-0,1
1997-1998 vs Référence ¹	-0,7	1,3	3,3	-3,8	-1,4	1,0
1998-1999 vs Référence ¹	4,5	6,5	8,6	-5,3	-3,0	-0,6
1999-2000 vs Référence ¹	4,6	6,6	8,7	-4,3	-2,0	0,4
2000-2001 vs Référence ¹	4,3	6,2	8,2	-8,7	-6,5	-4,2

Tableau A 12 : Cancers du côlon et du rectum, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	En salle d'urgence			En cabinet ou clinique		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-3,1	0,0	3,1	-3,5	0,2	3,8
1996-1997 vs Référence ¹	-4,4	-1,3	1,8	-5,8	-2,0	1,8
1997-1998 vs Référence ¹	-1,8	1,4	4,6	-5,0	-1,3	2,4
1998-1999 vs Référence ¹	-0,4	2,9	6,3	-0,4	3,1	6,5
1999-2000 vs Référence ¹	2,4	5,8	9,2	-3,7	-0,2	3,4
2000-2001 vs Référence ¹	1,1	4,4	7,7	-6,8	-3,2	0,5

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 13 : Insuffisance cardiaque, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	En salle d'urgence			En cabinet ou clinique		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-3,6	-0,8	1,9	-2,1	0,9	3,9
1996-1997 vs Référence ¹	-2,5	0,2	3,0	-4,8	-1,8	1,2
1997-1998 vs Référence ¹	-2,2	0,5	3,2	-4,8	-1,8	1,1
1998-1999 vs Référence ¹	-2,9	-0,1	2,7	-4,8	-1,8	1,3
1999-2000 vs Référence ¹	1,5	4,4	7,4	-4,4	-1,3	1,9
2000-2001 vs Référence ¹	-1,5	1,4	4,4	-6,4	-3,2	0,1

Tableau A 14 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	En salle d'urgence			En cabinet ou clinique		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-1,6	2,0	5,6	-3,7	0,4	4,4
1996-1997 vs Référence ¹	-3,2	0,5	4,1	-7,6	-3,4	0,7
1997-1998 vs Référence ¹	-2,6	1,1	4,8	-5,4	-1,2	2,9
1998-1999 vs Référence ¹	-3,5	0,2	3,8	-7,0	-2,9	1,3
1999-2000 vs Référence ¹	-1,1	2,6	6,3	-3,7	0,5	4,6
2000-2001 vs Référence ¹	-2,1	1,8	5,6	-11,5	-7,1	-2,8

Tableau A 15 : Fracture de la hanche, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	Au nouveau MD			Au MD de l'hôpital		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-2,5	-0,3	2,0	-2,6	1,2	5,0
1996-1997 vs Référence ¹	-1,6	0,6	2,9	-4,3	-0,7	3,0
1997-1998 vs Référence ¹	-1,0	1,3	3,6	-3,5	0,2	3,9
1998-1999 vs Référence ¹	-1,7	0,7	3,1	-2,8	1,1	5,0
1999-2000 vs Référence ¹	-1,9	0,4	2,7	-3,6	0,3	4,2
2000-2001 vs Référence ¹	-1,5	0,8	3,2	-5,6	-1,8	2,0

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 16 : Infarctus du myocarde, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	Au nouveau MD			Au MD de l'hôpital		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-2,1	-0,3	1,5	-3,6	-1,0	1,6
1996-1997 vs Référence ¹	-0,6	1,3	3,2	-7,9	-5,4	-2,8
1997-1998 vs Référence ¹	0,7	2,6	4,5	-8,7	-6,3	-3,8
1998-1999 vs Référence ¹	-0,7	1,0	2,8	-11,0	-8,6	-6,2
1999-2000 vs Référence ¹	-1,3	0,5	2,2	-10,7	-8,3	-5,9
2000-2001 vs Référence ¹	-1,1	0,6	2,2	-12,6	-10,4	-8,1

Tableau A 17 : Cancers du côlon et du rectum, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	Au nouveau MD			Au MD de l'hôpital		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-1,8	1,0	3,9	-3,2	1,2	5,6
1996-1997 vs Référence ¹	-1,2	1,7	4,6	-5,9	-1,5	3,0
1997-1998 vs Référence ¹	-1,6	1,2	4,1	-11,2	-6,6	-2,1
1998-1999 vs Référence ¹	-3,8	-1,2	1,5	0,6	4,8	9,0
1999-2000 vs Référence ¹	-3,4	-0,8	1,8	-5,3	-1,0	3,3
2000-2001 vs Référence ¹	-4,8	-2,3	0,1	-11,9	-7,5	-3,1

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 18 : Insuffisance cardiaque, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	Au nouveau MD			Au MD de l'hôpital		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-1,1	0,8	2,7	-3,2	-0,4	2,4
1996-1997 vs Référence ¹	-1,1	0,8	2,7	-6,3	-3,5	-0,8
1997-1998 vs Référence ¹	0,8	2,8	4,7	-7,6	-4,9	-2,3
1998-1999 vs Référence ¹	-0,9	1,1	3,0	-7,8	-5,1	-2,3
1999-2000 vs Référence ¹	-0,5	1,6	3,6	-7,1	-4,2	-1,4
2000-2001 vs Référence ¹	-0,8	1,2	3,3	-7,7	-4,8	-1,9

Tableau A 19 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de visite, analyses statistiques

Années comparées	Au nouveau MD			Au MD de l'hôpital		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-2,0	0,4	2,8	-4,5	-0,8	2,9
1996-1997 vs Référence ¹	-2,6	-0,2	2,2	-10,1	-6,6	-3,0
1997-1998 vs Référence ¹	-0,9	1,6	4,2	-9,3	-5,6	-2,0
1998-1999 vs Référence ¹	-2,1	0,3	2,8	-11,5	-8,0	-4,4
1999-2000 vs Référence ¹	-2,5	-0,1	2,3	-9,5	-5,9	-2,3
2000-2001 vs Référence ¹	-2,1	0,4	2,9	-11,5	-7,8	-4,2

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 20 : Fracture de la hanche, taux de létalité, analyse statistique des résultats

Années comparées	En 90 jours			En 60 jours			En 30 jours		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-3,4	-0,9	1,6	-3,1	-0,7	1,7	-2,4	-0,4	1,6
1996-1997 vs Référence ¹	-2,0	0,5	3,1	-1,9	0,5	2,9	-1,4	0,7	2,7
1997-1998 vs Référence ¹	-1,2	1,4	4,0	-1,0	1,5	4,0	-0,3	1,9	4,0
1998-1999 vs Référence ¹	-0,4	2,3	5,0	-0,7	1,9	4,5	-0,7	1,5	3,7
1999-2000 vs Référence ¹	-0,2	2,5	5,3	0,1	2,7	5,3	-0,4	1,8	4,1
2000-2001 vs Référence ¹	-1,1	1,6	4,2	-1,2	1,3	3,8	-0,9	1,2	3,4

Tableau A 21 : Infarctus du myocarde, taux de létalité, analyse statistique des résultats

Années comparées	En 90 jours			En 60 jours			En 30 jours		
	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-2,2	-0,3	1,7	-1,7	0,2	2,1	-1,9	-0,1	1,7
1996-1997 vs Référence ¹	-3,0	-1,1	0,8	-2,8	-1,0	0,9	-2,9	-1,2	0,6
1997-1998 vs Référence ¹	-4,0	-2,2	-0,3	-3,8	-2,0	-0,2	-3,6	-1,9	-0,2
1998-1999 vs Référence ¹	-5,2	-3,5	-1,7	-4,9	-3,2	-1,5	-4,9	-3,3	-1,7
1999-2000 vs Référence ¹	-6,0	-4,3	-2,6	-5,7	-4,0	-2,3	-5,8	-4,2	-2,6
2000-2001 vs Référence ¹	-7,7	-6,1	-4,5	-7,2	-5,7	-4,2	-7,4	-5,9	-4,4

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 22 : Cancers du côlon et du rectum, taux de létalité, analyse statistique des résultats

Années comparées	En 90 jours			En 60 jours			En 30 jours		
	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-0,3	3,6	7,5	-0,4	3,3	7,0	0,5	3,9	7,2
1996-1997 vs Référence ¹	-2,3	1,6	5,5	-2,0	1,7	5,4	-1,6	1,7	5,0
1997-1998 vs Référence ¹	-2,0	1,9	5,7	-1,0	2,7	6,4	-0,3	3,0	6,4
1998-1999 vs Référence ¹	-2,2	1,7	5,5	-1,6	2,1	5,7	-0,8	2,5	5,8
1999-2000 vs Référence ¹	-0,1	3,7	7,5	0,6	4,2	7,8	0,5	3,7	7,0
2000-2001 vs Référence ¹	-3,4	0,2	3,9	-3,2	0,3	3,7	-2,2	0,9	3,9

Tableau A 23 : Insuffisance cardiaque, taux de létalité, analyse statistique des résultats

Années comparées	En 90 jours			En 60 jours			En 30 jours		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-4,9	-2,3	0,2	-4,6	-2,2	0,2	-3,8	-1,6	0,5
1996-1997 vs Référence ¹	-3,5	-0,9	1,7	-3,1	-0,6	1,8	-2,2	0,0	2,2
1997-1998 vs Référence ¹	-3,6	-1,0	1,5	-3,5	-1,1	1,3	-3,0	-0,8	1,3
1998-1999 vs Référence ¹	-4,4	-1,8	0,8	-3,8	-1,3	1,2	-3,0	-0,8	1,5
1999-2000 vs Référence ¹	-4,5	-1,8	0,8	-4,2	-1,7	0,8	-3,7	-1,5	0,8
2000-2001 vs Référence ¹	-6,2	-3,5	-0,9	-5,9	-3,3	-0,8	-5,2	-2,9	-0,7

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 24 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques, taux de létalité, analyse statistique des résultats

Années comparées	En 90 jours			En 60 jours			En 30 jours		
	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-2,2	0,7	3,7	-1,7	1,1	3,9	-1,4	0,9	3,3
1996-1997 vs Référence ¹	0,8	3,9	7,0	1,4	4,3	7,3	0,8	3,3	5,9
1997-1998 vs Référence ¹	-1,9	1,1	4,2	-2,6	0,2	3,0	-1,8	0,6	3,0
1998-1999 vs Référence ¹	-2,9	0,1	3,1	-3,0	-0,3	2,5	-2,9	-0,6	1,7
1999-2000 vs Référence ¹	-2,5	0,5	3,5	-2,1	0,7	3,5	-1,8	0,5	2,9
2000-2001 vs Référence ¹	-4,0	-1,0	2,1	-3,2	-0,4	2,4	-1,3	1,2	3,7

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 25 : Taux standardisé de mortalité pour cinq groupes de conditions, analyse statistique des résultats

Années comparées	Fracture de la hanche			Infarctus du myocarde			Cancers du côlon et du rectum		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence¹	-2,88	-0,65	1,57	-18,57	-8,63	1,3	-3,14	2,06	7,27
1996 vs Référence¹	-3,13	-0,93	1,27	-21,29	-11,44	-1,58	-4,98	0,14	5,26
1997 vs Référence¹	-2,32	-0,03	2,25	-21,42	-11,57	-1,72	-7,74	-2,75	2,24
1998 vs Référence¹	-2,26	0,03	2,33	-21,56	-11,71	-1,86	-5,43	-0,34	4,75
1999 vs Référence¹	-1,33	0,99	3,32	-23,80	-14,21	-4,63	-8,42	-3,38	1,67

Tableau A 26 : Taux standardisé de mortalité pour cinq groupes de conditions, analyse statistique des résultats

Années comparées	Insuffisance cardiaque			Maladies pulmonaires obstructives chroniques		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence¹	-3,97	-0,07	3,83	-4,38	0,55	5,48
1996 vs Référence¹	-5,26	-1,44	2,37	-3,66	1,31	6,27
1997 vs Référence¹	-5,39	-1,58	2,22	1,80	7,02	12,24
1998 vs Référence¹	-6,80	-3,09	0,62	-0,6	4,5	9,6
1999 vs Référence¹	-8,97	-5,42	-1,86	-2,32	2,70	7,72

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 27 : Taux de réadmission en CHSGS pour traitement post-partum, analyse statistique des résultats

Années comparées	Voie vaginale			Césarienne		
	Limite inf. ² (%)	Différence (%)	Limite sup. ² (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
1995-1996 vs Référence ¹	-1,7	0,4	2,6	-1,1	5,1	11,3
1996-1997 vs Référence ¹	-1,5	0,8	3,0	-1,9	4,2	10,3
1997-1998 vs Référence ¹	0,1	2,5	5,0	-0,3	6,3	13,0
1998-1999 vs Référence ¹	-0,3	2,2	4,6	0,3	7,0	13,7
1999-2000 vs Référence ¹	-0,8	1,6	4,0	-0,3	6,3	13,0
2000-2001 vs Référence ¹	0,0	2,6	5,1	4,8	12,1	19,3

Tableau A 28 : Taux de visite en salle d'urgence dans un délai de 42 jours suivant la date d'accouchement, analyse statistique des résultats

Années comparées	Voie vaginale			Césarienne		
	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup.(%)
1995-1996 vs Référence ¹	-5,7	-0,5	4,7	-6,5	7,0	20,5
1996-1997 vs Référence ¹	-7,1	-1,8	3,4	-12,2	1,1	14,3
1997-1998 vs Référence ¹	-7,8	-2,4	3,0	-0,7	13,6	28,0
1998-1999 vs Référence ¹	-3,5	2,1	7,7	0,3	14,8	29,3
1999-2000 vs Référence ¹	-0,8	5,0	10,7	-3,3	11,0	25,2
2000-2001 vs Référence ¹	-6,5	-0,9	4,7	9,3	24,1	38,1

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 29 : Taux de mortalité pour les 85 ans et plus, analyses statistiques

Années comparées	Hommes			Femmes		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence ¹	-654,7	812,0	2278,6	-474,4	302,2	1079,8
1996 vs Référence ¹	-2140,3	-721,0	698,4	-620,9	146,1	913,1
1997 vs Référence ¹	-317,1	1117,8	2552,6	-238,1	525,5	1289,1
1998 vs Référence ¹	-665,5	740,6	2146,6	-714,1	33,0	780,0
1999 vs Référence ¹	-1957,8	-608,2	741,5	-685,3	53,2	791,7

Tableau A 30 : Taux de mortalité pour les 75-84 ans, analyses statistiques

Années comparées	Hommes			Femmes		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence ¹	-499,9	-7,0	486,0	-379,3	-100,3	178,7
1996 vs Référence ¹	-967,0	-486,8	-6,8	-223,6	57,1	337,9
1997 vs Référence ¹	-721,5	-241,4	238,6	-297,8	-20,4	257,1
1998 vs Référence ¹	-736,9	-262,4	212,0	-594,5	-324,6	-54,6
1999 vs Référence ¹	-1070,7	-606,4	-142,2	-558,3	-289,4	-20,6

Tableau A 31 : Taux de mortalité pour les 65-74 ans, analyses statistiques

Années comparées	Hommes			Femmes		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence ¹	-275,2	-54,0	167,3	-130,3	6,5	143,3
1996 vs Référence ¹	-349,5	-129,9	89,7	-130,7	6,4	143,5
1997 vs Référence ¹	-375,6	-157,0	61,6	-162,1	-25,3	111,5
1998 vs Référence ¹	-370,2	-151,2	67,9	-204,7	-68,3	68,1
1999 vs Référence ¹	-544,1	-328,6	-113,1	-189,6	-52,1	85,5

Tableau A 32 : Taux de mortalité pour les 0-64 ans, analyses statistiques

Années comparées	Hommes			Femmes		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence ¹	-36,0	-15,6	4,7	-19,3	-4,6	10,1
1996 vs Référence ¹	-70,8	-51,3	-31,8	-21,8	-7,2	7,4
1997 vs Référence ¹	-76,5	-57,1	-37,7	-29,1	-14,7	-0,3
1998 vs Référence ¹	-87,2	-68,0	-48,8	-35,3	-21,1	-6,9
1999 vs Référence ¹	-83,0	-63,7	-44,4	-26,7	-12,2	2,3

¹ Les années de références comprennent les années 1993-1994 et 1994-1995

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

Tableau A 33 : Taux de mortalité selon le quintile, analyses statistiques

Années comparées	QUINTILE 1			QUINTILE 2		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence ¹	-6,5	38,1	82,6	-30,2	13,5	57,2
1996 vs Référence ¹	-8,4	36,0	80,5	-51,6	-8,4	34,8
1997 vs Référence ¹	-9,4	35,1	79,5	-1,3	43,0	87,3
1998 vs Référence ¹	3,0	47,7	92,4	-13,1	31,0	74,9
1999 vs Référence ¹	6,8	51,6	96,3	-16,1	28,0	71,9

Tableau A 34 : Taux de mortalité selon le quintile, analyses statistiques

Années comparées	QUINTILE 3			QUINTILE 4		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)	Limite inf. (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. (x 100 000)
1995 vs Référence ¹	-79,9	-27,8	24,3	-65,8	-13,2	39,5
1996 vs Référence ¹	-103,1	-51,5	0,1	-108,5	-56,6	-4,7
1997 vs Référence ¹	-41,9	10,9	63,6	-97,2	-45,1	6,9
1998 vs Référence ¹	-68,5	-16,2	36,1	-96,6	-44,5	7,6
1999 vs Référence ¹	-54,1	-1,5	51,1	-139,6	-88,5	-37,3

Tableau A 35 : Taux de mortalité selon le quintile, analyses statistiques

Années comparées	QUINTILE 5		
	Limite inf. ² (x 100 000)	Différence (x 100 000)	Limite sup. ² (x 100 000)
1995 vs Référence ¹	-24,3	28,1	80,5
1996 vs Référence ¹	-38,1	14,1	66,2
1997 vs Référence ¹	-54,2	-2,3	49,6
1998 vs Référence ¹	-83,8	-32,4	19,0
1999 vs Référence ¹	-41,4	10,9	63,1

Tableau A 36 : Taux de mortalité infantile, analyses statistiques

Années comparées	Garçons			Filles		
	Limite inf. ² (‰)	Différence (‰)	Limite sup. ² (‰)	Limite inf. (‰)	Différence (‰)	Limite sup. (‰)
1995 vs Référence ¹	2,2	0,1	2,4	-1,6	0,7	3,0
1996 vs Référence ¹	-3,7	-1,7	0,4	-3,7	-1,8	0,2
1997 vs Référence ¹	-1,5	1,0	3,5	-1,8	0,5	2,7
1998 vs Référence ¹	-1,8	0,6	3,0	-3,5	-1,5	0,6
1999 vs Référence ¹	-3,0	-0,8	1,5	-2,1	0,3	2,6

¹ 1993 et 1994 combinées.

² Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

