

2013RP-17

**Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec :  
mesure, conséquences et moyens pour les réduire**

*Stéphanie Boulenger, François Vaillancourt*

---

**Rapport de projet**

---

Montréal  
Septembre 2013

© 2013 Stéphanie Boulenger, François Vaillancourt. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.

*Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source*



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

## **CIRANO**

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

*CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.*

### **Partenaire majeur**

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie

### **Partenaires corporatifs**

Autorité des marchés financiers  
Banque de développement du Canada  
Banque du Canada  
Banque Laurentienne du Canada  
Banque Nationale du Canada  
Banque Scotia  
Bell Canada  
BMO Groupe financier  
Caisse de dépôt et placement du Québec  
Fédération des caisses Desjardins du Québec  
Financière Sun Life, Québec  
Gaz Métro  
Hydro-Québec  
Industrie Canada

Investissements PSP  
Ministère des Finances du Québec  
Power Corporation du Canada  
Rio Tinto Alcan  
State Street Global Advisors  
Transat A.T.  
Ville de Montréal

### **Partenaires universitaires**

École de technologie supérieure (ÉTS)  
École Polytechnique de Montréal  
HEC Montréal  
Institut national de la recherche scientifique (INRS) McGill University  
Université Concordia  
Université de Montréal  
Université de Sherbrooke  
Université du Québec  
Université du Québec à Montréal  
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

**ISSN 1499-8629 (Version en ligne)**

# **Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec : mesure, conséquences et moyens pour les réduire<sup>1</sup>**

*Stéphanie Boulenger<sup>2</sup>, François Vaillancourt<sup>3</sup>*

---

<sup>1</sup> Nous remercions les participants à une rencontre du comité santé de la FCCQ le 25 mai 2011 pour une discussion sur ce sujet.

<sup>2</sup> Directrice de projet, CIRANO.

<sup>3</sup> Fellow CIRANO.

# Liste d'acronymes

---

- CSE Center for Spatial Economics
- ESCC Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
- FMGD Fichier de micro-données à grande diffusion
- ICIS Institut canadien d'information sur la santé
- IRM Imagerie par résonance magnétique
- MSSS Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
- NHS National Health Service (Royaume-Uni)
- OCDE Organisation de coopération et de développement économique
- PIB Produit intérieur brut
- SNISA Système national d'information sur les soins ambulatoires

# Table des matières

---

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Définition et mesure des temps d'attente .....</b>	<b>5</b>
1.1. Que mesure-t-on au Canada? .....	7
1.2. Où se situe le Québec par rapport à d'autres provinces? .....	10
1.3. Limites et interprétation des temps d'attente .....	13
<b>2. Impact des temps d'attente .....</b>	<b>15</b>
2.1. Production.....	17
2.2. Productivité.....	17
2.3. Analyse quantitative de l'impact des temps d'attente sur le revenu et l'emploi des gens en attente.....	19
2.4. Qualité de vie et détérioration de l'état de santé .....	25
2.5. Coût des temps d'attente .....	26
2.6. Conclusion des impacts des temps d'attente .....	28
<b>3. Comment réduire les temps d'attente .....</b>	<b>29</b>
3.1. Comprendre les facteurs qui contribuent à l'augmentation des temps d'attente.....	29
3.2. Stratégies pour réduire temps d'attente .....	32
<b>Conclusion .....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>42</b>
<b>Annexe 1 : Normes et temps d'attente optimaux.....</b>	<b>46</b>
1. Normes.....	46
2. Temps d'attente optimaux .....	47
<b>Annexe 2 : Méthodologie de l'analyse quantitative.....</b>	<b>50</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Types d'intervention suivie par l'ICIS et leur intervalle de mesure .....	7
Tableau 2 : Temps passé aux urgences en Ontario .....	10
Tableau 3 : Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche planifiée, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) .....	11
Tableau 4 : Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) .....	11
Tableau 5 : Temps d'attente pour la radiothérapie, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).....	11
Tableau 6 : Temps d'attente pour un pontage coronarien, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) .....	12
Tableau 7 : Temps d'attente médian (semaines) selon l'étude de l'Institut Fraser pour 2009 (Esmail, Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 2009 Report, 2009) .....	12
Tableau 8 : La fréquence des problèmes causés suite au temps d'attente (positif) pour visiter un médecin spécialiste, par type de problème, 2005 .....	20
Tableau 9 : La fréquence des problèmes causés suite au temps d'attente (positif) pour un test de diagnostic, par type de problème, 2005 .....	20
Tableau 10 : La fréquence des problèmes causés suite au temps d'attente (positif) pour une chirurgie non urgente, par type de problème, 2005.....	21
Tableau 11 : Le nombre de jours (positif) attendus avant de visiter un médecin spécialiste (visite réalisée), par quintile, 2005.....	21
Tableau 12 : Le nombre de jours (positif) attendus avant de subir un test de diagnostic (test de diagnostic subi), par quintile, 2005 .....	21
Tableau 13 : Le nombre de jours (positif) attendus avant de subir une chirurgie non urgente (opération effectuée), par quintile, 2005.....	22
Tableau 14 : L'impact sur le revenu et l'emploi du nombre de jours (positif) attendus avant de visiter un médecin spécialiste (visite réalisée), par quintile, 2005 .....	22
Tableau 15 : L'impact sur le revenu et l'emploi du nombre de jours (positif) attendus avant de subir un test de diagnostic (test de diagnostic subi), par quintile, 2005 .....	23
Tableau 16 : L'impact sur le revenu et l'emploi du nombre de jours (positif) attendus avant de subir une chirurgie non urgente (opération effectuée), par quintile, 2005.....	23
Tableau 17 : Résultat des régressions dprobit quant aux effets sur le revenu et sur l'emploi du temps attendu (en jours) pour recevoir des services de santé, par type de service, 2005 .....	23
Tableau 18 : Facteurs réduisant et augmentant le temps d'attente - résultats empiriques .....	37

Tableau 19 : Des améliorations à long terme: sommaire des caractéristiques des hôpitaux en Grande-Bretagne (Appleby, et al., 2004) .....	38
Tableau 20 : Lignes directrice de l'Association canadiennes des médecins d'urgence pour les temps d'attente aux urgences (Source : Canadian Association of Emergency Physicians, 2005) .....	46
Tableau 21 : Tableau comparatif des balises d'accès à des services de santé au Canada et au Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2011) .....	47
Tableau 22 : Temps d'attente raisonnable par rapport aux cibles canadiennes, 2009 (Esmail, Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 2009 Report, 2009).....	48
Tableau 23 : Comparaison entre les temps médian actuels et raisonnables (semaines), 2009 (Esmail, Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 2009 Report, 2009) .....	49
Tableau 24 : Liste des variables utilisées dans la régression dprobit.....	51

## Liste des figures

Figure 1 : Trajectoire d'un patient et temps d'attente possibles .....	6
Figure 2 : Impact des temps d'attente .....	16
Figure 3 : Facteurs contribuant à l'augmentation des temps d'attente (Hurst & Siciliani, 2003). .....	30

## Introduction

Lors de diverses activités organisées par CIRANO en 2010-2011, des participants ont soulevé que les temps d'attente avaient des répercussions négatives pour eux, qui se traduisaient en des absences prolongées, des pertes de production et de productivité et des opportunités d'affaires ratées. La présente recherche s'inscrit donc dans ce cadre et répond à plusieurs questions soulevées : Qu'est-ce que des temps d'attente? Est-ce qu'ils sont bien mesurés? Y-a-t-il des comparables d'une province à une autre? En quoi se comparent-ils à ceux dans d'autres états ou pays consacrant une part similaire ou moindre de leur PIB aux dépenses de santé? Y-a-t-il des pays qui ont réussi à bien maîtriser les temps d'attente sans affecter la qualité des services? Comment? Est-ce que des chercheurs ont tenté de déterminer s'il y avait un temps d'attente optimal?

Les temps d'attente en santé ont une large couverture médiatique et sont une préoccupation majeure du public, des individus ou des entreprises. Pour beaucoup d'individus, attendre pour être traité, recevoir un diagnostic ou voir un médecin de famille peut être des expériences pénibles et stressantes qui ont des répercussions sur leur qualité de vie, l'absentéisme au travail, le présentéisme<sup>4</sup> et la productivité au travail ou à la maison. Quant aux entreprises, certaines rapportent lors de discussions informelles que les temps d'attente leur entraînent des coûts indirects importants lorsque leurs employés doivent attendre pour recevoir des soins, et sont donc absents de leur lieu de travail, ou lorsqu'ils sont moins productifs à cause d'une douleur ou d'un inconfort causé par une maladie non traitée. À l'échelle de la société donc, les temps d'attente peuvent entraîner des conséquences et des coûts, mais quelle est au juste leur ampleur?

Pour répondre à cette question, ce rapport propose, dans un premier temps, de circonscrire la notion de temps d'attente en santé, d'en donner une définition et de préciser les limites de son interprétation. Par ailleurs, la première section décrira aussi quels temps d'attente sont mesurés au Canada, et où se place le Québec, sur des données comparables, par rapport aux autres provinces canadiennes. Une fois les temps d'attente définis, la deuxième partie s'attachera à évaluer leur impact sur la société, et notamment sur les revenus des individus, les coûts pour la société et la productivité et donc dans quelle mesure les temps d'attente sont-ils un problème de société qu'il est impératif de régler. Finalement, la dernière section présentera des pistes de solution pour réduire les temps d'attente.

---

<sup>4</sup> C'est un terme qui nous vient des États-Unis et qui désigne le fait d'être physiquement présent au travail sans avoir la productivité attendue. La baisse de productivité du salarié peut être due à des motifs personnels (maladie aiguë ou chronique, problèmes personnels extérieurs à l'entreprise) ou être en relation avec le travail (démotivation ou fatigue due à une surcharge de travail, un manque de reconnaissance, des relations conflictuelles dans le travail...).



Cette recherche a été effectuée au moyen d'une analyse quantitative et d'une revue de la littérature. Dans cette revue, il n'y a pas eu d'évaluation par les auteurs des écrits pour juger de leur validité scientifique. Ce qu'il importait à cette étape était de recenser ce qui existait sur le sujet des temps d'attente et couvrir tout le spectre des opinions, conclusions ou façons d'aborder le sujet.

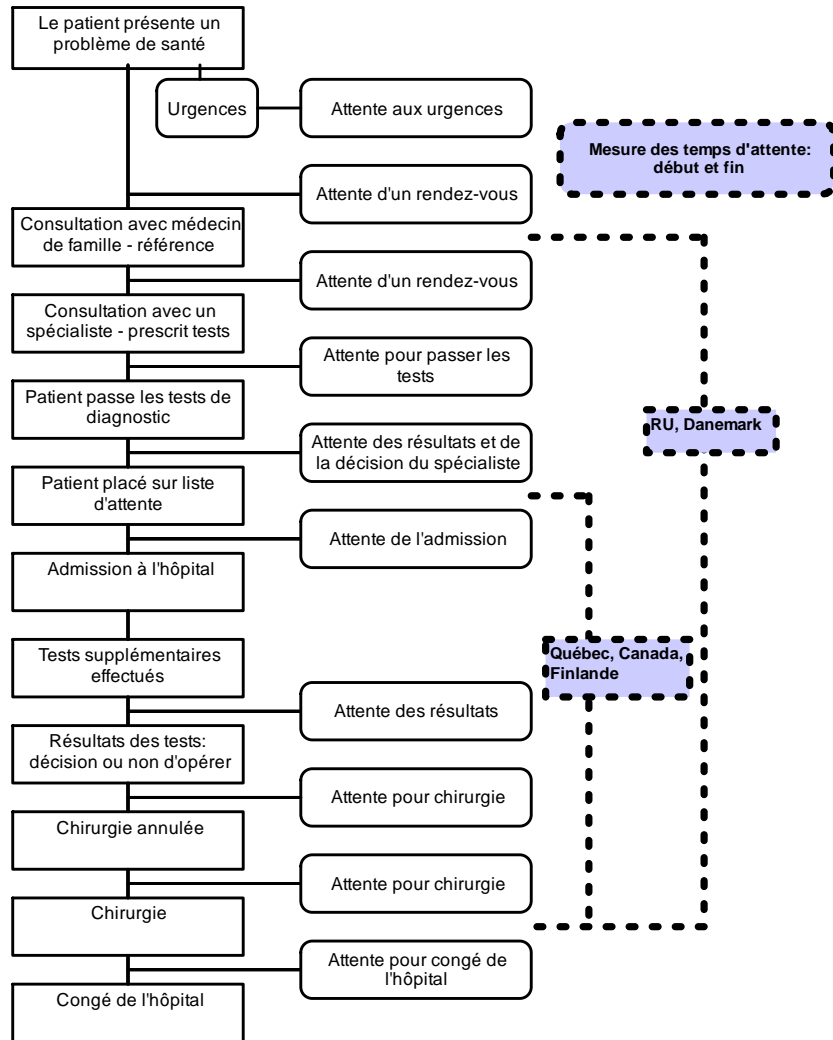
## **1. Définition et mesure des temps d'attente**

Le temps d'attente est le délai avant qu'un patient reçoive un service de santé, soit une consultation, un diagnostic, un traitement ou une chirurgie. L'itinéraire, ou la trajectoire, d'un patient lorsqu'il présente des problèmes de santé est ponctué de nombreuses étapes, chacune ayant potentiellement un temps d'attente. Comme l'illustre la Figure 1, le patient peut débiter cet itinéraire par une visite à l'urgence ou par une consultation avec un médecin de famille. Il peut ensuite se faire référer à un spécialiste, se faire prescrire des tests diagnostics et éventuellement aller jusqu'à une admission à l'hôpital pour une chirurgie de jour ou une chirurgie requérant l'hospitalisation.

Il y a donc de nombreux points dans la trajectoire où on peut mesurer les temps d'attente et ces derniers varieront selon le point de départ et d'arrivée choisis, et ils sont nombreux. Voici quelques exemples de mesures possibles : temps entre la consultation chez le spécialiste et le traitement, entre la décision d'opérer et la sortie de l'hôpital, entre la visite chez le médecin de famille et le spécialiste, entre la prescription d'un test diagnostic et le test en lui-même. Pour le temps d'attente aux urgences, il y également plusieurs possibilités : entre le triage et le départ de l'urgence et entre le triage et le moment où le patient est vu par un médecin. Au Royaume-Uni et au Danemark, les indicateurs de temps d'attente pour les chirurgies électives sont mesurés entre la référence par le médecin de famille et la chirurgie, alors que le point de départ au Canada ou au Québec est le moment où le patient est mis sur la liste d'attente de l'hôpital pour être opéré. Cela rend donc difficiles les comparaisons entre pays.

Les façons de mesurer les temps d'attente, ou indicateurs, sont également multiples : pourcentage de patients recevant un service de santé à l'intérieur des normes nationales/provinciales fixées, temps d'attente médian, temps d'attente moyen, temps d'attente moyen ou médian du 90<sup>e</sup> percentile (donc le 10 % de personnes qui attendent le plus longtemps), pourcentage d'interventions effectuées dans un certain délai et temps d'attente maximal (ce dernier peut correspondre à l'objectif de temps d'attente que s'est fixé un gouvernement ou au plus long temps d'attente observé). Les temps moyens, par rapport à médians, ont le désavantage que les valeurs extrêmes tirent la moyenne vers le haut ou vers le bas. En général, les gouvernements utilisent plutôt le temps d'attente médian.

Figure 1 : Trajectoire d'un patient et temps d'attente possibles



Source: Auteur et Appleby, et al., 2004

Si on prend l'exemple de l'arthroplastie de la hanche planifiée, le temps d'attente médian au Québec est de 72 jours, le temps d'attente médian du 90<sup>e</sup> percentile, donc du 10 % de patients qui attend le plus longtemps, est de 203 jours et 88 % des patients sont traités dans un délai de référence de 182 jours (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

En somme, il existe plusieurs temps d'attente mesurables et plusieurs façons de les présenter selon l'indicateur choisi et selon l'objectif poursuivi. Ceci découle en partie du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*<sup>5</sup> dont les premiers ministres ont convenu en septembre 2004. On y convient de normes, indicateurs et mesures communes pour un certain nombre d'interventions spécifiques.

<sup>5</sup> [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php)

## 1.1. Que mesure-t-on au Canada?

L'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) s'est vu attribuer la tâche de recueillir les données sur les temps d'attente, de les traiter et de rendre compte des réductions observées.<sup>6</sup>

Les provinces et le gouvernement fédéral se sont entendus sur des normes (voir Annexe 1), des indicateurs et des mesures communes de temps d'attente. Les interventions qui sont suivies par les provinces sont l'arthroplastie planifiée de la hanche et du genou, la réparation d'une fracture de la hanche, la chirurgie de la cataracte, le pontage coronarien, la radiothérapie, le tomodensitogramme et l'IRM. Le Tableau 1 présente l'intervalle de mesure de chaque intervention. Ces interventions chirurgicales représentent environ le huitième des interventions pratiquées au Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

**Tableau 1 : Types d'intervention suivie par l'ICIS et leur intervalle de mesure**

<b>Intervention</b>	<b>Intervalle de mesure</b>
Arthroplastie de la hanche Arthroplastie du genou Chirurgie de la cataracte Pontage coronarien	Nombre de jours entre la décision d'opérer et l'intervention
Réparation d'une fracture de la hanche	Nombre d'heures entre l'admission pour fracture de la hanche et intervention
Radiothérapie	Nombre de jours entre le moment où le patient est prêt à être traité et la première séance de radiothérapie
Tomodensitogramme IRM	Le nombre de jours entre la réception de la réquisition et le moment où le patient reçoit le test.

Les données rapportées par l'ICIS sont fournies par les ministères de la santé provinciaux. Pour la radiothérapie, il est cependant difficile pour les provinces de s'en tenir aux définitions, car le système d'information de chaque province est plus ou moins souple sur le plan de la collecte et de la déclaration des données. L'information pour les temps d'attente pour la résonance magnétique et le tomodensitogramme est celle qui est la moins développée et seulement la moitié des provinces fournissent des informations à ce sujet.

Au Québec, le site du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) rend disponibles des mesures de temps d'attente pour les services suivants<sup>7</sup> :

---

<sup>6</sup> Le Québec, bien que bénéficiant d'une entente particulière dans le cadre du fédéralisme asymétrique qui respecte sa compétence en matière de santé a participé aux travaux visant à développer des indicateurs comparables en matière de temps d'attente.

<sup>7</sup> <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/>

• Radio-oncologie	<i>Nombre de patients en attente de plus de 4 semaines</i>
• Chirurgie cardiaque	
• Électrophysiologie	<i>Nombre de demandes (1) d'accès au service et (2) réalisées dans les délais recommandés selon le niveau de priorité</i>
• Hémodynamie	
• Hanche	<i><u>Patients opérés</u> : % de patients opérés à l'intérieur de 3 mois, % de patients opérés à l'intérieur de 6 mois, durée moyenne d'attente en semaines</i>
• Genou	
• Cataracte	<i><u>Patients en attente</u> : Patients en attente de 6 mois et plus (total, ayant accepté la 2<sup>e</sup> offre<sup>8</sup>, ayant refusé la 2<sup>e</sup> offre)</i>
• Autres chirurgies d'un jour	<i><u>Patients opérés</u> : % de patients opérés à l'intérieur de 3 mois, % de patients opérés à l'intérieur de 6 mois, durée moyenne d'attente en semaines</i>
• Autres chirurgies avec hospitalisation	<i><u>Patients en attente</u> : Nombre de patients en attente de 6 mois et plus</i>

On peut formuler quelques réserves quant aux mesures de l'ICIS. Premièrement, elles ne sont pas nécessairement standardisées à travers les établissements de santé et on observe une grande variabilité des définitions, des mesures et des statistiques de temps d'attente. Les données concernant les listes d'attente ne sont pas auditées au Canada, il n'y a donc pas de contrôle de la qualité, d'autant que la manière de mesurer est différente d'un hôpital à l'autre (Sanmartin, Shortt, Barer, Sheps, Lewis, & McDonald, 2000).

Ce n'est pas le cas au Royaume-Uni où la Commission d'audit a effectué des vérifications des listes d'attente dans plusieurs hôpitaux. La Commission a identifié des erreurs pour 30 % des indicateurs de performance des listes d'attente (Audit Commission, 2003). L'Australie procède aussi à l'audit de ses listes d'attente, pour s'apercevoir récemment que certains hôpitaux manipulaient les données afin de rencontrer les objectifs de temps d'attente.

---

<sup>8</sup> Seules les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte ont un délai de traitement maximal fixé à six mois. Si l'établissement estime qu'il ne pourra pas respecter ce délai, il doit, en collaboration avec le chirurgien traitant, faire une 2<sup>e</sup> offre aux patients. Cette 2<sup>e</sup> offre consiste à proposer l'une des options suivantes : être opéré par un autre médecin du même hôpital; être opéré par un médecin dans un autre hôpital de la même région; être opéré par un médecin à l'extérieur de leur région; être opéré dans un centre médical spécialisé (CMS, CMSA).

Deuxièmement, il y a des patients inscrits sur les listes qui ne devraient pas y figurer. Certains sont d'avis que les listes d'attente sont surestimées de 20 à 30 %, car elles ignorent les patients décédés, ceux qui ont reçu le traitement, ceux qui ont refusé le traitement, ceux ne désirant plus recevoir le traitement ou ceux qui ne savent pas qu'ils sont sur la liste (McDonald, Shortt, Sanmartin, Barer, Lewis, & Sheps, 1998).

L'Institut Fraser, quant à lui, obtient ses données sur les temps d'attente via des enquêtes auprès des médecins. Les données collectées par le Fraser sont beaucoup plus détaillées que celles de l'ICIS en ce sens qu'elles touchent à plus de points dans la trajectoire de traitement. En effet, les mesures du Fraser concernent les temps d'attente entre : la référence par un médecin de famille et la consultation chez le spécialiste, la référence par un médecin de famille et le traitement et la décision de traiter et le traitement (par spécialité et par intervention). De plus, l'enquête demande aussi aux médecins ce qu'ils considèrent être des temps d'attente raisonnables (certains résultats sont présentés en Annexe 1). Les données du Fraser sont rapportées en temps médians plutôt que moyens. Dans son rapport, le Fraser compare ses résultats avec ceux d'autres études. Dans 59 cas sur 95, les temps d'attente du Fraser sont en dessous et dans 31 cas, au-dessus. Dans 5 cas, ils sont identiques.

Pour les temps d'attente aux urgences, il n'y a pas de consensus au Canada, ni d'harmonisation des mesures. Au Québec, le gouvernement s'est fixé comme objectifs (i) un séjour moyen de 12 heures ou moins sur civière, (ii) au plus 15 % des séjours de 24 heures et plus sur civière d'ici 2015, (iii) moins de 1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière d'ici 2015 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010). Les agences de la santé québécoises publient le nombre de patients séjournant à l'urgence plus de 24 heures et plus de 48 heures, et cette mesure s'applique aux patients sur civière, mais pas en ambulatoire (soit les patients qui se présentent aux urgences mais qui ne requièrent pas de civière). Le temps d'attente sur civière est mesuré à partir du triage. Récemment, La Presse a fait son palmarès des urgences, établissant la moyenne d'attente à environ 17 heures. Cette moyenne est pour les patients sur civière uniquement (Champagne, 2011).

En Ontario, le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) a été élaboré et mis en œuvre afin de recueillir des renseignements sur les temps d'attente dans les salles des urgences en Ontario. Le SNISA a été mis en place dans 128 établissements hospitaliers, permettant ainsi de consigner des données sur 89 % des visites aux urgences à l'échelle de la province.




La définition ontarienne du temps d'attente aux urgences est « le temps passé par le patient dans la salle des urgences mesuré à partir du moment où le patient est inscrit ou voit une infirmière de triage, jusqu'au moment où il quitte les urgences (renvoi à la maison ou hospitalisation) » (Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée, Gouvernement de l'Ontario, 2011). Le Tableau 2 fournit les données les plus récentes sur les temps d'attente aux urgences en Ontario.

Pour les mesures d'attente pour les médecins de famille, il n'y a pas d'indicateurs ou de mesures qui sont suivis par les gouvernements provinciaux. Il existe cependant un rapport de Bates-Eamer (mimeo, 2009) qui fait l'état de la situation sur les médecins de famille en 2007. Les résultats sont présentés à la prochaine section.

**Tableau 2 : Temps passé aux urgences en Ontario<sup>9</sup>**

Type de visites aux urgences	Temps de référence (heures) <sup>1</sup>	Actuellement (heures) février 2011	Objectif (heures)	Visites aux urgences		% de visites terminées dans les délais ciblés	Temps actuel par rapport à temps de référence	
				Volume	% du total <sup>2</sup>		Variation nette (heures)	Variation en %
Toutes les visites aux salles d'urgence	9,4	8,9	NA	388 286		84	-0,6	-6
Cas complexes qui exigent plus de temps pour le diagnostic, le traitement ou le transfert à un lit d'hôpital	14	12	8	245 411	63	82	-2	-14,3
Patients admis	36,4	35,1		40 997	11	39	-1,3	-3,7
Patients non admis	8,5	7,6		204 414	53	91	-0,9	-10,2
Cas bénins ou sans complications qui exigent moins de temps pour le diagnostic, le traitement ou l'observation	4,8	4,6	4	142 299	37	86	-0,3	-5,2

1. Le temps de référence passé aux urgences s'appuie sur les données d'avril 2008.  
2. Le pourcentage total peut ne pas donner 100 % en raison de données manquantes ou de l'arrondissement.

**LÉGENDE :**  
Diminution importante : variation de +/- 10 % :  ; Aucune variation importante :  ; Augmentation importante : 

**Source :** Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée, Gouvernement de l'Ontario. Temps d'attente en Ontario. 2011 :

<http://edrs.waittimes.net/fr/provincialsurvey.aspx?view=0>

## 1.2. Où se situe le Québec par rapport à d'autres provinces?

Selon les données de l'ICIS, le Québec se trouve plutôt dans la moyenne par rapport aux autres provinces pour les diverses interventions considérées comme l'indiquent les résultats du tableau 3 au tableau 6 (à part peut-être pour le pontage coronarien, mais dans ce cas, le Québec n'ayant pas défini ses normes de la même manière, il est hasardeux de comparer) et dans les normes gouvernementales de temps d'attente. Cependant, les temps d'attente pour les 10 % de personnes qui attendent le plus longtemps demeurent élevés : 29 semaines (sept jours) pour l'arthroplastie de la hanche et 18 semaines pour une chirurgie de la cataracte. Pour ces deux interventions, environ 13 % des patients, donc plus d'un patient sur dix, n'est pas traité dans les normes.

<sup>9</sup> Le temps passé aux urgences correspond au point auquel presque tous les patients (9 patients sur 10) ont terminé leur visite à la salle d'urgence.

Tableau 3 : Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche planifiée, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011)

	Temps d'attente médian (Jours)	Temps d'attente médian du 90 <sup>e</sup> percentile	% des patients traités dans le délai de référence
<b>NORME CANADIENNE : Moins de 26 semaines (130 jours ouvrables)</b>			
Alberta	104	268	78,1 %
Colombie-Britannique	79	195	85,0 %
Île du Prince-Édouard	61,5	205	90,2 %
Manitoba	136	356	63,0 %
Nouveau-Brunswick	86	232	79,0 %
Nouvelle-Écosse	160	512	57,0 %
Ontario	65	172	91,5 %
<b>Québec</b>	<b>72</b>	<b>203</b>	<b>87,5 %</b>
Saskatchewan	110	399	69,2 %
Terre-Neuve	90	360	75,0 %

Tableau 4 : Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011)

	Temps d'attente médian (jours)	Temps d'attente médian du 90 <sup>e</sup> percentile	% des patients traités dans le délai de référence
<b>NORME CANADIENNE : Moins 16 semaines (80 jours ouvrables)</b>			
Alberta	118	331	48
Colombie-Britannique	54	158	79
Île du Prince-Édouard	63	135	80
Manitoba	82	179	70
Nouveau-Brunswick	44	119	89
Nouvelle-Écosse	69	206	67
Ontario	48	122	88
<b>Québec</b>	<b>36</b>	<b>126</b>	<b>87</b>
Saskatchewan	81	254	62
Terre-Neuve	58	144	80

Tableau 5 : Temps d'attente pour la radiothérapie, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011)

	Temps d'attente médian (jours)	Temps d'attente médian du 90 <sup>e</sup> percentile	% des patients traités dans le délai de référence
<b>NORME CANADIENNE : Moins 4 semaines (20 jours ouvrables)</b>			
Alberta	8	26	94
Colombie-Britannique	8	25	92
Île du Prince-Édouard	14	23	97
Manitoba	6	24	100
Nouveau-Brunswick	-	-	87
Nouvelle-Écosse	12	35	85
Ontario	7	20	97
<b>Québec</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>98</b>
Saskatchewan	6	20	97
Terre-Neuve	14	27	94

Tableau 6 : Temps d'attente pour un pontage coronarien, 2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011)

	Temps d'attente médian (jours)	Temps d'attente du 90 <sup>e</sup> percentile	% des patients traités dans le délai de référence
<b>NORME CANADIENNE : Moins 26 semaines (130 jours ouvrables)</b>			
Alberta	15	133	95
Colombie-Britannique	19	68	99
Île du Prince-Édouard	-	-	-
Manitoba	14	82	99
Nouveau-Brunswick	5	63	100
Nouvelle-Écosse	5	23	100
Ontario	6	41	100
<b>Québec</b>	Le Québec ne soumet pas de données selon le délai de référence établi à 26 semaines. Une moyenne pondérée est calculée pour le pourcentage des patients ayant subi un pontage coronarien selon le niveau de priorité respectif de la chirurgie, jusqu'à un maximum de trois mois. D'avril à septembre 2010, 84 % des patients ont subi un pontage coronarien selon le niveau de priorité respectif de la chirurgie.		
Saskatchewan	4	26	100
Terre-Neuve	9	84	100

Selon les données du Fraser, qui rappelons le sont issues d'enquêtes auprès des médecins, le Québec est légèrement au-dessus de la moyenne canadienne, indiquant des temps d'attente au Québec légèrement plus élevés.

Tableau 7 : Temps d'attente médian (semaines) selon l'étude de l'Institut Fraser pour 2009 (Esmail, Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 2009 Report, 2009)

	Référence à spécialiste	Spécialiste à Traitement	Tomodensitogramme	IRM
Alberta	10	9,6	4	8
Colombie-Britannique	7,8	9,2	5	12
Île du Prince-Édouard	14,5	12,2	8	14
Manitoba	6,3	8	5	8
Nouveau-Brunswick	14,3	11,4	4,3	8
Nouvelle-Écosse	12,2	10,9	5	9,5
Ontario	6,7	5,8	4	6
<b>Québec</b>	<b>8,3</b>	<b>8,2</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
Saskatchewan	11,2	14	6	11
Terre-Neuve	14	13,2	6,5	15,5
<b>Canada</b>	<b>8,2</b>	<b>8</b>	<b>4,6</b>	<b>8,9</b>

Pour les temps d'attente aux urgences, il n'y a pas de données comparables entre provinces. L'ICIS (2005) a mesuré deux intervalles de temps pour le Canada : entre le triage et le départ de l'urgence et entre le triage et le moment où les personnes ont été vues par un médecin. Entre 2003 et 2004, le temps médian passé à l'urgence (entre le triage et le départ) était de 128 minutes (2 heures). Mais ces temps varient beaucoup selon la sévérité de la maladie ou de la lésion (selon que des tests diagnostics sont nécessaires ou si le patient doit voir un spécialiste). Le temps médian était de 161 minutes pour les cas les plus graves et 67 minutes pour les cas mineurs. Quant au temps pour voir un médecin, il était de 61 minutes. Le pourcentage de patients qui sont restés moins de 4 heures à l'urgence était de 76 %. C'est plus élevé qu'aux États-Unis (72 %), mais plus faible qu'en Grande-Bretagne (96 %).



Quant aux médecins de famille, c'est au Québec que les temps d'attente pour en voir un sont les plus longs. Voici quelques résultats d'une étude canadienne de Bates-Eamer *et al* (mimeo, 2009) sur le sujet :

- Le temps d'attente pour voir un médecin de famille en urgence est de 2,4 jours, plus que la moyenne canadienne de 1 journée.
- Le temps d'attente moyen pour un rendez-vous non urgent est de 6,6 semaines, il est de 2,7 semaines dans le reste du Canada.
- Malgré un ratio plus élevé de médecins par habitant au Québec par rapport au Canada, 73,9 % des Québécois ont un médecin de famille versus 84,7 % au Canada.
- Temps de travail des médecins de famille :
  - Les médecins de famille québécois passent environ 2 heures de moins à soigner des patients que la moyenne canadienne et 10 % de moins de temps que les médecins ontariens.
  - Au Québec, un médecin de famille passe en moyenne 19,5 minutes avec son patient (16 minutes au Canada)
- Nombre de patients vus : Les médecins de famille québécois voient nettement moins de patients par semaine que dans le reste du Canada.

En conclusion, l'attente pour certaines chirurgies électives se situe dans les normes que se sont fixées les gouvernements. Par contre, on observe des délais d'attente importants quand on regarde l'attente pour les médecins de famille. Il serait pertinent d'analyser et de collecter des données sur le cumul des temps entre le moment où un patient prend rendez-vous avec son médecin de famille et celui où il se fait traiter, car uniquement regarder les chirurgies électives n'est pas représentatif de l'ensemble du système. Si un individu présente un problème de santé et qu'il doit passer chaque étape de l'itinéraire, cela pourrait prendre en moyenne jusqu'à 34 semaines : médecin de famille (6,6 semaines), référence à spécialiste (8,3 semaines), IRM (11 semaines), spécialiste à traitement (8,2).

### **1.3.Limites et interprétation des temps d'attente**

Les temps d'attente peuvent être un indicateur de dysfonction dans le système, mais pas obligatoirement. Il y a des limites dans ce que veut dire un long temps d'attente.

Il faut éviter d'utiliser le temps d'attente des chirurgies électives comme mesure de performance d'un hôpital ou d'un système de santé, car les temps d'attente mesurés n'incluent pas les cas traités en urgence. Donc tout un pan de l'activité des unités de chirurgie est omis. Il faut donc tenir compte du ratio entre les admissions en urgence versus électives, car si on regarde uniquement les temps d'attente des chirurgies électives, cela donnera une idée fautive de l'efficacité ou de la rapidité des interventions chirurgicales. Par exemple, prenons 2 établissements égaux en taille et en ressources. Le premier effectue, par jour, 3 chirurgies urgentes et 1 chirurgie élective et a une liste d'attente de 6 mois pour la chirurgie de la cataracte. Le deuxième établissement effectue 1 chirurgie urgente par jour et 2 chirurgies électives et a une liste d'attente de 5 mois. On voit bien que l'établissement 1 n'est pas moins

performant que le 2, malgré un temps d'attente plus long, car il effectue un plus grand nombre de chirurgies au total par jour (Hurst & Siciliani, 2003).

Les temps d'attente ne sont pas obligatoirement le reflet d'un problème dans le système. Il faut regarder plus en détail la distribution de la liste d'attente : est-ce que le patient souffre, est-ce qu'il prend des médicaments, son âge. En fait, les listes d'attente ne distinguent pas les patients selon la sévérité de leur maladie (Stoop, Vrangbaek, & Berg, 2005).

Les récentes publications dans la presse des temps d'attente dans les urgences dressent un bilan assez noir de la situation : attente moyenne de 17 heures, aucune évolution depuis plusieurs années, non atteinte des cibles (Thériault, 2011). Mais comme l'ont noté des médecins, ce n'est pas un signe de dysfonction de l'urgence, mais plutôt de l'hôpital. La moyenne de 17 heures, c'est surtout en raison des patients qui attendent sur une civière leur lit d'hôpital. Donc ici, la source de cette moyenne élevée tient plutôt son origine d'un manque de lits disponibles dans l'hôpital, qui retarde le transfert du patient de l'urgence à son lit d'hôpital. Également, beaucoup de personnes vont à l'urgence, car elles n'ont pas un accès rapide à un médecin de famille ou ne savent pas où aller d'autre pour se faire soigner. Ici, on parle plutôt d'un manque d'accès à des soins de première ligne, plutôt qu'à une carence d'efficacité des urgences (Cyberpresse, 2011).

Dans la mesure du temps d'attente aux urgences, il serait approprié de mesurer les temps d'attente pour voir un médecin et les temps d'attente pour obtenir un lit. Cela donnerait certainement un portrait plus juste de la situation et des goulots d'étranglement dans le système de santé et l'hôpital.

Les temps d'attente ne disent rien non plus sur la qualité du traitement. Une longue liste d'attente peut refléter une grande qualité de soins (p. ex. une forte demande pour un chirurgien dont la réputation est excellente) ou des problèmes d'organisation et d'utilisation de ressources résultant en une qualité des soins sous-optimale (Stoop, Vrangbaek, & Berg, 2005).

Les temps d'attente ne tiennent pas compte de la capacité du système ou de savoir si le traitement est approprié :

- L'université de la Colombie-Britannique a évalué les résultats de 6 chirurgies électives. L'étude a trouvé que 94 % des patients après un remplacement de la hanche avaient un meilleur état de santé, que pour 4 % d'entre eux, l'opération n'avait rien changé à leurs symptômes et que pour 2 %, les symptômes étaient pires. Pour la chirurgie de la cataracte, l'état de santé s'est amélioré pour 70 % des patients, mais pour 26 % des patients leur vue s'est détériorée. Si le quart des patients en attente d'une chirurgie de la cataracte était enlevé de la liste, cela réduirait considérablement les temps d'attente (Santé Canada, 2006).
- La prescription pour les chirurgies dépend souvent du médecin. Un médecin peut prescrire une chirurgie de la cataracte et un autre, pour le même patient, peut conseiller d'attendre une année supplémentaire (Stoop, Vrangbaek, & Berg, 2005).

Des délais d'attente des chirurgies électorives ne sont pas obligatoirement négatifs. Ça peut laisser le temps au patient et à sa famille de s'organiser pour son travail, pour les soins après l'opération, etc. C'est plutôt de ne pas savoir quand on va être opéré qui peut être un problème (Santé Canada, 2006).

En l'absence de prix dans le système de santé, les temps d'attente peuvent être un outil pour réguler les files. Les temps d'attente ont comme effet de décourager la demande et encourager l'offre, alors que des taux d'attente bas ont l'effet inverse (Hurst & Siciliani, 2003). Toutes les choses étant égales par ailleurs, des temps d'attente plus élevés peuvent permettre de contrôler l'offre et la demande de soins, car ils peuvent :

- réduire la demande en incitant les patients à souscrire une assurance privée ou de payer pour des services dans le privé (Besley, Hall, & Preston, 1998);
- réduire la demande en décourageant les généralistes de référer leurs patients et les spécialistes à les mettre sur liste d'attente (Goddard, Malek, & Tavakoli, 1995; Iversen, 1997; Martin and Smith, 1999);
- augmenter l'offre en incitant les autorités publiques à allouer plus de fonds aux hôpitaux publics ayant des plus longues files (Gravelle, Dusheiko, & Sutton, 2002; Martin and Smith, 1999; Iversen, 1993).

Pour mieux pouvoir interpréter les données de temps d'attente, il serait préférable de construire des indicateurs de temps d'attente qui répondent à un besoin spécifique d'information. Il faudrait donc différencier les indicateurs propres à la gestion interne d'un établissement (temps d'attente pour l'obtention d'un lit par exemple ou, de manière générale, mesurer les temps d'attente à chaque étape de la trajectoire d'un patient dans l'hôpital afin d'identifier les goulots d'étranglement), de ceux utilisés pour informer le public (afficher la durée moyenne d'attente entre le triage et le départ de l'urgence pour les patients ambulatoires et en civière).

## 2. Impact des temps d'attente

Comme on l'a vu précédemment, il y a de nombreux points dans l'itinéraire où le patient peut avoir à attendre. Aux urgences, il doit patienter pour le triage et ensuite pour être traité. Durant cette attente, et durant le temps de déplacement pour venir attendre, il doit donc renoncer à une autre activité, que ce soit le travail rémunéré ou domestique ou les loisirs. Même chose quand il doit attendre dans la salle d'attente de son médecin de famille ou du spécialiste. Outre la perte de temps, il y a une autre conséquence, c'est le risque que l'état de santé et/ou la qualité de vie du patient se détériorent. En effet, attendre trop longtemps peut entraîner une dégradation de l'état de santé du malade et des coûts supérieurs aux coûts de traiter dans des temps raisonnables.

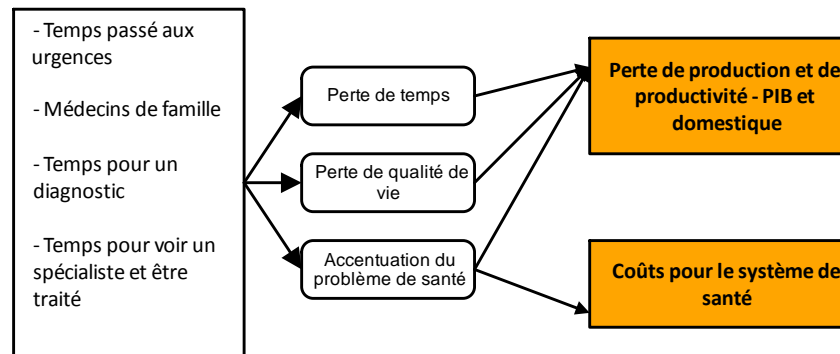
Sur cette dernière notion de « temps raisonnables », il ne ressort pas de la littérature internationale des standards de temps d'attente optimaux. Ce sont plutôt les normes nationales

qui font office de standards, mais on a vu que pour la majorité des étapes des traitements, de tels standards n'existaient pas (voir Annexe 1 pour une discussion plus détaillée).

L'impact des temps d'attente est schématisé dans la Figure 2. Chacun des éléments du bloc de gauche, correspondant à des étapes dans le traitement, peut entraîner une perte de temps de travail ou de loisir, de qualité de vie du patient et d'état de santé du patient. À leur tour, ces éléments ont un coût en termes de :

- Perte de production et de productivité au sens du PIB
  - Production, car l'employé est absent de son travail ou est moins productif<sup>10</sup>.
  - Il y aura perte de productivité si le patient souffre durant l'attente et donc s'il n'est pas capable de travailler au même rythme que quand il n'avait pas de problème de santé<sup>10</sup>.
  - Coût pour l'entreprise si elle doit remplacer un travailleur pendant l'attente : coût de formation et d'embauche d'un remplaçant.
- Perte de production domestique
- Coût pour le système de santé si l'attente a occasionné des frais supplémentaires. Par exemple, au-delà d'un certain délai, des médecins peuvent demander de refaire des tests diagnostics.

Figure 2 : Impact des temps d'attente



Source : Auteur.

Les agents touchés par les temps d'attente sont donc les individus, les aidants naturels, le système de santé, la société et les employeurs.

Les temps d'attente peuvent avoir un impact sur la production, la productivité, l'état de santé et la qualité de vie. Dans quelle mesure est-ce que ces impacts se vérifient? Les prochaines sections tenteront de répondre à la question, via une analyse de données et une revue de la littérature, et de déterminer s'il existe un lien entre temps d'attente et production, productivité, état de santé et qualité de vie.

<sup>10</sup> La perte de productivité ou de production peut amener une réduction des profits de l'entreprise ou des revenus de travail de l'individu qui peuvent se répercuter sur les recettes et les dépenses de l'État.

## 2.1. Production

La production peut être affectée par le temps d'attente en ce sens que les patients renoncent à une activité rémunératrice ou domestique pour aller attendre aux urgences, dans le bureau du médecin ou pour un diagnostic. Pour les employeurs, cela signifie une absence du lieu travail qui peut se répercuter sur la production. Or, lors d'une récente enquête effectuée auprès de la CSST, il apparaît que lorsqu'un travailleur est absent pour cause de maladie pour une durée inférieure à 260 jours, 89 % des travailleurs ne sont pas remplacés et l'entreprise procède à une réorganisation temporaire du travail pour combler l'absence du travailleur. Les coûts de cette absence se limitent au coût de réorganiser les équipes de travail ou en temps supplémentaire des autres travailleurs pour combler la charge du travailleur absent, et les impacts sur la production sont très faibles. L'ampleur de l'impact sur la production dépendra donc des caractéristiques de l'absence :

- Absence de quelques heures pour rencontrer un médecin, un spécialiste ou faire un test diagnostic : peu ou pas d'impact
- Absence de plusieurs jours ou plusieurs mois - un travailleur est en attente d'un traitement chirurgical et il ne peut retourner à son travail : coût de réorganiser les équipes de travail, coût en temps supplémentaire des autres travailleurs pour combler la charge du travailleur absent ou coût de remplacer le travailleur.

Il peut également y avoir un coût si le patient va dans le privé pour accélérer la prise en charge et le traitement. Ces frais peuvent être défrayés par l'entreprise ou l'individu. En contrepartie, un traitement ou une intervention dans le privé signifie une réduction du coût dans le secteur public.

Pour le travail domestique, il peut aussi y avoir une perte lorsqu'un parent accompagne son enfant chez le médecin ou doit y aller pour lui-même et qu'il doit patienter chez le médecin, il renonce à son activité domestique et cela représente une perte. L'autre cas de figure est lorsqu'une personne doit attendre pour une chirurgie et que durant ce temps, elle souffre. À ce moment-là, on peut penser que l'activité domestique va diminuer par rapport à une situation où elle n'avait pas de douleurs. Cependant, l'ampleur de l'impact sur le travail domestique n'est pas connue : Combien de personnes par année doivent renoncer à du travail domestique parce qu'elles attendent pour une intervention? Combien de temps? De combien leur capacité sont-elles réduites?

## 2.2. Productivité

Suite à un examen approfondi de diverses sources, nous concluons qu'il n'existe pas de recherche ou d'étude qui analysent le lien direct entre temps d'attente et productivité des travailleurs. Il y en a qui étudient celui entre état de santé et productivité et d'autres entre temps d'attente et état de santé.

Une étude de Lenneman (2011) montre que la baisse de productivité était significativement plus importante pour les personnes présentant des risques élevés, par rapport à faibles, de

développer des maladies<sup>11</sup>. Le coefficient de détermination ( $R^2$ ) du modèle est de 8,5 %, signifiant que les risques de développer des maladies expliquent 8,5 % des différences de productivité, ce qui est non négligeable. Holden (2011) montre que les personnes rapportant des problèmes d'abus de drogue et d'alcool avaient les plus hauts risques d'absentéisme. Après, les problèmes d'abus de drogue et d'alcool, les autres conditions de santé qui augmentaient le risque d'absentéisme, par ordre d'importance, étaient les problèmes psychologiques, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, les accidents de travail, le cancer, l'arthrite, l'obésité, les problèmes de dos et l'asthme. Pour la majorité des problèmes de santé étudiés, les conditions de santé augmentaient le ratio de risque relatif de présentéisme<sup>4</sup> : entre 6,72 pour les problèmes psychologiques et 1,21 pour l'arthrite. Cela signifie qu'une personne ayant des problèmes psychologiques a des risques de présentéisme 6,72 fois plus élevé par rapport à une personne qui n'a pas ces problèmes. Mais certaines conditions de santé réduisaient le risque de présentéisme : asthme, haute pression, problèmes au dos et au cou. Et d'autres n'étaient pas significativement associées à ce comportement : arthrite, maladies cardiovasculaires et diabète.

Une étude américaine a établi que 13 % des travailleurs de l'échantillon avaient connu une perte de temps productif dans les deux dernières semaines en raison d'une des conditions suivantes entraînant une douleur : arthrite, maux de dos ou de tête ou autres maux musculo-squelettiques. La perte de temps productif, définie comme étant la somme des heures d'absence du travail et des heures de travail où la performance était réduite (présentéisme), pour tous les types de douleurs confondus était de 4,6 heures par semaine (3,5 pour les maux de tête, 5,2 pour l'arthrite ou les maux de dos). 77 % du temps productif perdu était expliqué par une baisse de performance plutôt que par les absences du travail (Stewart, Ricci, Chee, Morganstein, & Lipton, 2003).

Quant au lien entre temps d'attente et état de santé, il semble faible selon les études recensées. Une première étude montre qu'il n'y avait pas de différence significative de l'état de santé, du statut d'emploi ou du nombre d'heures travaillées entre un groupe de patients traité plus rapidement (6 semaines de moins) et un groupe traité selon les délais habituels. Par contre, on constate une consommation de ressources hospitalières (analgésiques et tests en laboratoire) plus élevée pour le groupe traité selon les délais plus longs. Cette étude concernait des patients d'une clinique externe de rhumatologie (Hurst, Lambert, Forbes, Lochhead, Major, & Lock, 2009).

Zhang et al. (2010) ont étudié 150 patients atteints d'arthrite rhumatoïde. Ils constatent que le nombre de jours d'absence du travail était de 4,4 en moyenne durant les 3 derniers mois. Le nombre d'heures perdues en raison du présentéisme était de 1,4 en moyenne durant les 7

---

<sup>11</sup> Ce risque était mesuré par un questionnaire rempli par les individus qui s'appelait le Health Risk Assessment ou Évaluation des risques sanitaires. C'est un instrument permettant d'évaluer les risques et l'historique sur un nombre de critères incluant l'alimentation, le poids, l'activité physique, le stress, la dépression, l'usage du tabac, la protection de peau du soleil, la prévention des blessures, l'usage de l'alcool et la santé générale.

derniers jours. La corrélation entre baisse de productivité au travail et heures perdues était de 0,39. Les patients avec des problèmes de santé moins graves avaient moins de risque d'être absents, moins de perte de productivité au travail et à la maison.

Une étude prospective sur le coût de l'asthme chez les enfants a été effectuée en Ontario. Les coûts indirects mesuraient la perte de productivité des parents en raison des soins de leurs enfants pour traiter leur asthme. 84 parents, soit 25 % de l'échantillon, ont déclaré une perte de temps. La moyenne de la perte était de 5 jours. Le temps de transport et le temps d'attente étaient de moins d'une journée par an. Les pertes de productivité représentaient 12 % des coûts totaux pour la société (Ungar, Wendy J; Coyte, Peter C; Pharmacy Medication Monitoring Program Advisory Board, 2001).

Les adultes souffrant d'asthme rapportent qu'ils ont connu une perte de productivité. 93 % des asthmatiques recevant une pension d'invalidité ont une perte de productivité versus 73 % des asthmatiques employés à temps plein. Le niveau de fonctionnement durant les jours de productivité réduite était entre 70 et 80 %. Cependant, l'étude ne permettait pas de déterminer si cette perte était causée directement par l'asthme. Les répercussions étaient les moins importantes pour les travailleurs à temps plein. Le temps médian perdu en raison du temps d'attente était de 0,7 jour (Ungar, Wendy J; Coyte, Peter C; Pharmacy Medication Monitoring Program Advisory Board, 2000).

On voit qu'il existe un lien, entre santé et productivité et entre santé et temps d'attente. Si cela est vérifié, cela devrait se refléter dans les revenus des individus. En ce sens que si un individu est malade, il devra s'absenter et subir une perte de production et de productivité, alors on peut s'attendre à ce que son revenu baisse. La prochaine section montre que même si on observe une relation positive entre le temps d'attente et la perte de revenu, elle n'est pas significative.

### **2.3. Analyse quantitative de l'impact des temps d'attente sur le revenu et l'emploi des gens en attente**

Le fichier de micro-données à grande diffusion (FMGD) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) contient des données en coupe transversale recueillies dans 122 régions socio-sanitaires auprès des personnes âgées de 12 ans et plus. Ces données portent sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. Dans le but d'examiner les conséquences liées au temps d'attente pour accéder au soin de santé, nous avons choisi le troisième sous-échantillon de l'enquête qui porte sur la satisfaction des patients, l'accès aux services de santé et le temps d'attente.

Notre échantillon s'est limité aux individus ayant 24 à 64 ans (inclusivement), occupant un emploi à un moment donné au cours des 12 derniers mois et ayant gagné un revenu (d'emploi et autre). Une description complète des variables utilisées figure à l'annexe 2 de ce document.

Le temps d'attente est représenté par les trois variables *WTMZDCO*, *WTMZDSO* et *WTMZDTO* mesurant respectivement le temps d'attente en jours pour une opération chirurgicale non

urgente effectuée, le temps d'attente pour une visite de médecin spécialiste réalisée et le temps d'attente pour un test de diagnostic subi. Pour chacune de ces trois variables, une autre variable détermine si le patient a été affecté, soit par la perte de son emploi (E), soit par la perte de son revenu (F). La prochaine section donne un aperçu de ces problèmes.

### 2.3.1. Statistique descriptive

Bien que pour évaluer l'impact économique du temps d'attente pour recevoir des services de santé, nous nous limitons aux effets sur la perte de revenu et la perte d'emploi, d'autres conséquences plus difficiles à mesurer économiquement mais néanmoins importantes découlent du temps d'attente pour le patient. Les tableaux 8 à 10 illustrent la fréquence de chaque type de problème causé par un temps d'attente spécifique. On y constate que l'inquiétude, l'anxiété ou le stress pour le patient ainsi que la douleur sont les problèmes qui surviennent le plus souvent pour les individus observés, mais ils ne dépassent pas 12 %. Seulement 2 à 3 % des individus de notre échantillon ont rapporté un problème économique, soit la perte de leur revenu ou celle de leur emploi.

**Tableau 8 : La fréquence des problèmes causés suite au temps d'attente (positif) pour visiter un médecin spécialiste, par type de problème, 2005**

Type de problème	Fréquence	Pourcentage (%)
Inquiétude, anxiété ou stress pour le patient	255	12,95
Inquiétude, anxiété ou stress pour la famille et les amis	103	5,23
Douleur	135	6,86
Problèmes dans les activités de tous les jours	106	5,38
Perte d'emploi	71	3,61
Perte de revenu	47	2,39
Dépendance accrue à la famille et aux amis	50	2,54
Utilisation accrue de médicaments	47	2,39
Détérioration de l'état de santé	83	4,22
Détérioration des relations personnelles	32	1,63

**Nombre d'observations<sup>12</sup> = 1969**

**Tableau 9 : La fréquence des problèmes causés suite au temps d'attente (positif) pour un test de diagnostic, par type de problème, 2005**

Type de problème	Fréquence	Pourcentage (%)
Inquiétude, anxiété ou stress pour le patient	122	9,81
Inquiétude, anxiété ou stress pour la famille et les amis	48	3,86
Douleur	82	6,59
Problèmes dans les activités de tous les jours	50	4,02
Perte d'emploi	48	3,86
Perte de revenu	31	2,49
Dépendance accrue à la famille et aux amis	28	2,25
Utilisation accrue de médicaments	26	2,09
Détérioration de l'état de santé	39	3,14
Détérioration des relations personnelles	11	0,88

**Nombre d'observations<sup>12</sup> = 1244**

<sup>12</sup> Le nombre d'observations correspond au nombre de répondants qui ont eu des temps d'attente. Parmi ce nombre, certains ont rapporté des problèmes causés par les temps d'attente et d'autres non. Les données du tableau concernent les répondants qui ont déclaré des problèmes.



**Tableau 10 : La fréquence des problèmes causés suite au temps d'attente (positif) pour une chirurgie non urgente, par type de problème, 2005**

Type de problème	Fréquence	Pourcentage (%)
Inquiétude, anxiété ou stress pour le patient	77	6,75
Inquiétude, anxiété ou stress pour la famille et les amis	39	3,42
Douleur	62	5,44
Problèmes dans les activités de tous les jours	48	4,21
Perte d'emploi	27	2,37
Perte de revenu	29	2,54
Dépendance accrue à la famille et aux amis	14	1,23
Utilisation accrue de médicaments	12	1,05
Détérioration de l'état de santé	32	2,81
Détérioration des relations personnelles	11	0,96

**Nombre d'observations<sup>12</sup> = 1140**

**Source :** Fichier de micro-données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 : Cycle 3.1, Sous-échantillon 3 : satisfaction des patients, accès aux services de santé, et temps d'attente (ESCC).

De plus, en créant des quintiles de jours d'attente subis par le patient en fonction des trois types de services de santé mentionnés précédemment (tableaux 11 à 13 ci-dessous), on observe qu'environ 40 % des patients ont moins de 21 jours d'attente pour accéder aux trois types de services de santé. Toutefois, 20 % des patients auraient dû attendre en moyenne plus de 5 mois (100 jours ouvrables approximativement) avant d'accéder aux mêmes services (le dernier quintile).

**Tableau 11 : Le nombre de jours (positif) attendus avant de visiter un médecin spécialiste (visite réalisée), par quintile, 2005**

Quintile	Observations	Pourcentage	% Cumulatif	Moyenne	Intervalle
Quintile 1	395	19,9	19,9	3	1 à 7 jours
Quintile 2	396	20,0	39,9	15	7 à 21 jours
Quintile 3	396	20,0	60,0	31	21 à 42 jours
Quintile 4	396	20,0	80,0	67	42 à 90 jours
Quintile 5	396	20,0	100,0	187	90 jours et plus

**Nombre d'observations = 1979**

**Tableau 12 : Le nombre de jours (positif) attendus avant de subir un test de diagnostic (test de diagnostic subi), par quintile, 2005**

Quintile	Observations	Pourcentage	% Cumulatif	Moyenne	Intervalle
Quintile 1	249	19,9	19,9	1	1 à 2 jours
Quintile 2	250	20,0	39,9	8	2 à 14 jours
Quintile 3	250	20,0	59,8	21	14 à 30 jours
Quintile 4	253	20,2	80,0	47	30 à 90 jours
Quintile 5	250	20,0	100,0	156	90 jours et plus

**Nombre d'observations = 1252**

**Tableau 13 : Le nombre de jours (positif) attendus avant de subir une chirurgie non urgente (opération effectuée), par quintile, 2005**

Quintile	Observations	Pourcentage	% Cumulatif	Moyenne	Intervalle
Quintile 1	228	19,9	19,9	2	1 à 7 jours
Quintile 2	229	20,0	39,9	13	7 à 21 jours
Quintile 3	229	20,0	60,0	30	21 à 42 jours
Quintile 4	229	20,0	80,0	68	42 à 90 jours
Quintile 5	229	20,0	100,0	267	90 jours et plus

**Nombre d'observations = 1144**

Source : Fichier de micro-données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 : Cycle 3.1, Sous-échantillon 3 : satisfaction des patients, accès aux services de santé, et temps d'attente (ESCC).

Notons que le nombre d'observations par catégorie de services reçus dans les tableaux 8 à 10 est plus élevé que dans les tableaux 11 à 13. Cette différence s'explique par le fait que certains individus n'ont rapporté aucun type de problème (parmi ceux énumérés dans les tableaux 8 à 10) malgré le fait qu'ils ont déclaré un temps d'attente positif. Autrement dit, le nombre de jours qu'ils ont attendus pour recevoir un service de santé ne leur a pas causé un problème lié à cette attente. D'autre part, il existe des individus dans notre échantillon qui ont rapporté un problème lié au temps d'attente pour recevoir un service de santé sans toutefois être en mesure de préciser le nombre de jours qu'ils ont attendus. Nous avons décidé d'éliminer ces observations afin de pouvoir estimer de manière plus concise la relation entre le temps d'attente pour recevoir un service de santé et le problème causé par cette attente.

Par ailleurs, évaluer l'impact du temps d'attente pour recevoir des services de santé sur le revenu et l'emploi des individus permettrait d'identifier s'il existe une relation positive entre le nombre de jours attendus et le nombre d'individus ayant subi la perte de leur revenu ou de leur emploi. Les tableaux 14 à 16 illustrent cette relation. À mesure que le temps d'attente augmente d'un quintile à l'autre, le nombre d'individus ayant perdu leur revenu ou leur emploi augmente également. De toute évidence, il y a une différence remarquable entre les individus ayant perdu leur emploi ou leur revenu dans le cinquième quintile par rapport au premier quintile. Or, on constate aussi que le nombre d'individus n'ayant subi aucun impact sur leur revenu ou leur emploi augmente lorsque le temps d'attente augmente. Ces individus auraient pu éprouver d'autres types de problème, comme ceux que nous avons mentionnés dans les tableaux 8 à 10. Afin de pouvoir conclure que le temps d'attente a effectivement un effet négatif sur l'emploi et le revenu, nous procédons à une analyse économétrique.

**Tableau 14 : L'impact sur le revenu et l'emploi du nombre de jours (positif) attendus avant de visiter un médecin spécialiste (visite réalisée), par quintile, 2005**

Impact du temps d'attente	Nombre de jours attendus par quintile					
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Perte de revenu	Oui	1	5	10	14	17
	Non	17	28	48	72	146
Perte d'emploi	Oui	5	6	10	19	31
	Non	13	27	48	67	132

**Tableau 15 : L'impact sur le revenu et l'emploi du nombre de jours (positif) attendus avant de subir un test de diagnostic (test de diagnostic subi), par quintile, 2005**

Impact du temps d'attente		Nombre de jours attendus par quintile				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Perte de revenu	Oui	0	0	3	7	21
	Non	7	7	18	34	81
Perte d'emploi	Oui	0	2	5	8	33
	Non	7	5	16	33	69

**Tableau 16 : L'impact sur le revenu et l'emploi du nombre de jours (positif) attendus avant de subir une chirurgie non urgente (opération effectuée), par quintile, 2005**

Impact du temps d'attente		Nombre de jours attendus par quintile				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Perte de revenu	Oui	0	0	6	11	12
	Non	8	10	14	24	61
Perte d'emploi	Oui	1	1	5	11	9
	Non	7	9	15	24	64

Source : Fichier de micro-données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 : Cycle 3.1, Sous-échantillon 3 : satisfaction des patients, accès aux services de santé, et temps d'attente (ESCC)

### 2.3.2. Résultats

La régression *dprobit* permet ici d'estimer l'effet marginal (en pourcentage) de l'augmentation du temps d'attente d'un jour sur la probabilité que l'individu perde son revenu ou son emploi. Le Tableau 17 dresse le résultat des régressions *dprobit* pour les trois types de services de santé reçus (en ordre : la visite d'un médecin spécialiste, une opération de chirurgie non urgente et un test de diagnostic). La description des variables du modèle est fournie en Annexe 2.

**Tableau 17 : Résultat des régressions *dprobit* quant aux effets sur le revenu et sur l'emploi du temps attendu (en jours) pour recevoir des services de santé, par type de service, 2005**

Variables	Perte de revenu :	Perte d'emploi :	Perte de revenu :	Perte d'emploi :	Perte de revenu :	Perte d'emploi :
	Visite d'un spécialiste	Visite d'un spécialiste	Chirurgie non urgente	Chirurgie non urgente	Test de diagnostic	Test de diagnostic
<b>Sexe</b>	0,0271 (0,0332)	-0,0147 (0,0387)	0,101 (0,0616)	0,0601 (0,0547)	0,0750 (0,0617)	-0,0195 (0,0603)
<b>Âge</b>	0,000247 (0,00165)	-0,00199 (0,00197)	-0,00269 (0,00316)	0,000525 (0,00264)	-0,00653** (0,00313)	-0,00708** (0,00309)
<b>État matrimonial : Union libre</b>	0,0712 (0,0562)	0,0318 (0,0587)	0,0596 (0,107)	-0,105* (0,0635)	0,110 (0,121)	-0,0251 (0,102)
<b>État matrimonial : Veuf/Séparé/Divorcé</b>	0,0563 (0,0506)	0,0599 (0,0567)	0,195* (0,105)	0,260*** (0,100)	0,0649 (0,0954)	0,0105 (0,0871)
<b>État matrimonial : Célibataire</b>	0,0293 (0,0491)	-0,0697 (0,0467)	0,196* (0,114)	0,118 (0,0983)	-0,0258 (0,0851)	-0,0924 (0,0742)
<b>Lieu de naissance</b>	-0,112*** (0,0301)	-0,122*** (0,0458)	- (0,0980)	-0,0621 (0,0726)	- (0,110)	-0,251*** (0,0481)
<b>Diplôme d'études secondaires</b>	-0,0820** (0,0388)	-0,122** (0,0512)	-0,107 (0,0980)	0,0513 (0,178)	-0,0780 (0,110)	-0,0774 (0,121)

Variables	Perte de revenu : Visite d'un spécialiste	Perte d'emploi : Visite d'un spécialiste	Perte de revenu : Chirurgie non urgente	Perte d'emploi : Chirurgie non urgente	Perte de revenu : Test de diagnostic	Perte d'emploi : Test de diagnostic
Études postsecondaires	-0,0405 (0,0557)	-0,0753 (0,0675)	-0,00472 (0,145)	0,247 (0,236)	-0,134 (0,0849)	-0,0746 (0,126)
Diplôme d'études postsecondaires	-0,0545 (0,0590)	-0,0516 (0,0698)	-0,0906 (0,139)	0,137 (0,0880)	-0,166 (0,141)	-0,161 (0,139)
Évaluation personnelle de santé	0,0466*** (0,0158)	0,0563*** (0,0191)	0,0486 (0,0319)	0,0378 (0,0267)	0,0563** (0,0282)	0,0563* (0,0288)
Temps d'attente_spécialiste	1,66e-05 (0,000106)	0,000144 (0,000128)				
Temps d'attente_chirurgie			0,000160* (9,34e-05)	8,32e-05 (8,11e-05)		
Temps d'attente_diagnostic					0,000418* (0,000233)	0,000546** (0,000251)
Observations	433	433	173	195	196	224

\*\*\* :  $p < 0.01$  \*\* :  $p < 0.05$  \* :  $p < 0.10$ .

Comment lire et interpréter le tableau? Si on prend la colonne « Perte de revenu : visite d'un spécialiste », on identifie par les astérisques les variables significatives, soit lieu de naissance (être né en dehors du Canada), diplôme d'études secondaires (en posséder un) et évaluation personnelle de santé (l'individu évalue sa santé à = 1 si excellente; = 2 si très bonne; = 3 si bonne; = 4 si passable; = 5 si mauvaise). Si on prend le coefficient du lieu de naissance, soit -0,112; il signifie que pour un individu auquel on attribue la valeur moyenne de toutes les autres variables, le fait d'être né en dehors du Canada diminue la probabilité de 11,2 % qu'il déclare que l'attente pour une visite chez un spécialiste lui a causé une perte de revenu. La variable évaluation personnelle de santé s'interprète de la même manière : un individu auquel on attribue la valeur moyenne de toutes les autres variables, qui estime que son état de santé est mauvais a 4,66 % plus de chances de déclarer que l'attente pour une visite chez un spécialiste lui a causé une perte de revenu que l'individu qui déclare un état de santé passable.

Les résultats de cette analyse sont intéressants. Premièrement, ils montrent que le fait d'être né hors du Canada a un impact négatif sur la perception d'un problème lié à l'attente pour trois des mesures, ce qui diminue de manière significative la probabilité de rapporter un problème de perte de revenu ou de perte d'emploi dans les cas d'attente de visite chez un spécialiste ou d'un test diagnostic. Pour les chirurgies non urgentes, le fait d'être veuf, séparé ou divorcé augmente la probabilité de déclarer un problème de perte de revenu ou d'emploi. Ceci peut être dû au fait que ces personnes étant souvent les seules sources de revenu de la famille, les pertes d'emploi ou de revenu ont plus d'impact que pour un couple où il y a deux revenus pour subvenir aux besoins. Quand à la variable « évaluation personnelle de santé », plus l'état de santé, tel que perçu par le répondant, est mauvais, plus le répondant a de chances de rapporter un problème de perte d'emploi et de revenu pour la visite chez un spécialiste et le test diagnostic (cette variable est statistiquement significative pour ces deux catégories d'attente, mais pas pour les

chirurgies non urgentes). Finalement, l'effet des temps d'attente sur la perception d'un problème de perte de revenu ou d'emploi est positif, sans que cet effet soit significatif pour l'attente pour le spécialiste. Pour l'attente pour la chirurgie non urgente, le temps d'attente est significatif au seuil de 10 % sur la perception d'une perte de revenu. C'est l'attente pour un test diagnostic, qui semble être plus déterminante sur la perception d'un problème de perte de revenu ou d'emploi.

#### **2.4. Qualité de vie et détérioration de l'état de santé**

Le temps d'attente peut également avoir des répercussions sur la qualité de vie. Si un patient souffre, s'il a de la difficulté à se déplacer ou à voir, on peut présumer que sa qualité de vie et son bien-être en seront détériorés. Cependant, il faut se demander si cet inconfort est causé par le temps d'attente ou tout simplement par la maladie ou le traitement médicamenteux. Ce n'est pas en réduisant les temps d'attente qu'on pourra nécessairement éliminer les inconforts.

On a déjà vu précédemment dans l'analyse quantitative, que les principaux problèmes observés lors des temps d'attente pour voir un spécialiste sont l'inquiétude, l'anxiété et le stress (13 % d'entre eux) et la douleur (7 % d'entre eux). Ces éléments ont le potentiel d'avoir un impact sur la qualité de vie. Par ailleurs, 4 % des personnes en attente ont déclaré avoir constaté une baisse de leur état de santé.

Pour Mahon *et al* (2002), il y a un seuil d'attente au-delà duquel on observe des différences significatives de qualité de vie entre les patients attendant le plus longtemps et le moins longtemps. Pour l'arthroplastie de la hanche, Mahon a observé des pertes de qualité de vie et de mobilité importantes pour les patients qui attendaient plus de 6 mois.

Une autre étude comprenant aussi des patients en attente d'un remplacement du genou a constaté que la qualité de vie, déjà diminuée au début de l'étude, ne s'empirait pas avec la durée d'attente (Derrett, Paul, & Morris, 1999).

Pour les patients en attente d'un remplacement de la hanche, une différence d'attente de trois mois n'avait pas d'impact sur la santé post-opératoire (Nilsson & Lohmander, 2002). Le temps d'attente n'avait pas non plus d'impact sur les rechutes dans le cancer du larynx (Barton, Morgan, Smee, Tiver, Hamilton, & Gebski, 1977).

Les patients qui ont attendu plus de 97 jours pour recevoir un pontage aorto-coronarien avaient un moins bon score de fonctionnement physique ( $p = 0.001$ ), de vitalité ( $p = 0.01$ ), de fonctionnement social ( $p = 0.03$ ) et d'état de santé général ( $p = 0.001$ ). Ces scores étaient également plus bas 6 mois après l'intervention, par rapport au groupe qui avait attendu moins longtemps, et l'incidence des effets secondaires significativement plus élevée.

Ces études montrent bien à quel point le lien entre temps d'attente et qualité de vie et état de santé est mince. Certaines études montrent un lien et d'autres non. Ce qui ressort également de cette courte analyse est que l'impact sur la qualité de vie dépendra de la maladie qui est en

attente de traitement. Plus la maladie est grave et nécessite une intervention rapide, plus les conséquences en cas de retard de traitement sont graves aussi.

## 2.5. Coût des temps d'attente

Au Canada, deux études qui estimaient les temps d'attente ont été répertoriées, l'étude de l'Institut Fraser (Esmail, *The Private Cost of Public Queues*, 2011) et du Centre for Spatial Economics (CSE) (2008). Ces deux études mesurent le coût du temps d'attente entre la consultation avec le spécialiste et le traitement. Quant aux perspectives étudiées, l'étude du Fraser mesure le coût pour les individus et celle du CSE pour le patient, l'aidant naturel et le système de santé.

L'étude du CSE mesure le coût du temps d'attente excédentaire qui correspond à la différence, en jours, entre les temps observés et l'optimum, qui correspond aux normes du *Wait time alliance for timely access to health care* ([http://www.waittimealliance.ca/wait\\_times.htm](http://www.waittimealliance.ca/wait_times.htm)). Les temps d'attente médians observés proviennent de l'Institut Fraser et des ministères, départements et agences provinciaux. L'étude se limite au remplacement total de la hanche et du genou, à la chirurgie de la cataracte, au pontage et à l'IRM.

Le CSE mesure les coûts pour les patients, le système de santé et l'aidant naturel. Pour le coût au patient et à l'aidant naturel, les auteurs mesurent en premier l'impact sur l'emploi par industrie en nombre de jours de la manière suivante :

- Patient : temps d'attente excédentaire (jours) x % de patient par âge et sexe x % d'individus qui ne peuvent poursuivre leurs activités de manière normale en raison de la maladie (remplacement de la hanche ou du genou : 32 %; cataracte : 7 %; cardiologie : 95 %; IRM : 22 %) x taux de participation au marché du travail par âge et sexe x partage de l'emploi par industrie
- Aidant naturel : temps d'attente excédentaire (jours) x % de personnes qui ont besoin d'aide x % d'aidants naturels par âge et sexe x taux de participation au marché du travail par âge et sexe x partage de l'emploi par industrie.

Dans la perspective du système de santé, l'hypothèse est que les temps d'attente excédentaires entraînent des coûts supplémentaires (en tests diagnostics et consultations supplémentaires) par rapport au traitement d'un patient dans les normes de temps établies. Ces coûts excédentaires sont financés par une augmentation des impôts provinciaux et sont, par patient, de 227 \$ pour le remplacement de la hanche et du genou, de 36 \$ pour une chirurgie de la cataracte et de 328 \$ pour le pontage.

Les résultats, en termes d'impact sur le PIB, ont été simulés avec le modèle C4SE. Ce modèle simule l'impact des coûts supplémentaires pour le patient, l'aidant naturel et le système de santé sur l'emploi, les revenus d'emploi, la valeur ajoutée de l'output, la productivité, l'investissement et les exportations pour 14 secteurs économiques.

Au Québec, le coût total par patient ayant des temps d'attente excédant les normes serait de 28 766 \$ pour un remplacement de la hanche et du genou, 2 958 \$ pour la cataracte, 12 204 \$ pour un pontage et 15 546 \$ pour une IRM. Par agent, pour un pontage par exemple, cela revient à 9 526 \$ pour le patient, 3 786 \$ pour l'aidant naturel et une économie de 1 108 \$ pour le système de santé. Pour le système de santé, même si au départ le temps d'attente a un coût additionnel en termes de rendez-vous, tests, et médicaments additionnels, ces dépenses ont un impact positif net sur l'économie puisqu'elles engendrent la création de nouveaux emplois et de l'activité économique. Au total, les temps d'attente excédentaires coûtent 14,8 milliards \$ au Canada (26 400 \$ par patient pour le remplacement du genou ou de la hanche, 20 000 \$ pour l'IRM, 19 400 \$ pour le pontage et 2 900 \$ pour la cataracte).

Quant à l'étude de l'Institut Fraser, elle mesure uniquement le coût pour les individus et ne tient pas compte du temps d'attente excédentaire, ce qui revient à dire que l'optimum de temps d'attente serait de 0 jour, ce qui est peu probable à atteindre. Les données sur les temps d'attente proviennent de leur propre institut.

Le nombre de semaines d'attente (10,2 millions = nombre total de Canadiens en attente x temps d'attente médian) a été ajusté par un facteur de 11 %, qui correspond au pourcentage d'individus qui ne peuvent poursuivre leurs activités de manière normale, puis multiplié par le salaire hebdomadaire moyen par province. Ceci donne le coût des temps d'attente pour les individus et il est estimé à 1 105 \$ par personne en attente. C'est nettement inférieur à ce qu'avait trouvé le CSE par individu (10 166 \$ par patient pour le remplacement du genou ou de la hanche, 20 037 \$ pour l'IRM, 14 985 \$ pour le pontage et 1 401 \$ pour la cataracte). Cela représente un coût total à l'échelle canadienne de 912 millions \$ en 2010 pour les individus en attente.

Ces deux études donnent des résultats très éloignés, notamment en raison des différences suivantes :

- Traitements étudiés : 4 pour le CSE et 12 pour le Fraser;
- Perspectives : individus pour le Fraser versus individus, aidants naturels et système de santé pour le CSE;
- Temps d'attente : différence entre observés et normes pour CSE et différence entre observés et 0 pour Fraser;
- Hypothèse sur la proportion d'individus qui ne peuvent poursuivre leurs activités de manière normale : Fraser : 11 %; CSE : remplacement de la hanche ou du genou : 32 %; cataracte : 7 %; cardiologie : 95 %; IRM : 22 %;
- Méthode de valorisation : salaire moyen pour Fraser et modèle d'impact sur le PIB pour CSE.

Ces études de coût comportent quelques lacunes. Premièrement, elles ne tiennent pas compte des coûts d'attente avant le rendez-vous chez le spécialiste. Deuxièmement, elles ne tiennent pas compte de la diminution de qualité de vie et du bien-être ou des coûts pour les entreprises. Troisièmement, elles posent l'hypothèse implicite que l'économie est en situation de plein

emploi et donc que les employeurs n'ont pas la possibilité de remplacer le travailleur absent, ce qui engendrerait une perte immédiate de production. Au Québec cependant, on se trouve plutôt dans une situation de chômage volontaire où il est relativement facile de trouver un remplaçant à un travailleur absent, à part peut-être pour des métiers très spécialisés. Ceci a aussi pour conséquence qu'il y a très peu de perte de production, car le travailleur est remplacé. Le seul coût est le coût d'embaucher et de former.

Les impacts que l'on vient de discuter (production, productivité, coûts, qualité de vie) seront d'autant plus grands qu'on est loin des objectifs de temps d'attente que la société et/ou les spécialistes se sont fixés (voir Annexes 1 pour normes canadiennes). Nous devons en effet écarter la possibilité d'avoir des temps d'attente de 0. Il n'existe pas à proprement parler de temps d'attente optimaux, mais des standards nationaux et internationaux (voir Annexe 1).

## **2.6. Conclusion des impacts des temps d'attente**

Dans cette section, nous avons tenté de déterminer, à partir de la littérature et d'une analyse statistique, l'impact que pouvaient avoir les temps d'attente sur la société.

Premièrement, en termes de population touchée, les temps d'attente pour être traités, après la rencontre avec un spécialiste, touchent environ 826 000 Canadiens en 2010, soit 2 % de la population canadienne. Pour ce qui est du nombre d'heures d'attente totales à l'urgence (ou le nombre de personnes qui ont attendu à l'urgence en 2010) ou chez le médecin de famille, on ne connaît pas la population touchée. Mais ceci pourrait être exploré plus en détail afin de pouvoir évaluer les impacts de ces attentes pour le Canada et le Québec.

Nous pensons que l'impact sur la production sera faible, car la majorité des entreprises, lorsqu'un travailleur est absent, réorganisent leurs équipes pour combler l'absence ou font faire du temps supplémentaire à d'autres travailleurs. Il n'y a donc peu ou pas de pertes de production, mais un coût en temps supplémentaire ou pour la réorganisation de l'équipe. Là où le coût devient plus important est lorsque l'entreprise doit remplacer un travailleur, ce qui concerne 11 % des cas d'absences prolongées (Boulenger & Vaillancourt, 2011). Si on était en situation de plein emploi, il y aurait une perte, car ce ne serait pas possible pour l'entreprise de remplacer son travailleur. Or, dans la situation actuelle du marché du travail québécois, l'employeur peut remplacer la majorité de ses travailleurs (à moins que celui-ci soit hautement spécialisé), moyennant un coût de remplacement qui correspond aux frais d'embauche et de formation. Un autre élément d'analyse qui vient corroborer cette conclusion est le fait que les temps d'attente ont un impact positif sur la perception d'un problème de perte de revenu et d'emploi, mais que cette relation est non significative. Cependant, le vieillissement de la population et la raréfaction de la main-d'œuvre qui s'en suit peuvent faire qu'il sera plus difficile d'effectuer des remplacements dans le futur.

Sur la production domestique, il est plus difficile de se prononcer, car on ne connaît pas exactement la population totale touchée par ce phénomène. Une première indication, provenant de l'étude d'Ungal et al (2001) est que la perte de temps touche le quart des parents



accompagnant leurs enfants pour des soins et que cette perte est estimée à moins d'une journée par an.

Sur la productivité, les travaux de la littérature n'établissent pas de lien direct entre elle et le temps d'attente. Il y en a certains qui étudient celui entre état de santé et productivité et d'autres entre temps d'attente et état de santé. Ces études ne montrent pas un lien très important, ou s'il existe, c'est pour une petite proportion d'individus en attente. De plus, l'analyse quantitative, à partir de l'ESCC, montre que le principal problème observé chez des personnes en attente était l'inquiétude, l'anxiété et le stress. Ce problème a été déclaré par 13 % des gens en attente pour voir un médecin spécialiste, 10 % des gens en attente d'un test diagnostique et 7 % des gens en attente d'une chirurgie non urgente.

Quant aux coûts des temps d'attente, les estimations oscillent entre 912 millions (Esmail, *The Private Cost of Public Queues*, 2011) et 14,8 milliards (CSE, 2008). On a vu précédemment qu'une des différences majeures qui expliquait cette différence était les perspectives comprises dans l'analyse : les individus pour le Fraser versus les individus, les aidants naturels et le système de santé pour le CSE. Nous pensons que ces deux évaluations sont surestimées, car elles posent l'hypothèse implicite que l'économie est en situation de plein emploi. La conséquence de cette hypothèse est que lorsque les auteurs évaluent la perte de production, ils ne tiennent pas compte de la possibilité qu'un autre individu puisse combler cette perte de production. Par exemple, un employé se casse une jambe et doit s'absenter de son travail pendant 6 semaines. Selon l'hypothèse de plein emploi, l'employeur ne peut remplacer ce travailleur, car il n'y en a pas de disponible sur le marché du travail, donc la production de ce travailleur tombe à 0. Or, la réalité est plutôt que l'employeur va réussir à combler la charge de travailleur de l'absent (et maintenir son niveau de production) soit en embauchant, en réorganisant ses équipes ou en faisant faire des heures supplémentaires aux autres employés. La perte de production est donc bien moindre en cas de chômage volontaire. D'un autre côté, ces deux études omettent la perte de qualité de vie, de bien-être et de productivité.

### **3. Comment réduire les temps d'attente**

Premièrement, cette section liste et explique les facteurs qui contribuent à la formation de temps d'attente. En deuxième lieu, sont exposées des solutions agissant sur ces facteurs et permettant de réduire les temps d'attente.

#### **3.1. Comprendre les facteurs qui contribuent à l'augmentation des temps d'attente**

Pour interpréter les temps d'attente, il faut comprendre leur origine, c'est-à-dire comprendre les facteurs qui ont contribué à la création des listes d'attente et à l'augmentation des patients sur ces listes (Figure 3). Les facteurs peuvent provenir de la demande ou de l'offre de soins de santé.

Cependant, on dispose encore de données limitées sur les facteurs liés aux patients (l'éducation, le revenu, le lieu géographique et l'état de santé de base) et les facteurs liés au système (l'accès aux soins de santé primaires, la capacité du système et les profils de pratique des dispensateurs de soins) qui influencent les temps d'attente, et on ne sait pas exactement sur lesquels il est le plus facile d'agir.

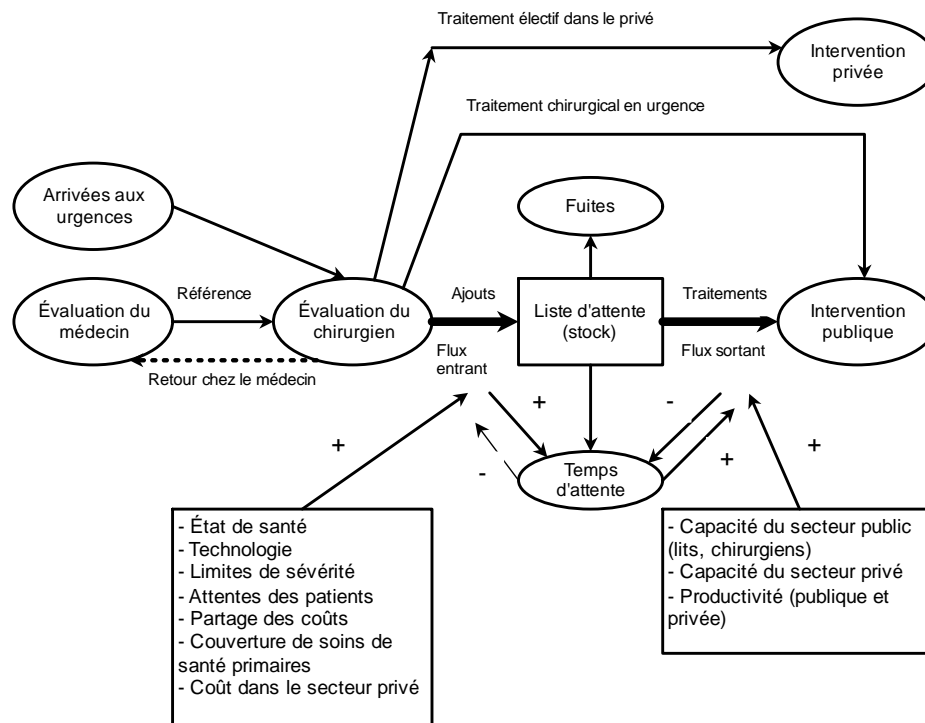


Figure 3 : Facteurs contribuant à l'augmentation des temps d'attente (Hurst & Siciliani, 2003)

### Demande

Les listes d'attente pour les chirurgies peuvent être le reflet d'une demande trop forte pour des traitements médicaux. Cet excès de demandes a plusieurs origines :

- Les médecins et spécialistes mettent trop de patients sur liste d'attente;
  - Les critères pour mettre un patient sur liste d'attente pour une chirurgie sont trop larges.
  - Certains pensent que ce sont les médecins qui font exprès de mettre des patients sur liste d'attente, dans le but d'envoyer un signal sur l'inefficacité et les manques du système. Donc les patients qui attendent ne sont pas nécessairement en besoin urgent de traitement (Hurst & Siciliani, 2003; Appleby, et al., 2004).
- La détérioration de l'état de santé de la population et le vieillissement de la population;
- Développement de la technologie : La demande pour les chirurgies électives s'est beaucoup accrue dans les dernières décennies en raison du développement des technologies,

permettant des opérations moins invasives, plus sécuritaires et ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient;

➤ Trop de cas d'urgence.

À son tour, la demande peut aussi varier selon le type de rémunération des hôpitaux et des généralistes. Lorsque les médecins de famille participent à la gestion des budgets des hôpitaux et doivent payer le prix des références et des admissions pour leurs patients, cela réduit les taux d'admission (Hurst & Siciliani, 2003).

Des auteurs ont mentionné qu'une réduction des temps d'attente, peut en elle-même entraîner une hausse de la demande, car : (i) cela peut inciter les gens qui allaient dans le privé à retourner dans le secteur public (temps publics), (ii) inciter les patients qui s'auto-traitaient ou étaient traités par d'autres types de thérapies à se faire traiter à l'hôpital (temps totaux), (iii) les médecins généralistes seront plus enclins à référer leurs patients, (iv) les spécialistes vont modifier leurs critères et (v) un hôpital qui a réussi à réduire significativement ses temps d'attente va attirer les patients des hôpitaux qui ont moins bien réussi (Appleby, et al., 2004).

Ce phénomène de hausse de la demande du fait d'une baisse des temps d'attente ne s'est cependant pas vérifié empiriquement selon Martin & Smith (1999). Ils ont montré, premièrement, que la demande pour des chirurgies électives dans le National Health Service (NHS), système de santé britannique, était influencée par les temps d'attente (relation négative et significative), les besoins<sup>13</sup> (relation positive et significative) et le nombre de médecins de famille (relation négative et significative). Cette même demande ne variait pas selon le nombre de lits dans le secteur privé (aucun impact significatif). Deuxièmement, l'offre de chirurgies électives était influencée positivement et significativement par le nombre de lits du secteur public et les temps d'attente. Troisièmement, et ce point vient réfuter ce qui a été dit plus haut, l'offre, en termes de lits et de ressources additionnelles, permet de réduire les temps d'attente, mais a un impact très limité sur la demande. Ceci est donc contraire à l'opinion voulant qu'une augmentation des ressources et une baisse du temps d'attente stimulent la demande pour les chirurgies électives. Les auteurs de cette étude ont utilisé les données de 1999 du *Hospital Episode Statistics* system du NHS et ont construit une équation de demande et d'offre de chirurgie élective. Les variables indépendantes de l'équation de demande étaient le temps d'attente, les besoins, l'offre de médecins de famille et l'offre de lits en établissement privé et celles de l'équation d'offre étaient le temps d'attente et l'offre de lits dans le NHS (Martin & Smith, 1999).

### Offre

Les listes d'attente pour les chirurgies peuvent être le reflet d'une offre pour certains services de santé et d'une productivité trop faible.

---

<sup>13</sup> Les besoins étaient mesurés par un index comprenant la proportion de personnes à la retraite vivant seules, la proportion de dépendants dans des ménages avec un seul aidant naturel, la proportion de personnes en chômage, le taux de mortalité des 0 à 74 ans et le taux de maladies des 0 à 74 ans.

Des études économétriques ont montré qu'une plus grande capacité, en termes de lits d'hôpitaux et de médecins, était associée à des temps d'attente plus faibles (Martin and Smith, 1999).

La productivité peut dépendre de l'organisation des soins, de l'hôpital, de la gestion, de la composition des équipes de travail, etc. Elle peut aussi dépendre de la manière dont les chirurgiens et les hôpitaux sont payés ou financés. Les études suggèrent que les médecins payés à l'acte effectuent plus de tests et de procédures par patient que ceux payés sur une base annuelle (salaire). De même, le financement des hôpitaux à l'activité est aussi susceptible d'encourager la productivité par rapport à un budget annuel (Hurst & Siciliani, 2003).

### **3.2. Stratégies pour réduire les temps d'attente**

Il faut différencier les stratégies au niveau panquébécois et celles qui peuvent être mises en place au niveau des établissements. De plus, il faut différencier les politiques agissant sur la demande versus celles agissant sur l'offre.

#### **3.2.1. Niveau panquébécois**

Dans les systèmes de santé publics, 2 outils peuvent être utilisés pour réduire les temps d'attente en chirurgie : modifier le taux de chirurgie, qui dépend de la capacité et de la productivité, et le taux d'entrée sur les listes d'attente en influençant les critères d'admission sur la liste, un processus surtout géré par les chirurgiens.

##### ***3.2.1.1. Politiques agissant sur l'offre***

###### *Donner plus de ressources*

Soit aux hôpitaux qui ont des temps d'attente élevés ou bien à ceux qui réussissent à diminuer leurs temps d'attente. Mais cela offre une réponse temporaire, dont l'effet est aussi temporaire. Ce qui fonctionne le mieux, c'est d'allouer des ressources aux hôpitaux à condition qu'ils augmentent leur activité et qu'ils s'engagent à réduire les temps d'attente (Hurst & Siciliani, 2003).

Les résultats sont mitigés selon les pays :

- Irlande : n'a pas marché
- Espagne : L'introduction d'un ensemble de mesures visant à réduire les temps d'attente en 1996 a été efficace. Les mesures étaient les suivantes : plus de financement pour augmenter l'activité, objectifs de temps d'attente maximaux, recours au secteur privé, et, en 1998, le financement conditionnel à l'atteinte de réduction de temps d'attente.
- Australie : Efficace

###### *Introduire le paiement lié à l'activité des hôpitaux publics*

L'augmentation de l'activité requiert du financement supplémentaire à moins que le financement à l'activité ne soit combiné à des macro budgets prédéterminés. Dans ce cas, les taux de rémunération par cas doivent baisser si le volume de l'activité monte (par contre, la

qualité peut baisser). La pression à la hausse sur les dépenses peut cependant être renforcée par un phénomène bien connu du financement lié à l'activité : une augmentation de l'intensité du case-mix rapporté par les hôpitaux ('DRG-creep') (Siciliani & Hurst, 2003). Mais une augmentation de l'activité ne garantit pas le succès d'une réduction des temps d'attente. Les pays qui ont essayé cette solution sont la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, la Norvège et le Danemark.

### *Réforme des contrats des spécialistes*

C'est un complément à la réforme dans le financement des hôpitaux. Il y a 2 façons de faire ceci :

- Donner des récompenses aux spécialistes lorsqu'ils atteignent des cibles prédéterminées en termes d'output ou de réduction des temps d'attente (ou pénalités s'ils n'atteignent pas les cibles) (Espagne, UK, Pays-Bas);
- Renforcer l'exclusivité du lien entre l'employeur public (système de santé, gouvernement) et le spécialiste, pour qu'il pratique moins dans le privé (Irlande, UK).

### *Améliorer la gestion des listes d'attente*

Le but est d'éliminer les inefficiences dans la gestion des listes afin d'augmenter le nombre de traitements par nombre de personnel et l'utilisation du capital.

- En Australie, le 'National Demonstration Hospital Program' (1995-1997) a identifié des manières d'améliorer la gestion des chirurgies électives : introduction de services pré-admission et admission; optimisation de l'état de santé du patient avant son admission; faciliter les admissions pour les chirurgies de jour; optimisation des horaires du bloc en diminuant le nombre d'annulations le jour même; éducation des patients et de leur famille sur les procédures d'hospitalisation; informatisation des données du patient.
  - Résultats : 61 % des hôpitaux ont eu des gains d'efficacité; l'utilisation du bloc a augmenté de 5,1 % et le nombre de procédures à l'heure de 5,5 %. L'annulation de chirurgie le jour même a baissé de 59 % (Hurst & Siciliani, 2003).

### *Augmenter le nombre de chirurgies de jour*

La chirurgie de jour, ou chirurgie ambulatoire, permet au patient une sortie de l'hôpital le jour même de son admission pour une intervention chirurgicale ou un acte exploratoire. Grâce aux innovations technologiques et médicales, il est de plus en plus possible d'y avoir recours.

La chirurgie de jour permet, premièrement, de réduire le coût unitaire du traitement du fait que la durée de séjour et les frais d'hospitalisation sont réduits et, deuxièmement, de libérer des lits d'hôpital pour des chirurgies plus lourdes.

Évidemment, pour que cette option fonctionne, il ne faut pas qu'il y ait du même coup, une diminution du nombre de lits dans l'hôpital.

Cette solution est une de celles mises de l'avant dans le NHS en Angleterre et en Australie. En Angleterre, en partenariat avec le privé, il y a eu introduction des Centres de diagnostic et de traitement qui concentrent leur activité sur les chirurgies de jour, laissant aux hôpitaux les cas plus urgents. Quant au gouvernement du Queensland en Australie, il s'est doté d'une cible à court terme de 50 % de chirurgies effectuées en ambulatoire et de long terme de 80 % (Hurst & Siciliani, 2003).

#### *Financer l'augmentation de la capacité du secteur public*

Cela revient à financer plus de médecins et d'équipement. Il y a des études empiriques qui montrent qu'une plus grande capacité en termes de nombre de lits et de médecins est associée à des temps d'attente plus bas (Martin & Smith, 1999; Hurst & Siciliani, 2003).

D'autres études ont par contre montré le contraire (Sanmartin, Shortt, Barer, Sheps, Lewis, & McDonald, 2000).

#### *Utiliser le secteur privé ou des établissements à l'étranger*

Dans ce cas, le gouvernement, la région, ou l'hôpital (ou tout autre organisme de santé) achète des services, via une entente contractuelle, à des prestataires privés, pour des activités ou interventions sanitaires financées par le public. Par exemple, on peut offrir au patient l'accès au privé une fois qu'il a dépassé un certain temps d'attente. C'est le cas au Danemark depuis 2002 sous l'initiative intitulée « l'argent suit le patient », en Irlande dans le cadre du « Fonds national d'achat de traitement » (National Treatment Purchase Fund) et en Suède qui a instauré entre 1992 et 1996 une garantie d'attente maximum de 3 mois. D'autres pays qui ont recours au privé sont l'Angleterre, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne et l'Australie.

Une étude de DeCoster (1999) effectuée sur les temps d'attente au Manitoba montre que permettre aux chirurgiens de pratiquer des opérations de la cataracte dans le secteur public et privé était contre-productif et n'avait eu que peu d'effet sur le temps d'attente médian.

En Australie, le gouvernement donne des subventions pour souscrire une assurance privée, dans l'attente que la population ait plus recours au privé et désengorge le secteur public. Mais une étude montre que dans ce pays, l'augmentation de l'activité dans le secteur privé est associée à une augmentation des temps d'attente dans le public (Duckett, 2005).

Également, en présence d'un nombre de ressources humaines limitées et fixes, il y a un risque que les médecins et les infirmières travaillent plus dans le privé, privant ainsi le public de ressources humaines. Dans ce cas, augmenter les activités du privé, auront peut-être l'effet pervers inverse d'augmenter les temps d'attente dans le public, s'il y a moins de ressources humaines disponibles pour effectuer les traitements et les interventions (Sanmartin, Shortt, Barer, Sheps, Lewis, & McDonald, 2000) (Iversen, 1997).

#### *Permettre au patient de choisir son prestataire*

Ceci a été instauré par la Grande-Bretagne, le Danemark, la Norvège et la Suède et souvent en conjonction avec le paiement à l'activité. Cela a pour effet d'augmenter la concurrence entre les

établissements et diminuer les disparités entre régions. En pratique cependant, la mobilité des patients, ou leur capacité à se déplacer d'une région à l'autre pour aller dans des établissements de santé, n'étant pas parfaite, cette mesure pourrait ne pas engendrer les effets escomptés.

Dans cette option, le choix n'est pas obligatoirement limité à un hôpital public, mais peut aussi s'étendre aux prestataires privés ou étrangers et peut être confiné à une aire géographique (une région, une ville). Ce choix peut être conditionnel à ce que le patient ait déjà attendu un certain temps. Un pré-requis à cette option est l'accès des patients aux informations sur les temps d'attente par établissement (Hurst & Siciliani, 2003).

Une étude empirique a montré que la concurrence entre les hôpitaux réduit les temps d'attente, seulement si le segment de demande pour lesquels les hôpitaux sont en concurrence est relativement large par rapport au segment de monopole (Brekke, Siciliani, & Rune Straume, 2008).

#### *Garantie de temps d'attente maximum*

En Suède, une garantie d'être traité en 3 mois ou de se voir offrir le choix du prestataire pour des traitements alternatifs a été instaurée en 1992, avec un financement de 500 millions SEK. Ceci a été abandonné en 1996, car après une baisse des temps d'attente, ils ont remonté. Même si cette réforme a été bien accueillie par les médecins au début, ils l'ont par la suite désapprouvée. Au début, les mesures n'entraient pas en conflit avec leur pratique. Cependant, l'augmentation de la demande, couplée à des contraintes budgétaires, aurait nécessité de définir à nouveau les priorités au sein de certains groupes. Ces changements de pratique clinique n'ont pas coïncidé avec les valeurs professionnelles des médecins et ils sont donc devenus plus critiques à l'égard de l'initiative. Le même constat a été fait en Norvège, au Danemark, où les garanties ont finalement été abandonnées (Hanning & Winblad Spangberg, Maximum waiting time — a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times, 2000; Hanning, Maximum waiting-time guarantee - an attempt to reduce waiting lists in Sweden, 1996).

L'Angleterre a mis en place un ensemble de réformes visant à diminuer les temps d'attente. En bref, la réforme avait trois composantes : fixation d'objectifs de temps d'attente, sanctions aux hôpitaux n'atteignant pas les objectifs et focus sur la performance de certaines unités de prestation de soins. En comparant l'Angleterre à l'Écosse, qui n'avait pas mis en place de telles mesures, l'étude trouve que la combinaison de ces trois composantes avait un impact sur le comportement des hôpitaux et a conduit à une baisse significative du nombre de personnes en attente d'une chirurgie électorale depuis plus de 6, 9 et 12 mois, par rapport à l'Écosse. Cependant, l'étude ne permet pas d'isoler l'effet de chacune des composantes sur la performance (Propper, Sutton, Whitnall, & Windmeijer, 2008).

Dans le cadre de la prise en charge du cancer, le NHS avait instauré la règle des deux semaines qui stipulait que toutes les patientes dont on suspectait un cancer du sein devaient être vues par un spécialiste d'ici deux semaines après la référence par un généraliste. Les résultats de cette

règle ont été peu concluants. Le pourcentage de patientes diagnostiquées avec un cancer a diminué. Par ailleurs, cela a fait augmenter les temps d'attente pour les patientes où il n'y avait pas de cancer du sein suspecté (Potter, et al., 2007).

### ***3.2.1.2. Politiques agissant sur la demande***

#### *Contrôler la demande en fonction des besoins et priorités*

Les chirurgiens pourraient prioriser les patients selon l'urgence et le besoin et resserrer leurs critères afin qu'ils soient plus en ligne avec la capacité du système. Les médecins de famille pourraient alors offrir des alternatives en ambulatoire pour les patients n'étant pas admis en chirurgie dans un futur proche. La Nouvelle-Zélande a essayé ce moyen (Hurst & Siciliani, 2003).

Un pré-requis à cette approche est le développement de lignes directrices pour les critères d'admission et de priorisation des patients sur les listes d'attente (Hurst & Siciliani, 2003).

Un moyen de contrôler la demande est également de faire des audits et un « nettoyage » des listes d'attente régulièrement (Sanmartin, Shortt, Barer, Sheps, Lewis, & McDonald, 2000).

#### *Subventionner l'assurance privée*

L'idée sous-jacente est que la baisse du prix pour la couverture de soins primaires va induire un effet de substitution entre la chirurgie privée et publique, permettant ainsi aux temps d'attente de diminuer (Hurst & Siciliani, 2003).

### ***3.2.1.3. Résultats empiriques de quelques réformes***

L'OCDE (2003) a effectué des analyses empiriques afin d'évaluer l'ampleur de l'impact de certains facteurs sur les temps d'attente moyens et médians. Les facteurs estimés étaient le nombre de médecins et de lits, le nombre de spécialistes et de lits, le taux de chirurgies de jour, les dépenses de santé par habitant, le pourcentage de la population qui est âgée et l'effet année. Voici les résultats des estimations dans le Tableau 18.



Tableau 18 : Facteurs réduisant et augmentant le temps d'attente - résultats empiriques

Facteurs RÉDUISANT le temps d'attente	Résultats empiriques sur le temps d'attente MOYEN	Résultats empiriques sur le temps d'attente MÉDIAN
Nombre de médecins et de lits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 lit (pour 1 000 habitants) aux soins intensifs entraîne une baisse marginale des temps d'attente de 5,6 jours.</li> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 médecin (pour 1 000 habitants) entraîne une baisse marginale des temps d'attente de 8,3 jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 lit (pour 1 000 habitants) aux soins intensifs entraîne une baisse marginale des temps d'attente de 4,7 jours.</li> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 médecin (pour 1 000 habitants) entraîne une baisse marginale des temps d'attente de 7,6 jours.</li> </ul>
Nombre de spécialistes et de lits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 lit (pour 1 000 habitants) aux soins intensifs entraîne une baisse marginale des temps d'attente de 0,95 jour (significatif à 10 %).</li> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 spécialiste (pour 1 000 habitants) entraîne une baisse marginale des temps d'attente de 6,4 jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 lit (pour 1 000 habitants) aux soins intensifs n'a pas d'effet sur les temps d'attente.</li> <li>• Une augmentation marginale de 0,1 spécialiste (pour 1 000 habitants) entraîne une baisse marginale des temps d'attente de 8,9 jours.</li> </ul>
Le taux de chirurgies de jours.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation de 1 % du pourcentage de chirurgies de jours entraîne une baisse des temps d'attente moyens de 0,7 jour.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation du pourcentage de chirurgies de jours entraîne une baisse des temps d'attente, mais la variable n'est pas significative.</li> </ul>
Dépenses de santé par habitant totales et publiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation des dépenses de santé totales et publiques par tête de 100 \$ entraîne une baisse des temps d'attente moyens de, respectivement, 6,6 et 5,6 jours.</li> <li>• Dans ce modèle, la variable du taux de chirurgies de jour n'est plus significative.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une augmentation des dépenses de santé totales et publiques par tête de 100 \$ entraîne une baisse des temps d'attente moyens de 6,1 jours.</li> <li>• Dans ce modèle, la variable du taux de chirurgies de jour n'est plus significative.</li> </ul>
Facteurs AUGMENTANT le temps d'attente	Résultats empiriques sur le temps d'attente MOYEN	Résultats empiriques sur le temps d'attente MÉDIAN
Pourcentage de la population qui est âgée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les modèles, le coefficient pour cette variable était toujours positif, mais pas toujours significatif, ce qui suggère un lien positif faible avec les temps d'attente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les modèles, le coefficient pour cette variable était toujours positif et significatif</li> <li>• Cette variable devient significative lorsqu'on analyse avec le temps médian, plutôt que moyen. C'est certainement en raison du fait que la mesure de temps médian exclut les valeurs extrêmes de temps (qui ont tendance à faire augmenter la moyenne).</li> </ul>
Les variables dichotomiques « année »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le paramètre est toujours positif et augmente avec les années, ce qui montre une tendance à la hausse des temps d'attente. Cependant, la variable dichotomique n'était significative que pour les années 1998, 1999, 2000 pour les modèles 2 et 3 et 1999, 2000 et 2001 pour le modèle 4.</li> </ul>	

Source : (Siciliani & Hurst, 2003).

### 3.2.2. Niveau des établissements

L'étude menée par Appleby *et al* (2004) auprès de plusieurs hôpitaux du NHS a fait ressortir plusieurs facteurs de succès dans la réduction des temps d'attente :

- Compréhension de tout le système : demande de comprendre ce qui cause les temps d'attente, mais aussi les autres éléments de l'hôpital. Cela tend à naturellement essayer de

comprendre le cheminement complet du patient. C'est aussi comprendre le système de santé dans son ensemble et les protocoles de références, etc.

- Requier une action continue : demande de la persévérance. Dans un cas, ceci était accompagné de mesures incitatives du personnel.
- Se rattraper/continuer : les solutions pour réduire les temps d'attente ne sont pas toujours les mêmes que de les maintenir à un certain niveau.
- Être préparé à des chocs/hausse soudaine de la demande.
- « Ownership » clinique et implication : il faut que tout le monde se sente concerné, les cadres et les médecins. Selon l'expérience, les incitatifs financiers tendaient à créer des distorsions. Ce qui semble avoir le mieux marché était plutôt des investissements dans l'équipement, et l'engagement du personnel.

Les facteurs de succès et d'échec des hôpitaux en Angleterre dans la gestion de leur temps d'attente sont résumés au Tableau 19.

**Tableau 19 : Des améliorations à long terme : sommaire des caractéristiques des hôpitaux en Grande-Bretagne (Appleby, et al., 2004)**

	<b>Succès</b>	<b>Échecs</b>
<b>Analyse, prévision et planification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi détaillé et rapproché des listes</li> <li>• Bonne information et détaillée</li> <li>• Responsabilités claires pour la planification et l'alerte en cas d'action à prendre</li> <li>• Lien au jour le jour entre l'équipe de planification et opérationnelle</li> <li>• Beaucoup de personnes avec une connaissance complète du système de soins électifs et essayer de naviguer dans le système</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information de mauvaise qualité et seulement aux plus hauts niveaux</li> <li>• Pas de gestion centrale des listes</li> <li>• Personne qui voit le système de soins électifs complet dans l'hôpital</li> <li>• Aucun lien entre le processus de planification et la gestion au jour le jour de la gestion des soins</li> </ul>
<b>Focus sur l'organisation et persévérance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership fort</li> <li>• Utilisation d'incitatifs et motivation du personnel</li> <li>• Vision de long terme</li> <li>• Stabilité de l'organisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership faible</li> <li>• Changement permanent de personnel</li> <li>• Mauvaise relation entre les gestionnaires et le personnel</li> <li>• Vision à court terme</li> </ul>
<b>Capacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre quelles capacités sont nécessaires afin de répondre à la demande actuelle et future</li> <li>• Habilité à varier la capacité lorsque nécessaire</li> <li>• Obtenir des ressources additionnelles grâce à une réputation de bonne gestion et d'utilisation des ressources</li> <li>• Maintenir la demande de services dans les limites de la capacité de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources insuffisantes qui résultent en un comportement de rattrapage constant</li> <li>• Incapacité de collaborer avec d'autres établissements ou organisations afin d'amener plus de ressources</li> <li>• Distorsion des priorités</li> </ul>
<b>Efficacité des processus de production</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre en détail le processus de production du système de soins électifs</li> <li>• Bonne performance de gestion</li> <li>• De bonnes procédures de « discharge-planning »</li> <li>• Systèmes de booking</li> <li>• Utilisation d'information comparative sur la performance interne</li> <li>• Leadership clinique fort résultant en une meilleure gestion du personnel clé dans le système de soins électifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible performance de gestion</li> <li>• Aucune utilisation d'information comparative afin d'améliorer la performance</li> <li>• Une approche clinique individuelle</li> </ul>

## Conclusion

Il existe une multitude de mesures de temps d'attente dans la littérature qui dépendent du point de départ du délai (visite chez le spécialiste, inscription sur la liste d'attente), du point d'arrivée (départ de l'hôpital, sortie du bloc opératoire), du traitement pour lequel l'attente est mesurée, de l'indicateur choisi. Pour ces raisons, il est très difficile de faire des comparaisons entre provinces et avec d'autres pays. Non seulement les interventions mesurées sont peu nombreuses et ne sont pas toujours les mêmes d'un pays/province à l'autre, mais en plus, elles sont évaluées de manière différente.

Néanmoins, selon les données de l'ICIS, le Québec est plutôt en bonne position par rapport aux autres provinces pour ce qui est de ses délais d'attente pour l'arthroplastie, la chirurgie de la cataracte et la radiothérapie. Mais si on prend les données de l'Institut Fraser, qui sont plus exhaustives, alors le Québec se situe en dessous de la moyenne canadienne.

Le MSSS suit plusieurs temps d'attente : salles d'urgences, radio-oncologie, chirurgie cardiaque, électrophysiologie, hémodynamie, hanche, genou, cataracte, autres chirurgies d'un jour et autres chirurgies avec hospitalisation et urgences. Si on considère toutes les interventions possibles dans le système de santé, celles qui sont mesurées (énumérées ci-haut) représentent un faible pourcentage de l'univers des interventions. Il est donc difficile d'avoir un portrait exhaustif de la trajectoire totale. Les données du Fraser nous donnent cependant un aperçu. Selon leurs estimations, un patient peut cumuler des temps d'attente jusqu'à 32 semaines, donc 7 à 8 mois.

Il serait hasardeux de conclure que parce qu'on observe des délais d'attente pour ces interventions le système dans sa globalité est inefficace. Nous ne disons pas que le système est efficace ou qu'il faille rejeter du revers de la main les données sur les temps d'attente. Nous cherchons juste à rétablir ce que signifie un temps d'attente et recadrer une idée très répandue actuellement voulant que les temps d'attente soient une représentation juste du fonctionnement d'un système de santé. Les temps d'attente sont des indicateurs d'un aspect du système et non pas DU système.

Actuellement, il est possible que les temps d'attente soient optimaux, en ce sens qu'on juge que les pertes subies par la société du fait des temps d'attente sont égales ou inférieures aux investissements consentis pour les réduire. Cependant la notion d'optimalité dépend de qui décide de cette optimalité. Dans le contexte québécois, il semble approprié de croire que c'est le gouvernement qui fait un arbitrage entre le temps privé détourné vers le financement du système par les impôts et taxes et le temps privé dépensé en attente lors de l'acte de consommation des services de santé et entre les diverses consommations de services de santé jusqu'à la résolution du problème.

En termes d'impact, on a vu que les temps d'attente pouvaient en avoir un sur la production, la productivité, le revenu des individus et la qualité de vie. Comme cette étude a été motivée par des inquiétudes sur l'impact des temps d'attente sur l'activité économique, attardons-nous sur

ce point. Selon nous, l'impact des temps d'attente peut être important pour certaines firmes, mais est peu important pour l'économie du Québec. Pour beaucoup de firmes, une absence causée par une attente pour des soins de santé aura peu d'importance soit parce que l'employé sera aisément remplacé par un autre (commis dans un dépanneur ou un centre d'appel, chargé de cours universitaire...), soit parce que sa charge de travail sera prise en main par d'autres membres de la firme (bureau d'avocats...). Pour certaines firmes, probablement celles de plus petite taille et utilisant une main d'œuvre fort spécialisée (architecture, par exemple), il peut y avoir incapacité temporaire à répondre à la demande. On peut cependant croire que d'autres firmes du Québec offriront alors leurs services aux demandeurs. Ce n'est que dans le cas où les temps d'attente amènent par leur impact sur l'absentéisme ou la productivité des travailleurs soit un remplacement de la production québécoise par une importation de biens ou services (p. ex., une entreprise québécoise d'ingénierie ne peut soumissionner à un projet, car son employé-clé est absent et en attente d'une chirurgie et ce projet est octroyé à une entreprise espagnole) soit une diminution des exportations québécoises qu'il y a un impact sur le PIB québécois. Nous pensons que l'impact des temps d'attente sur ce phénomène est très faible. Pour évaluer l'ampleur de cet impact de façon précise, il faudrait suivre un échantillon de firmes et d'employés de ces firmes simultanément; les firmes nous indiqueraient l'impact de l'absentéisme ou d'une baisse de productivité sur leurs activités alors que les individus nous fourniraient de l'information sur les causes et la durée de leur absentéisme ou baisse de productivité. Ceci serait fort intéressant, mais complexe à organiser en respectant la vie privée de tous.

Ce qui précède étant dit, il semble plausible de croire que certaines firmes québécoises aimeraient pouvoir s'assurer contre ce risque pour son personnel clef. Il existe des assurances de ce type (Key person insurance<sup>14</sup>) mais c'est pour remplacer le revenu perdu associé au décès ou à l'invalidité de la personne clef plutôt que pour assurer un retour plus facile. Une politique d'accès aux soins de santé publics qui établirait les files d'attente, la gravité du problème de santé donnée, en fonction de la productivité observée (impôts payés) des patients pourrait réduire l'ampleur de ce problème pour les entreprises concernées.

Il est important de ne pas omettre que les temps d'attente ont un impact sur le bien-être de la société et des individus qui la composent. Attendre pour un traitement, un diagnostic, etc. peut-être une expérience pénible pour le patient et son entourage, car cela engendre du stress, de l'inquiétude et quelquefois des douleurs. Un certain degré de frustration et de découragement peut également être une des conséquences d'attendre. Mais, nous n'avons pas pu identifier d'étude qui montrait l'impact des temps d'attente sur le bien-être d'une société.

---

<sup>14</sup> Une entreprise peut souscrire une police d'assurance sur la vie et la santé de n'importe quel employé dont les connaissances, le travail et la contribution de manière générale sont considérés comme inestimables pour l'entreprise.

Plusieurs solutions sont envisageables pour réduire les temps d'attente. Cela peut passer par une augmentation des dépenses et des ressources, une modification des moyens de rémunérer les médecins et financer les hôpitaux, une modification des critères pour les chirurgies, auditer les listes d'attente, augmenter le nombre de chirurgies de jour, etc. Les pays qui se sont attaqués à réduire leur temps d'attente ont tous utilisé une combinaison de ces mesures et certains ont apporté des modifications profondes du système de santé et d'autres des modifications à la marge. Quoi qu'il en soit, aucun des incitatifs ou moyens énumérés dans ce rapport pour réduire les temps d'attente ne sont des conditions suffisantes. C'est-à-dire que ce n'est pas parce que le nombre de médecins augmente, que les temps d'attente diminuent nécessairement. Un ensemble de mesures et de réformes intégrées permettront une réduction des temps d'attente.

## Bibliographie

- Appleby, J., Boyle, S., Devlin, N., Harle, M., Harrison, A., Locock, L., et al. (2004). *Sustaining Reductions in Waiting Times: Identifying successful strategies*. London: King's Fund.
- Audit Commission. (2003). *Waiting list accuracy: Assessing the accuracy of waiting list information in NHS hospitals in England*. London: Audit Commission.
- Barton, M. B., Morgan, G., Smeed, R., Tiver, K. W., Hamilton, C., & Gebski, V. (1977). Does waiting time affect the outcome of larynx cancer treated by radiotherapy? *Radiotherapy & Oncology*, 44 (2), 137-141.
- Bates-Eamer, N., & Ronson, J. L. (2009). *Perceived Shortage, Relative Surplus: The Paradox of Quebec's Family Physician Workforce - with an intra and inter provincial comparison*. mimeo.
- Besley, T., Hall, J., & Preston, I. (1998). Private and public health insurance in the UK. *European Economic Review*, 42 (3-5), pp. 491-497.
- Boulenger, S., & Vaillancourt, F. (2011). *Coûts des accidents de travail au Québec de 2005 à 2009: Méthodologie et Estimations*. Montréal: CIRANO, mimeo.
- Brekke, K., Siciliani, L., & Rune Straume, O. (2008). Competition and waiting times in hospital markets. *Journal of Public Economics*, 92, pp. 1607–1628.
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2005). *Taking Action on the Issue of Overcrowding in Canada's Emergency Departments*. Ottawa: Canadian Association of Emergency Physicians.
- Centre for Spatial Economics. (2008). *The economic cost of wait times in Canada*. Milton, ON: Centre for Spatial Economics.
- Champagne, S. (2011, Mai 27). Sixième palmarès des urgences de La Presse. *La Presse*, A3.
- Cyberpresse. (2011, mai 27). *Débats: urgences: peut-on réduire le temps d'attente? Votre point de vue*. Retrieved 2011, from Cyberpresse: <http://www.cyberpresse.ca/place-publique/la-presse-debats/201105/27/01-4403612-debats-urgences-peut-on-reduire-le-temps-dattente-votre-point-de-vue.php>
- DeCoster, C., Carriere, K. C., Peterson, S., Walld, R., & MacWilliam, L. (1999). Waiting Times for Surgical Procedures. *Medical Care*, 37 (6), pp. JS187-JS205.
- Derrett, S., Paul, C., & Morris, J. (1999). Waiting for elective surgery: effects on health-related quality of life. *International Journal for Quality in Health Care*, 11 (1), 47-57.
- Duckett, S. J. (2005). Private care and public waiting. *Australian Health Review*, 29 (1), pp. 87-93.

- Esmail, N. (2011). *The Private Cost of Public Queues*. Vancouver: Institut Fraser.
- Esmail, N. (2009). *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 2009 Report*. Vancouver: Institut Fraser.
- Goddard, J. A., Malek, M., & Tavakoli, M. (1995). An Economic Model of the Market for Hospital treatment for non-urgent conditions. *Health Economics*, 4 (1), pp. 41-55.
- Gravelle, H., Dusheiko, M., & Sutton, M. (2002). The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK National Health Service. *Journal of Health Economics*, 21 (3), pp. 423-449.
- Hanning, M. (1996). Maximum waiting-time guarantee - an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy*, 36, pp. 17-35.
- Hanning, M., & Winblad Spangberg, U. (2000). Maximum waiting time — a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times. *Health Policy*, 52, pp. 15-32.
- Holden, L., Scuffham, P. A., Hilton, M. F., Ware, R. S., Vecchio, N., & Whiteford, H. A. (2011). Which Health Conditions Impact on Productivity in Working Australians? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53 (3), pp. 253-257.
- Hurst, J., & Siciliani, L. (2003). *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. Paris: OCDE.
- Hurst, N. P., Lambert, C. M., Forbes, J., Lochhead, A., Major, K., & Lock, P. (2009). Does waiting matter? A randomized controlled trial of new non-urgent rheumatology out-patient referrals. *Rheumatology*, 39, pp. 369-376.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les temps d'attente au Canada - une comparaison par province, 2011*. Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2005). *Understanding Emergency Department Wait Times: Who is using Emergency Departments and How Long Are They Waiting*. Institut canadien d'information sur la santé.
- Iversen, T. (1997). The effect of a private sector on the waiting time in a national health service. *Journal of Health Economics*, 16, pp. 381-396.
- Lenneman, J., Schwartz, S., Giuseffi, D. L., & Wang, C. (2011). Productivity and Health: An Application of Three Perspectives to Measuring Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53 (1), pp. 55-61.
- Mahon, J. L., Bourne, R. R., Rorabeck, C. H., Feeny, D. H., Stitt, L., & Webster-Bogaert, S. (2002). Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total hip arthroplasty: a prospective study. *CMAJ*, 167 (10).

- Martin, S., & Smith, P. C. (1999). Rationing by waiting lists: an empirical investigation. *Journal of Public Economics*, 71, pp. 141-164.
- McDonald, P., Shortt, S., Sanmartin, C., Barer, M., Lewis, S., & Sheps, S. (1998). *Waiting Lists and Waiting Times for Health Care in Canada: More Management!! More Moeny??*
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2010). *Plan Stratégique 2010-2015*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux, Québec. (2011). *Tableau comparatif des balises et des cibles d'accès*. Retrieved Avril 2011, from [wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/tableaucomparatif.asp](http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/tableaucomparatif.asp)
- Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée, Gouvernement de l'Ontario. (2011). *Temps d'attente en Ontario*. Retrieved Avril 2011, from <http://edrs.waittimes.net/fr/provincialssummary.aspx?view=0>
- Nilsdotter, A.-K., & Lohmander, L. S. (2002). Age and waiting time as predictors of outcome after total hip replacement for osteoarthritis. *Rheumatology*, 41 (11), 1261-1267.
- Potter, S., Govindarajulu, S., Shere, M., Braddon, F., Curran, G., Greenwood, R., et al. (2007). Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 335 (7614).
- Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., & Windmeijer, F. (2008). Did "Targets and Terror" Reduce Waiting Times in England for Hospital Care. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 8 (2), p. Article 5.
- Sanmartin, C., Shortt, S. E., Barer, M. L., Sheps, S., Lewis, S., & McDonald, P. W. (2000). Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. *Canadian Medical Association Journal*, 162 (9), pp. 1305-1310.
- Santé Canada. (2006). *Final Report of The Federal Advisor on Wait Times*. Ottawaw: Health Canada.
- Siciliani, L., & Hurst, J. (2003). *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*. Paris: OCDE.
- Stewart, F. W., Ricci, J. A., Chee, E., Morganstein, D., & Lipton, R. (2003). Lost Productive Time and Cost Due to Common Pain Conditions in the US Workforce. *JAMA*, 290 (18), pp. 2443-2454.
- Stoop, A. P., Vrangbaek, K., & Berg, M. (2005). Theory and practice of waiting time data as performance indicator in health care: A case study from the Netherlands. *Health Policy*, 73, pp. 41-51.



Thériault, C. (2011, mai 28). Palmarès des urgences au Québec: Rimouski rayonne de santé. *Le soleil*.

Ungar, Wendy J; Coyte, Peter C; Pharmacy Medication Monitoring Program Advisory Board. (2000). Measuring Productivity Loss Days in Asthma Patients. *Health Economics*, 9, pp. 37-46.

Ungar, Wendy J; Coyte, Peter C; Pharmacy Medication Monitoring Program Advisory Board. (2001). Prospective Study of the Patient-Level Cost of Asthma Care in Children. *Pediatric Pulmonology*, 32, pp. 101-108.

Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Edwards, R. T., Pearse, J., & Tu, J. V. (2007). Measuring And Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison Of Strategies. *Health Affairs*, 26 (4.), pp. 1078-1087.

Zhang, W., Bansback, N., Boonen, A., Young, A., Singh, A., & Anis, A. H. (2010). Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire - general health version in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*, 12 (R177).

## Annexe 1 : Normes et temps d'attente optimaux

### 1. Normes

Les normes varient beaucoup d'un pays à l'autre à plusieurs niveaux : les interventions faisant l'objet de normes, les objectifs à atteindre, les façons de les mesurer (Willcox, Seddon, Dunn, Edwards, Pearse, & Tu, 2007).

Les provinces canadiennes à l'instar d'autres pays ont développé des normes de temps d'attente pour certaines interventions spécifiques. Par contre, il n'y a pas de normes communes pour les urgences ou l'accès aux médecins de famille. Pour ces deux dernières catégories, certaines provinces (comme l'Ontario) se sont dotées de normes qu'elles considéraient acceptables. Et l'Association canadienne des médecins d'urgence a développé des lignes directrices de temps d'attente aux urgences selon les niveaux définis par l'échelle canadienne de triage et de gravité qui est utilisée par environ 80 % des services d'urgence canadiens.

**Tableau 20 : Lignes directrices de l'Association canadienne des médecins d'urgence pour les temps d'attente aux urgences (Source : Canadian Association of Emergency Physicians, 2005)**

Niveaux de l'échelle canadienne de triage et de gravité	Gravité de la condition	Délai de réponse infirmier	Délai de réponse du médecin	Réponse fractile <sup>15</sup>	Taux d'admission attendu
Niveau I	Réanimation	Immédiat	Immédiat	98 %	70-90 %
Niveau II	Très urgent	Immédiat	< 15 minutes	95 %	40-70 %
Niveau III	Urgent	< 30 minutes	< 30 minutes	90 %	20-40 %
Niveau IV	Moins urgent	< 60 minutes	< 60 minutes	85 %	10-20 %
Niveau V	Non urgent	< 120 minutes	< 120 minutes	80 %	0-10 %

La Wait-Time alliance, en consultation avec des spécialistes, a établi des cibles de temps d'attente pour les spécialités suivantes ([http://www.waittimealliance.ca/wait\\_times.htm](http://www.waittimealliance.ca/wait_times.htm)) : douleur chronique, traitement du cancer, soins cardiaques, santé digestive, salles d'urgence, remplacement articulaire, médecine nucléaire (imagerie diagnostic), gynécologie-obstétrique, chirurgie pédiatrique, chirurgie plastique, maladie psychiatrique, radiologie (imagerie diagnostic), restauration de la vue. Ces normes ne sont pas officiellement reconnues par les gouvernements.

Les provinces canadiennes se sont dotées de balises et cibles de temps d'attente pour des chirurgies électives (Tableau 21), des tests de dépistage et des traitements du cancer. Pour ces normes, le temps d'attente débute au moment où un service est planifié (dans le cas d'une chirurgie, par exemple, la requête opératoire est signée du médecin), donc qu'il y a eu accord

<sup>15</sup> La réponse fractile correspond à la proportion de visites qui ont été faites selon les délais prescrits pour chaque niveau.

entre le spécialiste et le patient, et il se termine lorsque le service débute (l'opération commence) (Santé Canada, 2006).

Le Québec a des normes parfois différentes et en a même ajouté, notamment pour l'hémodynamie et l'électrophysiologie.

**Tableau 21 : Tableau comparatif des balises d'accès à des services de santé au Canada et au Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2011)**

Champs d'activité	Services	Balises ailleurs au Canada	Québec
Cancer	Radiothérapie	4 semaines	90 % des patients traités à l'intérieur de 4 semaines
Chirurgie cardiaque	Chirurgie cardiaque : Pontage aorto-coronarien	Niveau 1 (P1) : immédiat Niveau 2 (P2) : 2 semaines Niveau 3 (P3) : 6 semaines Niveau 4 (P4) : 26 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 24 heures (P1)</li> <li>• Moins de 72 heures (P2)</li> <li>• Moins de 2 semaines (P3)</li> <li>• Moins de 6 semaines (P4)</li> <li>• Moins de 3 mois (P5)</li> </ul>
Cardiologie	Hémodynamie	Inexistant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immédiatement (P1)</li> <li>• Moins de 24 heures (P2)</li> <li>• Moins de 72 heures (P3.1)</li> <li>• Moins de 1 semaine (P3.2)</li> <li>• Moins de 2 semaines (P4)</li> <li>• Moins de 1 mois (P5.1)</li> <li>• Moins de 2 mois (P5.2)</li> </ul>
Cardiologie	Électrophysiologie	Inexistant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 24 heures (P1)</li> <li>• Moins de 48 heures (P2)</li> <li>• Moins de 2 semaines (P3)</li> <li>• Moins de 4 semaines (P4)</li> <li>• Moins de 3 mois (P5)</li> </ul>
Genou et hanche	Fracture de la hanche	Moins de 48 heures	Traité en urgence
Genou et hanche	Remplacement (PTH et PTG)	Moins de 6 mois	Moins de 6 mois
Restauration de la vue	Chirurgie de la cataracte	Moins de 4 mois dans les cas où la fonctionnalité sans assistance est fortement compromise	Moins de 6 mois sans autres indications
Dépistage	Mammographie	Femmes de 50 à 69 ans : dépistage aux 2 ans	70 % de la population de référence : dépistage au 2 ans
Dépistage	Test de PAP (cancer du col de l'utérus)	Femmes de 18 à 69 ans : tous les 3 ans après 2 tests de PAP normaux	En développement

## 2. Temps d'attente optimaux

Selon un rapport de l'OCDE, il n'y a pas de consensus sur un temps d'attente optimal, il n'y a que les standards nationaux qui font office de standard. En théorie, le taux optimal est celui qui maximise les gains de santé et la satisfaction du patient, étant donné les contraintes de ressources. La théorie du bien-être suggère que cela est atteint lorsque le bénéfice marginal social d'une augmentation du taux de chirurgie, par exemple, atteint le coût marginal. L'optimum de temps d'attente se situe où le bénéfice marginal d'attendre sur une liste est égal au coût d'attendre sur la liste. La réduction marginale de bénéfice pour le patient dans le cas de temps d'attente longs est égale à la réduction marginale du coût unitaire du traitement. Dans un système Bismarckien<sup>16</sup> d'assurance sociale, pourvu que « l'argent suive le patient » dans une

<sup>16</sup> Ce système s'appuie sur des caisses d'assurance maladie financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. L'assurance maladie est ainsi liée au travail.

situation de concurrence, il y aura des incitatifs de marché à trouver les temps d'attente optimaux. Cependant, dans un système Beveridgien<sup>17</sup>, il n'y aura pas de tels incitatifs à trouver l'optimum. Plutôt, les médecins, chirurgiens et cadres cherchent à maximiser leur budget. Donc on y observe des temps d'attente plus longs si le mécanisme de paiement de l'hôpital signifie que « l'argent suit la file d'attente » ou si les médecins peuvent travailler à la fois dans le secteur public et privé, ce qui leur donne des incitatifs pour maintenir de longues listes d'attente pour les patients du public (Hurst & Siciliani, 2003).

L'étude du Fraser demandait aux médecins des différentes provinces quels seraient des temps d'attente raisonnables. On remarque, sans grande surprise, qu'ils ont déclaré des temps raisonnables inférieurs aux cibles et aux temps médians effectivement observés, à part pour les chirurgies cardiaques de niveau 1. Les différences sont particulièrement marquées pour le remplacement de la hanche et du genou. Pour les autres procédures, les temps observés ne sont pas trop loin des temps considérés comme raisonnables.

**Tableau 22 : Temps d'attente raisonnable par rapport aux cibles canadiennes, 2009 (Esmail, Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 2009 Report, 2009)**

Procédure	Cibles canadiennes	Médiane observée en semaines (intervalle provinces)	Temps médian raisonnable selon les médecins (semaines)
<b>Radiothérapie</b>	≤ 4 semaines à partir du moment où le patient est prêt à être traité	3,0 (1,6 – 4,3)	2,8 (2,0 – 3,5)
<b>Arthroplastie de la hanche</b>	≤ 26 semaines	17,1 (12,0 – 60,0)	11,8 (10,0 – 24,0)
<b>Arthroplastie du genou</b>	≤ 26 semaines	17,1 (12,0 – 60,0)	11,8 (10,0 – 24,0)
<b>Chirurgie de la cataracte</b>	≤ 16 semaines pour les patients à haut risque	9,0 (6,0 – 15,0)	8,2 (8,0 – 12,0)
<b>Pontage coronarien</b>	Niveau 1 : ≤ 2 semaines Niveau 2 : ≤ 6 semaines Niveau 3 : ≤ 26 semaines	Émergent : 0,1 (0,0 – 0,5) Urgent : 1,2 (0,1 – 11,5) Élective : 5,8 (3,0 – 30,0)	Émergent : 0,2 (0,0 – 1,0) Urgent : 0,8 (0,0 – 5,0) Élective : 4,1 (0,0 – 9,0)

Toujours selon la même étude, on observe des divergences d'opinions entre les provinces. Pour la chirurgie orthopédique par exemple, les spécialistes québécois ont déclaré que des temps d'attente raisonnables étaient de 11,3 semaines, alors qu'au Manitoba ou en Ontario, ils ont déclaré, respectivement, 19,1 et 9,2 semaines.

<sup>17</sup> D'inspiration sociale-démocrate, ce modèle se fonde sur l'universalité de l'accès aux soins et sur la fiscalisation des dépenses de santé. Il repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U » : Universalité (tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quelle que soit sa situation professionnelle), Unité (une administration unique gère chaque type de risque) et Uniformité (chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, indépendamment de ses revenus).

Tableau 23 : Comparaison entre les temps médians actuels et raisonnables (semaines), 2009 (Esmail, Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 2009 Report, 2009)

**Table 10(ii): Comparison between the Median Actual Weeks Waited and the Median Reasonable Number of Weeks to Wait for Treatment after Appointment with Specialist, by Selected Specialties, 2009**

	Quebec			New Brunswick			Nova Scotia			Prince Edward Island			Newfoundland & Labrador		
	A	R	D	A	R	D	A	R	D	A	R	D	A	R	D
Plastic Surgery	19.4	8.7	123%	15.7	12.0	30%	16.8	14.8	14%	12.0	12.0	0%	17.6	—	—
Gynecology	7.3	6.9	6%	8.4	8.3	1%	5.9	4.0	47%	11.6	7.6	51%	10.6	6.6	61%
Ophthalmology	10.1	8.0	27%	14.7	12.2	21%	8.6	7.7	13%	8.2	8.2	0%	8.4	8.0	5%
Otolaryngology	7.5	5.1	47%	10.3	9.0	14%	8.6	8.6	0%	—	—	—	6.5	4.2	56%
General Surgery	6.3	4.4	44%	4.9	7.6	-35%	5.8	5.0	17%	3.3	3.5	-6%	12.8	3.6	253%
Neurosurgery	13.7	6.5	110%	15.0	11.4	32%	9.8	11.8	-17%	—	—	—	—	—	—
Orthopedic Surgery	15.5	11.3	37%	19.9	12.3	61%	44.8	17.7	152%	38.2	13.9	175%	18.0	11.6	56%
Cardiovascular Surgery (Urgent)	0.5	0.2	108%	6.1	4.5	36%	0.4	1.1	-59%	1.9	0.2	800%	—	—	—
Cardiovascular Surgery (Elective)	4.7	4.6	4%	14.3	6.5	121%	3.8	3.3	15%	4.0	—	—	—	—	—
Urology	4.3	4.1	6%	10.6	4.9	115%	13.4	4.5	196%	11.9	—	—	9.4	2.8	233%
Internal Medicine	8.3	3.5	137%	10.8	5.6	94%	5.4	4.3	24%	5.7	4.0	45%	21.1	2.4	783%
Radiation Oncology	4.0	3.1	27%	2.9	2.5	19%	—	—	—	1.6	—	—	4.2	2.0	104%
Medical Oncology	1.7	2.8	-39%	4.0	3.0	33%	3.2	3.3	-3%	2.0	2.0	0%	—	—	—
Weighted Median	8.2	5.9	39%	11.4	8.6	33%	10.9	6.6	65%	12.2	6.6	83%	13.2	4.6	190%

A = Median Actual Wait; R = Median Clinically Reasonable Wait; D = Percentage Difference

Note: Percentage changes are calculated from exact weighted medians. The exact weighted medians have been rounded to one decimal place for inclusion in the table

Dans l'étude de coût du CSE sur les temps d'attente au Canada, les temps d'attente optimaux correspondaient aux standards définis par la *Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care*, soit un intervalle recommandé de 182 jours entre la visite chez le spécialiste et une chirurgie orthopédique, 112 jours pour une chirurgie de la cataracte, et 30 jours pour une IRM (Centre for Spatial Economics, 2008).

## Annexe 2 : Méthodologie de l'analyse quantitative

Comme nous l'avons précédemment mentionné, en plus de la perte du revenu et la perte d'emploi, il existe d'autres problèmes associés au nombre de jours attendu pour recevoir des services de soins de santé. Les tableaux 8 à 10 ont montré la fréquence reliée à chacun de ces problèmes. Ces fréquences ont été obtenues en divisant le nombre des individus ayant rapporté des problèmes spécifiques sur le nombre total des individus inclus dans l'échantillon (les individus ayant refusé de déclarer un problème ont été exclus). Par la suite, les tableaux 11 à 13 regroupent en quintiles le nombre de jours qu'un patient a déclaré avoir attendus avant de recevoir un des trois types de services de santé que nous examinons. Ces tableaux tiennent uniquement compte du nombre positif de jours attendus. Par conséquent, les individus ayant été regroupés dans la catégorie sans objet, auxquels nous avons attribué zéro jour de temps d'attente, n'ont pas été inclus dans ces tableaux. De plus, les tableaux 14 à 16 mettent en relation le temps d'attente avec le problème perçu par le patient en raison de cette attente. Encore une fois, seuls les individus ayant déclaré un nombre de jours positifs ont été inclus.

Finalement, pour construire le tableau 17, qui illustre les résultats des régressions *dprobit* effectués sur STATA, nous avons régressé la perception d'un problème spécifique chez l'individu (soit la perte de revenu, soit la perte d'emploi) sur le nombre de jours que celui-ci a attendus pour recevoir les services de santé appropriés (trois catégories : visiter un médecin spécialiste, subir un test de diagnostic ou une opération de chirurgie non urgente). Bien que la variable dépendante « perception du problème » se limite uniquement aux individus ayant déclaré un problème associé au temps d'attente, la variable indépendante « nombre de jours attendus » inclut également les individus n'ayant attendu aucun jour (c'est-à-dire ceux appartenant à la catégorie sans objet auxquels nous avons attribué zéro jour d'attente). De plus, nous avons aussi inclus d'autres variables indépendantes dites de contrôle (comme le sexe, l'âge, le statut matrimonial, etc.) dans cette régression afin d'isoler le plus possible l'effet du temps d'attente sur la perception d'un problème chez le patient. Ces variables sont illustrées sur le tableau 24.

Tableau 24 : Liste des variables utilisées dans la régression dprobit

Nom de la variable	Description de la variable
<i>Sexe</i>	Variable correspondant au sexe de l'individu =1 si individu est un homme; =0 si femme créé à partir de la variable DHHE_SEX
<i>Âge</i>	Variable continue correspondant à l'âge de l'individu recodée au point milieu de l'intervalle créé à partir de la variable DHHEAGE
<i>État matrimonial : Union libre</i>	Variable dichotomique correspondant à l'état matrimonial de l'individu (individus mariés omis) =1 si individu est en union libre; =0 sinon créé à partir de la variable DHHEGMS
<i>État matrimonial : Veuf/Séparé/Divorcé</i>	Variable dichotomique exprimant l'état matrimonial de l'individu =1 si individu est veuf/séparé/divorcé; =0 sinon créé à partir de la variable DHHEGMS
<i>État matrimonial : Célibataire</i>	Variable dichotomique correspondant à l'état matrimonial de l'individu =1 si individu est célibataire, jamais marié; =0 sinon créé à partir de la variable DHHEGMS
<i>Lieu de naissance</i>	Variable dichotomique correspondant au lieu de naissance de l'individu =0 si Canada; =1 si ailleurs créé à partir de la variable SDCEGCBG
<i>Diplôme d'études secondaires</i>	Variable dichotomique sur l'éducation (Catégorie 1 : Moins qu'un diplôme d'études secondaire omis) =1 si individu détient un diplôme d'études secondaire; =0 sinon créé à partir de la variable EDUEDR04
<i>Études postsecondaires</i>	Variable dichotomique sur l'éducation =1 si individu possède certaines études postsecondaires; =0 sinon créé à partir de la variable EDUEDR04
<i>Diplôme d'études postsecondaires</i>	Variable dichotomique sur l'éducation =1 si individu détient un diplôme d'études postsecondaires; =0 sinon créé à partir de la variable EDUEDR04
<i>Évaluation personnelle de santé</i>	Variable sur l'évaluation personnelle de la santé =1 si excellente; =2 si très bonne; =3 si bonne; =4 si passable; =5 si mauvaise créé à partir de la variable GENE_01

Nom de la variable	Description de la variable
<i>Temps d'attente_spécialiste</i>	Variable continue mesurant le temps d'attente pour visiter un médecin spécialiste créé à partir de la variable wtmzdso
<i>Temps d'attente_chirurgie</i>	Variable continue mesurant le temps d'attente pour une opération de chirurgie non urgente créé à partir de la variable wtmzdco
<i>Temps d'attente_diagnostic</i>	Variable continue mesurant le temps d'attente pour un test de diagnostic créé à partir de la variable wtmzdto
<i>Perte de revenu : Visite d'un spécialiste</i>	Variable dichotomique mesurant l'effet du temps d'attente pour visiter un spécialiste =1 si perte de revenu; =0 sinon créé à partir de la variable wtmz_15f
<i>Perte d'emploi : Visite d'un spécialiste</i>	Variable dichotomique mesurant l'effet du temps d'attente pour visiter un spécialiste =1 si perte de revenu; =0 sinon créé à partir de la variable wtmz_15 <sup>e</sup>
<i>Perte de revenu : Chirurgie non urgente</i>	Variable dichotomique mesurant l'effet du temps d'attente pour une opération de chirurgie =1 si perte de revenu; =0 sinon créé à partir de la variable wtmz_29f
<i>Perte d'emploi : Chirurgie non urgente</i>	Variable dichotomique mesurant l'effet du temps d'attente pour une opération de chirurgie =1 si perte d'emploi; =0 sinon créé à partir de la variable wtmz_29 <sup>e</sup>
<i>Perte de revenu : Test de diagnostic</i>	Variable dichotomique mesurant l'effet du temps d'attente pour un test de diagnostic =1 si perte de revenu; =0 sinon créé à partir de la variable wtmz_45f
<i>Perte d'emploi : Test de diagnostic</i>	Variable dichotomique mesurant l'effet du temps d'attente pour un test de diagnostic =1 si perte d'emploi; =0 sinon créé à partir de la variable wtmz_45 <sup>e</sup>