

STA
1465



ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

**ÉVALUATION DU PROGRAMME
"CARDIOLOGIE INVESTIGATION EXTERNE"
DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL**

par

Jean-Pierre Robert



RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ À L'ÉNAP
EN VUE DE L'OBTENTION DE LA
MAÎTRISE EN ADMINISTRATION PUBLIQUE
OPTION "B"
(évaluation de programmes)

MONTRÉAL
12 AVRIL, 1999

Sommaire

Cette étude est une évaluation du programme Cardiologie Investigation Externe (CIE). Ce programme s'adresse à une clientèle éloignée dont l'accès à des soins ultra spécialisés a été modifié par le virage ambulatoire. L'investigation en mode ambulatoire laissait envisager une attente moins longue, mais aussi la nécessité de trouver un hébergement à proximité de l'hôpital. Le programme a cherché à minimiser les inconvénients pour cette clientèle en offrant une investigation sur deux jours ou trois jours et en planifiant, au besoin, un hébergement dans une hôtellerie voisine.

Pour la mesure d'impact, un devis avec mesure avant/après et groupe contrôle a été utilisé. La clientèle éloignée a été comparée à la clientèle locale. Les résultats indiquent que, contrairement à la clientèle locale, le temps d'attente de la clientèle éloignée a peu diminué. Le recours à l'hospitalisation, pour la clientèle éligible au mode ambulatoire, a été réduit au minimum. Par ailleurs, la concentration des activités a permis de réduire la durée globale du voyage imposé à l'usager. Finalement, l'accès direct à la chirurgie est significativement plus fréquent pour la clientèle éloignée, lui évitant souvent un second voyage.

Une estimation du coût des modes hospitalisé et externe montre que ce dernier est moins cher. Cette économie est d'autant plus probable que l'accueil du patient, sur la base de la disponibilité des lits, entraînait en moyenne quatre nuitées inutiles. Pour le patient, le programme CIE impose peu de frais supplémentaires, si on fait la comparaison avec la façon de faire antérieure. À l'instar d'autres centres hospitaliers, l'HSCM devrait développer l'accessibilité à des ressources d'hébergement à proximité, d'autant plus que la gamme des services ambulatoires ultra-spécialisés est susceptible d'être élargie.

Lexique

Les destinataires de ce rapport étant d'horizons différents (milieu hospitalier et administration publique), il m'apparaît important de donner quelques définitions permettant une lecture plus facile pour tous.

cardiologie

hémodynamie : service hospitalier spécialisé s'intéressant aux conditions mécaniques de la circulation du sang.

coronarographie : technique d'imagerie permettant, à l'aide de l'opacification des artères par l'injection directe d'un produit de contraste, d'apprécier l'étendue et la localisation de la maladie coronarienne.

administration hospitalière

centre tertiaire : centre hospitalier offrant des services ultraspecialisés.

jour-soins : unité de mesure du passage d'un patient en mode ambulatoire.

jour-présence : unité de mesure du passage d'un patient hospitalisé.

centre d'activité : entité regroupant les charges d'un groupe d'activité ayant un but similaire.

patient électif : patient accueilli à l'hôpital à partir du domicile (par opposition au transfert interhospitalier).

évaluation

cible : situation jugée insatisfaisante qu'un programme cherche à modifier.

indicateur : élément d'une cible sur lequel il est possible de faire une mesure

objectif : état souhaité d'une cible.

existant : le produit d'un programme, bien ou service, tel que perçu par le bénéficiaire.

évaluation formative : évaluation axée sur l'amélioration des processus de production d'un programme.

évaluation sommative : évaluation visant à porter un jugement sur la valeur d'un programme.

Principales abréviations utilisées

HSCM : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

CIE : Cardiologie Investigation Externe

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

CSBE : Conseil de la Santé et du Bien-Être

CDJ : Chirurgie d'un jour

OSBL : Organisme sans but lucratif

Table des matières

1 CONTEXTE.....	1
1.1 MANDAT INITIAL	1
1.2 CONTEXTE GÉNÉRAL	1
RÉSUMÉ.....	2
2 RAISON D'ÊTRE DU PROGRAMME.....	3
2.1 INTRODUCTION	3
2.2 ANALYSE DES BESOINS.....	3
2.2.1 <i>Importance des maladies cardiovasculaires</i>	4
2.2.2 <i>Facteurs de risque et accessibilité aux soins</i>	5
2.2.3 <i>Voies d'intervention</i>	6
2.3 HSCM : SERVICES DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE OFFERTS À LA CLIENTÈLE ÉLOIGNÉE.....	7
2.4 MODÉLISATION.....	8
RÉSUMÉ.....	10
3 CIBLES ET OBJECTIFS DU PROGRAMME.....	12
3.1 INTRODUCTION	12
3.2 CIBLES ULTIMES.....	13
3.3 CIBLES INTERMÉDIAIRES	13
3.4 OBJECTIFS	16
RÉSUMÉ.....	16
4 NATURE DU PROGRAMME.....	17
4.1 INTRODUCTION	17
4.2 ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES POUR LA MODIFICATION DES CIBLES ULTIMES	17
4.3 CHOIX DE LA CLINIQUE EXTERNE.....	18
4.4 CONCENTRATION DES ACTIVITÉS	19
4.5 ADHÉSION DE LA CLIENTÈLE À LA PROCÉDURE	20
4.6 PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS	21
4.7 RECOURS À DES RESSOURCES EXTERNES	21
4.8 OPTIMISATION DE L'ACCÈS À LA CHIRURGIE	22
RÉSUMÉ.....	23
5 DESCRIPTION DES ACTIVITÉS.....	24
5.1 INTRODUCTION	24
5.2 ÉTAPES EN PRÉINVESTIGATION	24
5.3 ÉTAPES LORS DE L'INVESTIGATION	25
5.4 ÉTAPE EN POSTINVESTIGATION	26
5.5 COMPARAISON DES SÉQUENCES D'ACTIVITÉS AVANT ET APRÈS LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME	26
RÉSUMÉ.....	28
6 BILAN DES ACTIVITÉS.....	29
6.1 INTRODUCTION	29
6.2 DÉBIT ET PROVENANCE DE LA CLIENTÈLE	29
6.3 UTILISATION DE L'HÉBERGEMENT ALTERNATIF	31
6.4 L'ORIENTATION POST-INVESTIGATION	32
6.5 L'ACCÈS À LA CHIRURGIE	33
RÉSUMÉ.....	34
7 IMPACTS SUR LES CIBLES.....	36
7.1 INTRODUCTION	36

7.2	MÉTHODOLOGIE	36
7.2.1	<i>Devis général.....</i>	36
7.2.2	<i>Limites de l'étude.....</i>	37
7.3	IMPACT SUR L'ATTENTE	37
7.3.1	<i>Délais d'attente et imputabilité</i>	37
7.3.2	<i>Attente à partir de la réception de la demande</i>	38
7.3.3	<i>Temps d'attente estimé à l'automne 1998.....</i>	40
7.3.4	<i>Évolution des temps d'attente</i>	41
7.4	IMPACT SUR LE RECOURS À L'HOSPITALISATION.....	41
7.4.1	<i>Résultats.....</i>	41
7.4.2	<i>Estimation de l'utilisation inappropriée des ressources (avant programme).....</i>	42
7.5	IMPACT SUR L'ACCÈS À LA CHIRURGIE	42
7.6	IMPACT SUR LA DURÉE DE DÉPLACEMENT DE LA CLIENTÈLE ÉLOIGNÉE	43
RÉSUMÉ.....		44
8	ASPECTS ÉCONOMIQUES	46
8.1	INTRODUCTION	46
8.2	CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	46
8.2.1	<i>Portée de l'étude</i>	46
8.2.2	<i>Aspects retenus et non retenus.....</i>	47
8.3	COÛTS PUBLICS.....	47
8.3	COÛTS PRIVÉS	51
8.3.1	<i>Coûts considérés</i>	51
8.3.2	<i>Observations</i>	52
8.4	RÉPONSE AUX NOUVEAUX BESOINS DES CLIENTÈLES ÉLOIGNÉES, ENGENDRÉS PAR L'APPROCHE AMBULATOIRE.....	53
8.4.1	<i>Secteurs économiques</i>	53
8.4.2	<i>Hôpital du Sacré-Cœur : Hôtellerie des Sœurs de la Providence.....</i>	54
8.4.3	<i>Hôpital Laval : Fondation de l'Hôpital.....</i>	54
8.4.4	<i>Institut de Cardiologie de Montréal : OPAHQ.....</i>	55
8.4.5	<i>Rôle de l'HSCM dans l'orientation du bénéficiaire</i>	56
RÉSUMÉ.....		57
9	BILAN ÉVALUATIF	58
9.1	INTRODUCTION	58
9.2	RETOUR SUR LES ANALYSES D'IMPACT ET LES ANALYSES ÉCONOMIQUES (COMPARAISON AVANT ET APRÈS PROGRAMME).....	58
9.3	ALTERNATIVE : ABSENCE DE PROGRAMME	59
9.4	PISTE DE TRAVAIL.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....		61
ANNEXE : ANALYSES D'IMPACT		64

1 Contexte

1.1 *Mandat initial*

Ce rapport de stage présente l'évaluation du programme **Cardiologie Investigation Externe** (CIE) offert par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM). Le programme CIE propose un service d'investigation en externe à une certaine clientèle éloignée, venant principalement de l'Abitibi-Témiscamingue et des Hautes-Laurentides. On amène cette clientèle à résider à l'extérieur de l'hôpital pour la durée de leur investigation, impliquant le plus souvent une coronarographie, alors qu'on avait auparavant recours à l'hospitalisation. Advenant que les malades n'aient pas accès à un hébergement chez des parents ou amis à proximité de l'hôpital, on les oriente vers un hébergement, aux frais du malade, à l'hôtellerie des Sœurs de la Providence située à proximité de l'Hôpital.

À travers cette évaluation, les personnes responsables souhaitent documenter les performances du programme, notamment sur la réduction des temps d'attente et du recours à l'hospitalisation. Il importe donc, dans cette démarche, d'explorer le contexte dans lequel évolue ce programme, de déterminer sa raison d'être, d'identifier ses cibles et d'explorer la logique permettant de comprendre pourquoi on s'attend à un impact positif.

1.2 *Contexte général*

Le programme CIE s'insère pleinement dans la première vague du virage ambulatoire. Celui-ci concerne autant la chirurgie d'un jour que la médecine d'un jour. En plus de témoigner des efforts de l'HSCM dans le développement des soins, le programme est également représentatif de deux grandes orientations de l'institution, soit sa vocation suprarégionale et son partenariat avec le milieu. En plus de ses liens déjà forts avec les centres hospitaliers des Laurentides, l'hôpital espère développer ses liens avec les régions du nord-ouest du Québec et s'imposer comme centre de référence pour les soins ultraspecialisés. Les liens avec le milieu, touchés par le programme CIE, concernent les ressources externes d'hébergement, en l'occurrence les Sœurs de la Providence. L'importance du rayonnement de l'HSCM n'est pas sans lien avec le maintien de son

statut d'hôpital universitaire. Ce programme constitue donc un cas d'espèce et son évaluation est susceptible de fournir des informations sur l'atteinte des objectifs généraux de l'institution.

L'évaluation de programme, telle que proposée ici, s'insère parfaitement dans les grandes orientations de la « Politique de la Santé et du Bien-Être » (1992) qui mentionne que l'évaluation doit se faire à tous les niveaux. Il faut toutefois reconnaître qu'elle n'est pas faite de façon systématique et uniforme dans tous les établissements. Par ailleurs, la vision de l'évaluation au niveau des Régies est diversifiée et ne fait pas appel à une procédure standardisée, comme on peut le voir dans la recension des écrits faite par la RSSS des Laurentides (1996).

La procédure présentée ici est largement inspirée de celle proposée à l'Énap. C'est une procédure suivant des étapes précises et qui n'est pas sans ressemblance avec celle répandue dans certains ministères fédéraux et provinciaux. Cette évaluation offre donc une vitrine pour une approche pouvant s'appliquer à d'autres programmes de l'HSCM.

Résumé

- *Le mandat de ce stage en administration publique est de procéder à l'évaluation du programme Cardiologie Investigation Externe. Il s'agit d'une évaluation sommative menant à la vérification des impacts sur, entre autres, l'attente et le recours à l'hospitalisation. L'étude des aspects économiques du programme s'ajoute au mandat.*
- *Le processus présenté ici est susceptible d'être applicable, en tout ou en partie, à d'autres programmes de l'HSCM.*
- *Au-delà du champ de la cardiologie tertiaire, cette évaluation donne des informations sur trois aspects importants du développement de l'HSCM : le développement des activités ambulatoires, son rayonnement suprarégional et le développement du partenariat avec le milieu.*

2 Raison d'être du programme

2.1 *Introduction*

L'intervention de l'État, au niveau du gouvernement ou de ses représentants, indépendamment du secteur ou du niveau, est motivée par des raisons de tout ordre : économique, politique, écologique... Mais, en dernier ressort, les interventions doivent reposer sur une argumentation permettant de résoudre un problème de société. Ces interventions misent, en principe, sur un souci du maintien ou d'amélioration du bien-être de la population dans un champ spécifique. C'est justement parce que l'argumentation, implicite ou explicite, cible certaines problématiques qu'il est important de s'y attarder.

Mais la détermination de la raison d'être va au-delà de la documentation d'un besoin. Il s'agit aussi de l'établissement d'une problématique permettant une compréhension causale de la situation. Il ne s'agit pas ici d'une réflexion superflue, car il a nécessairement fallu une intellectualisation pour choisir une option plutôt qu'une autre dans l'élaboration du programme. Heureusement, le domaine de la santé est largement documenté, que ce soit par les études gouvernementales ou les analyses externes. De plus, aux problèmes plus communs, s'ajoutent des problèmes propres à l'HSCM qui ont motivé les concepteurs du programme à s'orienter dans cette voie.

Pour établir une argumentation permettant de justifier la mise en place du programme à l'étude, nous nous basons d'abord sur une revue des besoins liés aux maladies cardiaque. Dans un second temps, nous examinons le type de service offert à l'HSCM et en quoi cela a un impact sur la clientèle. Finalement, nous voyons les liens causaux entourant l'investigation ultraspecialisée dans un centre tertiaire.

2.2 *Analyse des besoins*

Le programme Cardiologie investigation externe s'insère dans le contexte des maladies cardiovasculaires. Nous constatons dans un premier temps l'importance de ces maladies au Québec et au Canada. Nous examinons ensuite les facteurs de risques, qu'ils soient liés aux

habitudes de vie ou à l'accessibilité des soins. Finalement, nous explorons les voies d'interventions possibles face à ces maladies.

2.2.1 Importance des maladies cardiovasculaires

2.2.1.1 Situation générale

La création, par l'État ou ses représentants, de programmes particuliers en cardiologie est justifiée par la place qu'occupent les maladies du cœur dans le portrait de santé des Québécois. Le MSSS (1992 ; p. 72) décrit ainsi l'importance des maladies cardiovasculaires :

“Ces maladies constituent la première cause de mortalité au Québec; elles comptent pour 40 % de tous les décès et pour 20% de la somme des années potentielles de vie perdues. C'est la maladie coronarienne qui est de loin la plus importante : elle est responsable de près de 80 % de tous les décès par maladie cardiovasculaire.”

2.2.1.2 Coût des maladies cardiovasculaires

Selon Santé Canada (1993), les maladies cardiovasculaires constituent, parmi toutes les grandes catégories de diagnostics, celles qui génèrent les coûts les plus élevés. Les coûts directs des maladies cardiovasculaires ont été estimés, en 1993, à 7,4 milliards de dollars pour l'ensemble du Canada, alors que les coûts indirects ont été estimés à 12,4 milliards. Ces coûts directs correspondent aux coûts des soins hospitaliers, des médicaments, des honoraires des médecins et de la recherche. De leur côté, les coûts indirects, qui ont été considérés dans ce calcul, sont les coûts dus à la mortalité, à l'invalidité de courte durée (perte de productivité) et à l'invalidité de longue durée.

2.2.1.3 Situation de l'Abitibi-Témiscamingue

Un programme qui s'adresse particulièrement à la clientèle des régions peut être justifié du fait que le problème les touche davantage. Le MSSS (1992 ; p. 73) identifie plusieurs régions à risque, dont l'Abitibi-Témiscamingue, où la maladie frappe plus durement. Entre 1990-1992, le taux de mortalité annuel due aux maladies de l'appareil circulatoire était de 284 pour 100 000 habitants

pour l’Abitibi-Témiscamingue, contre 278 pour les Laurentides et 261 pour l’ensemble du Québec (MSSS ; 1997).

2.2.2 Facteurs de risque et accessibilité aux soins

2.2.2.1 Habitudes de vie et histoire familiale

Les causes de maladies cardiaques les plus souvent évoquées sont liées aux habitudes de vie et aux prédispositions liées à l’histoire familiale. Les principaux facteurs de risque identifiés par le MSSS (1992 ; p.75) sont le tabagisme, l’hypertension et l’hypercholestérolémie. S’ajoutent à cela diverses habitudes de vie comme la sédentarité. Santé Canada (1991) reconnaît la forte prévalence de ces facteurs de risques parmi la population canadienne. De plus, la combinaison de ces habitudes et des prédispositions liées à l’histoire familiale augmente le risque.

2.2.2.2 Accessibilité aux soins

Lorsque la maladie est présente, l’accessibilité aux soins devient cruciale pour l’efficacité de la lutte contre la maladie et la limitation des inconvénients physiques et monétaires. Piché et Côté (1997 ; p. 3 et s.) ont balisé la problématique de l’accessibilité aux services de santé comme la “ possibilité d’y avoir accès en cas de besoin ”. Dans leur recension des écrits, ils identifient trois conditions à l’accessibilité aux soins. La première est la disponibilité des ressources, qui est dépendante de la quantité des ressources, de la taille de la population desservie et de l’organisation des services. La seconde condition est l’accessibilité financière, qu’elle soit collective ou individuelle. Finalement, la troisième condition est l’accessibilité géographique qui, étant donné la superficie du Québec, est également liée à l’accessibilité financière.

L’accessibilité aux soins peut également être liée au délai d’attente. En cardiologie, les études tournent surtout autour de l’attente pour la chirurgie cardiaque. Le Collège des Médecins suggère (1998), après une recension des écrits, un délai maximal de trois mois pour les chirurgies électives. De son côté, McDonald et al. (1997 ; p.23) met en relief que l’amélioration du triage des patients ces dernières années permet d’observer que l’attente pour la chirurgie cardiaque élective n’a pas d’effet significatif sur le taux de mortalité, la durée de l’attente étant inversement proportionnelle à la gravité du cas.

Malheureusement, ces études sont centrées sur l'attente entre le diagnostic final et l'intervention. La logique voudrait qu'on s'intéresse d'abord à l'élaboration du diagnostic. Devant l'incertitude que suscitent les cas en attente d'investigation, on peut s'interroger sur le possible intérêt à réduire le temps d'attente, peut-être même autant à cette étape qu'à la suivante.

2.2.2.3 Situation de l'Abitibi-Témiscamingue

La consommation de la cigarette est une habitude de vie bien documentée par région, car elle est facile à identifier. À ce chapitre, les enquêtes menées par Santé Québec (1992-1993) indiquent que, parmi les 15 régions administratives, l'Abitibi-Témiscamingue a été la région où la proportion de fumeurs était la plus élevée en 1987, alors qu'elle s'est située au cinquième rang en 1992-1993.

Certains indicateurs sociosanitaires permettent de juger de l'accessibilité aux soins selon les régions. Tout d'abord, le taux de consultations médicales représente, pour Pineault et Daveluy (1986; p. 201), une mesure d'accès, de disponibilités et de besoin de services. Le MSSS (1997) indiquent que l'Abitibi-Témiscamingue a un des taux de consultations médicales les plus bas au Québec. Cette même étude indique que le taux de pontages coronariens de l'Abitibi-Témiscamingue est, avec celui des Laurentides, parmi les plus bas au Québec. Il est à noter que cet indicateur vise à juger de l'accessibilité aux soins et non à apprécier l'état de santé des habitants d'une région.

2.2.3 Voies d'intervention

2.2.3.1 Diminution des facteurs de risque

Étant donné l'importance des maladies cardiovasculaires au pays et du lien entre celles-ci et les habitudes de vie, il n'est pas surprenant de constater la place grandissante que prend la prévention. Les interventions gouvernementales sont multiples : lois anti-tabac, programmes de promotion (Cœur en santé) et de dépistage. Ces mesures ont tendance à toucher toutes les régions. Par contre, certaines d'entre elles, comme la lutte contre l'hypercholestérolémie, seront plus rentables si elles sont limitées à des groupes précis (Santé Canada : 1991), comme les hommes jeunes ou les fumeurs.

2.2.3.2 Traitement de la maladie et régions

Le dépistage et le traitement des maladies cardiovasculaires passent toutefois par l'intervention médicale. Il s'agit d'un aspect où l'offre de service varie considérablement selon les régions. Les services ultraspecialisés sont dispensés dans les centres tertiaires. Or, ceux-ci sont concentrés dans les grands centres urbains.

Certains examens, comme l'échocardiographie, peuvent bénéficier des technologies de la communication associées à la télémédecine (CÉTS :1998). Cette technologie permet d'associer le cardiologue en région au spécialiste d'un centre tertiaire.

L'Abitibi-Témiscamingue et les Hautes-Laurentides sont des régions qui ne disposent pas de salle d'hémodynamie permettant la coronarographie. Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CÉTS : 1989) s'est penché sur la distribution des laboratoires de cathétérisme cardiaque en région. Les conclusions de cette étude militent en faveur de la concentration de ces installations dans les hôpitaux à proximité d'un service de chirurgie cardiaque. Les motifs invoqués sont principalement la rentabilité et la sécurité des patients.

2.3 HSCM : services de cardiologie tertiaire offerts à la clientèle éloignée

Maintenant que nous avons jeté un regard sur les maladies cardiovasculaires et sur les voies d'intervention, il faut maintenant se pencher sur le contexte particulier de l'investigation à l'HSCM. Étant donné le champ d'action de l'hôpital, nous mettons ici de côté la prévention ou l'investigation en région pour nous concentrer sur les activités d'investigation propre à l'institution à l'étude. Dans un premier temps, on se penche sur la diminution du besoin d'hospitaliser pour ensuite examiner les implications sur la clientèle et, finalement, le rôle l'État et de ses représentants pour maintenir l'accessibilité aux soins.

2.3.1.1 Services d'investigation et besoins réduits d'hospitalisation

Les clientèles d'Abitibi-Témiscamingue et des Hautes-Laurentides bénéficient, à l'HSCM, de services ultraspecialisés en cardiologie qui ne sont pas offerts dans leurs régions. La coronarographie, qui est particulièrement visée par le programme à l'étude, fait partie de ces

services. Jusqu'à 1994, la clientèle ambulatoire a dû séjourner à l'hôpital pour passer cet examen. Un ensemble de facteurs (technologiques, pharmaceutiques et professionnels) ont permis d'envisager la pratique de cet examen sans recourir à l'hospitalisation. La clientèle éligible a pu bénéficier de ce service ambulatoire à partir de l'automne 1994. Cette nouvelle façon de faire a permis à l'HSCM de réserver ses lits pour les cas plus graves nécessitant un environnement offrant davantage de soins.

2.3.1.2 Implications pour la clientèle

Cette modification de l'offre d'hébergement affecte différemment les clientèles locales et éloignées. Les patients de la région montréalaise ont l'opportunité de retourner chez eux quelques heures après leur examen. Par contre, les patients des régions ne peuvent faire de même, ne pouvant prendre la route le jour de l'examen.

Ces personnes doivent donc trouver un lieu d'hébergement pour la durée de leur séjour dans la région de Montréal. Ce séjour est d'au moins deux nuits. Pour les personnes n'ayant pas de parents ou d'amis dans la Métropole, ce séjour peut représenter des frais auxquels elles n'auraient pas eu à faire face auparavant. Cette clientèle des régions se distingue aussi de la clientèle locale par les frais de transport qu'elle doit assumer. L'écart des coûts privés entre ces deux clientèles, qui existait déjà, s'est donc agrandi.

2.3.1.3 Rôle de l'état et de ses représentants pour le maintien de l'accessibilité aux soins

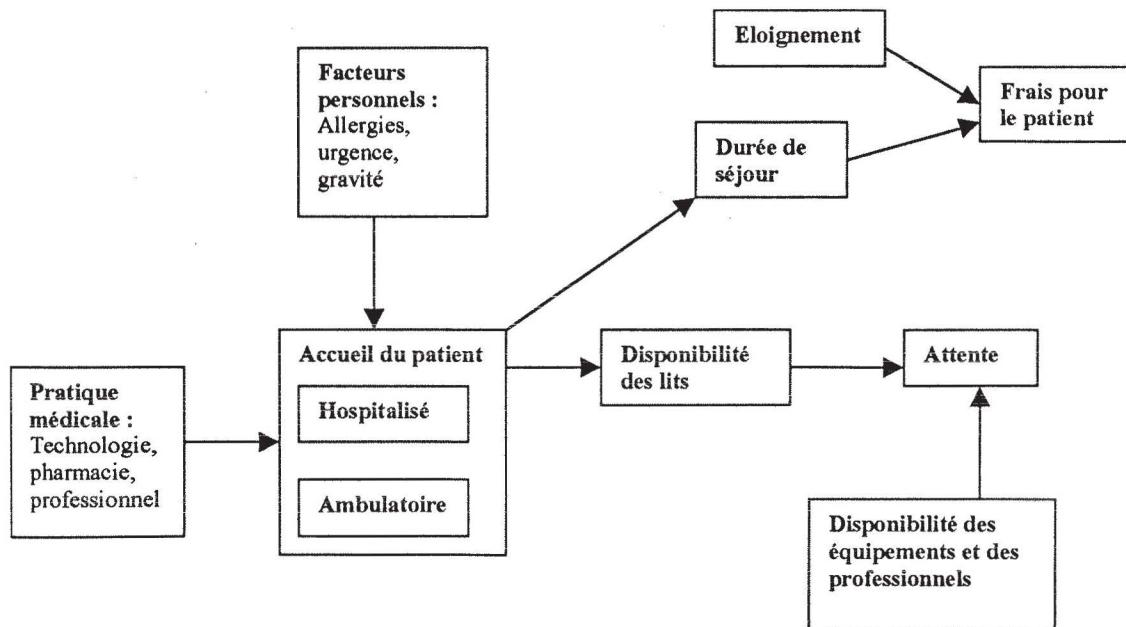
Le Conseil de la Santé et du Bien-Être (1997 : p. 47) voit, devant le recours possible au secteur privé, comme les ressources d'hébergement, une nécessité pour l'État de se faire "gardien de l'intérêt public". Dans cette optique, à défaut de rembourser toutes les dépenses d'hébergement des clientèles éloignées, l'État doit toutefois veiller à ce qu'il y ait des ressources d'hébergement disponibles à des coûts ne mettant pas en péril l'accessibilité aux soins.

2.4 Modélisation

La modélisation qui suit, figure 1, présente certains aspects relatifs à l'accessibilité à l'investigation dans un centre tertiaire. Les points abordés sont liés entre eux selon une logique causale.

L'ensemble de la modélisation montre les étapes menant à l'investigation, c.-à-d. à la consultation d'un cardiologue et, éventuellement, à la coronarographie. Elle montre également ce qui influence le choix du mode hospitalisé ou du mode ambulatoire, et comment ce choix a un impact sur le patient et sur l'hôpital.

Figure 1 : Accessibilité à l'investigation dans un centre tertiaire



Le choix d'accueillir un patient selon un mode ambulatoire ou hospitalisé dépend de facteurs liés à la clientèle et à l'institution. Pour qu'il y ait une option entre ces deux modes, il faut d'abord se pencher sur la pratique médicale en vigueur dans le centre tertiaire. Comme on l'a vu précédemment, ce n'est qu'à partir de 1994 que l'HSCM a offert le mode ambulatoire. Les facteurs déterminants dans cette transition sont à la fois matériels et humains. D'un côté, il faut tenir compte du matériel utilisé de même que de la médicamentation utilisée à ce moment. D'un autre côté, la formation du personnel technique et les préférences des spécialistes ont aussi un impact sur la base d'accueil du patient.

Si l'hôpital offre également la coronarographie en mode ambulatoire, certaines caractéristiques de la clientèle doivent être prises en considération. Ces caractéristiques sont essentiellement liées à l'état physique du patient. On pense à la gravité de son état cardiaque, à la présence d'une

maladie concomitante (ex. maladie rénale) ou à des allergies graves aux produits de contrastes utilisés pour la coronarographie. Les préférences du patient peuvent également entrer en ligne de compte.

Ce choix d'hospitaliser ou non peut avoir des conséquences pour les patients et pour l'hôpital. Ce choix implique de rendre le patient dépendant de la disponibilité des lits. La disponibilité des lits étant indépendante de celle de la salle d'hémodynamie et de son personnel, le temps d'attente du patient qui nécessite une hospitalisation risque d'être différent du patient vu en externe.

Le recours ou non à l'hospitalisation peut également avoir un impact sur la durée de l'ensemble de la procédure entre le moment de l'arrivée à l'hôpital et le retour à la maison. Cela est particulièrement important pour la clientèle éloignée qui doit se déplacer et qui est souvent accompagnée de proches qui doivent se loger à proximité de l'hôpital. Dans le mode hospitalisé, il peut arriver que le patient soit admis plusieurs jours avant la coronarographie, impliquant un séjour prolongé et des nuitées inutiles. La durée de ces séjours est susceptible d'avoir un impact sur les frais imposés à la clientèle, particulièrement si celle-ci vient d'une région éloignée.

La disponibilité des laboratoires d'hémodynamie, où sont faites les coronarographies, est également susceptible d'avoir un impact sur le temps d'attente. On peut penser que plusieurs facteurs peuvent jouer sur cette disponibilité : la demande pour ces examens, le nombre d'heures d'utilisation des équipements, la disponibilité du personnel, etc.

Finalement, il faut se pencher sur l'impact du recours à l'hospitalisation pour l'hôpital. L'hospitalisation de patients, qui aurait pu être reçus en externe, occasionne une pression supplémentaire sur la disponibilité des lits. L'hospitalisation de cas plus urgents peut être retardée ou même compromise au profit d'un autre centre hospitalier. La gestion des lits peut également devenir plus difficile, incluant la libération de lits à l'urgence occupés par des patients en attente d'une place sur une unité de soins.

Résumé

- *L'examen de la raison d'être aide à comprendre la problématique dans laquelle s'insère le programme. Cet examen porte à la fois sur des considérations plus générales reliées aux*

maladies visées par le programme qu'aux aspects plus spécifiques de l'investigation en cardiologie tertiaire.

- *L'analyse des besoins montre l'importance des maladies cardiovasculaires et illustre comment certaines régions, dont l'Abitibi-Témiscamingue, sont touchées plus durement. Cette région se distingue également par une proportion de fumeurs supérieure à la moyenne provinciale, la consommation de la cigarette étant un des facteurs de risque important. De plus, certains indicateurs sociosanitaires laissent voir que l'accès aux soins est moins grande dans cette région.*
- *La lutte contre les maladies cardiovasculaires passe par la prévention et le traitement. Les régions comme l'Abitibi-Témiscamingue et les Hautes-Laurentides sont limitées dans les services qu'elles peuvent offrir à cette clientèle des régions éloignées. En effet, les services ultra spécialisés, telle que la coronarographie, sont concentrés dans les grands centres urbains.*
- *Les services ultra spécialisés en cardiologie, offerts par l'HSCM aux clientèles des régions, ont évolués de telle sorte que le besoin d'hospitaliser a diminué. Cette nouvelle réalité occasionne de nouveaux frais pour la clientèle éloignée.*
- *La modélisation montre comment l'accueil du patient en mode ambulatoire ou hospitalisé peut influencer l'accès aux soins de la clientèle élective.*

3 Cibles et objectifs du programme

3.1 *Introduction*

D'un document administratif à l'autre, il peut y avoir divergence quant au sens des mots buts, objectifs, cibles, etc. La terminologie utilisée ici est celle en vigueur à l'Énap. Nous considérons donc les cibles comme étant les situations sur lesquelles le programme entend avoir un effet. Nous avons vu précédemment que l'argumentation à l'origine du programme repose sur l'identification de certains besoins et sur une compréhension causale de la problématique. L'intervention de l'État, ou de son représentant, est donc justifiée par l'état insatisfaisant de ces cibles. C'est aussi grâce au principe de causalité qu'il est possible d'établir sur quelles cibles le programme entend agir directement ou indirectement. Les situations problématiques les plus éloignées de l'intervention directe sont appelées cibles ultimes, alors que les plus rapprochées sont appelées cibles intermédiaires.

Les effets d'un programme sont surtout perceptibles au niveau des cibles intermédiaires, alors que la modification des cibles ultimes est généralement plus difficilement imputable à un programme précis. L'évaluation de l'impact du programme doit donc se faire sur les cibles intermédiaires. Pour cela, il faut que des indicateurs sensibles soient rattachés à chacune de ces cibles. La qualité d'un bon indicateur sera de permettre une mesure valide et reproductible. Une cible pouvant être décrite par plusieurs indicateurs, on s'attendra donc à ce qu'ils forment un ensemble ayant une qualité descriptive permettant de donner un bon reflet du concept en question. Le choix des indicateurs doit également reposer sur leur caractère opérationnel, c'est-à-dire sur la possibilité de prendre une mesure fiable et reproductible.

Les objectifs sont ici considérés comme l'état souhaité d'une cible, à la suite de l'intervention. Ils peuvent être subjectifs, sous-entendant l'amélioration de l'état de cible. Ils peuvent être plus normatifs, impliquant un seuil quantifié relativement à tel ou tel indicateur.

3.2 Cibles ultimes

Le programme Cardiologie Investigation Externe est une initiative touchant un nombre limité de personnes dans un contexte très précis. Par contre, il figure comme un cas d'espèce dans la mesure où tous les centres tertiaires dispensant des services diagnostiques en cardiologie font face à une problématique semblable. Bien que le programme ait été conçu pour agir sur des cibles précises sur lesquelles il est possible de percevoir un impact, il s'insère malgré tout dans une problématique plus large touchant la société québécoise en général. De plus, ce programme, datant de la fin de 1994, se place dans la première vague du virage ambulatoire, en partageant les grands principes.

On peut ainsi reconnaître deux cibles ultimes sur lesquelles les programmes de ce type sont susceptibles de contribuer à l'amélioration.

Cible : **Bien-être des personnes, en centre urbain et en région, aux prises avec des maladies cardiovasculaires**

Cible : **Contrôle des coûts de la santé**

3.3 Cibles intermédiaires

Cible : **Dépendance à l'hospitalisation**

La dépendance à l'hospitalisation n'est pas directement décrite par des indicateurs, bien qu'il s'agisse du point déclencheur du programme. On appréciera plutôt sa modification à partir de l'évolution des cibles qui en dépendent.

Cible : **Accessibilité à l'investigation pour la clientèle élective éloignée**

Il s'agit ici d'une des principales cibles, puisque c'est autour de cette clientèle que gravite le programme. Le problème de l'accessibilité ne se pose pas ici en termes d'offre de service, les soins visés étant gratuits en 1994 et encore aujourd'hui. Mais l'accessibilité doit être considérée dans le temps et de façon plus systémique, c.-à-d. en considérant différents aspects, économiques ou autres, de la vie du patient. Il y a donc une reconnaissance du fait que des inconvénients sont

propres à la clientèle éloignée et qu'il est opportun d'agir directement pour améliorer l'accessibilité aux soins.

Indicateur : Temps d'attente pour l'investigation

Le temps d'attente mesuré ici se situe entre la date à laquelle un cardiologue fait une demande d'investigation et l'exécution de celle-ci. Le temps était jugé trop long avant le programme.

Indicateur : Durée du séjour en grand centre urbain

Cet indicateur est propre à la clientèle éloignée. Il vient du constat que les hospitalisations en grands centres urbains occasionnaient des dépenses pour les familles touchées. Au-delà des frais de déplacement de la personne malade, il faut comprendre qu'elle est le plus souvent accompagnée d'un proche (femme ou enfant). S'ensuit une accumulation de frais dépendant du nombre d'aller-retour ou de la durée du séjour. Le programme tente d'organiser les activités médicales dans une perspective de minimisation des inconvénients. La durée du séjour est facilement mesurable, s'étendant du début à la fin de l'investigation.

Indicateur : Temps d'attente des personnes ayant éventuellement eu une intervention (priorisation)

Cet indicateur est attribuable au fait que les temps d'attente varient, en général, selon la gravité relative des cas. Le programme vise à apparié les délais les plus courts aux cas les plus graves. La collecte des données n'est pas faite dans une optique clinique, mais bien sous un angle administratif. Il n'y a donc pas d'analyse des demandes de consultation permettant de les classer par gravité. Par ailleurs, les formes non standardisées de ces demandes auraient rendu cet exercice difficile. Il est par contre possible de comparer l'attente avec le recours à l'intervention, qui est un indice de gravité a posteriori.

Cible : Accessibilité à l'investigation pour la clientèle semi-urgente, locale ou non

Il s'agit d'une cible indirecte que l'on pourrait comparer à une externalité positive souhaitée. Bien que ne s'adressant pas à la clientèle semi-urgente nécessitant un séjour hospitalisé, on espère, en diminuant le recours à l'hospitalisation et la durée de séjours de la clientèle non-urgente, diminuer le risque qu'il soit difficile de libérer un lit. Il y a un principe d'équité interclientèle soulevé par le fait qu'il pouvait être parfois un peu difficile de trouver un lit pour un malade urgent, ceci en raison du fait qu'un malade électif utilise un lit sous prétexte que son éloignement le rend plus dépendant à l'hospitalisation. Mais cette cible étant indirecte, elle n'est pas mesurée ici et n'est donc pas

associée à des indicateurs précis. Elle est plutôt appréciée indirectement en regard de l'utilisation des lits faite par la clientèle visée directement par le programme.

Cible : Utilisation des lits

L'utilisation des lits par la clientèle élective est au cœur des préoccupations du programme. Elle devient une cible dans la mesure où l'hospitalisation de cette clientèle n'a pas de fondement médical. Suite à la diminution de la dépendance à l'hospitalisation, on compte limiter l'utilisation des lits aux cas le nécessitant pour des raisons cliniques.

Indicateur : Recours à l'hospitalisation pour les clientèles électives éloignées

C'est un indicateur mesurable en termes de taux d'hospitalisation sur la période couverte par l'investigation. Si, à la suite de l'investigation, le patient était hospitalisé, cette hospitalisation ne serait pas considérée. En effet, le programme ne vise pas à limiter l'hospitalisation pour la période de l'intervention, mais bien de l'investigation.

Indicateur : Nombre de jours d'hospitalisation de la clientèle élective éloignée

Cet indicateur est un aspect problématique important de cette cible. La clientèle semblait, en effet, avoir des durées d'hospitalisation plus longues, étant donné qu'elle était hospitalisée selon la disponibilité des lits et non pas de la disponibilité des examens diagnostics.

Cible : Accessibilité à l'intervention

Comme il a été souligné pour l'accessibilité à l'investigation, le programme souhaite faciliter la vie des patients en harmonisant, dans la mesure du possible, l'investigation avec une éventuelle intervention, angioplastie ou chirurgie. Il va sans dire qu'on parle ici d'intervention prescrite directement à la suite de l'investigation.

Indicateur : Présence d'un congé d'au moins une semaine avant l'intervention

Cet indicateur permet d'observer dans quelle mesure on limite l'inconvénient lié au déplacement pour les clientèles éloignées.

3.4 Objectifs

Le programme CIE vise l'amélioration de l'état des différentes cibles sur lesquelles il entend avoir un effet. Il n'y a toutefois pas de quantification formelle des effets désirés. Nous avons vu précédemment que, à notre connaissance, les tendances normatives touchaient surtout l'attente pour la chirurgie et non pour l'investigation.

Il faut toutefois identifier des objectifs implicites liés à l'hospitalisation et à la durée des séjours. En effet, la possibilité technique de congédier le patient le jour même de sa coronarographie amène à tendre vers la quasi-élimination de l'hospitalisation de la clientèle élective, réservant cette éventualité aux cas présentant des complications. Dans le même ordre d'idée, il est envisageable de limiter la durée du séjour loin du domicile à un minimum de temps, soit 1 jour pour la préadmission, 1 jour pour la coronarographie, le tout pour un voyage de quatre jours et trois nuits (dans le cas le plus simple).

Résumé

- *L'examen des cibles du programme permet de préciser les situations insatisfaisantes sur lesquelles le programme entend avoir un effet direct ou indirect, perceptible ou marginal.*
- *Bien que le programme touche relativement peu de personnes, le fait qu'il soit un cas type amène à penser qu'il peut contribuer au contrôle des coûts dans la santé, voire au bien-être en général.*
- *L'accessibilité à l'investigation pour la clientèle élective de l'Abitibi-Témiscamingue et des Hautes-Laurentides est la première cible évoquée. Elle peut être mesurée par le temps d'attente et la durée du séjour en centre urbain.*
- *L'utilisation des lits est directement visée. Elle se vérifie à l'aide des taux d'hospitalisation et du nombre de jours d'hospitalisation. Une baisse dans l'utilisation des lits est susceptible de faciliter les transferts interhospitaliers.*
- *Le programme entend aussi s'attaquer à l'accessibilité à l'intervention et faciliter le passage immédiat de l'investigation à la chirurgie. C'est la présence ou non d'un congé de plus d'une semaine entre ces deux étapes qui constitue l'indicateur par excellence.*

4 Nature du programme

4.1 *Introduction*

L'examen de la nature du programme vise moins à le décrire de façon détaillée qu'à identifier les bases sur lesquelles il repose. Il cherche aussi à comprendre les mécanismes qu'il met en action pour modifier l'état des situations qu'il entend améliorer. Il s'agit en fait d'identifier la théorie du programme, c.-à-d. la logique qui permet de spéculer sur les résultats à venir. Pour ce faire, nous pouvons nous pencher d'abord sur la contribution à l'amélioration des cibles ultimes pour remonter jusqu'à l'intervention la plus fine.

4.2 *Orientations gouvernementales pour la modification des cibles ultimes*

Le programme Cardiologie Investigation Externe a un impact direct sur environ une centaine de patients par an et un effet indirect sur la clientèle urgente. On ne peut donc s'attendre à ce que ce programme amène une contribution significative dans la modification des cibles ultimes à l'échelle de la société. Mais, bien que cette contribution puisse être jugée marginale à l'échelle sociale, elle est significative pour les patients concernés. Le programme est aussi un cas d'espèce qui s'insère dans la politique générale de la santé en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires.

Dans sa Politique de la Santé et du Bien-être, le Gouvernement du Québec a identifié des voies d'action prioritaires (1992 ; p. 75) :

1. *"Intervenir efficacement pour diminuer les facteurs de risque : tabagisme, hypertension et hypercholestérolémie."*
2. *"Améliorer la qualité et l'accessibilité des services de chirurgie cardiaque et favoriser l'utilisation optimale des ressources.*
 - *Regrouper et consolider en priorité les activités dans certains centres en fixant un seuil minimal de chirurgies cardiaques par centre.*
 - *Élaborer un guide d'évaluation et d'établissement des priorités pour les cas de chirurgie.*

- *Mieux gérer les listes d'attente et concrétiser les ententes intervenues entre les régions de manière à rendre plus équitable l'accès aux services.”*
- 3. *“Coordonner l'action des intervenants dans la lutte aux maladies cardiovasculaires”*

Le gouvernement ne spécifie pas s'il favorise la persuasion, la subvention ou la réglementation. On peut penser qu'il y a une certaine liberté à ce chapitre et que sa politique repose sur les initiatives régionales ou institutionnelles. Un certain contrôle est toutefois observable sur l'équité interrégionale, entre autres, par les Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS). Que ce soit à Québec ou à Montréal, les services de cardiologie doivent produire des rapports trimestriels indiquant le nombre de patientes sur la liste d'attente et le nombre de patients reçus selon le type d'intervention et selon la région de provenance.

De par son action, le programme CIE apporte sa contribution à plusieurs moyens privilégiés par le MSSS, il s'inscrit donc dans la poursuite d'une augmentation de l'accessibilité, de l'équité et du contrôle des coûts.

4.3 Choix de la clinique externe

Le passage en mode externe de l'examen coronarographique le fait entrer dans la catégorie des médecines de jour. Le caractère invasif de cet examen, lié à l'utilisation d'un cathéter, permet même la comparaison avec la chirurgie d'un jour, en partageant les avantages et les exigences. Brosseau et Héroux (1995 ; p. 19) voient, dans la chirurgie d'un jour, une opportunité pour le patient de subir sa chirurgie dans un délai connu et de recevoir une préparation adéquate en pré-admission, facilitant son retour à son domicile. Ces auteurs identifient également des avantages pour les spécialistes, ceux-ci pouvant offrir des services dans un délai plus court, sans être à la merci de la disponibilité des lits. S'ajoute à cela la possibilité de substituer les ressources allouées à l'hospitalisation vers la médecine ou la chirurgie d'un jour.

Mais si ce genre de procédure permet d'atteindre ces objectifs, c'est qu'elle s'appuie sur des conditions particulières qui doivent toutes être rencontrées. Brosseau et Héroux (1995 ; p. 21 et s.) rassemblent ces conditions en trois groupes : 1) les *critères généraux d'admission* (stabilité psychologique, douleur contrôlable, hébergement à proximité, accompagnement, consentement

éclairé), 2) les *critères spécifiques à l'état de santé* (en terme de stabilité), 3) les *critères spécifiques à la chirurgie* (transposables à l'investigation coronarographique). Le programme à l'étude suit cette même logique en ayant ses propres conditions préalables à la consultation à l'externe (entre autres les patients ayant certaines valvulopathies ou une allergie sévère à l'iode sont orientés vers l'hospitalisation).

La clientèle élective était auparavant convoquée selon la disponibilité des lits de plus de 24 heures. Les lits se libéraient souvent vers la fin de la semaine et ils étaient aussitôt réoccupés par de nouveaux patients. Les séjours pour une investigation commençaient souvent le vendredi ou le samedi, des moments le plus souvent inactifs sur le plan thérapeutique. De plus, la disponibilité des lits semble indépendante de celle des équipements spécialisés, d'où des séjours plus longs pour une même procédure diagnostique.

La disponibilité des équipements et des spécialistes est largement tributaire de la planification des plages horaires. Celles-ci sont programmées selon les types de clientèles. La coronarographie, pour la clientèle ambulatoire, n'est envisageable, si on veut un congé le jour même, que dans les premières heures de la journée. Il faut en effet prévoir une période d'immobilité dans un lit de médecine de jour de la clinique externe de cardiologie. Or, celle-ci a des heures d'ouverture limitées.

L'accueil du malade sur la base de la disponibilité des équipements et des spécialistes, et non de la disponibilité des lits, constitue donc l'une des transformations les plus importantes qu'amène le virage ambulatoire à la gestion hospitalière.

La libération de lits engendrée par la visite d'un jour de la clientèle éligible est censée faciliter les transferts interhospitaliers, notamment en diminuant la pression exercée par la clientèle éloignée, dont les séjours sont plus longs. Il y a également une présomption de multiplication des tests liée à la durée des séjours.

4.4 Concentration des activités

Le programme CIE offre une concentration des activités entourant l'investigation (pré-admission, tests préliminaires, consultation et coronarographie) en deux jours-soins répartis sur deux ou trois

jours. Cette façon de faire permet d'anticiper une durée de déplacement minimale pour le patient. Toutefois, l'accueil et l'enseignement en préadmission ayant lieu en avant-midi, il faut présumer que la clientèle doit arriver la veille. Dans le même ordre d'idée, elle ne peut quitter la région que le lendemain de la coronarographie, cette fois pour des raisons cliniques.

Mais pour donner un service plus concentré, offrant la coronarographie dans les deux jours suivant la préadmission, il faut limiter l'accès aux salles à cette clientèle à seulement deux jours, soit les mardis et mercredis. De plus, le mode ambulatoire impose de concentrer les examens aux premières heures de l'avant-midi, les patients devant rester quelques heures dans les lits de la clinique externe en cardiologie. Cela implique donc la constitution de deux listes d'attente, une pour la clientèle locale, dont l'investigation n'est pas concentrée, et une pour la clientèle CIE. Le débit de ces deux listes est forcément différent et susceptible de correspondre plus ou moins bien à la demande. Sans mécanisme de régulation, l'attente risque d'être systématiquement plus longue pour une des deux clientèles.

Si la concentration des activités s'avère un succès, cela est susceptible de mettre en évidence le mauvais appariement de la gestion par lit avec la gestion clinique qui prévalait jusqu'alors. En effet, la nécessité thérapeutique d'hospitaliser n'était liée qu'aux soins requis après la coronarographie. La procédure en externe peut éviter non seulement des jours-soins inutiles, mais également de nombreuses nuitées. Cette contribution non négligeable rejoue les observations de Lavis et Anderson (1993 : p. x) à l'effet qu'« entre 24 et 48 % des admissions à l'hôpital et de 33 à 64 % des jours d'hospitalisation mettaient en cause la prestation de soins non actifs ».

4.5 Adhésion de la clientèle à la procédure

En principe, un patient préférant le mode hospitalisé au mode ambulatoire aura la possibilité de s'en prévaloir. Il sera par contre dépendant de la difficulté qu'aura l'hôpital de l'accueillir dans le cadre d'une admission régulière. Il faut toutefois reconnaître que la décision médicale est en général peu remise en question par les patients.

Une objection possible pourrait toutefois apparaître si les inconvénients économiques liés au mode externe excédaient la capacité de payer de ces personnes. Ces nouveaux inconvénients

pour la clientèle à faible revenu se trouvent toutefois amortis, du moins pour deux catégories de personnes : celles bénéficiant de prestations de sécurité du revenu et celles relevant de la Loi des affaires indiennes. Il n'est toutefois pas impossible que les personnes pauvres, non prestataires de la sécurité du revenu (personnes âgées) se voient mises en difficulté, pouvant ainsi hésiter à consommer des soins de santé.

4.6 Participation des professionnels

Le succès du passage en mode ambulatoire implique la collaboration et l'autorisation, du corps médical. Lahey (1995 ; p. 14) met en évidence l'importance de l'implication des médecins dans le virage ambulatoire, ceux-ci ayant le pouvoir d'admettre le patient, de commander les tests et de contrôler les durées de séjour. Le défi a été, ici, de faire accepter le risque clinique du passage en externe. Cette étape a été franchie avec succès grâce à un suivi particulièrement serré pour les premiers cas.

Pour assurer la demande pour le service en externe, il faut également que les cardiologues référents acceptent d'orienter leurs patients dans cette voie. Pour ce qui est de la clientèle des Hautes-Laurentides, elle est surtout référée par des cardiologues affiliés à l'HSCM. Par contre, en ce qui concerne l'Abitibi (Val d'Or), l'implantation du programme a coïncidé avec l'entrée en service d'un cardiologue permanent. Il y a une certaine forme d'entente interrégionale, dans la mesure où ce professionnel sait quel genre de service on lui offre et réfère selon les critères de l'électif ou de l'hospitalisé. Toutefois, il n'y a aucun contrat d'exclusivité. Une mauvaise performance au niveau des temps d'attente est donc susceptible de faire perdre cette clientèle au profit d'un autre centre tertiaire.

4.7 Recours à des ressources externes

Reconnaissant la difficulté possible de trouver un hébergement abordable pour les malades, le programme fait appel à une ressource alternative, en l'occurrence l'hôtellerie des Sœurs de la Providence. Il faut noter que plusieurs services de l'HSCM font appel à ce service. Si ce service a jusqu'à maintenant suffi à la demande, rien ne dit qu'il serait en mesure de répondre à un élargissement du spectre des interventions en ambulatoire ou à une augmentation du débit. Sous

le mode actuel, le programme et l'HSCM sont à la merci d'un manque de ressources. De plus, considérant l'âge moyen des religieuses, il est difficile de tenir cette ressource comme acquise à long terme.

4.8 Optimisation de l'accès à la chirurgie

Mais quel que soit le type de clientèle, ambulatoire ou hospitalisée, l'extrant de l'investigation est le même : un diagnostic menant à un traitement médical, chirurgical ou à aucun traitement. Advenant le recours à une intervention, en hémodynamie ou en chirurgie cardiaque, le patient sera à la merci de la disponibilité des équipements, des hémodynamiciens ou des chirurgiens cardiaques, et de la disponibilité des lits.

Le contrôle qu'ont les gestionnaires d'un tel programme se limite donc à l'investigation. Son impact sur les temps d'attente, s'il s'ajuste uniquement à la disponibilité de la ressource diagnostique, sera maximal. S'il se propose de gérer également l'accès à la chirurgie, il sera à la merci d'une situation beaucoup plus complexe et n'aura d'autre choix que de limiter son débit en fonction de la ressource chirurgicale (salles d'opération et chirurgiens cardiaques). Le volume hebdomadaire de patients admis en chirurgie est présentement plus limité que celui admis en hémodynamie (diagnostic ou dilatation).

Résumé

- *Le programme repose sur un ensemble de conditions permettant d'escampter des impacts positifs sur les cibles. L'examen de ces conditions permet aussi de dégager les forces et les faiblesses du programme.*
- *En plus de partager les grandes lignes directrices du MSSS, le programme a de nombreux points en commun avec les autres initiatives de médecines et de chirurgies d'un jour. Cela implique, entre autres, que les conditions cliniques soient respectées et que la clientèle soit bien ciblée.*
- *La concentration des activités a un double effet. Premièrement, elle permet de limiter les coûts pour le patient. Mais elle implique aussi une séparation des listes d'attente des clientèles locales et éloignées, impliquant des délais différents et une limitation du débit, le mode ambulatoire limitant les examens aux premières heures de la journée.*

- *Une des bases du maintien de l'accessibilité est le recours à des ressources externes d'hébergement. Il est toutefois difficile de prévoir à long terme le maintien de cette accessibilité, le service actuel étant offert par une communauté religieuse.*

5 Description des activités

5.1 *Introduction*

Parler des activités du programme consiste à décrire la séquence des opérations. Les différentes activités du programme ne se limitent pas au contact direct avec le patient à l'hôpital, mais impliquent des activités de gestion comme le triage des cas selon leur gravité. Nous voyons dans ce chapitre comment ces activités se répartissent avant, pendant et après le passage par l'investigation. Ces descriptions des activités du programme CIE nous permettent ensuite de comparer ce processus à celui en vigueur auparavant et à celui encadrant la clientèle locale de l'HSCM.

5.2 *Étapes en préinvestigation*

Les premières activités du programme précèdent la visite à l'hôpital. Elles commencent par la réception de la demande. S'enclenche alors l'analyse du cas menant éventuellement à la prise de contact avec le patient et à sa convocation.

Réception de la demande et prétriage par l'infirmière à la clinique externe de cardiologie

Les demandes d'investigation arrivent sous la forme d'un sommaire du cas du patient. Ce dernier est exigé dans le but de faciliter le triage. Il y a une forme de prétriage dans la mesure où l'infirmière doit déterminer si le patient est un cas éligible ou non à une procédure en externe. Le plus souvent, le médecin référant indique s'il s'agit d'un cas non urgent, semi-urgent ou urgent. En cas de doute, l'avis d'un hémodynamicien est demandé.

Triage

On peut observer une forme de triage même au sein de la clientèle élective éligible à la procédure en externe. Ce triage sera fait par l'infirmière selon l'état de gravité perçu à travers la description du cas. Il ne semble pas y avoir de grille standardisée pour faciliter cette étape. On priviliege plutôt le jugement de l'infirmière.

Convocation, orientation vers les ressources d'hébergement

La convocation pour l'investigation se fait, en général, dans les deux semaines précédant l'examen. Ce délai est excellent pour les personnes classées parmi les plus urgentes. Par contre, une personne jugée moins prioritaire et qui attend plus de deux mois, passe la majeure partie de cette période sans idée précise du moment où elle sera vue. On se ménage ainsi une marge de manœuvre pour les urgences éventuelles.

Dès la convocation, on vérifie auprès du malade s'il a besoin d'un hébergement à proximité de l'hôpital ou s'il a déjà une ressource accessible (parents ou amis). Advenant la nécessité de recourir à une autre forme d'hébergement, les réservations sont faites pour lui auprès des Sœurs de la Providence.

Réservation à l'hémodynamie

L'étape préinvestigation se termine par l'attribution d'une date de passage à l'hémodynamie, à l'intérieur des plages d'examens déjà réservées pour les patients du programme CIE.

5.3 Étapes lors de l'investigation

Le passage du patient à l'hôpital se répartit, en général, sur deux ou trois jours, l'accueil se faisant le lundi, alors que la coronarographie est faite le mardi ou le mercredi.

Accueil, enseignement, prélèvements et orientation vers le spécialiste

Plusieurs activités sont regroupées le lundi matin : l'accueil, l'enseignement précoronarographie, les prélèvements sanguins, l'électrocardiogramme et une consultation auprès du cardiologue.

Liaison

Tout au long du passage à l'hôpital, que ce soit le jour de la préadmission ou de l'examen, le personnel s'ajuste à la prescription médicale et assure la liaison avec les autres ressources diagnostiques de l'hôpital (électrophysiologie, médecine nucléaire, radiologie, etc.).

Prise en charge postcoronarographie sur l'unité de soins

Le jour de la coronarographie, le patient va directement à l'hémodynamie pour subir sa coronarographie. Après l'examen, il est accueilli dans les lits de médecine de jour de la clinique externe en cardiologie. Le cas échéant, il retournera vers sa ressource d'hébergement ou sera transféré vers une autre unité de soins advenant une hospitalisation en vue d'une dilatation ou d'une chirurgie.

5.4 Étape en postinvestigation

Suivi post-investigation

Au lendemain de sa coronarographie, le patient entre en contact avec l'infirmière de la clinique externe en cardiologie pour faire état de sa bonne condition physique.

5.5 Comparaison des séquences d'activités avant et après la mise en place du programme

La figure 2 nous permet de comparer les activités du programme CIE avec ce qui se faisait avant l'automne 1994. On constate que le programme offre une systématisation de la démarche, principalement lors du passage à l'hôpital. Il faut aussi noter qu'on a maintenant recours à une infirmière pour le traitement de la demande, alors que cela était auparavant fait par du personnel non spécialisé.

Nous pouvons également faire la comparaison avec les activités, en vigueur actuellement, entourant la clientèle locale. La première différence importante se situe lors du traitement de la demande. On constate que, contrairement au programme CIE, l'analyse des demandes de la clientèle locale n'est pas faite par une infirmière. On constate également que, pour la clientèle locale, la coronarographie a lieu la semaine suivant la préadmission, alors que la clientèle du programme CIE passe son examen le lendemain ou le surlendemain de la préadmission.

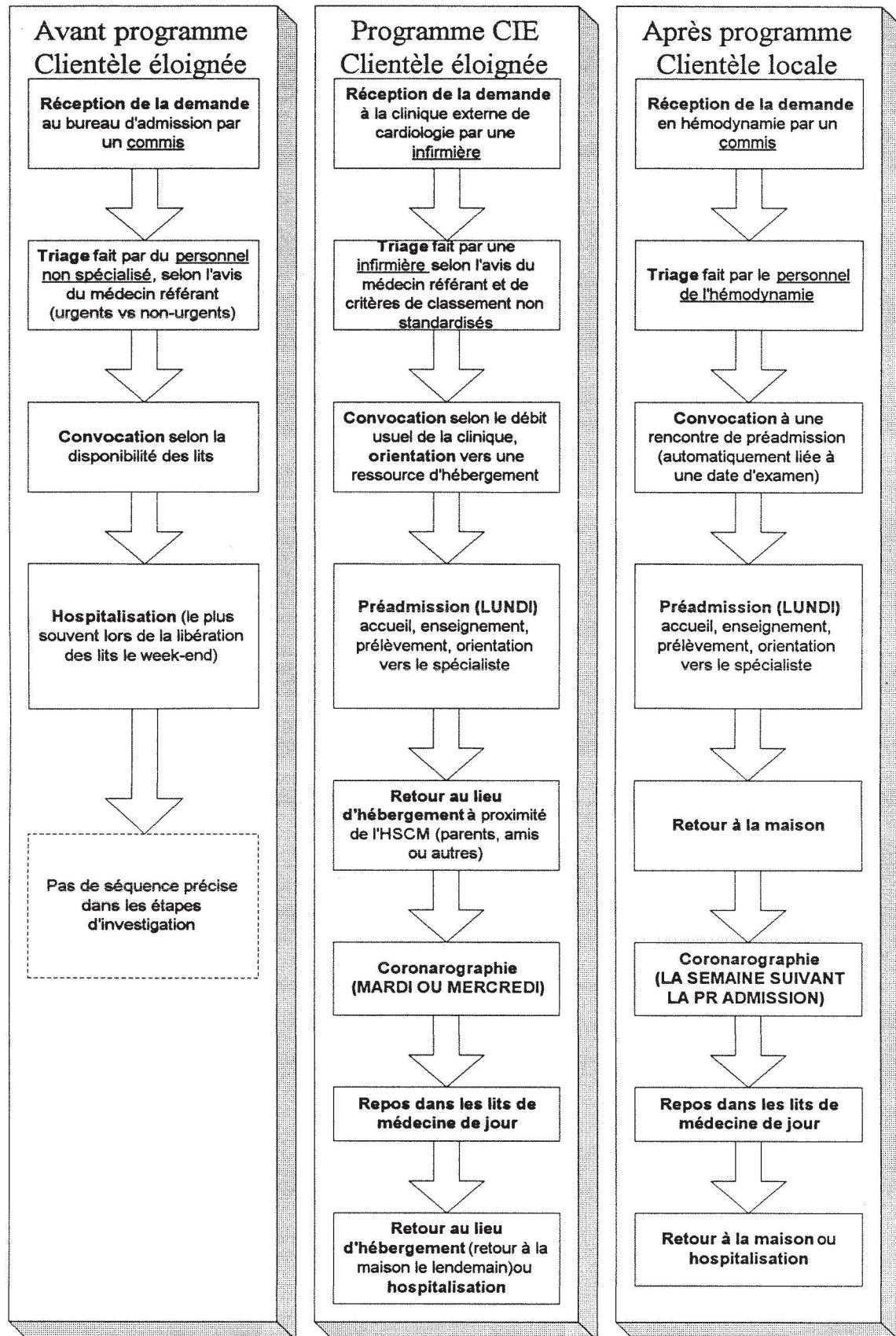


Figure 2 : comparaison des séquences d'activités

Résumé

- *Les activités du programme se répartissent avant, pendant et après l'investigation. En plus du triage et de l'orientation des patients vers les différentes ressources cliniques, le programme voit également à l'hébergement de ces personnes à l'extérieur de l'hôpital.*
- *On peut comparer le programme CIE avec la procédure antérieure. Le programme a amené une structuration des activités et l'implication accrue des infirmières dans le triage et l'orientation des patients.*

6 Bilan des activités

6.1 Introduction

Le bilan des activités fait référence aux extrants du programme. Il s'agit en fait de vérifier les services qui ont été offerts, tels que la clientèle a pu le percevoir lors de son passage à travers le programme. Ce genre d'information est habituellement recueilli à l'aide des outils de gestion. On s'intéresse donc particulièrement au nombre de personnes qui sont passées par le programme et aux services qui ont été offerts. C'est également l'occasion de dégager certaines caractéristiques de la demande.

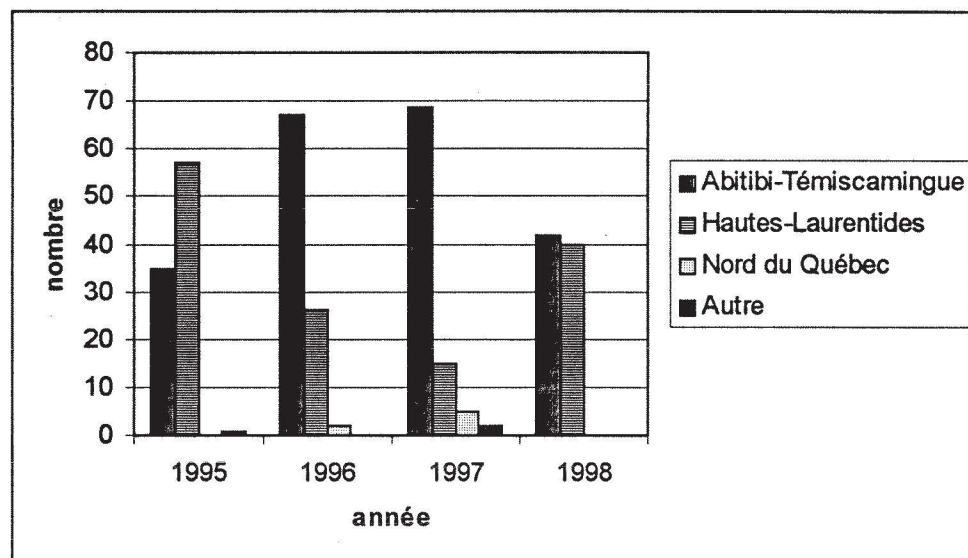
Aucune information précise et synthétisée sur la clientèle n'est disponible pour ce programme. Pour estimer le débit de la clinique et les services rendus, il faut donc se servir des fiches d'inscription, qui n'ont pas été conservées de façon systématique, et des dossiers médicaux.

Ce bilan des activités passe d'abord par l'examen du débit de la clinique et de la provenance de la clientèle. Nous examinons ensuite le type d'hébergement utilisé. Finalement, nous examinons l'orientation que prend la clientèle après son passage à la clinique et, le cas échéant, l'accès à la chirurgie dont elle bénéficie.

6.2 Débit et provenance de la clientèle

Comme on l'a mentionné précédemment, il est difficile d'avoir une idée précise du débit annuel du programme CIE. L'année pour laquelle on a le plus de fiches d'inscription disponibles est 1996 avec un nombre de 95. En 1998, à l'automne seulement, une cinquantaine de fiches étaient disponibles alors que les listes du service d'hémodynamie indiquaient qu'environ 80 personnes semblaient faire partie des régions visées (le codage de l'hémodynamie a toutefois évolué dans le temps). Le débit probable se situe, quant à lui, autour de 100 personnes annuellement, peut-être un peu plus. Il semble en effet que certaines semaines, trois patients sont reçus au lieu de deux en général.

Tableau 1 : Provenance de la clientèle selon les fiches d'inscription CIE



Lorsque l'on observe le tableau sur la provenance de la clientèle, on constate des variations annuelles importantes. La première année est marquée par une présence majoritaire de la clientèle des Hautes-Laurentides. Par la suite, la clientèle de l'Abitibi est supérieure en nombre, quoique cette proportion devrait s'inverser en 1998, étant donné le peu de demandes de cette région dans les derniers mois.

Les variations de la clientèle de l'Abitibi peuvent s'expliquer de deux façons. D'abord, l'année 1995 est la première où il y a eu un cardiologue résident à Val d'Or. Le nombre modeste de demandes de cette région, en 1995, peut donc s'expliquer par le développement d'une clientèle et par les premiers développements de la collaboration entre le nouveau cardiologue et l'HSCM. Quant à la baisse observable en 1998, il semble que, devant les délais imposés par l'allongement de la liste d'attente, une certaine proportion de cette clientèle soit acheminée vers l'Institut de Cardiologie de Montréal. Il est toutefois difficile de voir dans quelle proportion sont réparties ces références. On peut aussi soupçonner des variations annuelles mais, pour les vérifier, il faudrait avoir accès directement aux données du Centre Hospitalier de Val d'Or.

Mais la clientèle de l'Abitibi-Témiscamingue n'est pas représentative de l'ensemble de ce territoire. La clientèle vue actuellement à l'HSCM provient surtout des régions de Val d'Or,

d'Amos et de La Sarre. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle viendra de Rouyn-Noranda, étant davantage orientée vers l'Hôtel-Dieu de Montréal.

L'arrivée d'un cardiologue permanent à Val d'Or a toutefois amené une clientèle peu présente jusqu'alors, celle des réserves Cris du nord du Québec ou de l'Abitibi. On ne parle toutefois que de 7 personnes dans les 3 dernières années (pour le programme CIE).

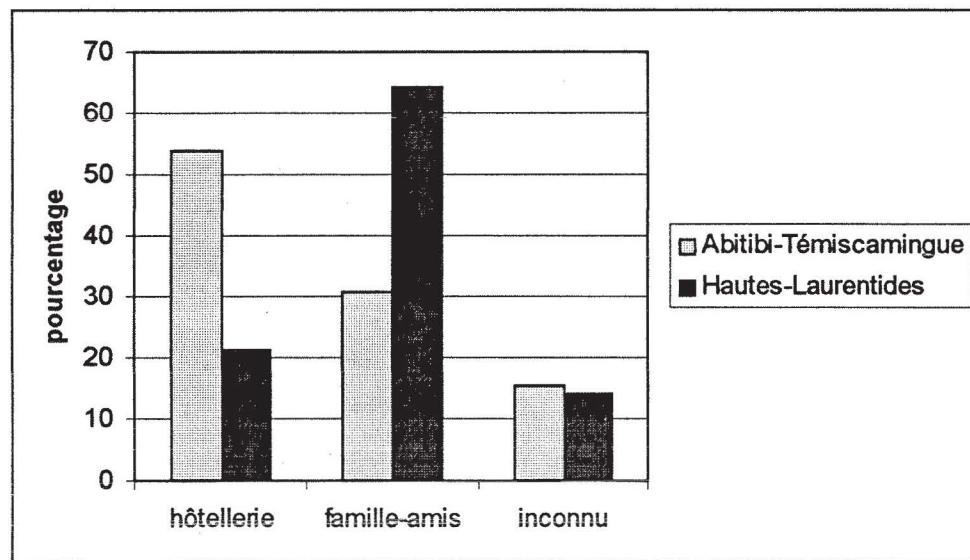
Les variations de la clientèle des Hautes-Laurentides s'expliquent plus difficilement. Les années 1995 et 1998 sont celles où leur présence est la plus forte. En 1996 et 1997, il est possible, et cela était prévu au programme, qu'une partie des demandes de cette région ait été traitée comme des demandes locales. En effet, le programme prévoit que les patients venant du sud de l'Annonciation puissent être traités comme la clientèle locale (c.-à-d. avec la coronarographie de 7 à 11 jours après le premier examen). Cette mesure est utilisée si la liste CIE est trop longue.

6.3 Utilisation de l'hébergement alternatif

Le type d'hébergement utilisé est un des renseignements disponibles sur les feuilles d'inscription au programme CIE. Sur les feuilles de 1997, cette information était notée dans environ 85 % des cas. Le tableau suivant nous indique que le type d'hébergement utilisé varie selon la provenance de la clientèle. D'ailleurs, cette différence a été vérifiée statistiquement à l'aide d'un tableau de contingence ($\chi^2 = 6,386$; $dl = 2$; $p < ,05$). Ainsi, la clientèle abitibienne utilise majoritairement le service d'hôtellerie, alors que celle des Hautes-Laurentides se tournera davantage vers les parents et les amis.

Il y a des conclusions à tirer de cet écart dans les comportements. On peut soupçonner que les personnes des Laurentides sont davantage susceptibles d'avoir des contacts près de la métropole, et inversement pour les Abitibiens. Si on regarde les résultats à la lumière de ce raisonnement, on peut supposer qu'une personne aura davantage tendance à aller résider chez des parents ou amis si cela est possible. Le corollaire de cette règle est que la clientèle de l'Abitibi est plus dépendante de la présence d'une ressource alternative d'hébergement.

Tableau 2 : Type d'hébergement utilisé

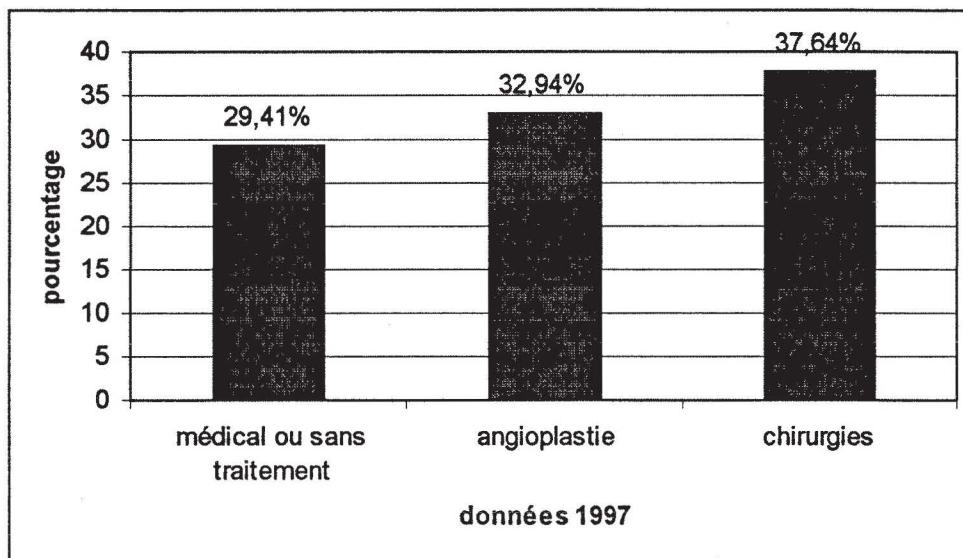


Les proportions observées sont importantes à considérer si l'HSCM va de l'avant dans l'élargissement de ses services ambulatoires. En effet, étant donné sa vocation suprarégionale, il s'ensuivra naturellement une augmentation de la demande pour un hébergement alternatif. De nombreux services de l'HSCM recourant aux services des Sœurs de la Providence, il faut redouter une saturation de cette ressource.

6.4 L'orientation post-investigation

L'orientation postinvestigation constitue le véritable « produit fini » du programme CIE. C'est en effet le but de toute cette séquence d'activités que de permettre la livraison d'un diagnostic et l'orientation du patient vers l'option appropriée, que ce soit le congé avec ou sans traitement, la dilatation ou la chirurgie. Il est à noter que le tableau qui suit ne permet pas de distinguer deux catégories de patients. Il faut en effet comprendre que le groupe qui ne va pas vers l'angioplastie ou la chirurgie inclut à la fois les personnes chez lesquelles on ne décèle pas de maladie cardiaque, les personnes malades sur qui une intervention n'est pas nécessaire et celles dont la maladie est inopérable.

Tableau 3 : Orientation postinvestigation



Il est possible que le taux élevé de chirurgies soit relié à l'attrait qu'exerce la combinaison investigation-chirurgie. On peut soupçonner que cette façon de faire influence la distribution des références abitibiennes, bien que cela reste à vérifier.

Ces chiffres, s'ils s'avéraient constants dans le temps, doivent être considérés dans le développement des activités. En effet, si on allait vers une augmentation du débit du programme, la pression sur l'hémodynamie et la chirurgie cardiaque serait proportionnelle. Si le débit passait de 2 à 4 personnes par semaine, on pourrait s'attendre à environ 40 chirurgies de plus par année. Si on considère qu'en 1997 il s'est pratiqué 503 chirurgies cardiaques, la pression supplémentaire équivaudrait à environ 8 %.

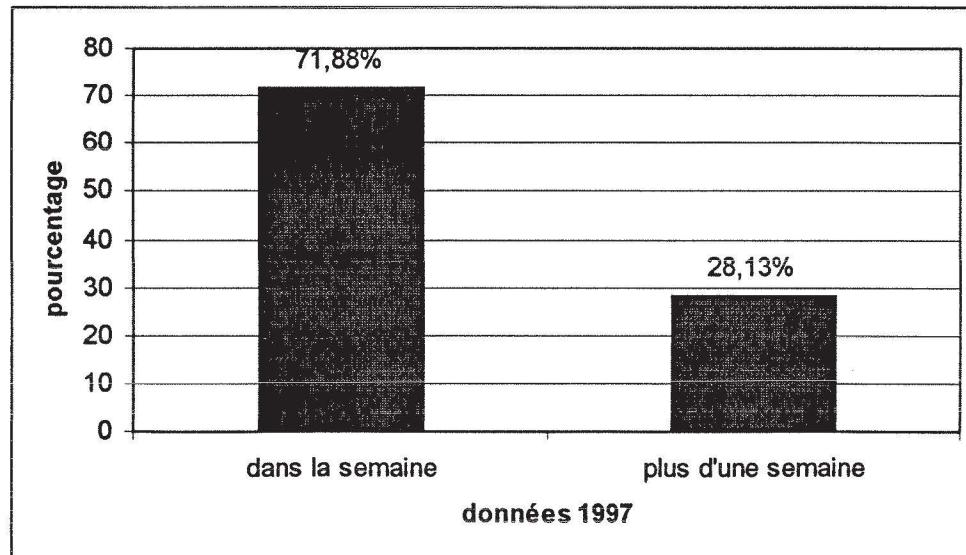
En ce qui concerne la pression supplémentaire sur l'hémodynamie, la modernisation prochaine de la deuxième salle, laisse présager la capacité d'absorber une augmentation de la demande.

6.5 L'accès à la chirurgie

On a vu précédemment qu'un lien facile entre l'investigation et la chirurgie constitue, pour la clientèle éloignée, un des aspects de l'accessibilité. En effet, s'il n'y a pas de congé de plusieurs jours après l'investigation et que le malade est admis immédiatement en chirurgie, cela représente

pour lui une économie substantielle sur le plan du transport. De plus, l'attente pour l'investigation étant déjà longue pour la clientèle éloignée, la confrontation à une nouvelle liste d'attente pourrait représenter un délai total important.

Tableau 4 : Accès à la chirurgie



Le tableau nous indique dans quelle mesure les personnes, ayant été orientées vers la chirurgie, ont été admises rapidement ou ont été congédiées à la suite de l'investigation. On constate que la majorité de ces personnes ont été admises tout de suite après l'investigation, en général le jour même de la coronarographie. Les autres personnes ont été dans les semaines suivantes ou après quelques mois.

Nous verrons plus loin dans quelle mesure ces chiffres diffèrent de ceux de la clientèle locale. Notons que, pour la clientèle de l'Abitibi, c'est dans plus de 75 % des cas que l'admission se fait immédiatement.

Résumé

- *Les données disponibles permettent d'avoir une idée approximative des procédures réalisées et du débit réel. On peut toutefois croire que le débit annuel tourne autour de cent personnes*

par année ou un peu plus. Les informations présentées sont issues de la consultation des fiches d'inscription disponibles et de la consultation des dossiers ainsi repérés.

- *D'une année à l'autre, la proportion de personnes venant des régions visées varie. Les variations du nombre de demandes provenant de l'Abitibi peuvent s'expliquer par la possibilité qu'elles soient acheminées vers un autre centre tertiaire, étant donné des délais d'attente plus longs. Par contre, la clientèle des Hautes-Laurentides s'ajuste différemment, les personnes les plus au sud pouvant se faire offrir le service sur la même base que la clientèle locale.*
- *L'utilisation de l'hôtellerie est plus forte chez la clientèle de l'Abitibi. On peut conclure qu'elle est plus dépendante de ce service que celle des Laurentides. On observe également une propension à se tourner vers les ressources naturelles (parents et amis) si elles sont disponibles.*
- *La clientèle éloignée est fort susceptible d'avoir ultérieurement recours à la dilatation ou à la chirurgie. Les proportions observées doivent être prises en compte, advenant une augmentation du débit de la clinique.*
- *L'accès à la chirurgie a été rapide dans plus du deux tiers des cas.*

7 Impacts sur les cibles

7.1 Introduction

L'analyse d'impact vise à rendre compte de l'évolution des diverses situations insatisfaisantes sur lesquelles le programme entend agir. La mesure d'impact vise d'abord à vérifier l'évolution des cibles dans le temps. L'évolution observée peut être appelée l'*impact brut*. Il est dit brut car il ne permet pas d'identifier précisément l'effet du programme. Pour déterminer un *impact net* ou du moins s'en rapprocher, il faut isoler la contribution relative de chaque variable explicatrice. Le programme est l'une de ces variables, au même titre que, par exemple, le temps, la région, etc.

Dans ce chapitre, après une revue des aspects méthodologiques, nous nous penchons sur l'évolution des temps d'attente pour l'investigation par coronarographie. Nous portons ensuite notre analyse vers les autres cibles sur lesquelles une mesure est possible : le recours à l'hospitalisation, l'accès à la chirurgie et la durée de déplacement de la clientèle éloignée. Le détail des analyses présentées dans ce chapitre est disponible en annexe.

7.2 Méthodologie

7.2.1 Devis général

Le devis utilisé repose sur la comparaison entre une mesure tout juste avant l'implantation du programme, en 1993-94, et une mesure après cette implantation, soit en 1997. Afin de pouvoir distinguer l'effet du programme de l'évolution générale dans ce domaine, nous utilisons un groupe contrôle non exposé au programme : la clientèle locale de l'HSCM. Nous comparons ainsi l'évolution de la situation pour la clientèle visée par le programme à celle de la clientèle locale.

Ne pouvant garantir l'équivalence des groupes, un certain nombre de caractéristiques des cas retenus dans les échantillons sont intégrées dans les analyses statistiques. Nous tenons ainsi compte de caractéristiques personnelles comme l'âge et le sexe. La mention dans le dossier

médical d'une hospitalisation antérieure en cardiologie est également vérifiée. Finalement, nous vérifions si l'investigation a mené ou non à une intervention.

Les détails de l'échantillonnage et de la collecte de données sont présentés en annexe. Notons que nous n'avons observé une différence significative entre les groupes que sur une seule variable de comparaison, soit la présence d'une intervention suite à l'investigation. En effet, dans l'échantillon des régions, 67 % des investigations ont mené à une intervention (dilatation ou chirurgie) contre 50 % pour la clientèle locale.

7.2.2 Limites de l'étude

La principale limite de cette étude réside dans l'absence de certaines informations. On pense d'abord à l'état de gravité perçu dans la demande. N'ayant pas de système stable de classification des demandes dans le temps, on ne peut savoir comment les cas ont été traités en priorité. Une autre inconnue importante est l'absence d'information sur les préférences personnelles quant aux dates d'examen. Ces deux inconnues risquent de diminuer la capacité explicatrice des modèles statistiques. Mais comme l'âge est relativement élevé dans les deux groupes, on peut penser que l'impact des préférences personnelles liées au travail est limité. La période des fêtes semble également une source de modification des dates d'examen. Les échantillons couvrant des périodes de douze mois, ce biais ne devrait pas être plus présent dans un groupe que dans l'autre.

7.3 *Impact sur l'attente*

7.3.1 Délais d'attente et imputabilité

Le temps d'attente est un des indicateurs les plus utilisés pour décrire la performance des services de santé. Les chiffres sont le plus souvent donnés sans indication précise sur ce qu'ils décrivent. C'est la définition des points d'entrée et de sortie qui permet de donner un sens à la mesure. Le point de vue le plus important est celui du malade. Sous sa perspective, l'attente se situe entre la consultation à l'origine de la demande d'investigation et le début de celle-ci.

Cette mesure est toutefois susceptible de différer de l'attente imputable au centre hospitalier où est adressée la demande. En effet, ce délai se divise en deux séquences distinctes. Tout d'abord,

il y a un délai entre la dictée faite par le médecin faisant la demande de consultation spécialisée et la réception de cette demande par l'HSCM. Deuxièmement, il y a un délai entre la réception de la demande et l'accueil du patient.

Dans les dossiers consultés dans le cadre de cette recherche, la perte de temps entre la consultation chez le référent et la réception de demande à l'HSCM suit deux profils fort différents. Ainsi, pour la plupart des dossiers de la clientèle locale ou des Hautes-Laurentides, la demande d'investigation origine d'un médecin affilié à l'HSCM qui a porté sa demande en main propre dans les jours suivants la consultation. En ce qui concerne Val d'Or, depuis fin 1994, les demandes sont faites par un cardiologue sur place. Ces demandes suivent le processus administratif de cet hôpital. L'information présente dans les dossiers médicaux ne permet pas toujours de mesurer l'attente avant la réception de la demande. Toutefois, dans les dossiers d'Atibibi-Témiscamingue où cette information est disponible, on constate un délai moyen de 18 jours entre la dictée de la demande et sa réception à Montréal.

En ce qui concerne notre analyse d'impact, il est nécessaire de considérer la date de réception comme étant le début de l'attente imputable à l'HSCM. La date de fin de l'attente est envisagée ici sur deux points : le début de l'investigation et la date de la coronarographie. Cette double approche est essentielle étant donné que l'investigation de la clientèle éloignée est concentrée, alors que celle de la locale ne l'est pas.

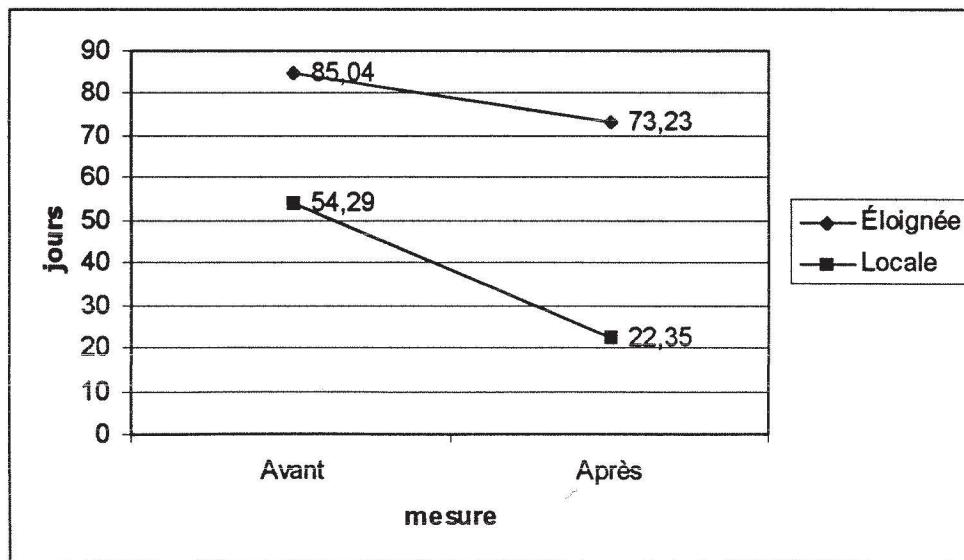
7.3.2 Attente à partir de la réception de la demande

L'attente pour l'investigation commence, du point de vue de l'HSCM, par la réception de la demande. Ce n'est qu'à partir de ce moment que la situation du patient est portée à la connaissance des services concernés et qu'il peut être inscrit sur une liste d'attente.

Comme on l'a vu dans la comparaison des activités avant et après la mise en place du programme, l'hospitalisation en vue de la coronarographie a fait place à une démarche en deux temps : activités de préadmission et passage à l'hémodynamie. Pour comparer les délais d'attente avant et après l'implantation du programme, nous considérons d'abord la fin de l'attente comme étant le premier test ou la consultation avec un spécialiste. Avant la mise en place du programme, le premier test correspond aux premiers prélèvements, faits en général le premier

jour de l'hospitalisation. Pour l'investigation faite en mode ambulatoire, le premier test correspond à la journée de préadmission.

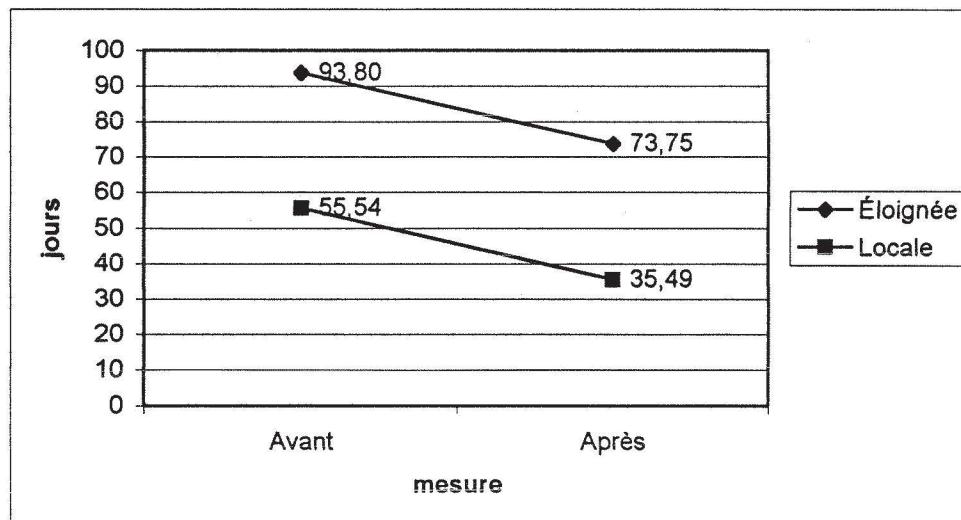
Tableau 5 : Attente entre la réception de la demande et le premier examen à l'HSCM



Dans le tableau 5, on constate que, peu importe le groupe, il y a eu une amélioration des temps d'attente. On voit également que, peu importe le temps, la clientèle locale bénéficie de délais plus courts. On constate toutefois que les délais d'attente de la clientèle exposée au programme ont diminué de façon moins importante. Le tableau des paramètres, présenté en annexe (tableau 13), indique que l'écart entre les deux groupes s'est, en fait, agrandi de 20 jours entre les deux mesures. L'effet du programme, sous l'angle d'une réduction de l'écart dans les délais d'attente, n'est donc pas dans le sens souhaité.

Il faut également mesurer l'attente pour la coronarographie, car le délai entre la préadmission et le passage en hémodynamie est plus long pour la clientèle locale. En effet, ceux-ci subissent la coronarographie dans la semaine suivant le premier test.

Tableau 6 : Attente entre la réception de la demande et la coronarographie



Le tableau 6 indique que l'évolution dans le temps a été la même pour les deux groupes, soit une amélioration de 20 jours. Toutefois, l'écart entre les deux groupes s'est maintenu à 38 jours. Le programme ne semble donc pas avoir permis de réduire l'écart entre la clientèle locale et la clientèle éloignée.

Les analyses de régression, présentées en annexe, n'ont pas permis de constater d'impact significatif des variables de contrôle : âge, sexe, hospitalisation antérieure ou intervention subséquente.

7.3.3 Temps d'attente estimé à l'automne 1998

Ces paramètres étant estimés à partir des données de 1997, il est légitime de s'interroger à savoir s'ils correspondent toujours à la situation actuelle. Nous n'avons pas de données rétrospectives pour 1998. Il est toutefois possible de faire une projection à partir des listes d'attente actuelles.

Le 18 novembre 1998, il y avait 19 personnes sur la liste d'attente CIE. À un débit habituel de deux personnes par semaine, et s'il ne s'ajoutait aucun cas, la 20^e personne attendrait 10 semaines. Mais les cas jugés plus sérieux étant vus en priorité, un patient jugé moins urgent pourrait attendre facilement 12 semaines ou plus.

Le 19 novembre du même mois, 16 personnes étaient sur la liste d'attente locale. Or, le débit pour cette clientèle est de 5 à 6 personnes par semaine. La prochaine personne à s'ajouter à la liste serait susceptible d'attendre environ 3 à 4 semaines. L'écart entre les deux clientèles semble donc s'être agrandi d'une autre semaine depuis 1997. Il faut toutefois garder à l'esprit que ces délais sont susceptibles de fluctuer.

7.3.4 Évolution des temps d'attente

On constate que les délais d'attente ont diminué depuis la mesure avant programme. Mais quel que soit le temps d'attente considéré, il n'est pas possible d'associer le programme avec une évolution espérée de ces délais. L'observation des listes d'attente actuelles nous donne une bonne indication sur les causes de ce phénomène. Les clientèles locales et éloignées sont placées sur des listes d'attente indépendante avec des débits différents. On peut penser que le débit associé à la liste d'attente répond le mieux à la demande de sa clientèle.

7.4 *Impact sur le recours à l'hospitalisation*

7.4.1 Résultats

La clientèle élective, qu'elle soit locale ou des régions, se voit maintenant offrir de passer ses examens en mode ambulatoire plutôt qu'en mode hospitalisé. On ne cherche donc pas ici à voir un effet propre au programme CIE, mais à vérifier jusqu'à quel point le passage au mode ambulatoire permet d'éviter des hospitalisations.

Dans les investigations faites avant que la coronarographie soit proposée en mode ambulatoire, on observe, dans les dossiers consultés, un taux d'hospitalisation de 100 %. Dans l'échantillon de 1997, le taux d'hospitalisation n'est plus que de 2,44 %. On peut conclure de ces résultats que le mode d'investigation en externe permet réellement d'éviter l'hospitalisation à une clientèle ciblée.

Il ne vaut pas la peine, dans ces circonstances, de vérifier statistiquement l'impact sur la durée des hospitalisations. Notons simplement que, pour la clientèle éloignée, la moyenne était de 5,25 jours avant programme, la médiane se situant à 5 jours. Après l'implantation du programme, il y

a eu au total seulement 2 jours d'hospitalisation pour ces 85 personnes. De plus, en 1997, seulement 6 personnes ont eu une journée de test supplémentaire, ce qui donne une moyenne de 2,07 jours-soins.

7.4.2 Estimation de l'utilisation inappropriée des ressources (avant programme)

Si on considère qu'avant les changements dans la pratiques permettant le congé le jour même, seulement une nuit d'hospitalisation était justifiée médicalement, on peut estimer que le patient des régions passait en moyenne 4 nuits à l'hôpital sans justification clinique.

Le même raisonnement est applicable au niveau des jours-soins. En effet, on est passé de 5,25 jours-présences à 2,07 jours-soins. On mesure ici tout l'effet de l'accueil du patient sur la base de la disponibilité diagnostique au lieu de la disponibilité des lits.

7.5 *Impact sur l'accès à la chirurgie*

L'accès à la chirurgie, tout comme celui à l'investigation, peut être mesuré selon différents indicateurs. L'indicateur le plus souvent diffusé est celui de la longueur de la liste d'attente et du temps d'attente prévu. Mais, dans le cadre de cette étude, le concept de temps d'attente ne permet pas de décrire adéquatement les pratiques observables. En effet, les dossiers de 1993-94 et de 1997 permettent d'observer deux tendances. Soit que le patient est mis sur la liste d'attente de la chirurgie à la suite de son investigation, soit qu'il est admis directement suite à l'investigation. Que ce soit en 94 ou aujourd'hui, il y a toujours eu un souci de limiter les inconvénients de la clientèle éloignée et de tenter de combiner les deux étapes.

Le congé, après l'investigation, signifiant le plus souvent l'entrée sur la liste d'attente, il s'agit d'un indicateur valable d'un aspect de l'accès à la chirurgie. Il y a une possibilité que ce congé soit très court, 2 ou trois jours, possiblement passés à Montréal en attente de la libération d'un lit. Après vérification, seulement 2 cas de chirurgie, dans les deux échantillons de 1997, ont eu des congés avec admission la même semaine.

L'analyse statistique, présentée en annexe, indique une différence significative entre les clientèles locales et éloignées. Pour la clientèle éloignée, la probabilité qu'il y ait un congé entre l'investigation et la chirurgie est de 25 %, alors qu'elle est de 63 % pour la clientèle locale. Nous ne constatons pas d'évolution significative dans le temps ni d'effet du programme.

La conclusion la plus sûre à tirer de cette analyse est que la clientèle élective éloignée semble avoir un accès plus immédiat à la chirurgie. Cette tendance n'est pas remise en question par le programme. Il faut toutefois se rappeler que les temps d'attente pour l'investigation sont fort différents entre ces deux clientèles. Il serait tentant de penser que ces délais, inversement proportionnels, s'annulent et donnent des temps globaux équivalents. Mais toutes ces chirurgies ne pouvaient être prévues avant l'investigation. Il est difficile de justifier de longs délais d'attente en investigation sous prétexte de délais plus courts en chirurgie; la clientèle orientée vers la dilatation ou le traitement médical serait alors perdante. La décision de faire un pontage, la chirurgie la plus fréquente, est rarement arrêtée avant la coronarographie ; il faut donc, à moins de chirurgies certaines (surtout dues à des problèmes valvulaires ou à des communications inter auriculaires), maintenir l'indépendance des temps d'attente pour l'investigation et pour l'intervention.

Si on se fie au paramètre de la variable « mesure » (voir annexe), reliée au temps, il faut constater une tendance à la hausse du taux de congé entre l'investigation et la chirurgie. Si on se fie à nos données, c'est surtout la clientèle locale qui y perdrat au change. Parmi les cas locaux considérés en 1997, 30 % ont été admis directement, alors que les autres ont eu leur admission au moins un mois plus tard.

7.6 Impact sur la durée de déplacement de la clientèle éloignée

Nous verrons plus loin, dans l'analyse économique, comment l'investigation en externe influence les coûts imposés au patient. On se penche d'abord ici sur l'aspect temporel du passage en externe qui consiste à répondre à la question : Est-ce que le changement de la base d'accueil signifie globalement moins de journées perdues pour l'usager ?

Comme il est décrit en annexe, nous avons cherché à estimer le temps nécessaire à la clientèle éloignée pour se prévaloir de l'investigation en cardiologie. Pour ce faire, nous considérons à la

fois les jours d'examen à l'hôpital et les jours de déplacement. Nos résultats indiquent que les patients des Hautes-Laurentides ont vu la durée de leur déplacement pour l'investigation diminuer d'une journée, passant de 5,45 jours à 4,57 jours. Pour les patients de l'Abitibi-Témiscamingue, la diminution de la durée de déplacement est de trois jours, passant de 7,55 jours à 4,55 jours. De plus, le mode de fonctionnement actuel a stabilisé la durée des déplacements, comme nous l'avons vérifié par une analyse de variance.

Résumé

- *Le devis d'analyse d'impact retenu est celui avec mesures avant et après programme et groupe contrôle. La clientèle élective locale est apparue comme le meilleur choix de groupe contrôle. Ce devis permet de se rapprocher de la détermination d'un impact net, dans la mesure où les différences entre les groupes sont prises en compte.*
- *La comparaison, de la clientèle élective locale et de celle provenant des régions visées par le CIE, montre une différence significative dans l'orientation que prend le patient suite à l'investigation, la clientèle éloignée étant davantage orientée vers l'intervention.*
- *Que ce soit pour la clientèle locale ou éloignée, les délais d'attente pour l'investigation ont diminué. On constate toutefois que l'écart entre les groupes s'est maintenu ou agrandi, selon que l'on considère la fin de l'attente comme étant la coronarographie ou les premiers prélèvements. On ne peut donc conclure à un effet positif du programme sur cette cible. Il semble que la limitation du débit, due aux exigences du court-séjour et de la compression des activités, soit à la source d'un allongement de la liste d'attente du programme. Les délais observés à l'automne 1998 laissent entrevoir que l'écart s'est encore agrandi, alors que les temps d'attente pour la clientèle CIE stagnent autour de 10 semaines.*
- *Comme espéré, le taux d'hospitalisation avant la fin de l'investigation a chuté à près de 0 %. Il semble donc que la procédure en externe soit sûre et que la clientèle élective soit bien ciblée.*
- *Suite à l'investigation, on peut observer que l'accès à la chirurgie est plus facile pour la clientèle des régions, alors que la majorité des patients sont admis directement.*
- *Un impact brut sur la durée de voyage de la clientèle éloignée est observable. La durée des voyages s'est stabilisée et a globalement diminuée. Cette amélioration est particulièrement observable chez les Abitibiens qui étaient auparavant sujets à de longues hospitalisations.*
- *Le système actuel entraîne inévitablement certains écarts. On peut donc observer que, globalement, la clientèle élective qui sera orientée vers le traitement médical ou l'hémodynamie aura un service généralement plus prompt si elle est locale. Par ailleurs, les*

personnes orientées vers la chirurgie auront davantage de chance d'être admis directement s'ils viennent des régions. Cette étude ne permet toutefois pas de se prononcer sur le délai global entre la demande pour une investigation et la chirurgie.

8 Aspects économiques

8.1 Introduction

La mesure des impacts sur les variables cibles permet de nous situer sur l'atteinte des objectifs. Il faut toutefois franchir un pas de plus si on veut avoir un aperçu du rendement des ressources. Le changement procédural, qu'il implique le programme, nous amène donc à nous questionner sur la pertinence de ce choix quant aux coûts qu'il implique. Ce questionnement doit se faire sur la base d'une comparaison.

Le contexte d'évaluation et les données disponibles influencent le choix de la méthode de comparaison économique. C'est ce qu'il nous faut explorer d'abord. Nous estimons ensuite les coûts publics liés à l'hospitalisation pour ce type d'investigation. Nous estimons également les coûts privés que le mode ambulatoire impose aux patients des régions éloignées. Finalement, le programme dépendant de la disponibilité d'une ressource d'hébergement externe, il faut voir les implications de cette dépendance et les pistes de développement de cette ressource.

8.2 Considérations générales

8.2.1 Portée de l'étude

Les méthodes d'évaluation économique des programmes de santé sont nombreuses et bien définies. Tout comme dans l'analyse d'impact, la comparaison est à la base du jugement évaluatif. On retrouve cette idée dans la définition de l'évaluation économique que donne Drummond et al. (1997 : p. 8) :

“(...) *the comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their costs and consequences.*”

Le virage ambulatoire étant encore récent, il y a peu d'études proposant une perspective globale et empirique englobant à la fois les coûts de cette approche sur le système de santé et sur les usagés. Des études en cours à la Direction de la santé publique (RSSS de Montréal-centre)

devraient permettre d'estimer les coûts pour les usagers d'interventions faites en mode ambulatoire, mais seulement pour la clientèle rapprochée.

En ce qui concerne les services en cardiologie offerts en mode ambulatoire, le Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec (CETS ; 1996, p. 49) identifie « l'efficacité et les rapports coûts-bénéfices des centres ambulatoires en cardiologie » comme une des priorités d'évaluation ; cette étude n'est toutefois pas encore réalisée.

Dans l'évaluation du programme CIE, notre analyse des coûts se limite à l'investigation elle-même. La nature des informations disponibles, et leur niveau de précision relatif, nous amène à opter vers une analyse où l'effet, pour des cas semblables, est jugé équivalent. Ce cas particulier de l'analyse coûts-efficacité est appelé l'analyse de *moindres coûts*. À effet égal, en l'occurrence la production d'un diagnostic, il s'agit d'identifier l'alternative la plus économique. Ce type d'analyse ne permet donc pas de comparer le programme CIE à un autre type de programme existant, mais plutôt d'explorer comment le recours à l'hospitalisation et la concentration des activités influence les coûts pour l'hôpital et pour le patient venant de régions éloignées.

8.2.2 Aspects retenus et non retenus

Parmi les points soulevés dans l'analyse d'impact, on retrouve ici le recours à l'hospitalisation et la durée de déplacement du patient.

Étant donné les délais et les moyens mis à la disposition de cette étude, nous n'estimons pas l'impact économique des délais d'attente pour l'investigation et de l'accès à la chirurgie. Pour les délais d'attente, une telle analyse nécessite des informations sur l'effet de l'attente sur la santé, sur le niveau d'incapacité des personnes en attente et sur leur intérêt à bénéficier de délais plus courts.

8.3 Coûts publics

L'estimation des coûts publics ressemble à ce que l'on associe généralement à la recherche de l'alternative la plus efficiente, d'autant plus qu'on limite ici la perspective à l'HSCM. Ces deux

définitions données par l'Association des Hôpitaux du Québec (1998) décrivent bien le but de l'exercice :

"Efficiency : Faire les bonnes choses au moindre coût, c'est-à-dire atteindre les résultats en faisant une utilisation optimale des ressources.

Efficiency allocative : Si les intrants (facteurs de production ou ressources) sont valorisés et exprimés en coûts, l'objectif est de minimiser le coût par extrant (services intermédiaires produits, cas, patients traités, etc.) ou de maximiser le niveau d'extrants pour un coût donné."

Pour permettre de porter un jugement, il faut comparer des alternatives. Si on se concentrail sur le mode en externe, il n'y aurait aucun coût supplémentaire pour l'hôpital, que la procédure se fasse de façon concentrée ou en deux visites. L'alternative au mode en externe est donc ici le mode hospitalisé, que ce soit pour une ou plusieurs nuits.

Il est difficile d'estimer précisément les coûts qu'entraîne l'investigation d'un patient en cardiologie, que ce soit en mode hospitalisé ou en mode ambulatoire. Outre les activités diagnostiques, qui sont les mêmes dans les deux modes, les coûts associés à l'utilisation des lits ne sont pas facilement estimables. En effet, les données financières de l'hôpital n'offrent qu'un niveau de précision relatif à des regroupements d'unités de soins (centres d'activités). Étant donné que nous nous intéressons à une clientèle très spécifique, ayant des besoins en nursing fort limités, il est possible que les per diem par centres d'activités ne concordent pas parfaitement avec la réalité.

La procédure idéale serait ici de procéder à une analyse du type "fardeau de tâche" ou "analyse de temps et mouvement" qui permettrait de déterminer le niveau d'intensité réel nécessaire à ces personnes. Cette procédure serait surtout recommandée pour les lits de médecine de jour de la clinique externe de cardiologie. Les infirmières affectées à ces lits ayant de nombreuses autres tâches reliées à d'autres clientèles, aucun centre d'activité ne peut actuellement décrire réellement le per diem de ces lits.

Le tableau 7 se veut donc une ébauche d'analyse représentant l'impact possible sur les coûts par cas de la substitution de l'approche ambulatoire à l'hospitalisation, selon des hypothèses (ou scénarios) types. Elle s'appuie principalement sur les données disponibles dans le document AS-

471 pour l'année 97-98. La présentation et la liste des centres d'activités sont inspirées de l'étude de Brosseau et Héroux (1995) sur la chirurgie d'un jour.

Les coûts supplémentaires d'une hospitalisation de deux jours (avant et après la coronarographie) touchent l'unité de soins, la pharmacie, l'alimentation et la buanderie. La procédure en externe implique, quant à elle, des coûts particuliers pour l'utilisation d'un lit sur l'unité de court séjour, pour la consultation en externe (enseignement, etc.) et pour les archives (le mode externe impliquant deux mouvements de dossiers).

Le tableau présente les données détaillées pour les scénarios de la visite en externe et de l'hospitalisation de deux jours. Les calculs ont toutefois été repris pour une hospitalisation d'un jour (impliquant la consultation en externe) et une hospitalisation de 5 jours (comme le suggère l'analyse des impacts).

La procédure la moins coûteuse est celle en externe, étant évaluée à 1204\$. Les autres scénarios entraîneraient les coûts supplémentaires suivants :

une nuit (post-coronarographie)	150,36 \$
deux nuits	343,26 \$
cinq nuits	1042,48 \$

Il faut noter que les coûts supplémentaires relatifs à une hospitalisation de cinq nuits seraient susceptibles d'être supérieurs, si on établissait qu'un séjour prolongé amène une plus grande quantité de tests. Il aurait toutefois fallu inventorier toutes les analyses pour pouvoir estimer cette modification du comportement médical.

Ces estimations semblent indiquer que l'approche ambulatoire est moins coûteuse. Si l'on tient compte du fait que les séjours étaient en moyenne de 5 jours, le potentiel d'économie est encore plus clair.

Tableau 7 : Coûts publics

Ébauche de comparaison entre l'investigation avec hospitalisation ou en externe, selon un scénario minimal (minimum de tests et une coronarographie)
 (Tableau inspiré de Brosseau et Héroux (1995))

	CENTRE D'ACTIVITÉ	UNITÉ DE MESURE	COÛT UNITAIRE MOYEN	PATIENT HYPOTHÈSE RETENUE	HOSPITALISÉ	PATIENT EN EXTERNE				
				UNITÉ DE MESURE	NOMBRE	COÛT DE L'HOSPIT.	UNITÉ DE MESURE	NOMBRE	COÛTS EN EXTERNE	ÉCONOMIE
				HYP.						
6056	Uni. de soins, méd. chir.	Jour-présence	180,54	Séjour : 2 jours	- 2,00	- 361,08	Patient		-	361,08
7090	Médecine d'un jour	Patient	64,40				ibid.	1	64,40	64,40
6750	Hémodynamie	Unité technique	16,93	1 coronarographie (x U.T.)	- 60,00	- 1 015,80			1 015,80	-
6302x	Consultation externe	Visite	15,26				Visite	1	15,26	15,26
6600	Laboratoires	Coût d'ensemble (selon prix facturable)	29,50	Hb-Ht, plaquette, coag. Glycémie, E+, créatine	- 1,00	- 29,50	ibid.	1	29,50	-
6710	Électrophysiologie	Unité technique	1,01	1 E.C.G. (x U.T.)	- 12,00	- 12,12	ibid.	12	12,12	-
6800	Pharmacie	Jour-présence	20,00	Séjour : 2 jours	- 2,00	- 40,00			-	40,00
7500	Archives médicales	Adm., visite, patient	15,60	Admission	- 1,00	- 15,60	ibid.	2	31,20	15,60
7520	Accueil, comm.,	Adm., visite, patient	20,05	Admission	- 1,00	- 20,05	Patient	1	20,05	-
7550	Alimentation	Repas	7,36	Repas	- 5,00	- 36,80	ibid.	1	7,36	29,44
7600	Buanderie et lingerie	Jour-présence	8,00	Jour-présence	- 2,00	- 16,00	ibid.	1	8,00	- 8,00
TOTAL						- 1 546,95			1 203,69	- 343,26
				Si 1 jour d'hospitalisation		- 1 354,55				- 150,36
				8.3.1.1.1.1	Si 5 jours d'hospitalisation	- 2 246,17				- 1 042,48

Pharmacie : estimation conservatrice du coût, l'établissant arbitrairement à 20\$, soit 11.83\$ de charge sociale, le reste en médicament

Consultation externe : estimée à 4 heures/nursing pour 7 patients

Médecine d'un jour : à défaut d'une estimation précise du coût des lits de la clinique externe de cardiologie

Unité de soins : le coût demanderait à être estimé selon le niveau de soins nécessaires

Buanderie : le coût demanderait à être estimé selon le poids utilisé dans les deux modes

8.4 Coûts privés

La clientèle éloignée, se prévalant de services spécialisés dans les centres tertiaires, est particulièrement susceptible d'être affectée par le virage ambulatoire. À moins d'aménagement particulier, les procédures nécessitent deux déplacements, la préparation étant séparée de la procédure principale.

Le programme CIE offre une procédure groupée pour diminuer les inconvénients liés au déplacement. Mais on peut présumer que, peu importe le mode privilégié, les coûts pour l'usager seront différents que ceux occasionnés par l'hospitalisation. Nous avons donc diverses options qui s'offrent à nous en vue d'une comparaison de coûts tenant compte du mode d'hébergement, du nombre de visite et de la durée des séjours.

8.4.1 Coûts considérés

Nous concentrons notre estimation sur les coûts liés au voyage permettant d'accéder aux soins. Il faut considérer les coûts directs, c'est-à-dire ceux occasionnés au malade lui-même. Mais compte tenu que les usagers sont en général accompagnés d'une personne, il faut également considérer des frais supplémentaires, soit des coûts indirects.

Les frais liés au transport ont été établis sur la base d'un trajet en automobile. La valeur unitaire, pour le kilométrage, est d'abord présentée selon la norme la plus courante dans le secteur public, soit 0,34 \$ le kilomètre. Par contre, l'Association canadienne des automobilistes (1999) donne un éventail de coûts d'utilisation d'une automobile pouvant dépasser 0,60 \$ au kilomètre pour une grande voiture; ce montant inclus les coûts de fonctionnement et de propriété. En ce qui concerne les frais d'hébergement et d'alimentation, c'est le coût (automne 1998) de l'hôtellerie des Sœurs de la Providence qui est retenu. Cet indicateur a l'avantage d'inclure le gîte et trois repas par jour.

Le tableau 8 présente les coûts de transport et d'hébergement d'une personne venant d'Abitibi (la distance de 600 km situerait le patient à mi-chemin entre Val d'Or et Amos). Si la personne venait de La Sarre, il faudrait compter 717 km, aller seulement.

Tableau 8 : Coûts privés par cas, selon divers scénarios

	Unité	Coût unitaire	Externe 1 visite	Externe 2 visites	Hospitalisé 1 nuit	Hospitalisé 2 nuits	Hospitalisé 5 nuits
<i>Transport</i>	km	0,34 \$ 0,60 \$	408 \$ à 720 \$	816 \$ à 1440 \$	408 \$ à 720 \$	408 \$ à 720 \$	408 \$ à 720 \$
<i>Hébergement</i>							
Patient + visiteur	nuit	50 \$	150 \$	150 \$	100 \$	50 \$	0 \$
Visiteur seul.		30 \$	0 \$	0 \$	30 \$	60 \$	150 \$
<i>Total</i>			558 \$ à 870 \$	966 \$ à 1590 \$	538 \$ à 850 \$	518 \$ à 830 \$	558 \$ à 870 \$

8.4.2 Observations

La première observation est l'importance des coûts reliés au transport, et ce peu importe la durée du séjour. L'importance de cette variable entraîne des différences de coûts substantielles entre les clientèles locales et éloignées.

Si on limite la comparaison à une approche en externe, on constate que la concentration des activités offertes par le programme est vraiment l'option la plus intéressante pour le patient. Les options avec une hospitalisation, d'une ou deux journées, s'avèrent légèrement moins chers pour l'usager. Il est aussi possible d'élargir le calcul au séjour médian observé avant programme. Dans le cas d'une hospitalisation de 5 jours d'une personne de l'Abitibi, et dans la mesure où un accompagnant demeurerait chez les religieuses, on arriverait à des coûts privés de 558 \$, soit le même coût que la formule en externe.

L'investigation concentrée entraîne donc des coûts à peine supérieurs à une hospitalisation minimale. En fait, ces coûts semblent équivaloir à ceux encourus avant programme. C'est un aspect de l'accessibilité qui milite en faveur d'une intervention à même le séjour pour l'investigation. En effet, si le patient est congédié, il lui faudra débourser quelques autres centaines de dollars pour avoir accès à la chirurgie.

En principe, ça ne devrait pas affecter la clientèle bénéficiaire de prestations de la sécurité du revenu, pas plus que les personnes autochtones pour qui les gouvernements prévoient des

remboursements. Par contre, étant donné l'âge moyen élevé de la clientèle, il faudrait vérifier si elle bénéficie ou pas d'une aide financière. Bien que ce ne soit pas le rôle officiel de l'hôpital, il faut recommander que son personnel en travail social fasse l'inventaire de toutes les subventions possibles pour les clientèles fragiles à une augmentation des coûts. Tout comme on s'assure que les usagers ont accès à une ressource d'hébergement, la même attitude proactive, qui distingue l'approche de l'HSCM, devrait prévaloir au plan économique. Il s'agit simplement, à l'aide d'informations sûres sur les programmes en vigueur, de s'assurer que la clientèle a un accès maximal au service de santé.

Advenant le cas où certains groupes seraient clairement désavantagés, il y a lieu de se demander si le recours à une hospitalisation immédiate pour la chirurgie ne devrait pas être également être justifié par des considérations de capacité financière des patients. Bien qu'il soit établi que les facteurs cliniques prévalent, il reste que, à morbidité égale, certaines personnes voient l'accès à l'intervention plus contraignant économiquement.

8.5 Réponse aux nouveaux besoins des clientèles éloignées, engendrés par l'approche ambulatoire

Ce genre de programme repose la volonté de concentrer l'utilisation de l'hôpital à des fins justifiées médicalement. Ce point de vue a été corroboré lors de l'analyse d'impact qui montre, qu'en moyenne en 1994, 4 nuitées étaient injustifiées médicalement. La solution apportée par le virage ambulatoire a permis d'éviter cette mauvaise utilisation des ressources. Mais si ce virage a eu des conséquences limitées sur la clientèle locale, elle a, par contre, fait naître de nouveaux besoins pour la clientèle éloignée.

8.5.1 Secteurs économiques

Le fait qu'on abandonne l'hospitalisation automatique n'amène pas à considérer une alternative précise et obligatoire. En fait, l'usager a maintenant le choix entre différentes ressources. Cet empowerment nous amène à considérer une vision plus large que la privatisation, ne serait-ce que par le recours possible à des ressources naturelles (parents ou amis). La grille d'analyse proposée par Vaillancourt (1997) permet de décrire les secteurs impliqués dans l'offre de service, sous l'optique d'une économie mixte:

- **Premier Secteur : Le Marché** (entreprises à but lucratif)
- **Deuxième Secteur : L'État** (établissements du secteur public et parapublic)
- **Troisième Secteur : Tiers Secteur, associatif ou communautaire** (à but non lucratif)
- **Secteur Informel : Ressources Bénévoles** (souvent dans l'entourage familial)

On a vu que la clientèle avait une propension naturelle à se tourner vers ses parents et amis, montrant l'importance de la solidarité sociale. Mais dans le cas où une telle ressource n'est pas disponible, les établissements pallient de diverses façons. La description qui suit peut être utile à un éventuel développement de la ressource autour de l'HSCM.

8.5.2 Hôpital du Sacré-Cœur : Hôtellerie des Sœurs de la Providence

L'hôtellerie des Sœurs de la Providence accueille des patients de diverses spécialités. En 1997, elles ont accueilli 796 personnes, essentiellement des patients et leurs accompagnateurs. Le tarif est (à l'automne 1998) de 30 \$ par jour pour une personne et de 50 \$ pour deux. Ce prix inclut tous les repas et les services communs. Il n'est pas dit que ce prix ne sera pas augmenté. Si on peut considérer les religieuses comme étant individuellement bénévoles, elles font toutefois appel à des travailleurs rémunérés, notamment pour la cuisine.

Compte tenu du prix demandé et des services offerts, il est difficile de classer cet organisme strictement dans le secteur du Marché. Étant formé de bénévoles et de salariés, on les situerait à mi-chemin du Tiers Secteur.

8.5.3 Hôpital Laval : Fondation de l'Hôpital

Les personnes venant pour une investigation en cardiologie, en externe, se trouvent devant plusieurs possibilités d'hébergement. Outre les ressources habituelles, la famille et les hôtels/motels, la clientèle se voit offrir un hébergement dans une hôtellerie adjacente à l'hôpital ou dans diverses résidences à caractère plus ou moins formel, selon les cas.

Attardons-nous au service d'hôtellerie et situons-le dans la grille des secteurs de distribution des services. Ce service loge dans un édifice situé à environ cent mètres de l'hôpital. Cet édifice appartenait, jusqu'au début de 1997, à une communauté religieuse. Cette communauté offrait déjà un service semblable à celui offert à la clientèle de l'HSCM. L'édifice fut alors cédé à

l'Hôpital Laval, signifiant une interruption de ce service. Depuis l'automne 1998, un service d'hôtellerie est à nouveau offert dans cet édifice. Il est géré par la fondation de l'Hôpital. La gestion et l'accueil sont faits par des bénévoles. L'entretien des chambres est donné en sous-traitance, soit 3 heures par jour. Les coûts sont de l'ordre de 25 \$ en occupation simple, ou de 35 \$ pour 2, coût qui n'inclut pas les repas qui peuvent être pris à la cafétéria de l'hôpital. Le service est en place depuis peu de temps et il est encore tôt pour voir de quel ordre seront les surplus dégagés. Il faut noter que les coûts facturés aux visiteurs ne sont pas utilisés pour l'entretien général de l'immeuble. S'il y a un excédent, il sera plutôt retourné à la fondation de l'hôpital.

On se trouve donc ici face à une ressource du Tiers Secteur. Par contre, elle se distingue des religieuses quant à l'orientation que prendront d'éventuels surplus, ceux-ci retournant aux services à l'usager.

8.5.4 Institut de Cardiologie de Montréal : OPAHQ

La clientèle équivalente, recourant aux services de l'Institut de Cardiologie, se voit offrir la possibilité d'entrer en contact avec l'Orientation des personnes âgées Hébergement Québec (OPAHQ). Cette entreprise à but lucratif, en place depuis 1990, se décrit comme un "organisme spécialisé en hébergement". Elle se concentre principalement sur la clientèle âgée ayant des besoins particuliers de court séjour, de répit ou de convalescence. Pour répondre à un besoin exprimé par l'Institut, l'OPAHQ offre un service d'intermédiaire entre les personnes ayant besoin d'un hébergement de type bed & breakfast et des ressources de type familiale situées à proximité. L'Institut a donc, en donnant une première liste des ressources d'hébergement à l'OPAHQ, délégué une tâche qu'elle ne pouvait assumer à un tel degré (on peut penser que la liste était simplement offerte à la clientèle). L'OPAHQ s'assure désormais de la qualité de l'accueil et des services offerts par les différentes ressources. Les tarifs sont fixés par chaque ressource, mais se situent autour de 25 \$ à 30 \$. L'OPAHQ demande des frais minimes pour son service d'intermédiaire, soit 5 \$ plus les frais d'interurbain. Il s'agit en fait d'un service complémentaire pour cet organisme. C'est justement parce que ce service s'inscrit dans le cadre d'un champ d'activité plus large que cet organisme peut l'offrir à faible coût. Il n'y voit pas une source de grand profit, mais ce complément peut permettre d'augmenter la productivité globale de l'entreprise.

On assiste ici à un service chevauchant Le Marché et le Tiers Secteur. Si l'OPAHQ est clairement un organisme à but lucratif, les ressources familiales qu'il coordonne sont davantage informelles et il est difficile d'évaluer la véritable rentabilité de ce service. En fait, la motivation de ces personnes peut tenir autant d'une solidarité sociale propre au mouvement communautaire.

8.5.5 Rôle de l'HSCM dans l'orientation du bénéficiaire

Nous avons établi plus tôt qu'il était de la responsabilité des hôpitaux d'assurer l'accessibilité aux soins et de se faire le *gardien de l'intérêt public* (CSBE ; 1997) en contrôlant les prix du marché.

Cette responsabilité implique que l'hôpital s'assure aussi de la disponibilité de la ressource. Les raisons de cet engagement sont les suivantes :

- Grande dépendance de la clientèle éloignée face aux ressources alternatives
- Coûts déjà élevés de l'accès aux soins dus au transport
- Augmentation prévisible de la gamme de services en ambulatoire
- Augmentation possible du débit de la clinique CIE
- Possibilité de saturation de la ressource actuelle
- Possible interruption du service actuel (à long terme) étant donné l'âge des personnes gérant la ressource
- Dépendance de l'HSCM face à la ressource d'hébergement des religieuses et faiblesse du recours à d'autres secteurs économiques

L'HSCM doit donc avoir une attitude proactive et s'inspirer des autres initiatives. Pour ce faire, diverses options sont possibles :

- Développer une ressource stable dans un édifice géré par l'HSCM mais opéré par des bénévoles ou en sous-traitance.
- Développer un réseau d'hébergement dans le milieu et dans les familles du quartier.
- Centraliser la procédure d'orientation, toute spécialité confondue, peut-être grâce à la fondation et ses bénévoles, ou à l'aide d'une OSBL.
- Développer la ressource, sous diverses formes, de telle sorte qu'on soit sûr qu'elle réponde au besoin.

Le programme CIE a montré comment il était possible à l'hôpital de minimiser les inconvénients occasionnés par le virage ambulatoire à la clientèle éloignée. Il apparaît néanmoins qu'un effort devra être fait pour stabiliser cette assurance d'accessibilité.

Résumé

- *La mesure de rendement retenue est celle de l'analyse du moindre coût. Il s'agit d'une adaptation de l'approche coûts-efficacité dans un contexte où on considère que le produit fini du programme, en l'occurrence le diagnostic, est semblable avant ou après programme. Le critère décisionnel se situe dans le choix de l'alternative la moins coûteuse.*
- *La comparaison des coûts assumés par l'hôpital semble indiquer que l'investigation en externe est la moins coûteuse, peu importe le nombre de jours d'hospitalisation auquel on la compare. La différence est surtout importante si on considère que le séjour moyen de l'échantillon de 1994 était de 5,25 jours.*
- *Les coûts assumés par l'usager varient surtout en fonction du transport. La concentration des activités en un seul voyage est préférable. Si l'on considère que le patient est en général accompagné d'une personne, l'écart entre le mode hospitalisé et celui en externe est faible. L'importance des coûts du transport doit être considérée dans le choix de congédier ou non le patient avant sa chirurgie.*
- *Étant donné le développement de l'approche ambulatoire, il est à prévoir une augmentation de la demande pour un hébergement alternatif. La situation actuelle ne permet pas d'affirmer que l'HSCM est prêt à affronter cette hausse de la demande. Il pourrait être incapable d'assumer son rôle de gardien de l'intérêt public et d'assurer qu'il y a une possibilité d'hébergement à prix abordable. L'hôpital doit assurer le développement de cette ressource. Cette tâche peut être facilitée du fait que les alternatives sont nombreuses.*

9 Bilan évaluatif

9.1 *Introduction*

Tant que les soins ultras spécialisés ne seront offerts que dans quelques centres urbains, la clientèle des régions, dépourvue de tels services, n'aura d'autre choix que d'aller là où ils sont offerts. L'analyse des données avant et après programme a permis la comparaison avec le fonctionnement antérieur. Mais elle a également mis en relief suffisamment d'éléments explicatifs pour élargir la comparaison à d'autres éventualités.

Reprendons d'abord les points essentiels issus des analyses d'impact et économiques, pour ensuite élargir nos conclusions à une autre alternative, l'absence de programme. Finalement, il serait bon de s'attarder au phénomène de l'attente de la clientèle éloignée et d'en examiner les aspects pratiques de sa gestion.

9.2 *Retour sur les analyses d'impact et les analyses économiques (comparaison avant et après programme)*

Le premier aspect qui ressort est la capacité de ce genre de programme à limiter les inconvénients pour la clientèle. La durée moyenne du voyagement, pour une investigation d'un seul tenant, est presque minimale. En fait, on ne pourrait le diminuer que d'une demi-journée en moyenne. De plus le programme a su limiter les frais imposés au patient. L'HSCM a donc pu, jusqu'à maintenant, assumer son rôle de *Gardien des Prix* et ainsi assurer l'accessibilité économique aux soins.

L'investigation en externe est faite sur deux jours, sans problème clinique notoire. Cela permet de mettre en perspective le gaspillage de ressources qui prévalaient dans le mode hospitalisé. Le changement de la base d'accueil du patient vers la disponibilité de ressources cliniques a permis de faire des économies notables. En ce sens, le virage ambulatoire, pour cette clientèle, a permis à l'HSCM d'utiliser ses ressources de façon plus appropriée.

Le programme CIE a maintenu un accès privilégié à la chirurgie pour la clientèle des régions. L'admission immédiate représente des économies substantielles pour le patient, les frais de transport étant les plus grands qu'il doit assumer. Par contre, cela n'est pas sans soulever un certain questionnement sur l'équité entre les clientèles. On ne peut toutefois conclure à une injustice car la clientèle éloignée a, dû à la distance et aux frais impliqués, un accès plus difficile au soin. Le temps d'attente n'est donc pas le seul élément à considérer quand vient le temps de comparer l'accessibilité.

Il faut toutefois noter une faiblesse dans la capacité de l'institution à fournir des données de gestion sur son programme. Cet aspect devrait être pris en compte dans la mise en place de tout programme. Un plan d'évaluation de programme devrait être envisager dans la mise en place de toutes nouvelles initiatives. Dans cette évaluation-ci, une gestion informatisée du programme aurait permis d'éviter la consultation de dizaines de dossiers et aurait imposé une pression moins grande sur le service des archives.

La seule cible que le programme n'a pas réussi à améliorer substantiellement est le temps d'attente pour l'investigation. La consultation en externe a permis à la clientèle locale d'avoir un accès plus rapide qu'avant à l'investigation et à la coronarographie, accentuant l'écart avec la clientèle éloignée.

9.3 Alternative : Absence de programme

Un hôpital pourrait aller vers l'option sans programme, où la clientèle est accueillie indépendamment de sa provenance. On parle d'un service avec une seule liste d'attente, pouvant impliquer une préadmission séparée de l'examen coronarographique. Ce genre de service impose le moins de contrainte à la gestion de l'attente et, avec le mode en externe, le moins de complications administratives pour l'hôpital. Les temps d'attente seront donc minimums et uniformes. Cette formule, non axée sur les caractéristiques de la clientèle, est susceptible par contre d'occasionner des coûts privés excessifs sur le plan du transport et de l'hébergement. C'est une alternative qui, dans une vision globale, pourrait s'avérer plus coûteuse pour la société que le programme CIE.

9.4 Piste de travail

Est-ce possible de diminuer le temps d'attente sans augmenter les coûts pour l'hôpital, sans rendre l'attente pour la chirurgie trop longue et sans mettre une charge excessive sur le patient ? C'est la question qu'ont à examiner les gestionnaires du programme CIE. Cette évaluation de programme ne se voulait pas formative, on se limitera donc ici à un examen des pistes de travail.

Le programme n'a pas permis de suivre les fluctuations de la demande, d'où l'allongement de la liste d'attente. Le problème principal semble donc être la disparité entre l'offre et la demande.

Si l'écart entre les délais d'attente des clientèles locales et éloignées perdure, il y a deux alternatives pour équilibrer les choses. La première option est de fusionner les listes. Pour faire cela, il faudrait soit renoncer à certains avantages du programme (comme le regroupement des tests), soit modifier sérieusement la séquence d'activités du programme en offrant la pré-admission à différentes journées. Mais la ressource médicale est difficilement planifiable, si bien que la concentration des consultations reste l'alternative la plus simple.

L'autre alternative est d'augmenter le débit du programme tout en conservant son caractère compact. Cela mettrait toutefois l'hôpital devant un autre problème lié au véritable extrant du programme : des patients avec un diagnostic ferme à mettre éventuellement sur les listes d'attente d'intervention. Pour les traitements médicaux et les dilatations coronariennes, il n'y a pas de grandes difficultés à redouter. Doubler le débit de la clinique augmenterait d'environ 8 % la demande en chirurgie cardiaque (selon les chiffres 1997). Cette hausse pourrait sembler assez marginale si cela ne se concrétisait qu'en ajouts à la liste d'attente. La situation est plus problématique si on veut maintenir un accès privilégié à la chirurgie. Un débit doublé amènerait près de deux demandes d'admission par semaine.

Une éventuelle augmentation du débit du programme serait également l'occasion pour l'HSCM, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, de développer les ressources d'accueil dans son quartier et le partenariat avec le milieu. Cette étude a mis en évidence la responsabilité du représentant de l'état, l'HSCM, à ce chapitre. Une attitude proactive est donc souhaitable, tant au niveau de l'attente que du développement des ressources d'hébergement.

Bibliographie

Abbey, Duane C. (1998). Outpatient services. Healthcare Financial Management Association, McGraw-Hill.

Association canadienne des automobilistes (1999). Coûts d'utilisation d'une automobile. Ottawa.

Association des Hôpitaux du Québec (1998). Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal : Analyse de la performance 1996-1997. AHQ, Montréal.

Blomqvist, Ake (1979). The health care business. Fraser intitute, Vancouver.

Brosseau, P., Héroux, M., Lefort, J. et Levasseur, M. (1995). La chirurgie d'un jour et son organisation. MSSS.

Campbell, Donald T. et Stanley, Julian C. (1966). Eperimental and quasi-experimental designs for research. Chicago, Rand McNally & Cie.

Collectif (1991). Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada : Pleins feux sur le cholestérol. Santé Canada.

Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec (1996). Exploration et détermination des priorités d'évaluation dans les services ambulatoires. Québec.

Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec (1998). Télésanté et télémédecine au Québec – État de la situation. Québec.

Conseil de la santé et du Bien-Être (1997) . Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux. Rapport remis au ministre de la Santé et des Services Sociaux, CSBE, 59 p.

Désautels, André C. (1991). Plan régional d'organisation des services de cardiologie des Laurentides. ENAP.

Direction de la santé publique, équipe Évaluation-programme (1996). Cadre de référence pour l'exercice de la fonction évaluation des programmes et des services à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux des Laurentides. RSSS des Laurentides.

Direction de la santé publique, équipe Évaluation-programme (1996). Revue de littérature concernant l'évaluation de programme dans le secteur de la santé et des services sociaux. RRSSS des Laurentides.

Direction générale du budget et de l'administration (1994). Évaluation de l'efficience hospitalière dans le cadre du défi "qualité-performance": présentation des démarches entreprises. MSSS.

Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart G.L. et Torrance, G.W. (1997). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford University Press.

Gold, M.R., Siegel, J.E., Russel, L.B. et Weinstein, M.C. (1996). Cost-effectiveness in Health and Medicine. New-York, Oxford University Press.

Hochrein, H., Bentsen, P., Langescheid, C. et Nunberger, D. (1993). Checklist Cardiologie : Techniques d'examen - Symptomatologie - Thérapie. Georg Thieme/ Vigot.

Karstens, Siegfried G. (1995). Les soins médicaux : bien privé ou bien public ? in *Problèmes économiques*. 18 octobre 1995.

Lavis, John N. et Goeffrey, M. Anderson (1993). Inappropriate Hospital Use in Canada: Definition, Measurement, Determinants and Policy Implications. Université d'Ottawa.

McDonald, Paul et al. (1998). Waiting lists and waiting times for health care in Canada : more management !! More money ??. Santé Canada, Ottawa.

Mohr, Lawrence B. (1995). Impact analysis for program evaluation. Thousand Oaks, Sage.

Moore, R. et al. (1993), Le fardeau économique de la maladie au Canada. Ottawa, Santé Canada.

MSSS (1992). La politique de la santé et du bien-être. Gouvernement du Québec.

Pageau, M., Ferland, M., Choinière, R. et Sauvageau, Y. (1997). Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions. Québec, MSSS.

Piché, Jacques et Côté, Harold (1997). Développement et validation d'un indicateur d'accessibilité géographique aux ressources hospitalières. MSSS.

Rossi, Peter H. et Freeman, Howard E. (1993) . Evaluation : a systematic approach. Newbury Park, Sage.

Schön, Donald A. (1983). Le praticien Réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. éd. Logiques.

Tahey, Michelle T. (1993). The ambulatory care imperative: a case study of the Toronto Hospital. Ottawa, Presses de l'ACS.

Vaillancourt, Y., avec la collaboration de Jetté, C. (1997). Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel. Cahier de LAREPPS, UQAM, Montréal.

Annexe : Analyses d'impact

1. Méthodologie

1.1 Devis général et validité

Du choix d'un devis, dépend une bonne partie de la validité de l'étude. Notre attention portera surtout sur la *validité interne*, c.-à-d. sur la capacité de l'analyse d'établir l'impact du programme sur les cibles. Quant à savoir si un programme semblable dans un autre centre ou dans une autre spécialité aurait des effets semblables, *validité externe*, il faut être plus prudent et axer la réflexion sur le contexte entourant le programme.

Campbell et Stanley (1966 ; pp. 5-6) ont identifié un certain nombre de facteurs pouvant mettre en danger la validité d'une mesure. Dans le cas qui nous intéresse, le devis doit permettre d'éviter les biais venant de quatre sources. Les interférences *historiques* pourraient prendre la forme d'un changement de technique ou de l'ajout d'une salle d'hémodynamie dans un des deux groupes. Les biais liés à la *maturisation* pourraient apparaître s'il y avait une hausse ou une baisse dans l'incidence ou dans la tendance à référer des médecins. Les problèmes liés à *l'instrumentation* sont susceptibles d'apparaître si des différences dans la tenue de dossiers ou dans les procédures ne permettent pas d'assurer une uniformité dans la mesure. Finalement, la base de la *sélection* des sujets dans les groupes peut varier. Il faut, entre autres, s'assurer du statut électif des cas retenus.

La résistance aux menaces à la validité varie avec le type de devis. Le devis retenu est le quasi expérimental avec mesure ex ante ex post et groupe contrôle. Ce devis implique quatre mesures.

Devis		ex ante	exposition	ex post
groupes	expérimental	O ₁	X	O ₂
	contrôle	O ₃		O ₄

$$\text{Impact} = ((O_1 - O_2) - (O_3 - O_4))$$

Le problème principal de ce devis se situe au niveau de l'équivalence des groupes. Dans le contexte hospitalier, où les besoins et les caractéristiques des patients peuvent varier, cette équivalence est impossible à assurer. Les tests statistiques permettent toutefois de prendre en compte certaines caractéristiques de la clientèle : l'âge, le sexe, la mention d'une hospitalisation antérieure, la mention d'une intervention suite à l'investigation. Les tests statistiques proposés permettent d'intégrer plusieurs variables et ainsi de distinguer les effets dus au programme et ceux dus aux caractéristiques de la clientèle.

La mesure avant le programme est l'année précédent son implantation, de novembre 1993 à octobre 1994 inclusivement. Le choix de retenir une année complète, agglomérée en une seule mesure, vise à éliminer les biais dus aux variations saisonnières. La mesure après programme couvre les 12 mois de l'année 1997.

1.2 Choix d'un groupe contrôle

Le choix d'un groupe contrôle est ici une entreprise délicate. Il faut d'abord considérer la possibilité de prélever un échantillon dans un autre centre à vocation suprarégionale. L'Hôpital Laval, desservant la clientèle de l'Est du Québec, répond à ce critère. Mais ce choix n'aurait pas permis de contrôler les facteurs historiques principaux, en l'occurrence les changements dans l'organisation des soins de chaque hôpital. Dès le départ, on constate que la pratique de la coronarographie en externe y a été implantée plus tôt qu'à l'HSCM. Les variations dans le nombre de salles d'hémodynamie est également un biais pouvant invalider toutes les comparaisons.

Il est donc plus sage de se tourner vers un lieu où l'évolution dans l'offre de service a été la même. La clientèle locale de l'HSCM apparaît donc comme un choix logique. Il faut toutefois s'assurer que, dans toutes les mesures, les échantillons soient prélevés selon des critères semblables, mis à part l'éloignement. Pour être retenues, les demandes doivent donc être relatives à une clientèle élective en cardiologie (mis à part l'électrophysiologie).

1.3 Collecte de données

La source de données principale est le dossier médical. Le repérage des dossiers est toutefois plus complexe. La clientèle éloignée, après programme, est repérable à l'aide des fiches d'inscription disponibles. Avant programme, il faut se tourner vers MedEcho et utiliser les critères suivants : région, admission à partir du domicile en cardiologie et les dates prévues. Pour repérer la clientèle élective locale, avant et après programme, les listes d'hémodynamie sont la source la plus facile et la plus ciblée.

Étant donné le peu de personnes que représentent les clientèles éloignées et le désir de fournir le maximum d'information, tous les cas valides furent retenus. Seule la clientèle Cris ne fut pas retenue, étant trop peu nombreuse. En ce qui concerne la clientèle locale, des échantillons aléatoires systématiques ont été constitués. Malheureusement, le choix de prélever un échantillon parmi la clientèle locale ayant été fait en fin de projet, le nombre de cas examinés est moins important que pour la clientèle éloignée.

Si on élimine les dossiers ne correspondant pas aux caractéristiques du programme (demandes en électrophysiologie et demandes multi-disciplinaires), de même que les dossiers dont l'absence d'informations rendait le statut incertain (ex. absence de la demande d'investigation), on se retrouve avec la distribution suivante :

	éloignée	locale
avant	56 cas	34 cas
après	71 cas	44 cas

Les données extraites, non nominatives, ont été entrées sur FileMaker Pro. Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel SPSS 8.0.

1.4 Comparaison des échantillons

Pour vérifier l'équivalence de nos deux groupes, on peut les comparer selon les informations de base disponibles. On constate d'abord que la répartition selon le sexe est la même dans les deux groupes, soit de deux hommes pour une femme. L'âge moyen est également le même dans les deux groupes avec, qui plus est, des variances semblables.

Tableau 9 : Distribution selon le sexe

	Clientèle éloignée		Clientèle locale		Total	
	N	%	N	%	N	%
Femmes	42	31,1	25	32,1	67	31,5
Hommes	93	68,9	53	67,9	146	68,5
Total	135	100	78	100	213	100

$$\chi^2 = 0,20 ; \text{ dl} = 1 ; p = 0,887$$

Tableau 10 : Comparaison de l'âge

	Clientèle éloignée (n=135)	Clientèle locale (n=78)
Moyenne	58,32 ans	57,65 ans
écart type	9,90	10,46

Analyse de variance : F = 0,662 ; p = 0,417

Test-t : t = 0,412 ; dl = 211 ; p = 0,644

La notation de la présence d'une admission antérieure a été faite pour vérifier si la présence d'un dossier à l'HSCM pouvait expliquer, en partie, les délais d'attente. La présence d'une hospitalisation, en cardiologie, a donc été relevée. Les consultations en externe n'ont pas été notées, étant plus difficiles à repérer. On peut observer une légère différence entre les groupes. Cette différence n'est toutefois pas très marquée et tient plutôt de la tendance. Ainsi, les deux tiers de la clientèle élective locale n'avaient pas été admis précédemment. Cette proportion passe aux trois quarts chez la clientèle éloignée.

Tableau 11 : Hospitalisations antérieures en cardiologie à l'HSCM

	Clientèle éloignée		Clientèle locale		Total	
	N	%	N	%	N	%
pas adm.	103	76,3	51	65,4	154	72,3
admission	32	23,7	27	34,6	59	27,7
Total	135	100	78	100	213	100

$$\chi^2 = 2,939 ; \text{ dl} = 1 ; p = 0,086$$

La dernière comparaison, concerne l'orientation que prennent les patients à la suite de l'investigation. Dans le tableau qui suit, on constate une différence significative entre les groupes. Ainsi, l'investigation de la clientèle éloignée a mené plus souvent à une intervention.

C'est une indication que ce groupe représente des cas quelque peu différents, pour lesquels une intervention était soit davantage souhaitable et/ou davantage possible.

Tableau 12 : Intervention suite à l'investigation

	Clientèle éloignée		Clientèle locale		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pas intervention	45	33,3	39	50,0	84	39,4
Intervention	90	66,7	39	50,0	129	60,6
Total	135	100	78	100	213	100

$$\chi^2 = 5,75, \text{ dl} = 1, p = 0,016$$

2. *Impact sur l'attente*

2.1 Périodes considérées

Comme nous l'avons vu dans la description des activités du programme, la clientèle locale passe maintenant sa coronarographie la semaine suivant sa rencontre avec le spécialiste et les premiers prélèvements, alors que la clientèle éloignée la passe le lendemain ou le surlendemain. Ceci amène à considérer deux périodes d'attente possibles. Dans les deux cas, le point de départ est la réception de la demande. Pour ce qui est de la fin de l'attente, nous considérons d'abord le début de l'investigation, soit l'accueil à l'hôpital, la passation de tests préliminaires et la rencontre d'un spécialiste. Mais étant donné les différences mentionnées entre les clientèles locale et éloignée, nous considérons également l'attente entre la réception de la demande et la coronarographie.

2.2 Type de mesure

Les temps d'attente les plus souvent présentés dans les médias sont calculés de façon projective, c.-à-d. en l'estimant à partir de la longueur de la liste et du débit habituel de la clinique concernée. Cette méthode est utile pour estimer l'attente actuelle, mais risque de ne pas correspondre au temps réellement vécu, à cause des risques d'interférences de toutes sortes, comme l'arrivée de cas urgents, le retrait de certains cas ou la mort de patients.

Nous optons plutôt pour une mesure rétrospective. On s'intéresse donc à l'attente vécue par les personnes ayant effectivement été investiguées. Cette méthode a l'avantage de tenir compte des données réelles et non de projections.

La mesure de tendance centrale et le type d'analyses statistiques varient d'une étude à l'autre. Le choix est fait en fonction de la qualité des données (ex. s'il y a un risque que des cas ne soient pas été retirés de la liste) ou de la distribution anormale des données(McDonald et al ; 1998). Nous optons pour une estimation à partir de la moyenne pour les raisons suivantes. D'abord, les données sont fiables, car extraites des dossiers et établies à partir d'événements datés. Deuxièmement, l'aggrégation des données en classe signifierait une perte d'information et nous exposerait au risque de classement inadéquat. Troisièmement, les différences dans les distributions sont susceptibles d'apparaître dans l'analyse de variance.

2.3 Attente entre la réception de la demande et le début de l'investigation

Une analyse de régression permet de mesurer la contribution des diverses variables dans l'explication des temps mesurés. Le tableau 13 nous indique les variables permettant d'expliquer les variations et celles qui n'ont pas d'effet sur les temps d'attente. Outre la participation au programme, la situation géographique et le moment de la mesure, nous considérons également plusieurs autres variables. Certaines caractéristiques du malade sont prises en compte, soit l'âge et le sexe. Nous cherchons également à vérifier si le fait que le patient ait déjà été hospitalisé à l'HSCM peut accélérer son accueil. Finalement, nous vérifions si le fait que l'investigation mène à une intervention a un lien avec le temps d'attente.

On constate d'abord que l'âge, le sexe, l'admission antérieure et l'intervention subséquente ne permettent pas d'expliquer les variations dans les temps d'attente. Par contre, le groupe (local ou éloignée), le moment de la mesure (avant ou après) et l'exposition au programme apportent une contribution significative. Les paramètres associés aux variables servent à estimer les délais selon les groupes auxquels appartiennent les sujets. La première observation à faire est que, pour les deux groupes, les temps d'attente ont diminué entre 1994 et 1997, s'étant globalement raccourci de 30,74 jours. Par contre, le paramètre associé à l'exposition au programme indique que les personnes exposées au programme ont un délai plus long, de 20,14 jours, que la clientèle non exposée, indiquant que la diminution des délais serait moins importante pour ces personnes. Dans les faits, les délais d'attente de la clientèle locale ont diminué, entre les deux mesures, de 31,94 jours, alors que ceux de la clientèle éloignée n'ont diminué que de 11,81 jours.

Tableau 13 : Régression multiple sur le délai entre la réception de la demande et le premier examen à l'HSCM

Variables dans le modèle	B (jours)	SE B	t	Sig t
constante	42,49	10,33	4,112	0,000
Groupe (clientèle éloignée)	30,74	9,18	3,350	0,001
Mesure (avant)	31,95	9,68	3,298	0,001
Programme (pas exposé)	-20,14	12,17	-1,654	0,050 unilatéral
Variables rejetés				
Âge	-0,19	0,30	-0,621	0,536
Sexe	1,10	6,55	0,168	0,867
Intervention subséquente	-1,89	10,84	-0,174	0,862
Admission antérieure	-7,20	13,54	-0,532	0,532

Analyse de variances : $F = 1,477$; $dl1 = 31$; $dl2 = 180$; $p > 0,05$

Modèle final : $F = 20,413$; $p = 0,000$; dl total = 212; $R^2 = 0,227$

2.4 Attente entre la réception de la demande et la coronarographie

Il faut également mesurer l'attente pour la coronarographie, car le délai entre la préadmission et le passage en hémodynamie est aujourd'hui plus long pour la clientèle locale. En effet, ceux-ci subissent la coronarographie dans la semaine suivant la préadmission.

Tableau 14 : Régression multiple sur le délai entre la réception de la demande et la coronarographie

Variables dans le modèle	B (jours)	SE B	t	Sig t
constante	35,49	5,46	6,50	0,000
Groupe (clientèle éloignée)	38,26	6,08	6,29	0,000
Mesure (avant)	20,05	5,99	3,35	0,001
Variables rejetées				
Sexe	1,01	6,59	0,153	0,878
Intervention subséquente	1,34	8,53	0,157	0,876
Admission antérieure	-2,91	7,07	-0,412	0,681
Âge	-0,22	0,30	-0,715	0,475
Programme (pas d'exposition)	-4,65	12,43	-0,374	0,709

Analyse de la variance : $F = 1,461$; $dl1 = 29$; $dl2 = 177$; $p > 0,05$

Modèle final : $F = 24,60$; $p = 0,000$; dl total = 207; $R^2 = 0,194$

Contrairement au test précédent, la variable exposition au programme n'a pas d'implication significative. On constate seulement l'effet du groupe et de la mesure. Le délai d'attente entre la réception de la demande et la coronarographie a donc diminué également pour les deux groupes, la clientèle locale bénéficiant toujours de délais moins longs.

3. Impact sur le recours à l'hospitalisation

La régression logistique est une méthode permettant d'établir la probabilité qu'un événement se produise ou se soit produit, compte tenu de diverses variables. On cherche ici à mesurer la probabilité du recours à l'hospitalisation lors de l'investigation. On ne s'attend pas à ce que la variable programme indique un écart entre les groupes. Cette analyse vise surtout à vérifier jusqu'à quel point la procédure en externe permet d'éviter l'hospitalisation, en cours d'investigation, de la clientèle élective.

Le tableau 15 indique que, dans nos échantillons, seul le moment de la mesure permet d'expliquer le taux d'hospitalisation. Dans les deux groupes après programme, seulement 3 personnes ont été hospitalisées en cours d'investigation sans raison apparente. Ces hospitalisations sont peut-être attribuables à des heures d'examen trop tardives ou à des raisons externes empêchant les médecins de permettre le congé. On est donc passé d'un taux d'hospitalisation de la clientèle élective de 100 % à un taux estimé à 2,44 %.

Tableau 15 : Régression logistique sur le recours à l'hospitalisation pour l'investigation

variables retenues	sig test partiel du χ^2	B
Constante		-3,6889
Mesure (avant)	0,000	15,8918
variables rejetées		
Sexe	0,8754	
Groupe	0,9295	
Intervention antérieure	0,9762	
Âge	0,8651	
Admission antérieure	0,4325	
Programme	0,9293	

Valeur globale du $\chi^2 = 263,640$; $p = 0,000$; valeur prédictive du modèle = 98,59 %

Valeurs prédites :

Après

Prob. (hospitalisation) = 0,0244 ou 2,44%

Avant

Prob. (hospitalisation) = 0,9999 ou 99,99%

4. Impact sur l'accès à la chirurgie

La régression statistique est ici aussi applicable, étant donné qu'on veut vérifier la probabilité qu'il y ait ou non congé avant l'intervention.

Tableau 16 : Régression logistique sur le congédiement avant la chirurgie

variables retenues	sig test partiel du χ^2	B
Constante		0,5306
Groupe (éloigné)	0,0021	-1,6011
variables rejetées		
Mesure (avant-après)	0,0817	
Sexe	0,8484	
Âge	0,4466	
Attente pour l'investigation	0,5473	
Admission antérieure	0,2722	
Programme	0,7252	

Valeur globale du $\chi^2 = 10,103$; $p = 0,015$; valeur prédictive du modèle = 70,27 %

Probabilité qu'il y ait congé entre l'investigation et la chirurgie:

Clientèle éloignée : Prob. (congé) = 25,53 %
Clientèle locale : Prob. (congé) = 62,96 %

On constate que seule l'appartenance à la clientèle locale ou éloignée s'est avérée statistiquement significative à un seuil de 0.05. Parmi les autres variables explicatives, il faut surtout noter le rejet de la mesure et du programme. Ce modèle estime la probabilité de congé de la clientèle éloignée à une sur quatre, ce qui est largement inférieur à celle de la clientèle élective locale.

5. Impact sur la durée de déplacement de la clientèle éloignée

La durée de déplacement correspond au temps nécessaire au patient pour se prévaloir de l'investigation, c.-à-d. au temps qu'il doit passer hors de chez lui. Pour l'estimer, nous nous basons d'abord sur les dates de début et de fin de l'investigation, qui sont des données connues. On ajoute à ces dates le temps de déplacement. Or, après la consultation des dossiers, il appert que les heures d'arrivée et de départ ont changé. Avant programme, l'admission à l'hôpital se faisait le plus souvent en fin d'après-midi, sinon en soirée. À cette époque, le départ de l'hôpital

se faisait généralement tôt le matin, le médecin autorisant le congé la veille. Ces heures d'arrivée et de départ offraient la possibilité de faire le voyage sans autres nuitées à Montréal. Depuis la mise en place du programme, l'accueil se fait tôt le lundi, alors que le départ n'est possible que le lendemain de la coronarographie. Il faut donc ici ajouter deux jours au temps de l'investigation pour avoir une idée du temps réel du voyage.

Étant donné qu'on se limite ici à la clientèle éloignée, sans la comparer à la locale, on parlera plutôt d'une mesure d'impact brut. De plus, les variations dans les durées de déplacement avant programme sont si grandes que l'analyse multifactorielle n'aurait pu être réalisée qu'avec un très petit nombre de variables. Mais étant donné que les durées de voyage de 1997 sont les mêmes pour la clientèle d'Abitibi que pour celle des Hautes-Laurentides, de simples comparaisons de moyenne pour chacun des groupes peuvent nous permettre de faire quelques observations.

Tableau 17 : Comparaison de la durée moyenne de voyage

<i>Usagers d'Abitibi</i>	avant (n = 22)	après (n = 65)
moyenne	7,55 jours	4,55 jours
écart type	3,57	0,53

Analyse de variance : $F = 73,807$; $p = 0,000$

Test-t : $t = 3,917$; $dl = 21,326$; $p = 0,001$

L'observation des tableaux 17 et 18, nous permet de constater, dans les deux cas, une stabilisation de la variance et un abaissement significatif de la durée des voyages.

Tableau 18 : Comparaison de la durée moyenne de voyage

<i>Hautes-Laurentides</i>	avant (n = 33)	après (n = 14)
moyenne	5,45	4,57
écart type	2,33	0,41

Analyse de variance : $F = 29,382$; $p = 0,000$

Test-t : $t = 2,060$; $dl = 38,49$; $p = 0,046$