

Études sur l'assurance-maladie du Québec

A. D. McDonald, J. C. McDonald and P. E. Enterline

Volume 9, Number 1, avril 1977

La gestion de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001490ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001490ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

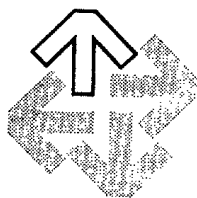
Cite this article

McDonald, A. D., McDonald, J. C. & Enterline, P. E. (1977). Études sur l'assurance-maladie du Québec. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 55–75.
<https://doi.org/10.7202/001490ar>

Article abstract

Surveys of households, physicians and emergency rooms and a review of hospital admissions were conducted in metropolitan Montreal before and after the introduction, in November 1970, of Quebec Health Insurance (QHI). Following QHI there was a small overall increase in utilization of physicians' services, but a considerable redistribution with increased use by persons in low income families. Before QHI there was an economic gradient in the proportion of persons who consulted a physician for selected symptoms thought to require medical advice; this was virtually eliminated after QHI. Physicians worked an average 8.8 hours a day after QHI compared with 10.3 before; they saw a larger number of patients in their offices, but reduced telephone consultations and cut home visits severely. A considerable increase in the use of emergency rooms was observed and in certain surgical operations, but there was no evidence of a decrease in hospital admissions. The effect on health, so far, of this social legislation cannot be established.

Études sur l'assurance-maladie du Québec*



A. D. McDONALD, J. C. McDONALD ET P. E. ENTERLINE

Le nombre de pays qui fournissent à leurs populations des soins médicaux gratuits et complets s'accroît constamment. La mise en place de programmes d'assurance-maladie a rarement été analysée objectivement pour mesurer son influence sur la quantité ou la qualité des soins. Lorsque le gouvernement canadien introduit en 1968 une loi défrayant 50% du coût de l'assurance-maladie d'une province, pourvu que le plan proposé satisfasse certaines conditions, il devient évident que la province de Québec doit organiser un programme acceptable dans un délai d'un an ou deux. C'est à cette époque que les auteurs, tous de l'Université McGill, avec la collaboration du Dr G. Hatcher de l'Université de Montréal, ébauchent des plans d'études visant à enregistrer tout changement important au Québec.

Par la suite, en 1969, ces plans permettent à l'Université de Pittsburg d'obtenir une bourse de recherche, et à l'Université McGill de signer un contrat de recherche avec cette dernière. Les principaux aspects sélectionnés pour cette étude sont 1) l'utilisation des

*Cette étude fut rendue possible par l'octroi d'une bourse (HS00694) du « Centre for Health Services Research and Development HSMHA » Traduction: Alison D. McDonald. Le Centre de Recherche sur l'Opinion Publique a fait l'enquête par entrevues à domicile. Mme Mariella Stuart-Payette a interviewé les médecins. Dr Lise Davignon et Dr Bernard Heneman ont apporté leur collaboration aux deuxièmes études auprès des médecins et des ménages. Dr Nicholas Steinmetz a dirigé l'étude par entrevue dans les salles d'urgence et Dr John Hoey a apporté sa collaboration pour les recherches sur les admissions dans les hôpitaux. Nancy Canale, Vera Salter et Vivian Henderson se sont penchées sur l'échantillonnage et les analyses. Nos remerciements pour tous ces collaborateurs.

services offerts par les médecins 2) le travail des médecins 3) l'emploi des salles d'urgence et 4) l'hospitalisation. La méthode utilisée consiste en des enquêtes par entrevue auprès des médecins, des ménages et de toute personne recourant aux salles d'urgence avant l'Assurance-Maladie du Québec (AMQ); ces enquêtes sont répétées de façon identique après l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie. On étudie l'hospitalisation d'après les dossiers de l'assurance-hospitalisation. Ces études existent déjà sous forme de comptes rendus¹⁻⁵ et font l'objet d'autres rapports^{6,7} et d'une monographie en cours de préparation.

Comme il semble possible que l'AMQ puisse être introduite avant un délai d'un an, l'étude est mise en œuvre assez rapidement au début de l'été 1969. Heureusement pour nous il y a des retards et l'AMQ entre en vigueur le 1^{er} novembre 1970, trois mois après la réalisation de la première série d'enquêtes.

L'UTILISATION DES SERVICES DES MÉDECINS

Des enquêtes à domicile sont menées pour permettre une comparaison des services médicaux avant et après l'AMQ tels qu'ils apparaissaient à l'individu; c'est-à-dire, ces enquêtes doivent fournir des renseignements non seulement sur la maladie, le comportement du patient et l'usage des services de santé, mais aussi sur les attitudes du public face au problème général de la santé.

Étant donné que l'étude se concentre sur la direction et l'envergure de l'évolution, particulièrement en ce qui concerne certains sous-groupes de la population, un échantillon relativement grand s'avère nécessaire. Le plan d'échantillonnage prévoit 12 échantillons mensuels indépendants comprenant chacun 500 logements tirés de la région métropolitaine de Montréal avant l'introduction de l'AMQ et 12 échantillons semblables après; on se sert d'échantillons en grappes stratifiées, auto-pondérés. La moitié de l'échantillon de la deuxième enquête est composée de logements déjà visités lors de la première enquête. Les deux périodes d'entrevues commencent le 1^{er} août 1969 et le 1^{er} août 1971; chacune se poursuit pendant 12 mois et, comme on l'a indiqué plus haut, on se sert de questionnaires identiques.

La sélection aléatoire de l'échantillon mensuel choisi dans l'ensemble de la région métropolitaine permet de tirer des conclusions à propos de la région entière. La présence de certains logements dans les deux échantillons permet une étude de panel et contribue

1. McDonald A. D., McDonald J. C., Steinmetz N., Enterline P. E. et Salter V., « Physician service in Montreal before universal health insurance », *Medical Care*, vol. II, n° 4, juillet-août 1973, p. 269-286.

2. Enterline P. E., McDonald J. C., McDonald A. D., Davignon L. et Salter V., « Effects of 'free' medical care on medical practice — the Quebec experience », *New England Journal of Medicine*, vol. 288, mai 1973, p. 1152-1155.

3. Enterline P. E., Salter V., McDonald A. D. et McDonald J. C., « The distribution of medical services before and after 'free' medical care — the Quebec experience », *New England Journal of Medicine*, n° 289, novembre 1973, p. 1174-1178.

4. McDonald A. D., McDonald J. C., Salter V. et Enterline P. E., « Effects of Quebec medicare on physician consultation for selected symptoms », *New England Journal of Medicine*, vol. 291, septembre 1974, p. 649-652.

5. Enterline P. E., McDonald J. C., McDonald A. D. et Henderson V., « Physicians' working hours and patients seen before and after health insurance », *Medical Care*, vol. 13, n° 2, février 1975, p. 95-103.

6. Steinmetz N. et Hoey J. R., « Utilization of hospital clinics and emergency rooms before and after medicare », non publié.

7. Hoey J. R. et McDonald A. D., « Hospital admissions before and after medicare in Quebec », non publié.

aussi à diminuer les effets de composition dans la différence entre les résultats des deux enquêtes.

Pour effectuer les entrevues, on dresse une liste de 6000 logements avant l'introduction de l'AMQ et 6000 après. Les visites sont en premier lieu dirigées par une organisation commerciale d'enquêtes à domicile, avec trois rappels. Les entrevues durent 50 minutes en moyenne par logement et sont menées en français ou en anglais par des enquêteurs bilingues. Ceux-ci atteignent un pourcentage de réussite de 85,7% au cours de la première enquête et de 87,5% au cours de la seconde. Dans le cas de logements sans réponse mais qui paraissent occupés, on transfère l'entrevue à une infirmière de la santé publique qui se rend à domicile et tente de remplir un questionnaire abrégé. Le pourcentage de réussite s'élève alors à 92,5% dans la première enquête et à 95,3% dans la seconde.

Dans chaque logement on obtient des renseignements sur tous les occupants. On utilise un questionnaire spécial pour les enfants de moins de 17 ans, ou dans certains cas, on demande à quelqu'un d'autre de répondre. On se sert aussi d'intermédiaires pour un certain nombre de renseignements sur les adultes, mais pour la plupart des questions, les renseignements proviennent directement de chaque adulte. Une nouvelle visite ou un contact téléphonique est parfois nécessaire.

CONSULTATIONS

La répartition des services médicaux avant et après l'accessibilité gratuite aux soins le 1^{er} novembre 1970 est indiquée dans le tableau 1 avec le changement en pourcentage. Les visites à domicile et aux médecins sont exprimées en taux annuels selon l'endroit. Sont exclues les consultations accordées aux patients hospitalisés et dans les cliniques de services de santé. On interroge les personnes choisies sur leurs visites médicales et sur la nature des maladies qu'ils ont contractées au cours des deux semaines précédentes. Selon leurs déclarations, la moitié des consultations médicales se soldent par un diagnostic de maladie. Le tableau 1 ne montre aucune évolution dans l'ensemble des consultations signalées avant et après l'assurance-maladie mais une certaine redistribution par type ou par endroit se dégage.

TABLEAU 1
*Consultations par individu par an avant et après l'AMQ
selon le type de consultation, indiquant le changement en pourcentage*

Type de consultation	Première enquête (1969-70)	Deuxième enquête (1971-72)	Changement en pourcentage
Toutes consultations	5,06	5,05	Néant
Téléphone	,81	,70	-13,6
Contacts en tête à tête	4,25	4,35	+ 2,3
• Cabinet	2,36	2,73	+16,7
• Clinique d'hôpital et salle d'urgence	1,18	1,17	Néant
• Domicile	,44	,18	-59,1
• Autres consultations	,27	,27	Néant

Le tableau 2 indique les consultations dans chacun des cinq groupes établis en fonction du revenu familial: on demande aux répondants de situer leur revenu familial parmi une série de catégories. Le changement en pourcentage, dans l'utilisation des

services médicaux par des groupes de certaines catégories de revenu, révèle certains obstacles économiques à l'accessibilité aux soins médicaux à Montréal avant l'AMQ. Par ailleurs, la suppression des frais directs est associée à des visites relativement moins nombreuses de la part des groupes à revenu supérieur, soulignant encore le rapport inverse qui existe déjà entre le revenu familial et les consultations médicales.

TABLEAU 2

*Consultations par revenu familial annuel,
indiquant le changement en pourcentage*

Revenu familial annuel (\$)	Première enquête (1969-70)		Deuxième enquête (1971-72)		Changement en pourcentage
	Nombre d'entrevues	Consultations par individu par an	Nombre d'entrevues	Consultations par individu par an	
Moins de 3000	1590	6,6	1231	7,8	+ 18,2
3000-4999	2400	5,5	1741	6,0	+ 9,1
5000-8999	6921	4,7	6098	4,7	Néant
9000-14999	3889	5,1	4716	4,6	- 3,9
15000 et plus	1327	5,3	2274	4,8	- 9,4
Revenu non spécifié	2360	4,4	2273	4,2	- 4,5

Dans l'intervalle entre les deux enquêtes, le revenu annuel familial augmente d'à peu près \$1000, de telle sorte que la classification du revenu fixe prend une tournure quelque peu différente dans la seconde enquête par rapport à la première. On observe une diminution du nombre des entrevues effectuées parmi les groupes à revenu très modéré et une augmentation correspondante parmi les groupes à revenu le plus élevé. Malheureusement, les catégories de revenu utilisées dans le questionnaire à domicile sont trop larges pour permettre une rectification. Le déplacement de la demande de services médicaux des groupes à revenu élevé aux groupes à revenu inférieur, suggéré par le tableau 2, peut se vérifier en examinant dans la population certaines caractéristiques reliées au revenu et qui sont demeurées relativement inchangées. Le tableau 3 illustre l'évolution entre la première et la seconde enquête dans quatre groupes définis selon le niveau d'éducation. Ceci renforce de façon générale les indications du tableau 2 où une éducation moins longue et sans doute un revenu plus bas sont reliés à une augmentation du nombre de consultations, et une éducation plus poussée et un revenu sans doute plus élevé à une diminution. Parmi les groupes occupationnels, les ouvriers non qualifiés connurent une augmentation de 68% alors que les exécutifs — propriétaires de grandes entreprises et les principaux groupes de professionnels connurent une diminution de 25%.

TABLEAU 3

*Consultations par niveau d'éducation,
indiquant le changement en pourcentage*

Années d'éducation	Première enquête (1969-70)		Deuxième enquête (1971-72)		Changement en pourcentage
	Nombre d'entrevues	Consultations par individu par an	Nombre d'entrevues	Consultations par individu par an	
Moins de 11	7024	5,7	6596	6,1	+ 7,0
de 11 à 12	2911	4,3	3164	4,7	+ 8,5
13 et plus	2246	5,3	2627	4,6	- 15,2

Dans le tableau 4, on présente le nombre de consultations par individu par an dans 2 grandes catégories de revenu: supérieure et inférieure à \$9 000. Tant dans l'une que dans l'autre, on remarque un nombre réduit de consultations chez les moins de 17 ans; ce fait inattendu résulte d'une diminution du nombre de contacts téléphoniques (voir tableau 1), et des heures de travail des pédiatres, diminutions décrites dans la partie suivante. En dehors des contacts téléphoniques, la diminution pour les moins de 17 ans est de 5,6% dans le groupe à revenu modéré et de 9,8% dans le groupe à revenu supérieur. De façon générale, la forme de l'évolution qui se dégage du tableau 4 s'accorde avec l'idée d'obstacles économiques existant avant l'établissement de l'AMQ.

TABLEAU 4
*Consultations par individu par an,
selon l'âge et le revenu familial annuel,
indiquant le changement en pourcentage*

Revenu familial annuel	moins de \$9000			\$9000 et plus			Changement total* en pourcentage
	Première enquête	Deuxième enquête	Changement en pour- centage	Première enquête	Deuxième enquête	Changement en pour- centage	
Âge							
Moins de 17 ans	4,5	4,2	— 6,7	5,4	4,6	— 14,8	— 6,8
17 à 64 ans	5,2	5,6	+ 7,7	4,9	5,0	+ 2,0	+ 2,0
65 ans et plus	7,5	8,5	+ 13,3	7,7	7,1	— 7,8	+ 5,2

*Revenus non spécifiés inclus.

Un examen des groupes par tranche d'âge plus étroitement définis révèle une augmentation importante des consultations (21,9%) pour le groupe compris entre 17 et 24 ans surtout en ce qui concerne les jeunes femmes n'habitant pas la maison familiale. On remarque aussi une réduction de 8,6% dans le nombre de consultations chez les enfants âgés de 5 à 16 ans. Au cours de l'année scolaire 1969-1970 précédant l'inauguration de l'AMQ, 10,4% de tous les enfants de la première enquête déclarent une absence scolaire, contre 9,6% pour l'année 1971-1972. Ainsi, la diminution des consultations à la suite de l'AMQ est peut-être due en partie à une incidence de maladie plus élevée chez les enfants en 1969-1970 qu'en 1971-1972.

DISPONIBILITÉ

On remarque des délais dans l'obtention de rendez-vous chez les adultes désireux de consulter un médecin. Avant l'AMQ, le délai moyen est de 6 jours. Ceux qui appartiennent à la catégorie de revenu familial compris entre \$5 000 et \$8 999 ont le délai le moins long — 5,3 jours — et les individus au revenu le plus élevé, c'est-à-dire \$15 000 et au-dessus, le délai le plus long — 6,6 jours. Après l'AMQ le délai moyen s'étend à 11 jours: les individus dont le revenu familial ne dépasse pas \$3 000 indiquent le délai le plus court — 8,5 jours — et ceux au revenu d'au moins \$15 000 le délai le plus long — 12,3 jours.

La durée moyenne de l'attente dans le cabinet du médecin passe de 36 à 40 minutes. Avant l'AMQ il existe déjà une relation avec le revenu: les individus qui détiennent le revenu le plus bas attendent en moyenne 52 minutes et le groupe à revenu le plus élevé, 24 minutes. Après l'AMQ les chiffres correspondants sont de 51 minutes et de 33 minutes: partout, sauf dans le groupe au revenu le plus bas, les attentes sont plus importantes.

BESOIN

Un groupe identifié comme « ayant peut-être besoin de soins » est composé d'individus malades au cours des quinze jours précédant l'entrevue. Environ la moitié de toutes les visites dans les quinze jours précédant l'entrevue (49,3% avant et 48,3% après) est signalée par ce groupe. On observe une légère diminution dans l'incidence globale de maladies entre la première et la deuxième enquête. L'incidence de la maladie est en rapport inverse avec le revenu chez les adultes, ce qui explique aussi en partie la relation entre le nombre de consultations par individu par an et le revenu qui apparaît dans le tableau 1. Pour ce qui est des enfants, par contre, on ne décèle aucun rapport sensible entre maladie et revenu familial dans aucune des deux enquêtes. Pour l'ensemble de la population, 47,8% des individus atteints d'une maladie ont consulté un médecin avant l'AMQ; ce chiffre s'élève à 51,5% après l'AMQ. Avant l'AMQ, les malades dans les groupes à revenu modéré sont moins susceptibles que les groupes à revenu supérieur de consulter un médecin; cette relation disparaît ou s'inverse après l'AMQ.

Il n'est pas possible d'établir le nombre de maladies dans les quinze jours précédant l'entrevue qui justifient des soins médicaux, ou de savoir si les individus soignés en ont bénéficié. Pour cette raison, on élabore une liste de symptômes qui nécessitent, d'après nous, l'avis d'un médecin et dont on prévoit une apparition suffisamment fréquente pour permettre l'observation de changements.

Les symptômes choisis sont indiqués dans le tableau 5 ainsi que les catégories d'individus interrogés. On demande alors à ceux qui ont signalé ces symptômes au cours des 12 mois précédents s'ils ont consulté un médecin. On pose aussi des questions au sujet des soins prénataux et postnataux. Aux femmes âgées jusqu'à 45 ans, mariées ou mères de famille, on demande si elles ont eu un bébé ou un enfant mort-né au cours de l'année précédente, et si oui, quand elles ont subi leur premier examen prénatal; si elles ont subi un examen postnatal et si l'enfant a été examiné après avoir quitté l'hôpital.

Pour tous les groupes de revenu on remarque dans les deux enquêtes plus ou moins le même pourcentage d'individus signalant les symptômes désignés au cours des 12 mois précédant l'entrevue. La rougeole est l'unique exception, moins fréquente lors de la première enquête. En dehors des maladies des pieds chez les personnes âgées, les symptômes se rapportant aux adultes sont signalés le plus fréquemment dans les familles dont les revenus sont les plus bas, et moins fréquemment à mesure que les revenus familiaux augmentent. Le pourcentage d'individus ayant consulté un médecin augmente après l'AMQ en particulier dans le groupe au revenu, le plus important, pour plusieurs de ces symptômes. À nouveau, avant l'introduction de l'AMQ, des facteurs économiques semblent faire obstacle aux consultations médicales pour un grand nombre de ces symptômes. Chez les enfants, les différences selon le revenu dans la fréquence des symptômes sélectionnés sont moins importantes que les adultes. Donc les signes d'un obstacle économique avant l'AMQ sont moins marqués. Ceci est en accord avec la réduction dans l'ensemble des services aux enfants.

Le tableau 6 indique les résultats en ce qui concerne les femmes ayant accouché d'un enfant vivant ou mort-né au cours des 12 mois précédant l'entrevue. La seconde phase de l'enquête démontre qu'un plus grand nombre de femmes subissent leur premier examen prénatal avant le troisième mois, et qu'un plus grand nombre subissent des examens postnataux ou font examiner l'enfant après leur retour chez elles. Ces améliorations sont plus évidentes chez les femmes appartenant à des familles à revenu modéré; la relation du revenu avec la fréquence de ces examens est beaucoup moins forte après l'AMQ qu'elle

TABLEAU 5
Données sur les individus signalant des symptômes désignés
selon le revenu et
les consultations pour ces symptômes

Question	Enquête	Nombre de personnes interrogées	% signalant symptômes			% signalant symptômes ayant consulté un médecin		
			\$5000	\$8999	\$9000 et plus	\$5000	\$8999	\$9000 et plus
Tous les adultes:								
Toux pendant 2 sem. ou plus	1969-70	11092	23,9	17,4	14,8	50,7	53,4	60,4
	1971-72	11458	25,9	18,5	18,1	60,2	62,2	62,2
Perte de poids	1969-70	11084	16,3	11,7	8,2	50,1	52,0	52,2
	1971-72	11463	15,4	9,5	8,1	66,6	65,0	68,5
Mal de dos ou sciatique	1969-70	11084	27,9	18,2	15,4	52,7	51,0	58,0
	1971-72	11460	29,5	19,3	13,2	72,0	70,9	72,0
Hommes âgés de 45 ans et plus:								
Souffle court ou douleurs dans la poitrine lors d'exercices	1969-70	1880	35,7	21,6	19,1	74,4	65,4	73,6
	1971-72	2025	42,3	24,9	21,8	75,8	76,6	80,2
Difficulté à uriner	1969-70	1879	8,5	6,8	5,2	77,5	80,5	79,3
	1971-72	2021	11,8	7,1	4,0	80,4	72,5	90,3
Femmes âgées de 25 à 44 ans:								
Menstruations irrégulières ou saignements entre les menstruations	1969-70	2447	23,8	18,5	16,8	76,7	72,7	88,9
	1971-72	2489	21,6	16,9	18,0	76,9	87,7	88,2
Femmes > 25 ans:								
Jointures raides, enflées ou douloureuses	1969-70	4527	25,2	17,1	16,7	63,2	63,8	73,8
	1971-72	4699	34,7	19,9	17,7	76,4	76,9	77,2
Difficulté à contrôler la vessie	1969-70	4523	13,5	9,3	6,8	70,4	76,4	80,0
	1971-72	4697	13,3	9,9	8,3	79,5	83,3	84,9
Adultes de plus de 65 ans:								
Problèmes avec les pieds ou difficulté à marcher	1969-70	943	31,2	28,9	31,4	61,6	76,2	81,6
	1971-72	915	37,4	33,2	30,5	76,4	81,0	69,8
Tous les enfants (âgés de moins de 17 ans)								
Rougeole	1969-70	5814	6,3	4,4	3,3	58,2	76,0	75,4
	1971-72	5506	4,8	2,1	1,9	69,7	59,5	74,4
Suppuration de l'oreille	1969-70	5815	5,4	5,3	5,3	74,1	78,2	89,0
	1971-72	5504	7,3	4,8	4,7	58,0	67,3	74,4
Angine ou fièvre et mal de gorge	1969-70	5813	24,0	20,6	23,8	58,0	67,3	74,4
	1971-72	5501	25,9	22,3	24,8	72,6	75,9	78,8
Bronchite	1969-70	5816	7,9	7,6	6,4	74,1	77,2	83,6
	1971-72	5507	8,4	7,4	7,6	74,1	89,5	84,6
Diarrhée ou vomissement durant plus d'une journée	1969-70	5817	12,7	11,8	10,7	55,9	53,4	66,5
	1971-72	5505	11,2	10,9	11,3	74,0	66,4	73,5

ne l'est avant. Certains des enfants mentionnés dans la seconde enquête ont été conçus avant l'entrée en vigueur de l'AMQ et ces circonstances ont quelque peu obscurci les résultats.

TABLEAU 6

Nombre de grossesses produisant des enfants vivants ou morts-nés au cours des 12 mois précédant l'entrevue, délais avant la première visite prénatale et pourcentage sans examen général après grossesse, par catégorie de revenu familial annuel.

Revenu familial annuel (\$)	Première enquête (1969-70)				Deuxième enquête (1971-72)			
	Nombre de grossesses*	Première visite prénatale avant: 3 ^e mois	Première visite prénatale avant: 5 ^e mois	Aucun examen général après la grossesse	Nombre de grossesses*	Première visite prénatale avant: 3 ^e mois	Première visite prénatale avant: 5 ^e mois	Aucun examen général après la grossesse
		%	%	%		%	%	%
Total	268	41,0	82,8	34,0	215	54,9	92,6	20,5
Moins de 5000	64	26,6	73,4	35,4	32	56,2	93,8	21,9
5000 à 8999	120	45,0	86,7	36,7	89	52,8	89,9	27,0
9000 et plus	63	49,2	88,9	24,6	80	53,8	95,0	13,8
Non spécifié	21	38,1	71,4	40,9	14	71,4	92,8	14,3

*Sont exclues celles qui ignoraient la date de leur première visite prénatale.

En tout, environ le quart seulement des personnes qui ont été malades et n'ont pas vu de médecin aurait voulu en consulter un. Dans l'ensemble de la population, cette proportion diminue légèrement entre les deux enquêtes, de 24,6% à 22,6%. Les réductions les plus marquées s'observent pour le groupe à revenu le plus bas — 51,4% à 33,3%. On remarque des diminutions moins importantes dans toutes les catégories de revenu sauf dans les familles qui touchent entre \$9 000 et \$14 999. Malgré la diminution de ce besoin non satisfait dans tous les groupes d'âge et de revenu inférieur à \$9 000 qui suit l'introduction de l'AMQ, le besoin demeure le plus aigu dans les groupes à revenu modéré. Il est probable, cependant, que les effets de l'AMQ ne sont pas pleinement ressentis au moment de la deuxième enquête, et d'autres changements dans la répartition des soins médicaux peuvent avoir eu lieu depuis.

SATISFACTION DU PATIENT

Dans la seconde enquête, on demande à tous les adultes: « Depuis que l'Assurance-Maladie est entrée en vigueur, en novembre 1970, croyez-vous que les soins médicaux donnés par les médecins à la population se sont améliorés, n'ont pas changé, ou sont plus mauvais qu'avant? » Huit pour cent des adultes les jugent meilleurs et 30% moins bons. La proportion du public estimant que les soins se sont améliorés est en rapport avec le niveau de leur revenu, les gens aux revenus élevés étant moins susceptibles d'y trouver une amélioration. Dans les deux enquêtes, on demande à chaque individu: « Avez-vous retardé ou négligé de vous procurer certains soins médicaux ou hospitaliers dont vous auriez présentement besoin? ». Avant l'AMQ les individus à revenu modéré ont plus souvent retardé certains soins médicaux que les individus appartenant aux groupes à revenu supérieur. Avant l'AMQ, les chiffres se situent entre 19,5% et 4,3%; par la suite, les pourcentages sont de 11,6% et 4,0%.

La plupart des adultes sont de l'avis que les soins reçus lors de leur dernière consultation en date ont été les meilleurs possibles aussi bien avant qu'après l'AMQ (91,4%).

Les familles à revenu supérieur expriment légèrement moins de satisfaction après l'assurance-maladie.

OBSERVATIONS

Il est évident d'après la redistribution des services médicaux parmi les groupes par revenu et par âge, que des facteurs économiques font obstacle avant l'AMQ. Ces facteurs disparaissent en grande partie sous l'effet de l'AMQ et on observe une augmentation considérable de l'usage des services médicaux chez les groupes à revenu modéré. Étant donné l'offre relativement constante de services, un point que l'on examine dans la partie suivante, on remarque un transfert des groupes à revenu supérieur aux groupes à bas revenu. La différence aurait été encore plus grande, n'eût été de la loi de l'Assistance médicale (1966) qui fournissait des services gratuits aux assistés sociaux.

La fréquence plus grande de consultations médicales pour des symptômes importants a une signification spéciale. Elle suggère que la suppression des obstacles économiques aux soins médicaux a pu conduire à une amélioration générale du niveau de santé de la population.

Il est clair que certains secteurs de la population en bénéficient plus que d'autres. Parmi les plus grands bénéficiaires sont les jeunes souffrant de problèmes de santé urgents — par exemple les jeunes femmes ne vivant pas en famille —, les ouvriers non qualifiés, les personnes âgées de plus de 65 ans (en particulier les hommes), les enfants de familles pauvres, les femmes enceintes et probablement les nouveau-nés. Le coût n'est pratiquement plus invoqué comme raison pour laquelle un médecin n'a pas été consulté, on mentionne des questions de temps, de facilité et d'autres facteurs moins définis. L'impression reçue est celle que les groupes à revenu supérieur sous l'influence de l'AMQ subissent une perte, sans nécessairement en souffrir.

LE TRAVAIL DES MÉDECINS

Avant l'Assurance-Maladie du Québec les médecins sont rémunérés par leurs clients, par l'assurance-maladie privée ou par l'assistance publique. Il faut s'attendre à ce que la transition vers un système prévoyant un paiement par le gouvernement qui rend « gratuits » leurs services au malade, influence le profil de l'exercice médicale et augmente vraisemblablement la demande de services des médecins. Face à cette demande, on anticipe chez les médecins une modification de la répartition du travail entre le cabinet privé et l'hôpital, une augmentation possible de leur aide auxiliaire et une diminution probable du travail non rémunéré tel que les consultations téléphoniques. En outre, le nombre de médecins disponibles s'en trouverait peut-être modifié. Les médecins qui n'approuvent pas le plan peuvent choisir de quitter la province pour une autre province canadienne ou pour un autre endroit où le système de soins médicaux leur convient mieux.

Afin d'enregistrer les changements de volume et de répartition du travail, on soumet à une interview un échantillon de médecins au cours de deux périodes de huit mois avant et après l'introduction de l'AMQ: d'octobre 1969 à mai 1970, et d'octobre 1971 à mai 1972. On sélectionne les médecins aléatoirement, avec stratification par spécialisation, à partir de listes de médecins inscrits dans la région de Montréal, dressées par le Collège des Médecins et des Chirurgiens du Québec⁸. Chacun des échantillons devait comporter

8. À présent la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec.

environ 470 médecins praticiens actifs: 150 omnipraticiens et 40 spécialistes dans chacun des huit groupes suivants — chirurgiens généraux, autres chirurgiens, médecins internes généraux, autres médecins, obstétriciens, pédiatres, psychiatres et ophtalmologistes.

Les échantillons sont sélectionnés parmi les registres, où les médecins autorisés à pratiquer sont classés par spécialité. On vérifie les registres au Collège des Médecins et des Chirurgiens du Québec et on supprime les médecins de certaines catégories: les médecins résidents et ceux qui ont quitté la Province, ceux qui ne détiennent plus le droit de pratique, ou ceux qui sont âgés de plus de 70 ans. Après avoir contacté les médecins qui sont encore compris dans l'échantillon il faut en exclure d'autres qui ont cessé d'exercer ou qui travaillent à plein temps dans un laboratoire, dans la santé publique, dans la médecine industrielle, dans la médecine académique ou comme résidents. Ces éliminations terminées, le nombre de médecins atteint 497 dans la première enquête, et 477 dans la seconde.

Dans les deux enquêtes, les entrevues sont effectuées au téléphone, du lundi au vendredi, par le même enquêteur expert et couramment bilingue. Les médecins choisis chaque jour constituent un échantillon aléatoire stratifié de l'ensemble. On se sert d'un questionnaire type rempli en quinze à vingt minutes. On pose des questions sur l'organisation de la pratique, sur le travail effectué dans la période de 14 heures s'arrêtant à 6 heures du matin le jour de l'entrevue et sur le nombre de malades rencontrés dans les lieux différents. On leur pose aussi une série de questions au sujet de la semaine normale et des fins de semaine. Avant chaque entrevue on a envoyé au médecin une lettre expliquant le caractère de l'étude et sollicitant sa coopération. On a indiqué la possibilité d'une visite personnelle, mais très peu de médecins choisissent cette solution. Tout médecin qui refuse de donner des renseignements reçoit une visite ou un contact téléphonique de la part d'un médecin membre de l'équipe de recherche, conduisant parfois à un résultat positif. Lors de la première enquête, 93% des médecins sélectionnés répondent au questionnaire, et 94% lors de la seconde.

NOMBRE ET SPÉCIALITÉ

Le tableau 7 indique, pour les omnipraticiens et pour chaque groupe de spécialistes étudié, l'évaluation du nombre de médecins praticiens actifs inscrits dans la région de Montréal au cours de la période d'octobre-avril 1969-1970 et 1971-1972, leur nombre à l'intérieur de l'échantillon, et le nombre de ceux qui ont été interviewés. Ces évaluations sont réalisées en appliquant la proportion des médecins praticiens actifs dans l'échantillon (calculs faits séparément pour les omnipraticiens et les spécialistes) à tous les médecins qui se trouvent dans les registres. Cette opération n'indique qu'une légère modification du nombre total de médecins actifs. D'autres faits, cependant, nous amènent à penser que nous sous-estimons le nombre de médecins à Montréal à cause du retard dans la publication des registres. Par exemple, une enquête sur les déclarations de revenu⁹ indique une augmentation de 670 médecins dans la province en 1971 par rapport à 1969, c'est-à-dire 13,2% pour cette période de deux ans.

9. Health Economics and Statistics Division Health Programs Branch, « Earnings of physicians in Canada 1962-72 », Ministry of National Health and Welfare.

TABLEAU 7

*Nombre dans l'échantillon et nombre d'interviewés avant et après l'AMQ
et nombre présumé de médecins actifs dans la métropole de Montréal, selon la spécialité*

Spécialité	Première enquête (1969-1970)			Deuxième enquête (1971-1972)		
	Nombre dans l'échantillon	Nombre d'interviewés	Nombre présumé de praticiens actifs	Nombre dans l'échantillon	Nombre d'interviewés	Nombre présumé de praticiens actifs
Tous médecins	497	463	2424	477	448	2441
Omnipraticiens	157	143	950	137	132	957
Tous spécialistes	340	320	1474	340	316	1484
Chirurgiens généraux	42	38	209	39	32	178
Autres chirurgiens	42	39	242	44	41	305
Médecins internes généraux	40	37	198	40	38	171
Autres médecins internes	41	39	259	42	41	273
Obstétriciens	45	42	166	42	41	180
Pédiatres	43	42	130	40	38	123
Psychiatres	44	41	202	51	49	168
Ophtalmologistes	43	42	68	42	36	86

LES MÉDECINS ET LEURS CABINETS

Dans les deux enquêtes, 15% des médecins ont moins de 35 ans, 64% sont âgés entre 35 et 54 ans et 21% ont au moins 55 ans. Environ 50% ont été diplômés de l'Université de Montréal, 22% de l'Université McGill, 10% de l'Université Laval et 19% d'en dehors de la province. Le pourcentage de médecins détenant le droit d'admission à l'hôpital diminue légèrement lors de la deuxième enquête (de 95,9% à 72,2%). Le pourcentage exerçant la médecine en groupe reste le même (31% et 32%). Le pourcentage de médecins possédant des arrangements réciproques avec d'autres médecins pour les périodes de garde diminue. Les chiffres diminuent de 65,3% à 63,2% pour ce qui est du service de nuit, de 68,4% à 64,9% pour les fins de semaine et de 89,3% à 75,2% pour les périodes de congé. Par contre, les chiffres augmentent (de 18,4% à 30,5%) pour les congés de perfectionnement. On remarque une augmentation de 26,8 à 30,5 des journées entières de congé au cours de l'année précédant l'entrevue, mis à part les jours fériés.

Le pourcentage de médecins ayant une secrétaire s'élève de 60% à 71%, mais le pourcentage employant un comptable diminue de 7,7% à 3,2%, vraisemblablement à cause de la simplification de la facturation et de la comptabilité à la suite de l'AMQ. On remarque une légère hausse dans le pourcentage de médecins employant une infirmière, de 14,9% à 16,8%, et la proportion d'infirmières diplômées augmente un peu. Après l'AMQ, un plus grand nombre d'infirmières font les analyses d'urine et prennent la tension, mais un nombre plus réduit donnent des injections, probablement parce que, pour exiger un paiement, le médecin doit lui-même faire la piqûre. Moins d'infirmières changent les pansements et remplissent des feuilles médicales après l'AMQ.

Certains médecins praticiens actifs n'ont pas travaillé le jour précédant l'entrevue (ou le vendredi si l'entrevue avait lieu le lundi); leur nombre augmente de 4 à 21 après l'AMQ. Cette hausse réduit effectivement la main-d'œuvre de médecins: malgré l'augmentation de 2424 à 2441 du nombre présumé de médecins actifs, le nombre présumé effectivement de garde pour un jour de travail donné connaît peut-être une légère diminution de 2403 à 2327.

Le tableau 8 indique la moyenne d'heures de travail pour les omnipraticiens, les spécialistes et pour chacun des 8 groupes de spécialistes, avant et après l'introduction de l'AMQ. La variation dans les heures de travail effectuées par les omnipraticiens et les spécialistes s'avère plus grande avant qu'après l'AMQ: il semble que l'AMQ conduit à une uniformité dans le profil des heures de travail. Au niveau de la méthodologie, il est intéressant de remarquer que les médecins signalent un nombre plus important d'heures de travail dans le cadre d'une semaine de travail que pour la journée précédente. Au cours de la première enquête, on estime à 51,5 heures la semaine de travail d'après les questions posées en rapport avec la journée précédente, et à 55 heures d'après les questions posées en rapport avec la semaine moyenne. Au cours de la seconde enquête les chiffres sont de 44 heures et de 50 heures. La validité des chiffres en rapport avec la journée précédente semble moins en doute, les problèmes de rappel étant moins prononcés.

TABLEAU 8

Heures de travail le jour précédant l'entrevue, selon la spécialité du médecin, médecins praticiens actifs dans la métropole de Montréal avant et après l'AMQ

Spécialité	Première enquête (1969-70)		Deuxième enquête (1970-72)		Modification (en heures)
	Heures de travail	Erreur-type	Heures de travail	Erreur-type	
Tous médecins	10,3	,14	8,8	,16	-1,5
Omnipraticiens	10,0	,28	8,6	,30	-1,4
Tous spécialistes	10,6	,16	8,9	,18	-1,7
Chirurgiens généraux	11,2	,45	8,5	,43	-2,7
Autres chirurgiens	10,4	,46	9,2	,51	-1,2
Médecins internes généraux	9,5	,42	9,2	,36	-0,3
Autres médecins internes	10,1	,44	8,3	,54	-1,8
Obstétriciens	10,8	,41	9,1	,45	-1,7
Pédiatres	10,9	,35	8,4	,49	-2,5
Psychiatres	11,7	,39	9,6	,37	-2,1
Ophtalmologistes	10,0	,27	8,8	,33	-1,2

On évalue le nombre total d'heures de travail effectuées par le médecin pendant chaque période de 24 heures qui s'achève à 6 heures le jour de l'entrevue de lundi à vendredi pour les catégories suivantes: la visite des patients au cabinet, à l'hôpital, à la clinique ou à domicile, et travail administratif. Le temps passé dans le cabinet augmente d'une demi-heure dans l'ensemble; à la fois les omnipraticiens et les groupes de spécialistes passent plus de temps dans leurs cabinets, la plus grande augmentation étant enregistrée pour les omnipraticiens (1,8 heures) et les obstétriciens (1,3 heures). Parallèlement, il y a une réduction globale du nombre d'heures de travail effectuées dans les autres lieux cités. Tous les groupes consacrent des périodes sensiblement moins importantes aux visites à domicile; c'est chez les pédiatres que ce changement est le plus prononcé. Il y a également une réduction sensible du nombre de consultations téléphoniques chez tous les groupes. Même si les pédiatres continuent d'y consacrer plus de temps que les autres groupes, la marge de différence comparée à la période avant l'AMQ est beaucoup moins large. De même, on consacre moins de temps aux visites dans les hôpitaux et à la correspondance. Dans la mesure où cette correspondance peut être considérée comme un travail administratif, cette dernière indication est intéressante puisqu'un grand nombre de gens en prévoyait une augmentation.

PATIENTS EXAMINÉS

On évalue le nombre total, par spécialiste, de contacts avec les patients pour une journée, à partir des rapports faits par les médecins au cours de l'étude dans les différents lieux de contact. La diminution du nombre d'heures de travail est accompagnée d'une réduction de 9% du volume total des services médicaux (parmi lesquels les consultations téléphoniques) fournis après la mise en opération de l'AMQ, c'est-à-dire d'un chiffre estimé à 82 262 contacts avec les patients par jour (du lundi au vendredi) à un chiffre de 74 463 par jour. Seuls les « autres » chirurgiens et les ophtalmologistes signalent une hausse dans les contacts avec les patients. Le nombre de contacts avec les patients augmente pour ce qui est des omnipraticiens en particulier, et pour tous les groupes de spécialistes en dehors des chirurgiens généraux, des pédiatres et des psychiatres, l'augmentation la plus importante étant enregistrée chez les « autres » chirurgiens. Le nombre de consultations à domicile connaît une baisse aiguë, en l'occurrence de 2914 à 1080 visites par jour; cette baisse est présente chez les omnipraticiens et pour tous les groupes de spécialistes sauf un. Les consultations téléphoniques sont réduites en nombre pour tous les groupes de médecins, et il y a une baisse globale des consultations avec les patients hospitalisés dont une baisse relativement importante chez les omnipraticiens. La seule augmentation est enregistrée parmi les « autres » chirurgiens et s'accorde avec l'augmentation sensible du nombre des « autres » chirurgiens praticiens indiqué dans le tableau I. On enregistre peu de changement dans le nombre de patients examinés dans les cliniques externes, mais il y a quelques changements parmi les groupes de spécialistes; dans ces cliniques, les omnipraticiens augmentent leur travail alors que les « autres » chirurgiens et les psychiatres réduisent le leur d'une manière sensible.

Pendant les périodes précédant et suivant l'AMQ, les contacts téléphoniques représentent une grande proportion du nombre total de contacts avec les patients. Si l'on exclut les contacts téléphoniques, le nombre de contacts passe de 56 613 à 59 352 en raison de l'augmentation importante de visites dans les cabinets, en l'occurrence de 23 840 à 31 509.

Le nombre de consultations par an calculé à partir de l'enquête des médecins est supérieur (tableau 9) à celui de l'enquête à domicile (tableau I), ceci en raison surtout du nombre sensiblement plus important de contacts téléphoniques signalés par les médecins. Le changement en pourcentage n'accuse pas de grande différence que l'on considère l'enquête auprès des médecins ou l'enquête à domicile.

TABLEAU 9

*Nombre de consultations annuelles par individu selon les médecins
avant et après l'AMQ indiquant le type de visite et les changements en pourcentage*

Date de la consultation	Enquête des médecins			Enquête des ménages
	Première enquête (1969-70)	Deuxième enquête (1971-72)	Changement en pourcentage	Changement en pourcentage
Toutes consultations	6,52	6,03	- 7,5	Néant
• Téléphone	2,67	1,57	-41,2	-13,6
• Cabinet	2,48	3,28	+32,2	+16,7
• Clinique	1,07	1,07	Néant	Néant
• Domicile	0,30	0,11	-63,3	-59,1

On peut comparer les renseignements des médecins sur le nombre de patients examinés selon le lieu avec le nombre de demandes de remboursements faites à la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ) par un même médecin. Cette comparaison ne s'applique qu'aux patients qui peuvent être identifiés par la RAMQ, c'est-à-dire 70% du nombre total. On exclut les 21 médecins qui n'ont pas examiné de patients la veille ainsi qu'un certain nombre qui n'ont pas fait de demande de remboursement à la RAMQ et d'autres qui ne sont pas sur le registre de la RAMQ. On procède à une comparaison entre le nombre moyen de patients examinés par jour d'après les dossiers de la RAMQ et le nombre signalé par le même médecin pour la veille.

En ce qui concerne les omnipraticiens, les pédiatres et les « autres » praticiens internes, les deux séries de résultats se révèlent semblables. Les « autres » spécialistes, en particulier les chirurgiens et les obstétriciens, déposent moins de demandes de rémunération que le nombre d'examens apparemment effectués; pour ce qui est des patients hospitalisés, chez lesquels on décèle une différence importante, ceci tient du fait que les visites effectuées dans le cadre de soins opératoires ou d'accouchements ne sont pas rémunérables séparément. Le même raisonnement peut sans doute expliquer le nombre réduit de demandes de rémunération pour les consultations en cabinet.

L'USAGE DU SYSTÈME PAR LES PATIENTS

On pose la question suivante aux médecins: « Y a-t-il eu des patients parmi ceux que vous avez examinés depuis hier à 6 heures du matin jusqu'à six heures du matin aujourd'hui qui vous ont consulté sans raison valable? » Avant l'AMQ, on peut classer 1,1% des patients dans cette catégorie et après l'AMQ le chiffre est de 1,9%. Les médecins décrivent la plupart de ces patients comme des personnes anxieuses ou hypocondriaques.

On demande également aux médecins si des patients qui se sont présentés, certains auraient dû les consulter plus tôt. Le pourcentage de tels patients diminue de 2,8% avant l'AMQ à 1,8% après.

OBSERVATIONS

On n'avait pas prévu la réduction de 8½ heures en moyenne de la semaine de travail des médecins, et les causes de cette baisse restent confuses. Il se peut qu'avec l'introduction de soins médicaux « gratuits » l'attitude des médecins se transforme par une remise en question de leur semaine de travail de 50 ou 60 heures. Il se peut également que le revenu du médecin après l'AMQ soit égal pour une semaine plus courte, à son revenu avant l'AMQ.

L'augmentation de la période de temps passée en consultations médicales reflète probablement de la part des patients un désir accru de soins, comme on l'avait prédit; même si les médecins passent plus de temps dans leur cabinet, ils sont obligés d'écourter la durée des consultations avec chaque patient. L'augmentation du pourcentage de médecins qui emploient des secrétaires et des infirmières indique peut-être une volonté de se faciliter la tâche devant l'augmentation du nombre de patients et les demandes faites par la RAMQ. Les réductions de temps passé pour les visites dans les hôpitaux et à domicile, et pour les consultations téléphoniques, reflètent peut-être un contrôle plus important de la part du médecin sur ces activités. Pour ce qui est du nombre de contacts téléphoniques, il se peut que leur réduction repose sur la baisse du nombre des appels effectués par le patient, puisque après l'AMQ, il est possible d'obtenir gratuitement une consultation dans

le cabinet même du médecin. Les contacts téléphoniques perdent leur attrait sans doute parce qu'ils ne sont plus remboursables dans le programme des honoraires.

Étant donné la résistance à l'AMQ de la part de certains médecins dans la province, la situation politique lors de l'introduction de l'AMQ, et les occasions offertes aux médecins de quitter le Québec, il est intéressant de remarquer que l'exode de médecins est restreint et que leur nombre total augmente légèrement. En outre, le nombre de médecins actifs augmente sensiblement depuis 1971, certainement en raison de l'augmentation du nombre des étudiants inscrits en médecine dans les années soixante.

L'USAGE DES SALLES D'URGENCE

L'AMQ permet à tous les habitants de consulter un médecin sans déboursier de frais. On prévoit par conséquent une éventuelle réduction d'affluence dans les salles d'urgence des hôpitaux pour les situations non urgentes. Deux études sont menées sur l'usage de salles d'urgence et sur les cliniques externes générales pour lesquelles une lettre de référence signée par un médecin n'est pas nécessaire. En premier lieu, on monte des enquêtes par entrevue avant et après l'AMQ dans un certain nombre d'hôpitaux désignés et on effectue une deuxième étude sur les chiffres de visites dans tous les hôpitaux de la métropole de Montréal.

ENQUÊTE PAR ENTREVUE

On effectue des enquêtes entre les mois de janvier et de juin 1970 et les mois correspondants de l'année 1972 dans 6 hôpitaux que l'on juge assez représentatifs des hôpitaux de la région métropolitaine de Montréal.

On s'assure que les méthodes employées pour chaque enquête sont semblables et que les périodes d'enquête sont sélectionnées de telle manière que les chiffres de présence peuvent être calculés en rapport avec les deux périodes de 6 mois.

Sont exclues les personnes qui ont eu un accident au cours des 24 heures précédant leur présence à l'hôpital. Même avant l'introduction de l'AMQ, les soins médicaux étaient « gratuits », mais les autres patients devaient payer des honoraires calculés sur la base d'un test d'évaluation de leur revenu. Des infirmières bilingues soumettent à des interviews toutes les personnes qui se sont présentées pendant les périodes déterminées, pour toute raison sauf en cas d'accident au cours des 24 heures précédentes. Elles procèdent aux entrevues avant les consultations, à l'aide d'un questionnaire type précodé. Parmi les 1766 personnes susceptibles d'être interviewées pendant la première période, 82% sont interrogées et pendant la seconde période, 93% parmi les 2871 interviewées possibles. Là où les entrevues manquent, le patient a en général déjà consulté le médecin. On procède plus tard à une étude des dossiers pour les salles d'urgence afin d'en tirer des renseignements sur les investigations, les diagnostics, les traitements et les dispositions prises. On choisit trois catégories de maladies: « emergent », « urgent » et « non urgent »¹⁰.

10. Weinerman E. R., Ratner R. S., Robbins A. et al., « Yale studies in ambulatory medical care V: Determinants of use of hospital emergency services », *Am. J. Public Health*, 56(7) 1966, 1037-1056. « Emergent » indique une condition qui requiert une attention médicale immédiate; des retards sont dangereux pour le patient; la maladie est aiguë et peut menacer la vie ou la fonction. « Urgent » indique une condition qui exige une attention médicale au plus tard quelques heures après son apparition; il y a un danger pour le patient s'il n'est pas examiné par un médecin; la maladie est aiguë sans être nécessairement sévère. « Non-urgent » indique une condition qui ne requiert pas les ressources des services d'urgence; des soins médicaux usuels peuvent ou non être nécessaires; la maladie n'est pas aiguë et sa sévérité est mineure.

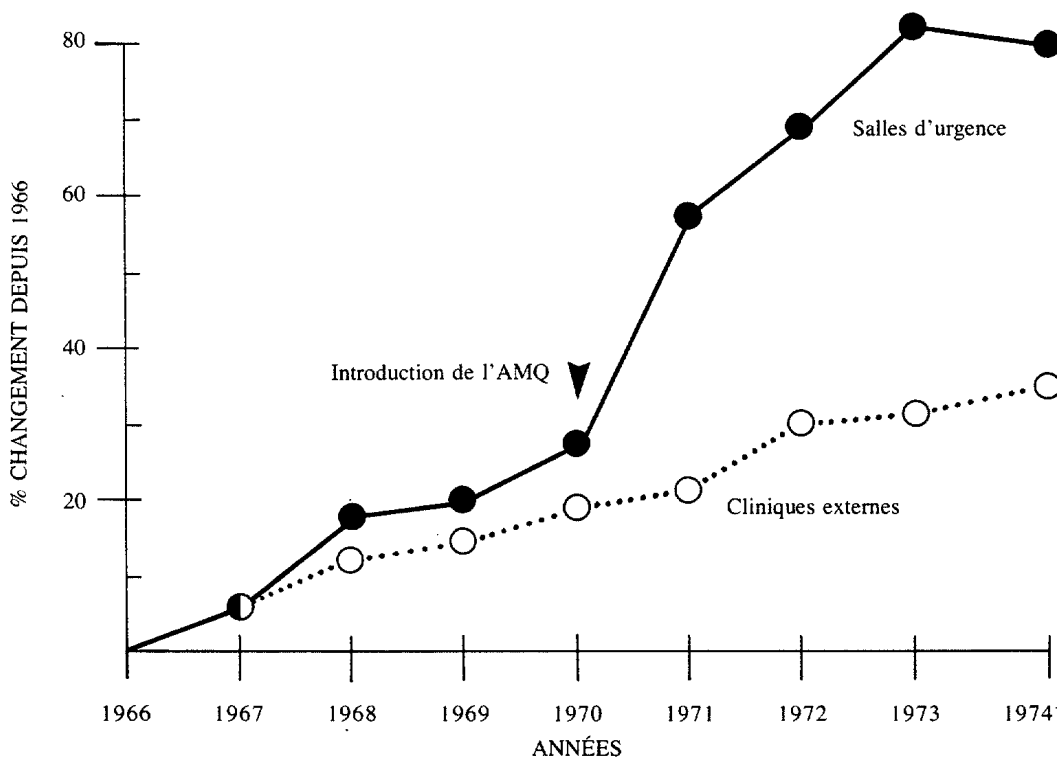
Aucune différence importante dans les caractéristiques démographiques des usagers des salles d'urgence n'est décelée entre 1970 et 1972, bien qu'il y ait une augmentation de la présence d'enfants en 1972. On observe une légère variation dans les raisons proposées par les patients pour expliquer leur présence à l'hôpital entre les deux enquêtes. Avant l'AMQ, 42% rapportent que les raisons de leur présence reposent davantage sur une question de commodité que sur une inquiétude au sujet de leur santé, ce chiffre étant de 57% après l'AMQ. Les proportions qualifiées de « emergent », « urgent » et « non urgent » ne connaissent aucune variation après l'AMQ.

Ces patients identifient plus fréquemment la salle d'urgence comme leur lieu usuel de recours médical en 1972 qu'en 1970. Une relation se manifeste avant et après l'AMQ: les usagers les plus fréquents sont les individus provenant des groupes socio-économiques inférieurs. Ceci reflète peut-être la tendance marquée des cabinets de médecins à s'implanter dans les quartiers aisés de la ville.

On observe que peu de changement dans la proportion de patients qui ont essayé de consulter un médecin avant de se présenter dans une salle d'urgence, 33% et 39% respectivement. Parmi ceux qui tentent ou de consulter un médecin ou de le contacter par téléphone, un plus petit nombre réussit après la mise en exécution de l'AMQ (38% contre 63% avant l'AMQ). Une fois les diagnostics effectués, le traitement appliqué et les dispositions prises pour le patient sont semblables dans les deux enquêtes.

FIGURE 1

Changement en pourcentage des taux de visites par 1000 habitants aux salles d'urgence et aux cliniques externes dans tous les hôpitaux de la métropole de Montréal



VISITES AUX SALLES D'URGENCE

On recueille le nombre total de visites aux salles d'urgence et aux cliniques externes pour la période comprise entre 1966 et 1974 dans 38 des 42 hôpitaux de la métropole de Montréal. En ce qui concerne les 4 autres hôpitaux qui représentent 3,2% du nombre total de visites en 1974, on ne possède pas de chiffres pour la période antérieure. Les estimations pour ces 4 hôpitaux sont utilisées pour calculer la proportion globale du recours aux salles d'urgence par la population montréalaise.

Les chiffres de visites aux salles d'urgence par tranche de 1000 individus par an augmente de 299 en 1966 à 541 en 1974 — une augmentation de 31%. La hausse se situe principalement entre 1970 et 1973 (figure 1). Le changement en pourcentage moyen par an pour les cliniques externes est de 4,8% entre 1966 et 1970 et 2,4% entre 1970 et 1974. On ne trouve aucun rapport entre les taux d'augmentation et la taille des hôpitaux, leur statut d'hôpital enseignant ou non enseignant, ou la langue principalement en vigueur.

TABLEAU 10
*Taux de sorties des hôpitaux (par tranche de 1000 habitants)
à Montréal et dans le reste de la province de Québec, 1966-74*

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Toutes sorties:									
Montréal	119	116	119	110	105	100	92	100	94
Reste de la province	153	149	153	148	148	158	146	170	172
Accouchements:									
Montréal	23	20	21	19	19	18	18	15	14
Reste de la province	26	23	23	22	22	21	21	23	24
Accidents:									
Montréal	8	8	7	7	6	6	6	6	7
Reste de la province	13	12	12	12	12	12	11	12	12
Autres:									
(1) Sans opération:									
Montréal	45	44	44	44	38	36	30	32	29
Reste de la province	66	65	64	62	62	63	56	65	66
(2) Avec opération:									
Montréal	43	43	47	44	42	46	42	48	44
Reste de la province	48	49	54	52	51	61	58	71	70

OBSERVATIONS

L'absence de changement dans les caractéristiques des individus qui se présentent dans les salles d'urgence, ou dont les conditions imposent de rapides interventions médicales suggère que l'usage plus fréquent de ce service d'urgence, à l'accès facile et immédiat, rentre dans le cadre d'une demande générale plus importante. Néanmoins, l'augmentation sensible de l'usage remarquée au cours de 1971 laisse entrevoir que cette année-là le lieu de l'intervention médicale se déplaçait du cabinet privé du médecin, à la salle d'urgence de l'hôpital.

HOSPITALISATION

On peut s'attendre à ce qu'une assurance-maladie globale réduise, par l'amélioration des soins ambulatoires, la nécessité des admissions à l'hôpital. Par contre, une assurance-maladie peut également permettre de plus nombreux dépistages de maladies exigeant le

traitement à l'hôpital. Dans le but d'étudier les changements que peut occasionner l'AMQ, on examine les admissions à l'hôpital dans la province de Québec au cours de la période 1966-1974. Le service d'assurance-hospitalisation du Ministère des Affaires Sociales de Québec fournit des bandes magnétiques des sorties pour tous les hôpitaux sauf les hôpitaux pour maladies mentales et pour la tuberculose. Pour faciliter la tâche, un échantillonnage de 1:60 des sorties est tiré et analysé indépendamment pour les individus résidant à Montréal et pour ceux qui habitent dans le reste de la province.

TAUX D'HOSPITALISATION

Les taux d'hospitalisation dans la province de Québec augmentent progressivement tout comme dans les autres régions du Canada et aux États-Unis. Cela n'est pas le cas, néanmoins, en ce qui concerne les habitants de Montréal. Les taux dans la métropole sont inférieurs en 1966 à ceux de l'extérieur et connaissent une baisse progressive (tableau 10). On enregistre une forte baisse de natalité pendant cette période et une réduction du nombre d'accouchements parmi les deux populations. On écarte ces situations de l'analyse ainsi que les accidents dont la fréquence reste constante. Les autres sorties sont classées médicales ou chirurgicales selon qu'une intervention chirurgicale est enregistrée ou pas. En 1966 le taux de sorties sans intervention est considérablement plus élevé dans le reste de la province. Dans les deux régions, les niveaux diminuent progressivement jusqu'en 1972, après quoi on assiste à une petite augmentation.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

À Montréal, les taux de sorties chirurgicales restent stables jusqu'en 1972 puis connaissent une légère augmentation. En 1966, le niveau pour le restant de la province est un peu supérieur à celui de Montréal; il monte irrégulièrement, atteint un sommet moyen en 1971 et son apogée en 1973 qui se poursuit jusqu'en 1974.

On sélectionne certaines opérations dans le cadre de cette étude: deux cas qui ne devaient pas être affectés par l'AMQ, les mastectomies et les prostatectomies; deux cas dans lesquels l'accès au médecin par les patients dans le besoin peut être facilité, les interventions sur les hernies, et sur le cristallin et l'humeur vitrée (pour cataractes principalement); et six cas d'interventions pour lesquelles tout changement serait fondé moins sur le besoin ou l'accessibilité que sur d'autres facteurs, des opérations telles que les hystérectomies, les cholécystectomies, les appendicectomies, les hémoroïdectomies et les rhinoplasties.

La fréquence des mastectomies et des prostatectomies s'avère la même dans les deux régions et elle augmente continuellement à partir de 1966, indépendamment de l'AMQ. Le même profil se dégage pour les opérations sur le cristallin et l'humeur vitrée, pour les cataractes principalement. Les taux pour les hernies ne se modifient pas sensiblement bien qu'on décèle une tendance à la hausse dans le restant de la province.

La fréquence des interventions sur les amygdales et les adénoïdes diminue fortement au cours des années 1966 à 1970. À Montréal la tendance demeure indépendante de l'AMQ mais à l'extérieur, où les taux sont considérablement plus élevés à tous les ans, il y a une augmentation sensible du nombre d'opérations en 1971, suivie d'un retour de la tendance à la baisse. On remarque une tendance à la hausse pour les hystérectomies et les cholécystectomies durant toute la période en question, mais depuis l'AMQ, le niveau dans le reste de la province s'élève beaucoup plus rapidement qu'à Montréal. Les chiffres pour les appendicectomies ne manifestent aucune tendance régulière au cours des 9 années. La

fréquence des hémorroïdectomies et des rhinoplasties augmente quelque peu dans les deux régions après l'AMQ.

DURÉE DES SÉJOURS

La durée moyenne des séjours dans les hôpitaux de Montréal qui, fixée à un peu plus de 16 jours, est restée stable de 1966 à 1969, se met à diminuer en 1970 et tombe à 15.2 jours en 1972. Ailleurs dans la province la durée moyenne de séjour est plus courte: de 14,6 jours en 1966 et de 13,6 jours en 1970. Pour les années 1971 et 1972 ces chiffres passent à 15,7 jours et 15,5 jours respectivement mais connaissent à nouveau une baisse à 14,1 jours en 1973. On suppose que les causes de cette diminution sont une réduction de la durée de séjour pour certaines opérations, telles que hystérectomies, qui tombe de 14,6 jours en 1970 à 12,3 jours en 1972 et un nombre plus élevé d'opérations qui nécessitent qu'un court séjour.

OBSERVATIONS

On ne peut expliquer l'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales et la différence de taux pour les interventions spécifiques entre Montréal et le reste de la province en invoquant les différences de prédominance des maladies ou la répartition d'âge. La disponibilité de lits est semblable dans les deux régions, un élément qui demeure stable au cours de la période étudiée. Le nombre de praticiens actifs augmente dans les deux régions, mais la distribution des médecins par spécialité reste à peu près la même. Il n'existe donc aucun facteur évident pour expliquer les différences régionales qui existent pour la fréquence des opérations sur les amygdales et les adénoïdes, des appendicectomies ou des herniorraphies, différences qui existent toutes avant l'AMQ. De même il n'existe aucune cause évidente pour expliquer l'évolution dans les cholécystectomies et les hystérectomies qui se développe depuis l'AMQ.

LES EFFETS SUR LA SANTÉ

L'assurance-maladie est destinée principalement, sur le plan social, à permettre à tous l'accès aux soins médicaux, indépendamment du revenu financier. En général, on est de l'avis que les soins médicaux sont bénéfiques et que leur accès plus libre peut mener à un niveau de santé plus élevé. Cette affirmation implique un certain nombre de postulats dont le plus important est peut-être qu'à défaut d'assurance-maladie, les problèmes économiques de certains malades peuvent empêcher le traitement curatif ou lénitif de leurs maux.

À travers nos enquêtes, nous nous sommes efforcés surtout de découvrir les effets de l'assurance-maladie sur le comportement des médecins et du public plutôt que d'en évaluer les répercussions sur la morbidité et la mortalité, objectif beaucoup plus délicat. On a déjà fait allusion à la série de questions posées au sujet de symptômes ordinaires qui, de l'avis général, demanderaient une opinion médicale. On observe une augmentation des consultations pour ces plaintes et une répartition plus égale sur la gamme de revenus. De semblables tendances sont enregistrées en rapport avec les soins prénataux et postnataux. Ceci semble indiquer que les gens obtiennent plus souvent de l'aide lorsque les soins médicaux sont nécessaires et probablement utiles. Chez les enfants, cette redistribution est moins marquée et on assiste à une diminution du taux de consultations; ce développement est fâcheux.

Les variations dans les taux de consultations ne sont pas nécessairement liées au niveau de santé puisque celui-ci dépend davantage de la qualité et de l'efficacité des soins. Il est peu probable que les variations relativement restreintes de fréquence et de conditions liées aux contacts médecin-patient depuis 1969 aient pu influencer d'une manière sensible sur les taux de mortalité. Cette variable est un indice très peu sensible de l'efficacité de soins médicaux et elle change selon d'autres facteurs sociaux, économiques et démographiques plus influents. Néanmoins, nous considérons qu'il est important d'étudier la question minutieusement, et à cette fin, nous avons procédé à l'analyse détaillée des taux de mortalité normalisés pour l'âge (par spécifications et par standardisation) selon la cause, dans la province au cours de la période 1963-1973. En 1970, un chiffre relativement élevé de mortalité infantile vient interrompre une diminution soutenue, enregistrée jusqu'alors, mais la tendance à la baisse se renouvelle en 1971. Une amélioration spectaculaire des chiffres de mortalité liés aux maladies génito-urinaires demeure inchangée après l'introduction de l'AMQ. L'une des conséquences de cette introduction est peut-être une régression accélérée de la mortalité maternelle depuis 1969. Comme prévu, donc, on n'enregistre pas de répercussions sensibles sur la mortalité dans la province.

RÉSUMÉ

Des enquêtes auprès de ménages, de médecins et de personnes utilisant les salles d'urgence et une étude des admissions dans les hôpitaux sont menées dans la métropole montréalaise, avant et après la mise en opération de l'Assurance-Maladie du Québec survenue en novembre 1970. À la suite de cette introduction, on observe une légère augmentation d'ensemble dans l'usage des services des médecins, mais par contre une redistribution considérable se manifeste, accompagnée d'un usage accru de ces services par les individus issus de familles à bas revenu. Avant l'AMQ, plus les gens proviennent de milieux socio-économiques riches, plus ils consultent un médecin sur la base de certains symptômes définis et pour lesquels des soins médicaux semblent nécessaires: après l'AMQ, cette relation disparaît presque entièrement. La journée de travail moyenne des médecins est de 8,8 heures après l'AMQ contre 10,3 heures auparavant; ils reçoivent un nombre plus élevé de patients dans leur cabinet mais ils diminuent le nombre de consultations téléphoniques et réduisent de beaucoup les visites à domicile. On enregistre une augmentation considérable de l'usage des salles d'urgence et de certaines interventions chirurgicales mais on ne détecte pas de diminution du nombre d'admissions dans les hôpitaux. Il est impossible encore de cerner les conséquences sur la santé de cette législation sociale.

SUMMARY

Surveys of households, physicians and emergency rooms and a review of hospital admissions were conducted in metropolitan Montreal before and after the introduction, in November 1970, of Quebec Health Insurance (QHI). Following QHI there was a small overall increase in utilization of physicians' services, but a considerable redistribution with increased use by persons in low income families. Before QHI there was an economic gradient in the proportion of persons who consulted a physician for selected symptoms thought to require medical advice; this was virtually eliminated after QHI. Physicians worked an average 8.8 hours a day after QHI compared with 10.3 before; they saw a larger number of patients in their offices, but reduced telephone consultations and cut home visits severely. A considerable increase in the use of emergency rooms was observed and in certain surgical operations, but there was no evidence of a decrease in hospital admissions. The effect on health, so far, of this social legislation cannot be established.

RESUMEN

Antes y después de la aplicación del seguro-enfermedad, ocurrido en noviembre de 1970, se realizaron, encuestas con matrimonios, médicos y personas que utilizan las salas de urgencia y un estudio sobre las admisiones en los hospitales en la metrópoli de Montreal. Como resultado a la introducción de este seguro se observa una ligera aumentación en el uso del conjunto de los servicios médicos, pero por el contrario, una redistribución considerable se manifiesta, acompañada de un mayor uso de esos servicios por los individuos provenientes de familias modestas. Antes de la implantación de este seguro cuanto más la gente eran de un

medio socio-económico rico más consultaban un médico sobre la base de ciertos síntomas definidos y por los cuales una asistencia médica parecía necesaria; después de la implantación, esa relación desaparece casi por completo. Los médicos trabajan ahora unas 8.8 horas como promedio al día, antes ese promedio era de 10.3 horas; reciben un número más elevado de pacientes en sus consultorios pero disminuyen el número de consultas telefónicas y reducen bastante las visitas a domicilio. Se nota una aumentación considerable en el uso de las salas de urgencia y en ciertas intervenciones quirúrgicas, pero no se ve una disminución en el número de admisiones en los hospitales. Es todavía imposible ver las consecuencias, sobre la salud de esta legislación social.