

Le coût économique des temps d'attente au Canada

Janvier 2008

SOUS EMBARGO
jusqu'au 15 janvier 2008 à midi (HNE)

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

© Association médicale canadienne, 2008

Publié par l'Association médicale canadienne, 2008

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires :

Centre des services aux membres
Association médicale canadienne
1867, prom. Alta Vista
Ottawa (Ont.) K1G 3Y6
888 855-2555 ou 613 731-8610 poste 2307
msc@cma.ca
amc.ca

Le coût économique des temps d'attente au Canada

Résumé

- Temps d'attente excédentaires moyens
- Coût économique de l'attente
- Moyens d'aider à réduire dès maintenant les temps d'attente
- Réduction des temps d'attente, réduction des coûts

La longueur excessive des temps d'attente pour recevoir des soins au Canada a un effet affectif, physique et financier évident sur les patients et leur famille. Mais les attentes excessives imposent aussi des coûts à l'économie du Canada dans son ensemble. Cette nouvelle recherche réalisée pour le compte de l'AMC quantifie pour la première fois le coût des temps d'attente excessifs*.

Le temps passé à attendre dérobe à l'économie des travailleurs, autant des patients que leurs aidants. La durée de l'attente fait aussi grimper les coûts du système de santé, car les patients ont besoin de plus de rendez-vous, d'exams et de médicaments.

Il en a coûté à l'économie quelque 14,8 milliards de dollars en 2007 pour les patients qui ont dû attendre plus longtemps que le recommandent les médecins pour quatre interventions clés : arthroplastie totale, chirurgie de la cataracte, pontage aortocoronarien et IRM (imagerie par résonance magnétique). Cette réduction de l'activité économique se répercute à la baisse sur les recettes des gouvernements fédéral et provinciaux, d'un total combiné de 4,4 milliards de dollars en 2007.

La réduction des temps d'attente ferait reculer ces coûts. Cette étude présente des moyens d'aider les décideurs à déterminer la façon la plus efficace sur le plan économique de consacrer des dépenses publiques à la réduction

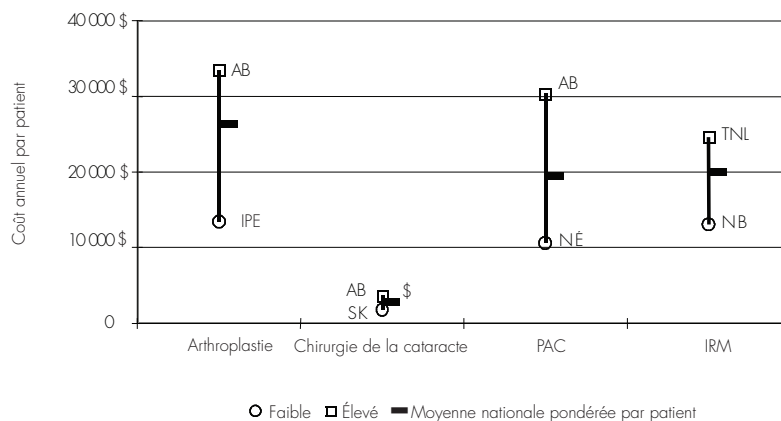
du coût des temps d'attente qui dépassent les recommandations médicalement raisonnables.

Les études économiques antérieures sur les temps d'attente, qui ont porté sur le coût global des listes d'attente, ont une valeur limitée lorsqu'il s'agit de déterminer la meilleure façon de cibler les dépenses en soins de santé à la réduction des temps d'attente.

C'est pourquoi l'Association médicale canadienne et l'Association médicale de la Colombie-Britannique ont commandé, en 2006, une étude qui a été mise à jour et étendue à l'échelle nationale dans le présent rapport. L'étude examinait ce qu'il en coûte lorsqu'il faut attendre plus longtemps que le recommandent les médecins pour obtenir des traitements. Les coûts de ces «attentes excessives» sont pertinents pour les décideurs parce que ce sont des coûts que l'on pourrait éliminer en réduisant ou en supprimant les temps d'attente.

Dans chaque province, on a calculé les coûts des attentes excessives pour quatre des cinq interventions clés mentionnées dans l'Accord sur la santé signé par les premiers ministres en 2004. Les coûts économiques les plus élevés se rattachent à l'arthroplastie totale (quelque

Figure 1 : Impact sur le produit intérieur brut par patient qui attend plus longtemps que le temps maximal recommandé, 2007



Sources : Centre for Spatial Economics; sites web des gouvernements provinciaux; Statistique Canada; Western Canada Waiting List Project.

* On trouvera à cma.ca/econcostofwaiting.ca la version complète du rapport «Le coût économique des temps d'attente au Canada» qui inclut l'effet économique des temps d'attente excessifs dans les cas suivants : arthroplastie totale, IRM, pontage aortocoronarien et chirurgie de la cataracte, pour les 10 provinces, cma.ca/index.cfm/ci_id/45087/la_id/2.htm.

26 400 \$ en moyenne par patient). Suivent l'IRM (20 000 \$) et le pontage aortocoronarien (19 400 \$), la chirurgie de la cataracte produisant les coûts les moins élevés (2900 \$) (voir la Figure 1). Il existe des différences importantes entre les provinces, mais aucune n'a affichés les coûts les plus élevés ou les plus faibles dans tous les domaines prioritaires*.

Cette analyse conservatrice porte seulement sur le temps d'attente entre le moment où un spécialiste demande un traitement et celui où le patient le reçoit. Elle ne tient pas compte de la période pendant laquelle le patient a dû attendre pour voir le spécialiste ou même son médecin de famille. Elle ne tient pas compte non plus des coûts imposés à l'économie par les impôts plus élevés que les gouvernements doivent percevoir afin de récupérer le manque à gagner découlant d'une réduction de l'activité économique.

Calcul des temps d'attente excessifs

Les gouvernements provinciaux et d'autres organisations fournissent de l'information sur les périodes d'attente pour obtenir des traitements dans leur province ou région, pour un certain nombre de problèmes médicaux. Nous avons utilisé ces renseignements pour chacune des quatre interventions afin de calculer le temps d'attente excessif moyen.

Dans la Figure 2, les lignes foncées illustrent les temps d'attente médicalement raisonnables maximaux. Ces points de repère ont été établis par l'Alliance sur les temps d'attente, groupe de sociétés nationales de médecins spécialistes

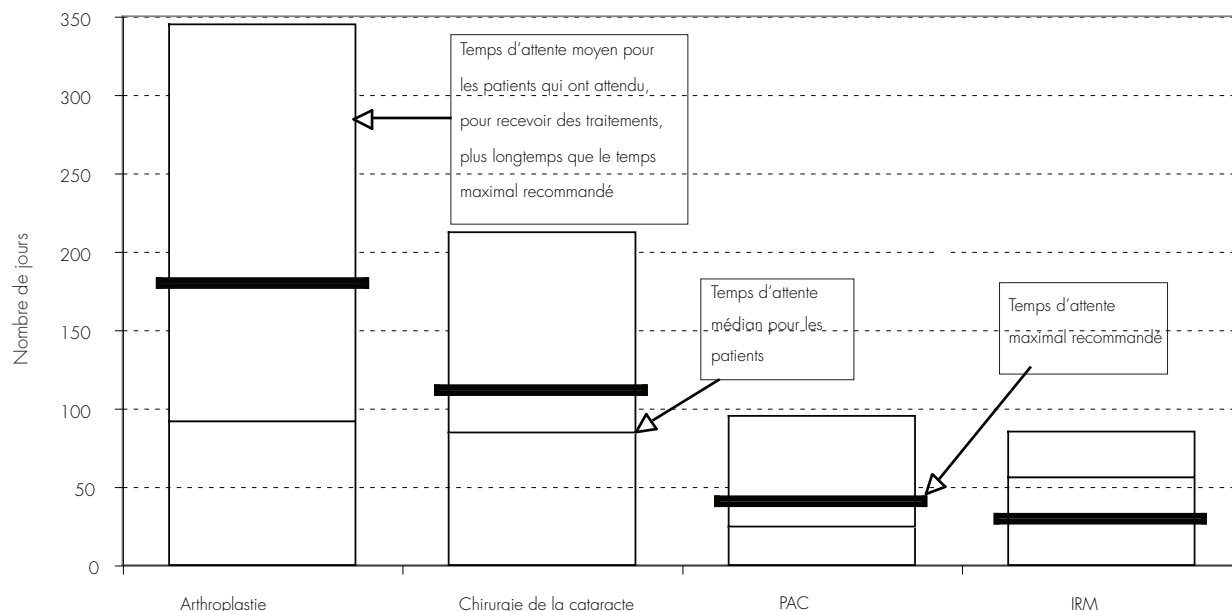
dont les membres dispensent directement des soins aux patients. Même si le Canada devrait viser à faire disparaître entièrement les temps d'attente, l'établissement de points de repère pour des temps d'attente maximaux acceptables constitue un premier pas pour orienter les décisions sur la meilleure façon de consacrer les fonds publics à la réduction des temps d'attente.

Les barres indiquent le nombre moyen de jours pendant lesquels les patients qui ont dû attendre plus longtemps que le temps maximal recommandé ont attendu pour recevoir des traitements.

La bonne nouvelle, c'est qu'on a réalisé des progrès dans la réduction des temps d'attente. Parmi tous les patients visés par notre étude, les patients médians — c'est-à-dire ceux qui se trouvent au milieu de la distribution — reçoivent maintenant en général leur traitement à la limite des temps d'attente maximaux recommandés ou avant. Comme le patient médian représente toutefois, par définition, celui qui se trouve au milieu, cela signifie que beaucoup de patients ne reçoivent pas de soins en temps opportun.

Qui plus est, comme le montre la Figure 2, chez les patients qui doivent attendre plus longtemps que le temps d'attente maximal acceptable, les temps d'attente moyens sont longs et atteignent presque un an pour l'arthroplastie de la hanche et du genou et sept mois dans le cas de la chirurgie de la cataracte. Chez les patients cardiaques qui ne sont pas traités en-deçà du délai maximal recommandé, le temps d'attente moyen pour un pontage aortocoronarien

Figure 2 : Temps d'attente moyens par patient pour les patients qui ont attendu plus longtemps que la période maximale recommandée pour recevoir un traitement
Moyenne nationale pondérée selon la province



Sources : Centre for Spatial Economics; sites web des gouvernements provinciaux; Alliance sur les temps d'attente.

* La cinquième intervention, soit la radiothérapie, n'a pas été incluse dans cette étude faute de données comparables entre les provinces.

dépasse trois mois, ce qui est plus que le double du temps d'attente maximal recommandé. La situation demeure grave pour les patients qui ont besoin d'une IRM. L'attente maximale recommandée est de 30 jours, mais le patient médian attend toujours 56 jours, tandis que ceux qui n'obtiennent pas leur examen en-deçà de cette période maximale recommandée attendent en moyenne 85 jours.

Calcul du coût économique de l'attente

Cette étude porte sur trois types de coûts : les coûts pour les patients, pour les soignants et pour le système médical. On estime ces coûts pour chaque province et chaque domaine prioritaire.

1. **Les coûts pour les patients** mesurent l'effet d'une réduction de l'activité économique attribuable au fait que les patients ne peuvent être actifs dans la population active. Les coûts comportent la perte directe de production de ces personnes qui ne produisent plus de biens et de services, ainsi que la réduction plus générale de l'activité économique qui découle d'une diminution des revenus et des dépenses.
2. **Les coûts pour les soignants** mesurent l'effet d'une réduction de l'activité économique attribuable au fait que les aidants cessent de travailler pour s'occuper de membres de leur famille ou de leur parenté. Comme dans le cas des coûts pour les patients, ces coûts comportent la perte directe de production des personnes en cause qui ne produisent plus de biens et de services, ainsi que la réduction plus générale de l'activité économique attribuable à une diminution des revenus et des dépenses.
3. **Les coûts pour le système de santé** comprennent les coûts supplémentaires générés par les patients qui consultent des médecins, subissent des examens et des interventions et prennent des médicaments, et qui n'auraient pas été nécessaires si les temps d'attente n'avaient pas dépassé le maximum recommandé.

Deux grands facteurs déterminent les coûts totaux : la durée de l'attente pour les patients qui attendent plus longtemps que le maximum recommandé et si ces patients peuvent poursuivre leurs activités régulières tout en attendant. Le faible pourcentage des patients qui doivent interrompre leurs activités régulières pendant qu'ils attendent une chirurgie de la cataracte rend relativement faibles les coûts d'attente par patient dans ce domaine prioritaire en dépit de la longueur des temps d'attente. L'inverse est vrai dans le

cas du pontage aortocoronarien. Dans ce cas, le pourcentage élevé des patients qui doivent interrompre leurs activités régulières pendant qu'ils attendent un traitement fait grimper le coût des temps d'attente par patient en dépit de la durée relativement brève de l'attente en cause.

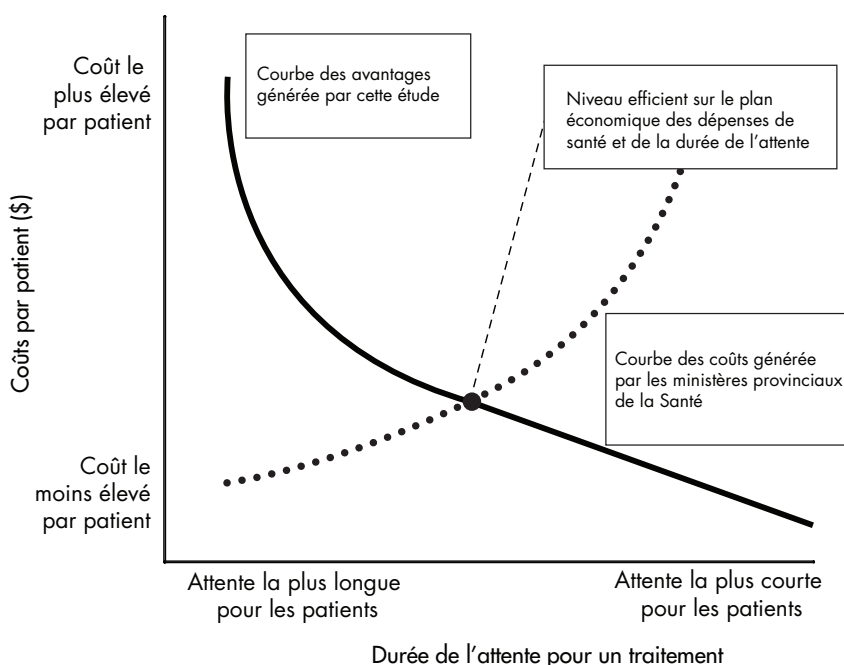
Aucune province n'affiche les coûts les plus élevés ou les plus bas dans tous les domaines prioritaires. Les coûts par patient vont d'un maximum de 33 400 \$ pour l'arthroplastie en Alberta à un minimum de 1700 \$ pour la chirurgie de la cataracte en Saskatchewan. En Alberta, les coûts par patient sont en général plus élevés parce que l'économie de la province est celle qui connaît la croissance la plus rapide et que les pénuries de main-d'œuvre qui en découlent font grimper encore davantage le coût de l'absentéisme.

Moyens d'aider à réduire dès maintenant les temps d'attente

Le rapport présente des moyens utiles d'aider les décideurs à utiliser l'analyse de rentabilité pour déterminer le moyen le plus efficace sur le plan économique d'affecter les ressources publiques à la réduction des temps d'attente. Là encore, il faut viser en bout de ligne à faire disparaître complètement les temps d'attente. L'analyse de rentabilité peut toutefois être un moyen puissant à utiliser dans un premier temps pour réduire les temps d'attente.

Cette étude présente aux décideurs une série de courbes d'avantages pour chaque province et domaine

Figure 3 : Exemple d'analyse coûts-bénéfices des dépenses consacrées aux soins de santé et du temps d'attente des patients



Source : Centre for Spatial Economics.

prioritaire qui illustrent le produit intérieur brut (PIB) par patient selon la durée de l'attente (voir l'exemple de la courbe descendante dans la Figure 3). On peut combiner ces renseignements à d'autres auxquels ont accès les ministères provinciaux de la Santé et d'autres dirigeants de la santé publique au sujet du coût de la prestation du service aux patients. Ces deux éléments d'information peuvent globalement montrer aux décideurs où ils tireront le maximum de l'argent consacré aux soins de santé.

On s'attend à ce que le coût de prestation de services supplémentaires par patient augmente à mesure que le nombre de patients traités augmente (voir la courbe ascendante dans la Figure 3). C'est parce que les coûts de prestation de soins en temps opportun par patient devraient grimper à mesure que les ressources disponibles s'épuisent et qu'il faut ajouter au système une capacité nouvelle — et plus coûteuse.

Le niveau de l'efficacité économique des dépenses publiques consacrées aux soins de santé est donc déterminé par le point d'intersection des courbes des avantages présentées dans cette étude et des courbes des dépenses des provinces.

Réduire les coûts en réduisant les temps d'attente

La longueur des temps d'attente préoccupe les médecins membres de l'AMC. La décision que la Cour suprême a rendue en 2005 en faveur du D^r Chaoulli et de M. Zeliotis au sujet du droit d'accès aux services de santé en temps opportun semble indiquer que les préoccupations des médecins — que ceux-ci répètent depuis des années — sont fondées et qu'on n'a pas répondu aux besoins médicaux légitimes des patients.

Les médecins ont attiré avec raison l'attention sur l'effet des temps d'attente excessifs. Cette étude démontre l'impact économique des temps d'attente, qui a atteint en 2007 un total estimatif de 14,8 milliards de dollars dans quatre domaines prioritaires seulement (voir la Figure 4). La réduction des revenus personnels entraîne une diminution de l'impôt sur le revenu des particuliers que perçoivent le fédéral et les provinces et la baisse des dépenses personnelles réduit les recettes tirées des taxes de vente et de la taxe d'accise. L'activité commerciale diminue aussi, ce qui réduit les recettes fédérales et provinciales tirées de l'impôt sur le revenu des sociétés. Le manque à gagner total pour les gouvernements dans les quatre domaines prioritaires a atteint, en 2007, 2,21 milliards de dollars au fédéral et 2,18 milliards de dollars dans les provinces.

Ces coûts ne représentent que la pointe de l'iceberg. Il est clair que le coût réel des listes d'attente dans le système de santé est beaucoup plus élevé : cette analyse ne présente qu'un faible pourcentage des maladies pour lesquelles les patients attendent des traitements. Elle exclut aussi plusieurs éléments du processus des temps d'attente, y compris l'attente pour consulter un médecin de famille, l'attente pour consulter un spécialiste et l'attente pour obtenir des résultats d'examen diagnostiques.

Cette étude signale quand même le coût économique sérieux des temps d'attente pour les soins de santé au Canada et, par conséquent, les avantages qu'il serait possible de tirer d'une réduction majeure des temps d'attente. Il est temps de raccourcir les temps d'attente en investissant dans les soins de santé, investissement qui produira des dividendes pour les patients, pour l'économie du Canada et pour toute la population canadienne.

Figure 4 : Impact total en millions de dollars de l'année de référence 2007

Produit national brut	CB	AB	SK	MB	ON	QB	NB	NE	IPE	TNL	CA
Orthopédie : arthroplastie totale	88	68	26	18	193	57	10	12	2	3	479
Ophthalmologie : chirurgie de la cataracte	35	36	8	16	109	98	8	6	1	3	317
Cardiologie : chirurgie de PAC	57	22	5	6	70	37	3	4		5	204
Procédures de diagnostic : IRM	1 539	2 345	318	325	5 903	2 673	241	285	29	119	13 817
<i>Coûts combinés dans les domaines prioritaires</i>	<i>1 719</i>	<i>2 471</i>	<i>358</i>	<i>365</i>	<i>6 275</i>	<i>2 864</i>	<i>263</i>	<i>307</i>	<i>31</i>	<i>130</i>	<i>14 817</i>
Revenus du gouvernement fédéral	CB	AB	SK	MB	ON	QB	NB	NE	IPE	TNL	CA
Orthopédie : arthroplastie totale	13	11	4	3	33	9	2	2	0	0	76
Ophthalmologie : chirurgie de la cataracte	5	6	1	2	18	17	1	1	0	0	54
Cardiologie : chirurgie de PAC	9	4	1	1	13	7	1	1		1	37
Procédures de diagnostic : IRM	206	341	40	43	930	396	37	34	5	13	2 045
<i>Coûts combinés dans les domaines prioritaires</i>	<i>233</i>	<i>363</i>	<i>45</i>	<i>49</i>	<i>994</i>	<i>429</i>	<i>41</i>	<i>37</i>	<i>5</i>	<i>14</i>	<i>2 211</i>
Revenus des gouvernements provinciaux	CB	AB	SK	MB	ON	QB	NB	NE	IPE	TNL	CA
Orthopédie : arthroplastie totale	13	8	4	3	26	11	2	2	0	1	71
Ophthalmologie : chirurgie de la cataracte	5	4	1	3	14	21	2	1	0	0	52
Cardiologie : chirurgie de PAC	9	3	1	1	10	8	1	1		1	34
Procédures de diagnostic : IRM	233	233	49	52	803	539	52	43	5	17	2 025
<i>Coûts combinés dans les domaines prioritaires</i>	<i>260</i>	<i>247</i>	<i>55</i>	<i>59</i>	<i>853</i>	<i>580</i>	<i>57</i>	<i>47</i>	<i>5</i>	<i>19</i>	<i>2 182</i>