



Résorber l'arriéré

Coût pour ramener les temps d'attente à leurs niveaux d'avant la pandémie

Octobre 2020

Table des matières



01

Contexte du projet

02

Incidence de la COVID-19

03

Méthodologie

04

Résultats

05

Annexe

Contexte du projet



La pandémie a entraîné une interruption des interventions non essentielles en avril

Lorsque les lits d'hôpitaux ont commencé à se remplir de patients atteints de la COVID-19, la capacité de réaliser des interventions a été limitée aux chirurgies absolument essentielles, ce qui a occasionné le report d'un nombre important d'interventions non essentielles, dont le volume a chuté en avril.

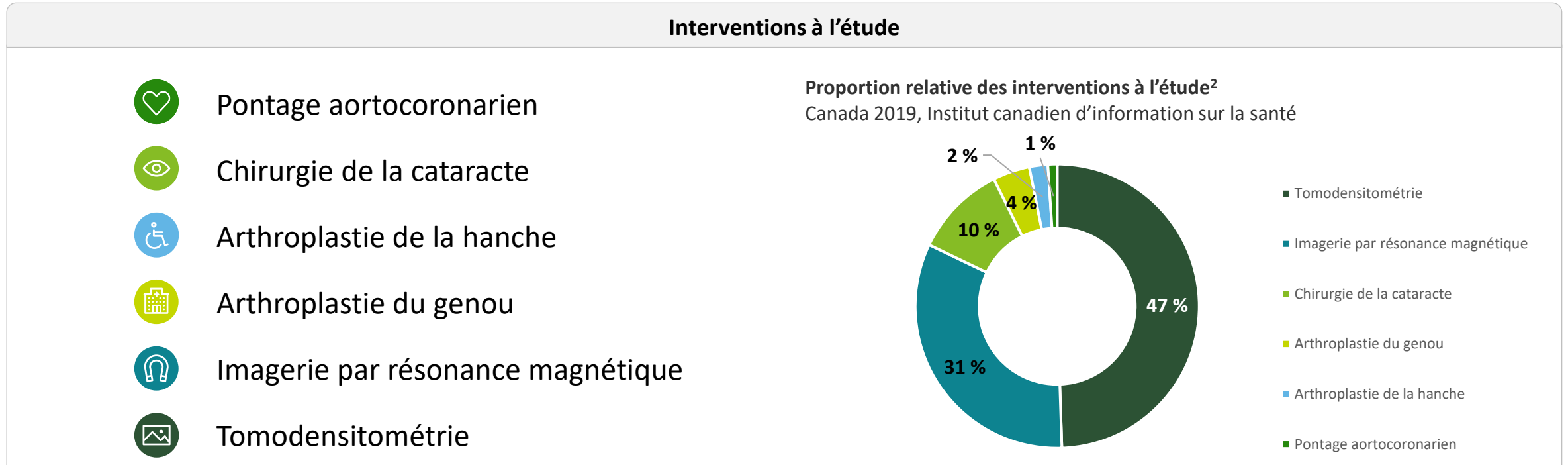
- À mesure que le nombre de cas de COVID-19 augmentait au Canada, il est devenu évident qu'un fardeau additionnel pèserait sur le système de santé. Au début de la pandémie, quand on savait peu de choses encore sur l'ampleur de ses effets possibles, toutes les chirurgies non essentielles ont été annulées afin de limiter la propagation du virus et de s'assurer que les hôpitaux auraient la capacité nécessaire pour répondre en cas de hausse des patients atteints de la COVID-19.
- Plus particulièrement, les interventions telles que les remplacements d'articulations, le rétablissement de la vue, les chirurgies cardiaques moins essentielles et l'imagerie diagnostique ont été reportées pendant longtemps, ce qui a créé un arriéré d'interventions considérable et une hausse importante des temps d'attente.
- Une fois les professionnels de la santé bien adaptés à la pandémie, les interventions non essentielles ont repris. Or, un nombre important d'interventions reportées se sont accumulées, ce qui exerce encore plus de pression sur un système déjà très sollicité.
- Même si ces interventions sont considérées comme non essentielles comparativement aux chirurgies essentielles à la survie, elles ont une incidence considérable sur la qualité de vie des gens.

Les responsables des politiques devront trouver des façons d'accroître la capacité en matière d'interventions

afin de résorber l'arriéré et de ramener les temps d'attente à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Objectifs du projet

En raison de la réaffectation des ressources hospitalières au printemps 2020 pour se préparer à la COVID-19, de nombreuses interventions ont été annulées afin de maintenir la capacité des établissements à un niveau adéquat. Dans notre étude, nous avons examiné six interventions afin de déterminer comment elles ont été **affectées par la COVID-19** et quelles mesures seront nécessaires pour ramener les temps d'attente à leurs niveaux d'avant la pandémie¹.



1. Selon des données de l'Ontario, ces 6 interventions représentent environ 78 % du volume mesuré parmi 171 interventions chirurgicales et examens diagnostiques. Les 4 interventions chirurgicales représentent environ 28 % des 167 interventions chirurgicales.

2. Selon la liste des interventions prioritaires définie en 2004 par le gouvernement fédéral canadien (*Un plan décennal pour consolider les soins de santé*), qui établissait les investissements stratégiques nécessaires pour réduire les temps d'attente pour ces interventions.

Incidence de la COVID-19

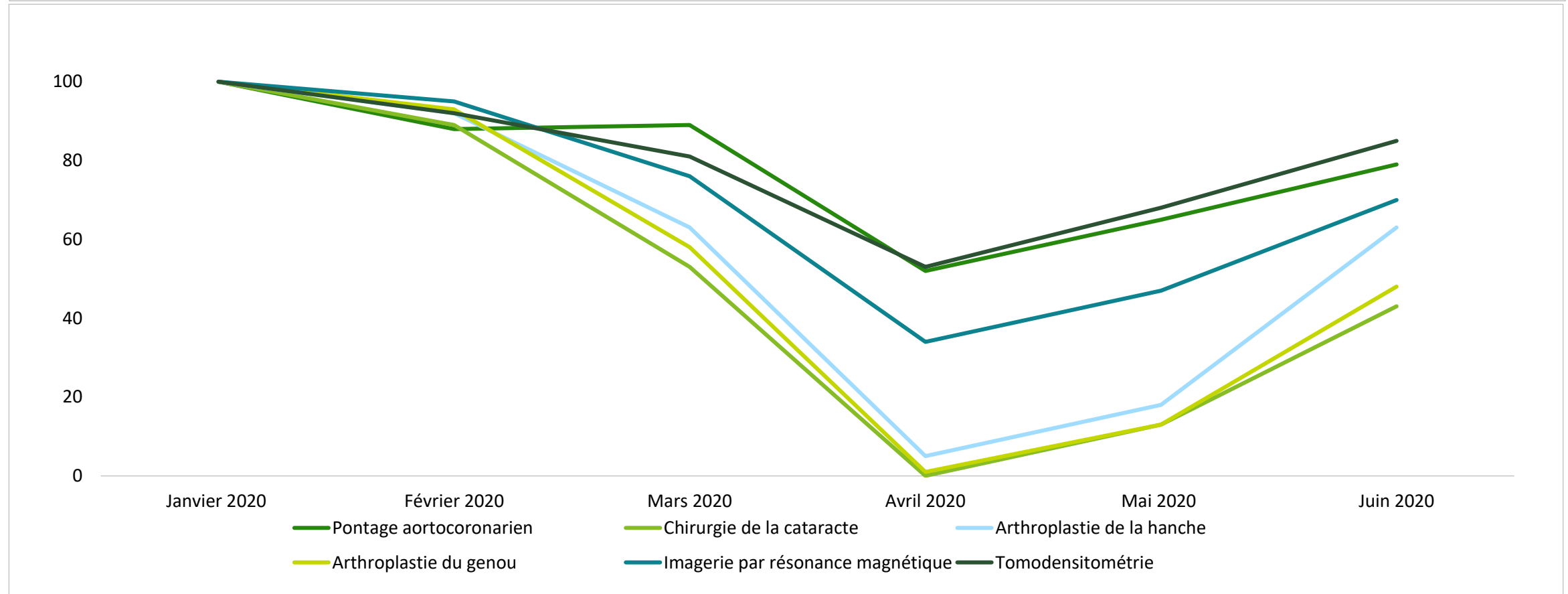


Comment la COVID-19 a affecté le volume des interventions

Incidence de la COVID-19 – interventions prioritaires pour l’ensemble du Canada

Notre analyse des données révèle une diminution considérable du volume de toutes les interventions à l’étude, particulièrement des chirurgies de la cataracte et des arthroplasties du genou. Un rétablissement graduel de la capacité est en cours, mais des écarts importants subsistent pour tous les types d’intervention.

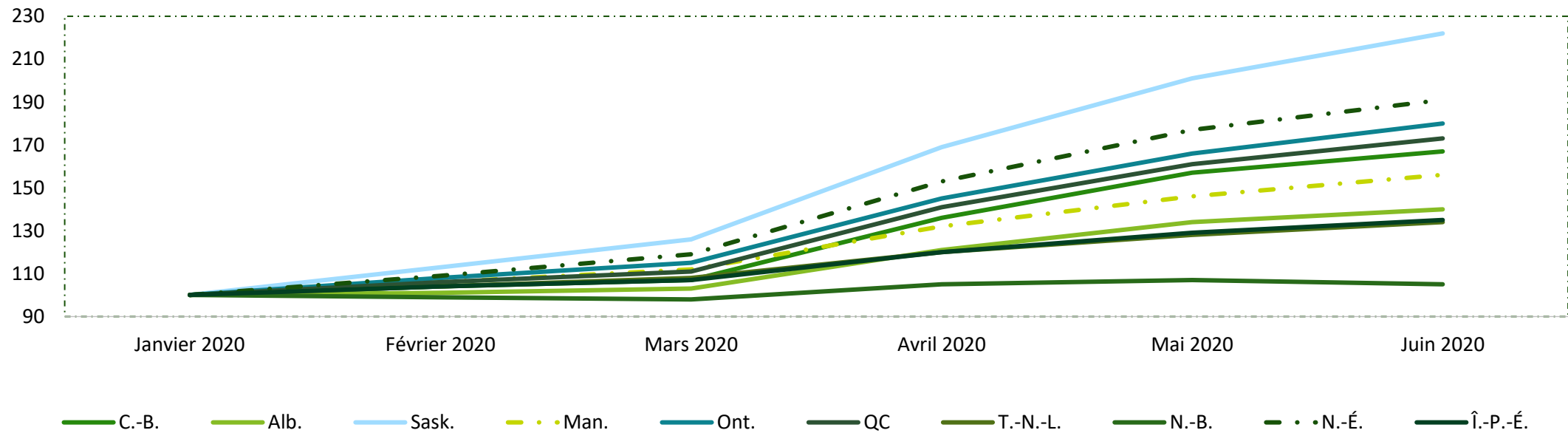
Baisse du nombre d’interventions par type (indice, janvier 2020 = 100)



Incidence de la COVID-19 – pontages aortocoronariens en attente

- Le volume de pontages aortocoronariens n'a pas diminué autant que celui d'autres interventions. Néanmoins, étant donné la forte baisse du nombre d'interventions réalisées, la liste d'attente pour cette intervention a explosé en avril dans presque toutes les provinces.
- La Saskatchewan a été la plus durement touchée, le nombre d'interventions en attente ayant plus que doublé entre janvier et juin.
- Par ailleurs, le Nouveau-Brunswick a réussi à contenir le nombre d'interventions en attente, qui a augmenté de 5 % seulement entre janvier et juin.

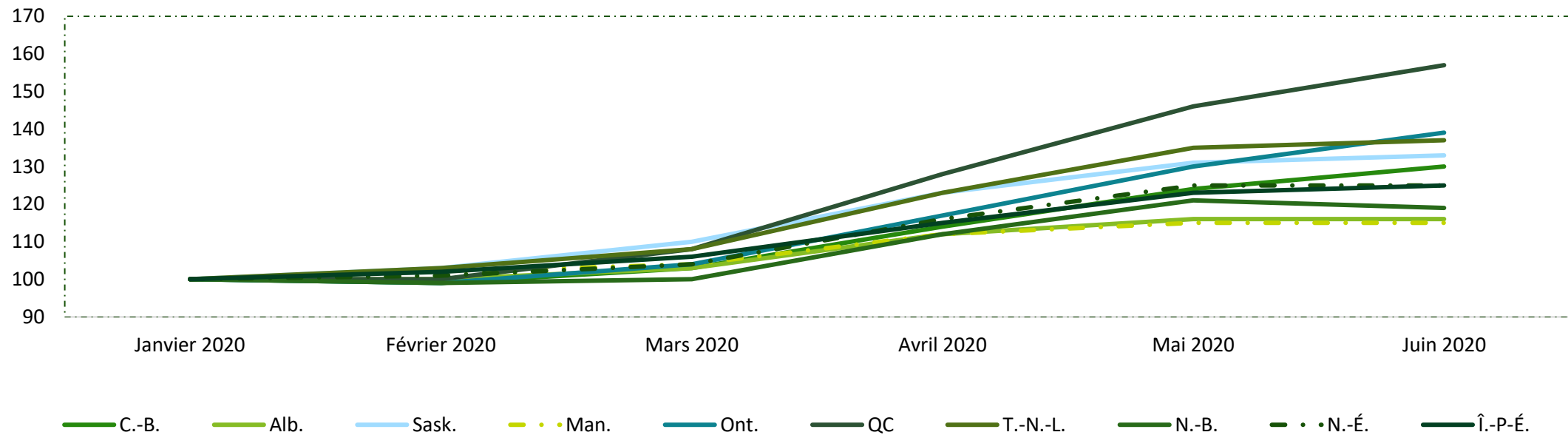
Augmentation du nombre de pontages aortocoronariens en attente par province (indice, janvier 2020 = 100)



Incidence de la COVID-19 – chirurgies de la cataracte en attente

- Pratiquement aucune chirurgie de la cataracte n'a été réalisée au Canada en avril, comme en témoigne la hausse du nombre d'interventions en attente observée en mai.
- En juin, l'augmentation du nombre d'interventions en attente a ralenti, sauf en Ontario et au Québec, où leur nombre a continué de croître de 7 % et 11 %, respectivement, par rapport à mai.
- Le Manitoba a eu la plus faible augmentation du nombre d'interventions en attente au cours des six premiers mois de l'année. Cependant, en juin, ce nombre était encore 15 % plus élevé que celui observé en janvier.

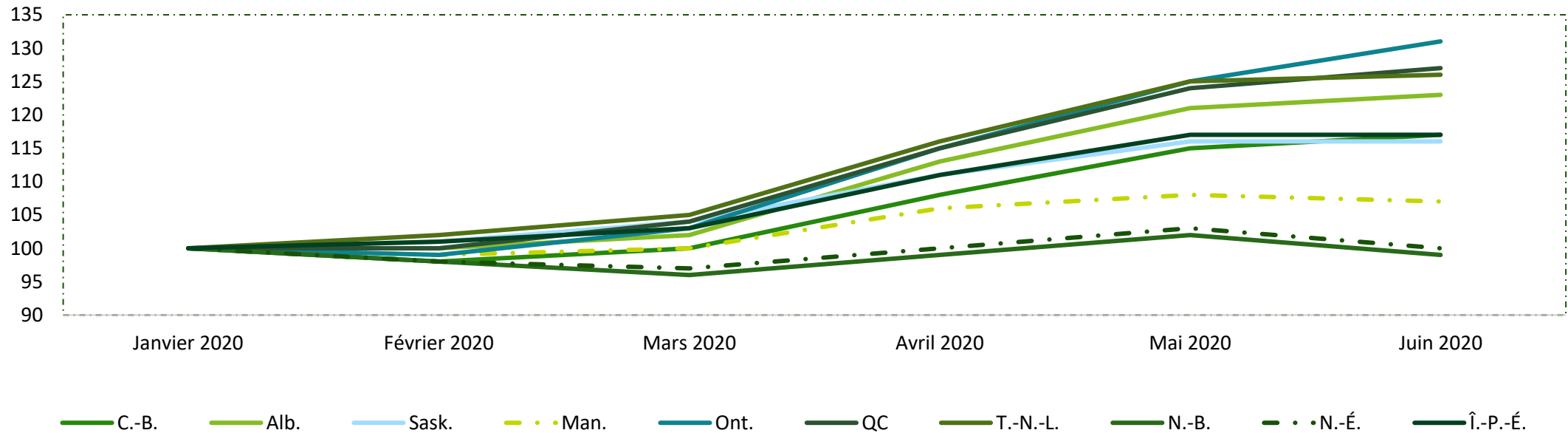
Augmentation du nombre de chirurgies de la cataracte en attente par province (indice, janvier 2020 = 100)



Incidence de la COVID-19 – arthroplasties de la hanche en attente

- Dans certaines provinces, les arthroplasties de la hanche ont continué durant la pandémie tandis que dans d'autres, leur nombre a chuté pour atteindre près de zéro en avril.
- Le nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées se rapproche du niveau d'avant la pandémie, mais des écarts importants existent entre les provinces. En juin, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick étaient revenus à un nombre normal d'interventions en attente.
- Le retour à la normale a été plus lent en Ontario, où le nombre d'interventions en attente a continué de monter en juin, portant ainsi l'augmentation totale depuis janvier à 31 %.

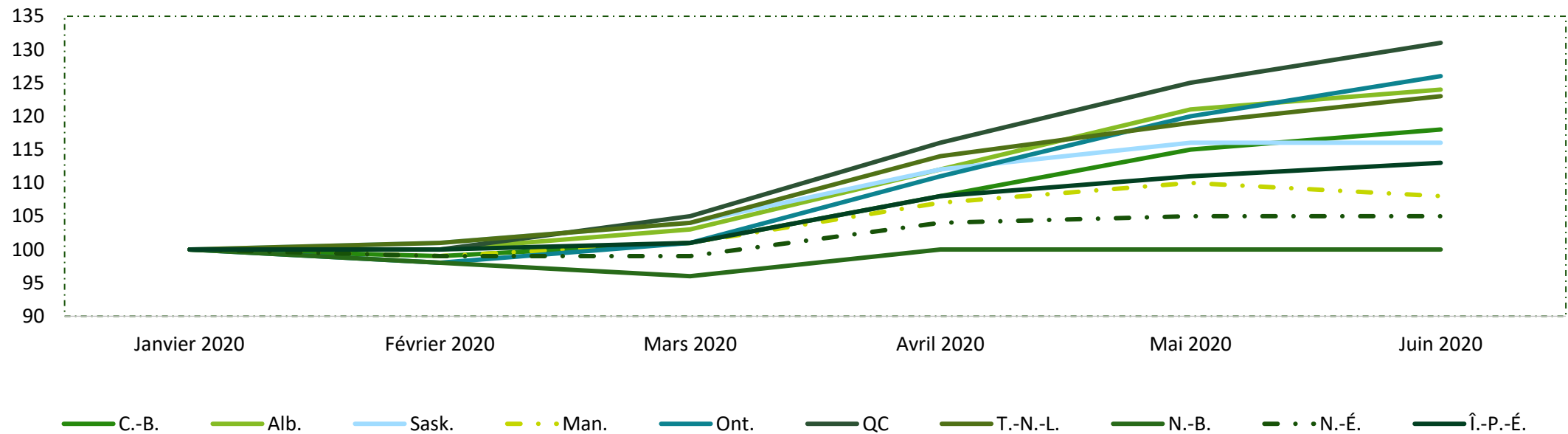
Augmentation du nombre d'arthroplasties de la hanche en attente par province (indice, janvier 2020 = 100)



Incidence de la COVID-19 – arthroplasties du genou en attente

- Dans toutes les provinces, le nombre d'arthroplasties du genou réalisées est pratiquement tombé à zéro en avril.
- Depuis mai, le nombre d'interventions en attente s'est stabilisé en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, tandis qu'il a diminué au Manitoba.
- En juin, c'est au Québec que le nombre d'interventions en attente avait le plus augmenté comparativement aux niveaux de janvier.

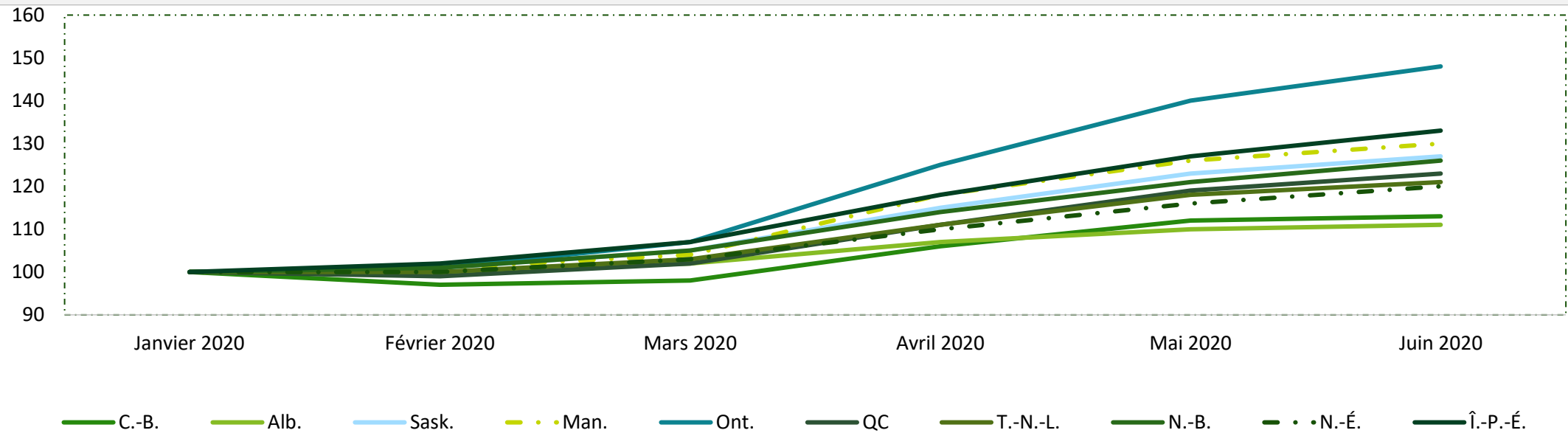
Augmentation du nombre d'arthroplasties du genou en attente par province (indice, janvier 2020 = 100)



Incidence de la COVID-19 – examens d’imagerie par résonance magnétique (IRM) en attente

- Le nombre d’examens diagnostiques a moins fluctué que celui des chirurgies lorsque les premières restrictions liées à la COVID-19 ont été appliquées. Toutefois, si l’on compare les deux principaux examens diagnostiques, la baisse du nombre d’examens d’imagerie par résonance magnétique a été légèrement supérieure durant le mois d’avril.
- La plupart des provinces ont affiché une baisse comparable du nombre d’examens en attente en avril, sauf en Ontario, où ce nombre a le plus augmenté.
- En mai, la Colombie-Britannique et l’Alberta ont réussi à stabiliser le nombre d’examens en attente. L’Ontario est la province ayant le plus grand retard à rattraper.

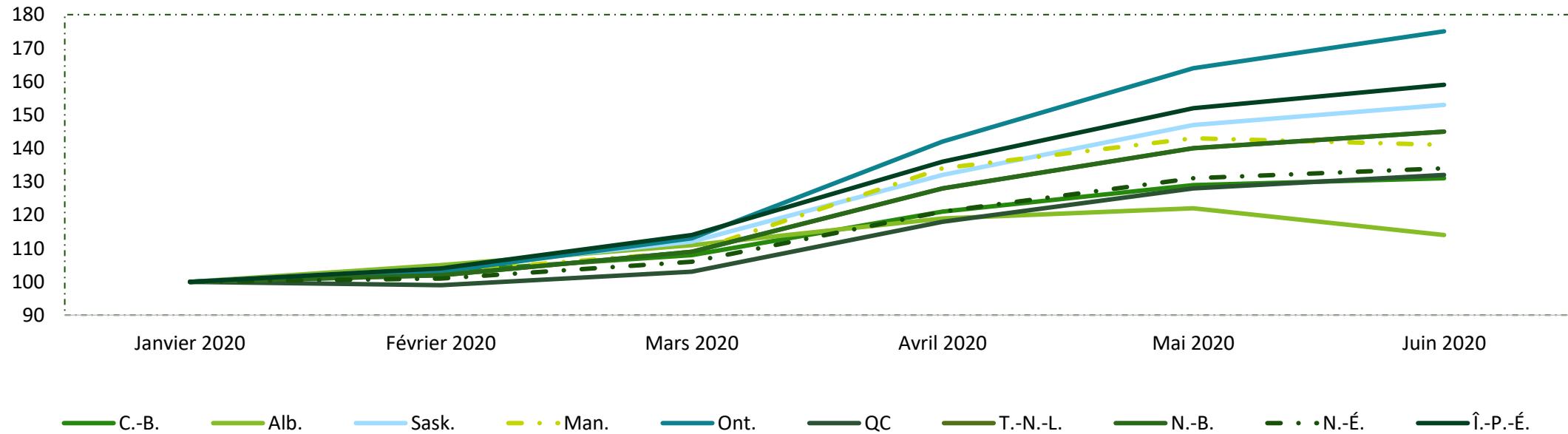
Augmentation du nombre d’examens d’imagerie par résonance magnétique en attente par province
(indice, janvier 2020 = 100)



Incidence de la COVID-19 – examens de tomodensitométrie en attente

- À l'échelle nationale, le nombre d'examens de tomodensitométrie a été stable comparativement à celui des autres interventions à l'étude. Cependant, on observe une importante variation d'une province à l'autre.
- En juin, huit provinces continuaient à afficher une augmentation du nombre d'examens en attente, l'Ontario présentant une hausse de 75 % depuis janvier.
- L'Alberta est la province qui s'en est le mieux tirée, affichant une baisse de 8 % du nombre d'examens en attente entre mai et juin, ce qui représente un gain de 14 % par rapport à janvier. Le Manitoba a également montré des signes de rétablissement en juin, le nombre d'examens en attente ayant diminué de 1 % par rapport à mai.

Augmentation du nombre d'examens de tomodensitométrie en attente par province (indice, janvier 2020 = 100)



Méthodologie



Estimation du coût pour résorber l'arriéré

Méthodologie – principales hypothèses

Pour estimer la fourchette des coûts nécessaires pour ramener les temps d'attente pour les interventions à l'étude aux niveaux d'avant la pandémie, nous avons posé plusieurs hypothèses.

- Notre analyse examine le nombre d'interventions reportées en raison de la COVID-19 et le nombre d'interventions quotidiennes qui doivent être réalisées pour **ramener en un an les temps d'attente aux niveaux d'avant la pandémie**.
- Des estimations ont été faites par intervention et par province pour six interventions importantes. Pour obtenir les coûts estimatifs pour le Canada, nous avons additionné les coûts estimatifs provinciaux pour chaque intervention.
- Les coûts estimatifs sont fondés sur les coûts des interventions par patient pour chaque province fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour les interventions chirurgicales. Les coûts des examens diagnostiques sont fondés sur les coûts canadiens moyens par patient de Canada Diagnostic.
- Les estimations *ne tiennent pas compte* des facteurs suivants :
 - Coûts additionnels associés à l'acquisition d'équipement de protection individuelle supplémentaire, aux mesures de nettoyage additionnelles ou à toute nouvelle mesure susceptible de réduire la capacité future. Ainsi, les estimations présentées dans le présent document seraient probablement plus élevées si ces coûts additionnels étaient pris en compte.
 - La faisabilité de l'augmentation du nombre d'interventions quotidiennes au cours de la prochaine année pour revenir à des temps d'attente normaux.
- Tous les coûts estimatifs du présent rapport sont les coûts nécessaires pour revenir en un an aux temps d'attente d'avant la pandémie pour les interventions à l'étude.

Méthodologie – hypothèses concernant la réduction de la capacité opérationnelle

Étant donné l'effet dévastateur de la COVID-19 sur les hôpitaux, nous posons une autre hypothèse : les hôpitaux fonctionnent à capacité réduite et ne peuvent pas réaliser autant d'interventions qu'ils le faisaient au cours des années précédentes.

Description

- Même si plusieurs espéraient que les hôpitaux puissent revenir rapidement à un volume normal d'interventions, bon nombre des personnes que nous avons consultées craignent que ce nombre ne reste en deçà de la normale au cours de la prochaine année. La récente hausse des cas et le resserrement des mesures sanitaires visant à ralentir la propagation du virus pourraient limiter la capacité à réaliser des interventions.
- Ces mesures sanitaires comprennent le nettoyage plus fréquent des appareils de tomodensitométrie et d'IRM, le temps additionnel nécessaire pour réaliser chaque intervention, la diminution du nombre de patients admis dans les salles d'attente et, par conséquent, de la vitesse de leur prise en charge, ainsi que l'obligation de respecter une distanciation physique dans les salles de réveil, ce qui peut avoir pour effet de réduire la capacité de certains établissements ou d'aggraver certains cas en raison de leur traitement retardé, ce qui augmenterait encore le temps nécessaire pour traiter chaque patient.
- Si moins d'interventions peuvent être réalisées chaque jour avec les ressources existantes, il faudra augmenter le financement pour que les temps d'attente reviennent à la normale.

Hypothèses

- Nous supposons que les hôpitaux ne pourront pas revenir à leur capacité opérationnelle historique.
- Pour simuler cette situation, nous réduisons de 10 % le nombre d'interventions qui pouvaient être réalisées avant la COVID-19, ce qui signifie que les hôpitaux fonctionnent à 90 % de leur capacité pour les interventions à l'étude.
- Il s'agit d'une hypothèse prudente fondée sur l'avis d'experts médicaux qui ont affirmé durant les entrevues que certains des hôpitaux les plus durement touchés fonctionnaient à une capacité de 75 %.

Méthodologie

Déterminer les coûts additionnels attribuables à la COVID-19 en estimant l'arriéré des interventions à l'étude dans chaque province. Nous décrivons ci-dessous notre approche.

Étape 1 : Estimer le volume des interventions

- Pour estimer l'arriéré des interventions, nous avons d'abord estimé le nombre d'interventions réalisées durant la pandémie et le nombre d'interventions qui auraient été réalisées en l'absence de pandémie.
- Pour obtenir le nombre d'interventions réalisées durant la pandémie, nous avons utilisé le volume d'interventions déclaré par les autorités sanitaires provinciales, si cette donnée était disponible.
- Pour estimer le nombre d'interventions qui auraient été réalisées en l'absence de pandémie, nous avons analysé les tendances historiques en utilisant les données provinciales, si elles étaient disponibles, et en les appliquant aux données sur les interventions de l'ICIS.
- Si, pour une province, ces données n'étaient pas disponibles, nous avons estimé la diminution du nombre d'interventions en utilisant les données disponibles d'autres provinces.

Étape 2 : Estimer l'arriéré des interventions

- Pour estimer le nombre d'interventions en attente, nous avons combiné le volume d'interventions estimatif et les données historiques sur les temps d'attente de l'ICIS.
- À partir du nombre estimatif historique d'interventions en attente, nous avons estimé le nombre de nouveaux patients s'ajoutant à la liste d'attente chaque mois.
- Pour prévoir le nombre futur d'interventions en attente, nous avons combiné les estimations historiques et le nombre estimatif de nouveaux patients s'ajoutant aux listes d'attente, et en avons soustrait le nombre estimatif d'interventions réalisées au cours de ce mois. Nous avons fait cet exercice deux fois afin de tenir compte des interventions réalisées durant la pandémie et de celles qui auraient été réalisées en l'absence de pandémie.
- Enfin, pour estimer l'arriéré des interventions, nous avons utilisé la différence entre le nombre de patients en attente en l'absence de pandémie et le nombre de patients en attente durant la pandémie.

Étape 3 : Estimer le volume additionnel d'interventions requis

- Cette étape consistait à estimer le nombre d'interventions quotidiennes requis pour revenir aux temps d'attente d'avant la pandémie au cours d'une période d'un an commençant en août 2020.
- Pour ce faire, nous avons utilisé le nombre d'interventions en attente comme point de départ, puis avons calibré le nombre d'interventions quotidiennes jusqu'à ce que les temps d'attente soient égaux aux niveaux d'avant la pandémie.
- Pour estimer la capacité actuelle, nous avons analysé le nombre historique d'interventions réalisées de référence. Afin de simuler une capacité réduite, nous avons retranché 10 % de ce nombre de référence.
- Pour estimer le nombre d'interventions additionnelles, nous avons utilisé la différence entre le nouveau nombre d'interventions et le nombre réduit d'interventions quotidiennes.

Étape 4 : Calculer le coût de l'arriéré des interventions

- Pour calculer le coût de l'arriéré des interventions, nous avons appliqué les données sur le coût par patient à la quantité supplémentaire de procédures quotidiennes estimées à l'étape 3 pour obtenir des coûts de référence, nous les avons adaptés à la réduction du nombre de procédures quotidiennes afin de déterminer une majoration pour le scénario de réduction de capacité.
- Pour calculer la variation en pourcentage des coûts supplémentaires, nous avons comparé les coûts annuels des procédures additionnelles aux coûts annuels associés au niveau historique de référence des.
- Les données sur les coûts de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) comprennent le coût moyen par patient dans toutes les catégories d'âge pour chaque procédure et chaque province en 2018. Les données ont été ajustées en dollars de 2019 à l'aide de l'IPC.
- Les estimations canadiennes sont des agrégats des données provinciales.

Résultats

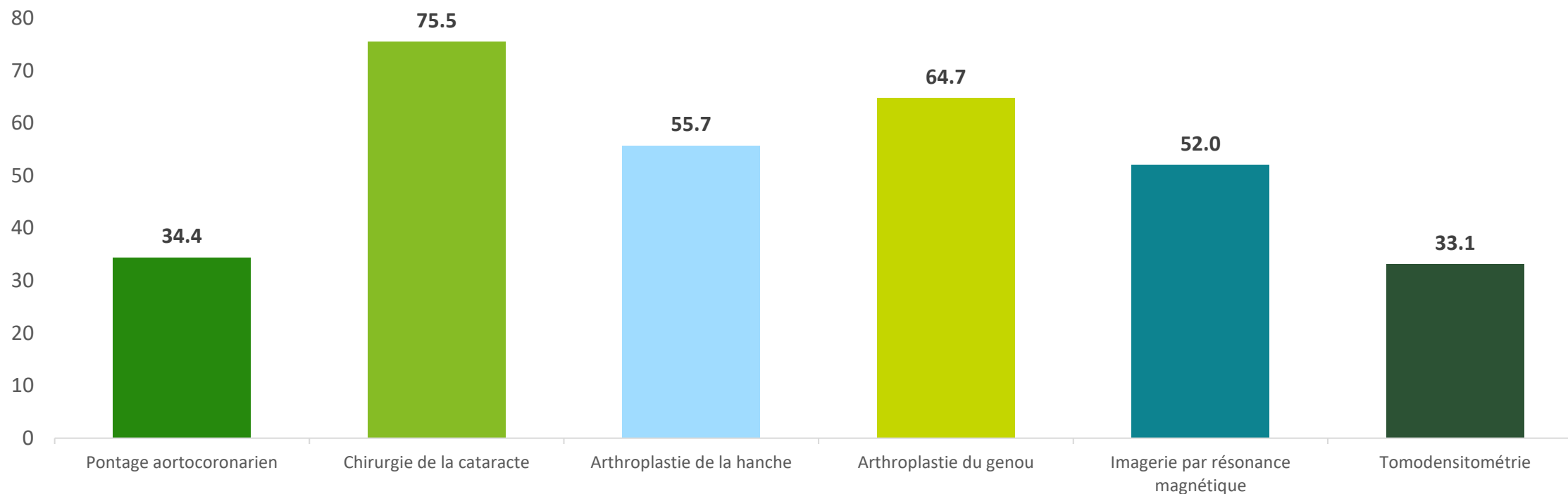


Résultats – nombre de jours additionnels requis pour résorber l’arriéré

Le tableau ci-dessous résume l’arriéré additionnel moyen pour toutes les provinces, exprimé en nombre de jours, pour chacune des interventions à l’étude. Cela représente le **nombre de jours perdus** pendant lesquels ces interventions n’ont pas pu être réalisées durant le printemps en raison de la COVID-19 qui devra être rattrapé pour que les temps d’attente reviennent aux niveaux d’avant la pandémie.

Arriéré additionnel en raison de la COVID-19

Jours, moyenne interprovinciale



Résultats – financement additionnel requis par intervention

Financement additionnel requis pour que les temps d'attente pour les interventions à l'étude reviennent à leurs niveaux d'avant la pandémie d'ici août 2021

- Dans notre scénario de capacité réduite, nous estimons qu'un financement additionnel de **1,3 milliard de dollars** est nécessaire pour répondre à la demande qui s'est accumulée durant le printemps, en tenant compte de la capacité réduite à traiter des patients.
- Puisque notre étude ne porte que sur six interventions, ces coûts estimatifs pourraient être plus élevés si les contraintes découlant de la capacité limitée des hôpitaux, le nombre limité d'appareils et les autres coûts liés aux mesures sanitaires étaient inclus dans cet exercice.
- Les interventions dont les besoins de financement sont les plus élevés sont les chirurgies de la cataracte, les IRM et les tomodensitométries.
 - Cela n'est pas étonnant puisque les IRM et les tomodensitométries représentent 78 % de toutes les interventions.
 - La chirurgie de la cataracte est la troisième intervention la plus courante. Le volume de ce type de chirurgie a atteint zéro en avril et est le plus lent à revenir aux niveaux d'avant la pandémie, ce qui a causé l'arriéré le plus important.

Financement additionnel pour résorber l'arriéré des interventions à l'étude (M\$ CA)

	Coûts estimatifs de référence en 2019	Coûts estimatifs liés à la pandémie	Financement additionnel requis
Pontage aortocoronarien	592,0 \$	695,3 \$	103,3 \$
Chirurgie de la cataracte	1 887,4 \$	2 244,8 \$	357,4 \$
Arthroplastie de la hanche	355,6 \$	433,0 \$	77,4 \$
Arthroplastie du genou	523,2 \$	624,4 \$	101,2 \$
Imagerie par résonance magnétique	1 600,1 \$	1 917,3 \$	317,3 \$
Tomodensitométrie	2 285,5 \$	2 662,5 \$	377,0 \$
Total	7 243,8 \$	8 577,4 \$	1 333,6 \$

Résultats – financement additionnel requis par province

Les besoins de financement de chaque province varient en fonction de nombreux facteurs. Globalement, le financement additionnel requis dépend de la taille de la population et, par conséquent, de la demande de soins de santé.

- Plusieurs facteurs sous-tendent les besoins de financement des provinces.
 - Le premier est l'ampleur de l'arriéré dans chaque province. Les provinces qui affichent les plus gros arriérés devront réaliser un nombre relativement plus élevé d'interventions pour combler l'écart.
 - Le deuxième est le nombre d'interventions que les provinces peuvent faire. Certaines peuvent réaliser un nombre relativement plus élevé de certaines interventions, ce qui fait varier le coût marginal de l'ajout d'une intervention d'une province à l'autre.
 - Le coût de réalisation d'une intervention chirurgicale varie entre les provinces (nous avons supposé que le coût lié à l'imagerie diagnostique était le même dans toutes les provinces).
- Il n'est pas étonnant que les besoins de financement additionnel (en dollars) soient plus élevés en Ontario et moins élevés à l'Île-du-Prince-Édouard étant donné la taille de la population de ces provinces.
- Cependant, en termes relatifs, l'Île-du-Prince-Édouard affiche les besoins de financement additionnel en pourcentage les plus élevés, tandis qu'au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, ces besoins sont les moins élevés si l'on tient compte de leur capacité.

Financement additionnel pour résorber l'arriéré des interventions à l'étude (M\$ CA)

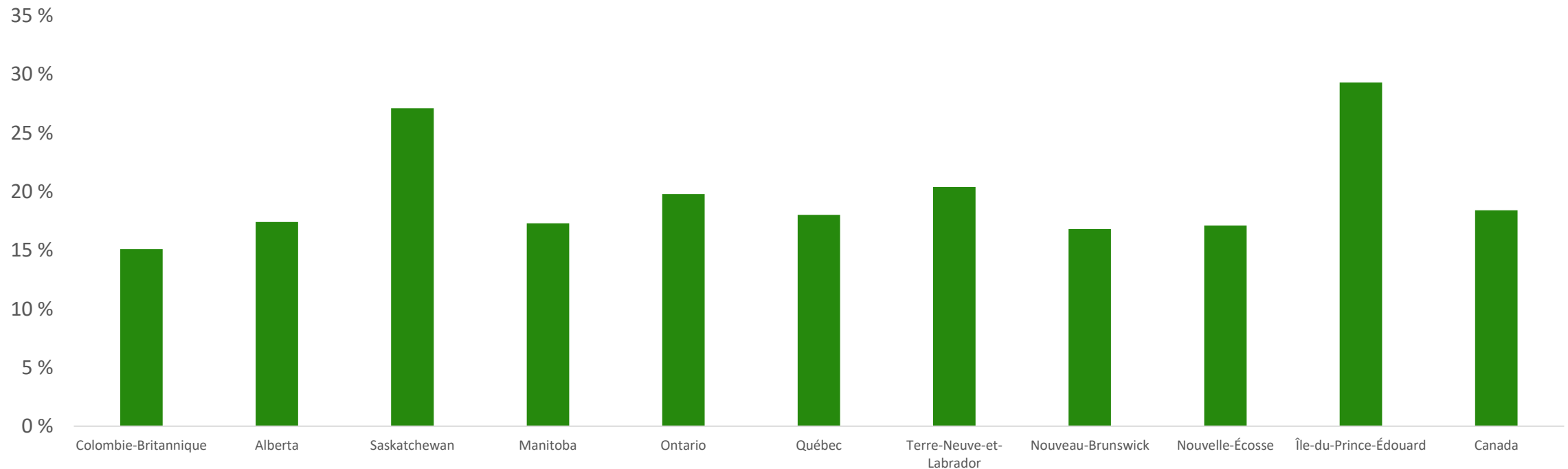
	Coûts estimatifs de référence en 2019	Coûts estimatifs liés à la pandémie	Financement additionnel requis
Colombie-Britannique	1 000,3 \$	1 151,4 \$	151,0 \$
Alberta	655,8 \$	769,7 \$	113,8 \$
Saskatchewan	172,7 \$	219,6 \$	46,8 \$
Manitoba	392,1 \$	460,1 \$	68,0 \$
Ontario	2 669,3 \$	3 197,0 \$	527,7 \$
Québec	1 808,7 \$	2 134,4 \$	325,7 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	136,2 \$	164,1 \$	27,8 \$
Nouveau-Brunswick	204,8 \$	239,2 \$	34,3 \$
Nouvelle-Écosse	177,1 \$	207,5 \$	30,3 \$
Île-du-Prince-Édouard	26,29 \$	34,0 \$	7,7 \$
Total	7 243,7 \$	8 577,3 \$	1 333,6 \$

Résultats – financement additionnel requis (interventions à l'étude)

Toutes les provinces auront besoin d'un financement additionnel d'**au moins 15 %** de plus que leurs coûts de base pour que les temps d'attente des six interventions à l'étude reviennent à leurs niveaux normaux dans un an. L'écart entre les provinces s'explique par la capacité disponible d'une province donnée et de la variation des coûts de réalisation d'une intervention dans cette province.

Financement additionnel requis pour résorber l'arriéré – toutes les interventions à l'étude

Variation en %



Résultats – résumé

Au début du printemps, lorsqu'il est devenu évident que la COVID-19 représentait une menace pour la santé publique, les autorités sanitaires se sont efforcées de libérer des lits dans les hôpitaux. Par conséquent, de nombreuses interventions considérées comme non essentielles ont été annulées, ce qui a causé un arriéré considérable. Dans notre étude, nous avons calculé combien il en coûterait pour résorber cet arriéré en un an en tenant compte d'une capacité opérationnelle réduite.

- Notre étude a révélé que l'élimination en un an de l'arriéré pour les six interventions à l'étude nécessite **un financement additionnel d'au moins 1,3 milliard de dollars**. Puisque notre analyse ne portait que sur six interventions, ce montant serait probablement plus élevé si les autres interventions reportées étaient prises en compte.
- Lorsque la réduction de la capacité a atteint un sommet en avril, le nombre des interventions à l'étude réalisées a varié de 0 % (chirurgie de la cataracte) à 53 % (tomodensitométrie) par rapport à leur niveau de janvier.
- La capacité réduite, qui a affecté toutes les interventions et a duré plusieurs mois, a causé un arriéré considérable de patients en attente d'un traitement.
- Selon l'hypothèse de notre analyse, 307 498 interventions de plus devront être réalisées au cours d'une période de 12 mois pour résorber l'arriéré. Cela représente une augmentation de 6,1 % par rapport au volume d'interventions qui seraient normalement réalisées en un an.
- De toutes les interventions, les IRM et les tomodensitométries sont celles qui nécessitent le plus de financement additionnel, ce qui n'est pas étonnant puisque ces examens diagnostiques sont souvent des précurseurs de nombreuses autres interventions et représentent près de 80 % de toutes les interventions réalisées.
- Toutes les provinces auront besoin d'un financement important pour résorber l'arriéré total. Les besoins les plus grands se font sentir en Ontario et au Québec en raison de leur population plus importante. Cependant, sur une base proportionnelle, les besoins de financement sont les plus grands à l'Île-du-Prince-Édouard étant donné les limites de capacité de cette province.

Annexe



Analyse de sensibilité

Étant donné la complexité de l'estimation des arriérés, nous avons adapté la méthodologie afin d'étudier d'autres scénarios.

Scénario de capacité inchangée

Description

- La méthodologie suppose que les hôpitaux ne peuvent réaliser que 90 % des interventions qu'ils réalisaient au cours des années précédentes. Toutefois, dans ce scénario où la capacité demeure la même, les hôpitaux ne sont pas affectés par les nouvelles mesures liées à la COVID-19 et peuvent revenir rapidement à leur nombre historique d'interventions de référence.
- Puisque la capacité historique est plus élevée que celle du scénario de capacité réduite, un plus grand nombre d'interventions peuvent être réalisées par jour avec les ressources existantes. Dans ce scénario, le financement additionnel requis pour revenir à des temps d'attente normaux est donc moins élevé.

Hypothèses

- Nous supposons encore que les temps d'attente pour les interventions à l'étude reviennent à la normale en un an.
- Dans ce scénario, nous ramenons le nombre d'interventions qui pouvaient être réalisées avant la COVID-19 aux niveaux historiques, ce qui signifie que les hôpitaux fonctionnent maintenant à la capacité de référence pour réaliser les interventions à l'étude.

Scénario de liste d'attente réduite

Description

- Une de nos principales hypothèses est que toutes les personnes actuellement sur la liste d'attente pour l'une des interventions à l'étude continuent de demander des soins tant qu'elles n'ont pas subi l'intervention nécessaire.
- Cependant, les personnes qui ont actuellement besoin d'un traitement peuvent décider de se retirer de la liste d'attente. Selon les experts consultés, certains patients demandent un traitement pharmacologique en remplacement de leur chirurgie, tandis que d'autres décident de reporter leur chirurgie non essentielle en raison des problèmes de capacité et de sécurité des hôpitaux.
- Si certains patients décident de se retirer de la liste d'attente, le nombre d'interventions reportées diminuera par rapport au nombre initial et un moins grand nombre d'interventions additionnelles devront être réalisées pour que les temps d'attente reviennent à la normale.

Hypothèses

- Comme dans les autres scénarios, les temps d'attente pour les interventions à l'étude reviennent à la normale en un an.
- Pour ce scénario, nous adaptons la méthodologie décrite à l'étape 2 en réduisant de 5 % le nombre d'interventions en attente et supposons que les hôpitaux fonctionnent à leur capacité historique.
- Nous supposons que 5 % des patients se retirent de la liste d'attente en raison de préoccupations liées à la COVID-19. Cette diminution de 5 % est une estimation prudente reposant sur l'information que nous avons recueillie auprès d'experts médicaux durant le processus de consultation.

Résultats – interventions additionnelles dans tous les scénarios

Nombre d'interventions additionnelles nécessaires pour résorber l'arriéré dans les trois scénarios

Scénario de liste d'attente réduite

- Dans ce scénario, **22 636 interventions additionnelles** doivent être réalisées pour résorber l'arriéré qui s'est créé durant la pandémie.
- Ce nombre est inférieur à celui des autres scénarios car on suppose que des patients se retirent de la liste d'attente, soit parce qu'ils ont trouvé un traitement de rechange, soit parce qu'ils sont réticents à subir l'intervention durant la pandémie.

Scénario de capacité inchangée

- Dans ce scénario, on doit réaliser **30 749 interventions additionnelles** pour que les temps d'attente reviennent aux niveaux d'avant la pandémie.
- Il suppose que les hôpitaux sont en mesure de réaliser le même nombre d'interventions qu'auparavant.

Scénario de capacité réduite

- Le **nombre d'interventions devant être réalisées pour résorber l'arriéré est le même** que dans le scénario de capacité inchangée.
- Les mesures sanitaires et/ou l'aggravation des cas font en sorte que **chaque patient prend plus de temps à traiter**, ce qui réduit le nombre de patients qui peuvent être traités chaque jour. Cela augmente donc le nombre de jours requis pour résorber l'arriéré.

Résultats – financement additionnel requis par intervention

Dans tous les scénarios, un financement additionnel est requis pour que les temps d'attente reviennent à leurs niveaux d'avant la pandémie d'ici août 2021.

- Dans notre scénario de capacité inchangée, nous estimons qu'un financement additionnel de 475,8 millions de dollars est nécessaire pour répondre à la demande qui s'est accumulée durant le printemps.
- Si 5 % des patients se retirent des listes d'attente, le financement additionnel total requis diminue à 345 millions de dollars.
- Si les interventions ne peuvent être réalisées qu'à 90 % de leur capacité historique, le coût nécessaire pour résorber l'arriéré grimpe à 1,3 milliard de dollars.
- Notre analyse semble indiquer que les restrictions de capacité des hôpitaux (p. ex., nombre insuffisant de salles d'opération, durée plus longue des interventions, quantité insuffisante d'appareils médicaux, etc.) sont le facteur ayant l'incidence la plus grande sur les besoins de financement.

Financement additionnel pour résorber l'arriéré des interventions à l'étude (M\$ CA)

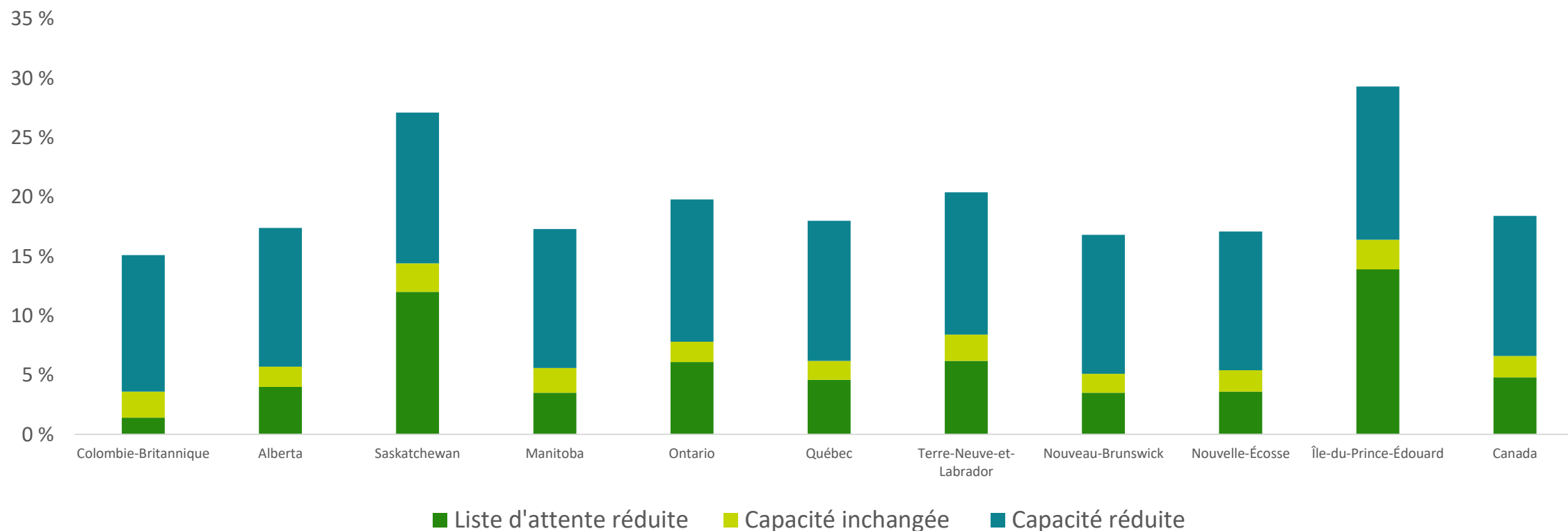
	Liste d'attente réduite	Capacité inchangée	Capacité réduite
Pontage aortocoronarien	27,5 \$	33,8 \$	103,3 \$
Chirurgie de la cataracte	91,3 \$	133,0 \$	357,4 \$
Arthroplastie de la hanche	25,1 \$	34,1 \$	77,4 \$
Arthroplastie du genou	25,6 \$	38,7 \$	101,2 \$
Imagerie par résonance magnétique	92,5 \$	125,5 \$	317,3 \$
Tomodensitométrie	83,1 \$	110,8 \$	377,0 \$
Financement additionnel total requis pour les interventions à l'étude	345,0 \$	475,8 \$	1 333,6 \$

Résultats – financement additionnel requis (interventions à l'étude)

Toutes les provinces auront besoin d'un financement additionnel d'au moins 2 à 14 % de plus afin que les temps d'attente pour les six interventions à l'étude reviennent à leurs niveaux normaux dans un an. Cela représente un financement additionnel de 345 millions à 1,3 milliard de dollars. En termes relatifs, la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard sont les provinces dont les besoins de financement additionnel sont les plus élevés.

Financement additionnel requis pour résorber l'arriéré – toutes les interventions à l'étude

Variation en %



Résultats – financement additionnel requis par province

Dans tous les scénarios, toutes les provinces affichent une augmentation importante de leurs besoins de financement, car un nombre supérieur d'interventions en attente se sont accumulées. Le scénario de la liste d'attente réduite est associé au nombre d'interventions additionnelles le moins élevé et celui de la capacité réduite, au nombre d'interventions additionnelles le plus élevé.

Financement additionnel pour résorber l'arriéré des interventions à l'étude (M\$ CA)

	Liste d'attente réduite	Capacité inchangée	Capacité réduite
Colombie-Britannique	14,4 \$	36,0 \$	151,1 \$
Alberta	26,1 \$	36,9 \$	113,9 \$
Saskatchewan	20,8 \$	24,9 \$	46,9 \$
Manitoba	13,6 \$	22,0 \$	68,0 \$
Ontario	162,1 \$	208,0 \$	527,7 \$
Québec	82,5 \$	112,3 \$	325,7 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	8,5 \$	11,4 \$	27,9 \$
Nouveau-Brunswick	7,1 \$	10,4 \$	34,3 \$
Nouvelle-Écosse	6,3 \$	9,6 \$	30,3 \$
Île-du-Prince-Édouard	3,7 \$	4,3 \$	7,7 \$
Total	345,0 \$	475,8 \$	1 333,6 \$

Estimations de financement – pontage aortocoronarien

Le tableau ci-dessous présente les estimations de financement pour ramener en un an les temps d'attente pour un **pontage aortocoronarien** à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Résumé du financement additionnel total requis pour éliminer l'arriéré des interventions										
Scénario	Liste d'attente réduite				Capacité inchangée			Capacité réduite		
	Coûts estimatifs de référence en 2019 (M\$ CA)	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation
Colombie-Britannique	69,98 \$	70,41 \$	0,43 \$	0,62 %	71,10 \$	1,13 \$	1,61 %	79,00 \$	9,03 \$	12,90 %
Alberta	42,09 \$	43,23 \$	1,14 \$	2,72 %	43,58 \$	1,49 \$	3,54 %	48,42 \$	6,33 \$	15,05 %
Saskatchewan	16,95 \$	18,91 \$	1,96 \$	11,55 %	19,17 \$	2,23 \$	13,13 %	21,30 \$	4,36 \$	25,70 %
Manitoba	15,43 \$	18,55 \$	3,12 \$	20,19 %	18,82 \$	3,39 \$	21,96 %	20,91 \$	5,48 \$	35,51 %
Ontario	194,10 \$	206,90 \$	12,80 \$	6,60 %	208,79 \$	14,69 \$	7,57 %	231,99 \$	37,89 \$	19,52 %
Québec	211,47 \$	216,26 \$	4,79 \$	2,26 %	218,46 \$	6,99 \$	3,31 %	242,74 \$	31,27 \$	14,78 %
Terre-Neuve-et-Labrador	14,64 \$	17,12 \$	2,48 \$	16,92 %	17,48 \$	2,83 \$	19,36 %	19,42 \$	4,78 \$	32,62 %
Nouveau-Brunswick	14,17 \$	14,25 \$	0,07 \$	0,50 %	14,34 \$	0,17 \$	1,19 %	15,94 \$	1,76 \$	12,44 %
Nouvelle-Écosse	10,40 \$	10,98 \$	0,58 \$	5,57 %	11,12 \$	0,72 \$	6,91 %	12,35 \$	1,95 \$	18,79 %
Île-du-Prince-Édouard	2,78 \$	2,88 \$	0,10 \$	3,74 %	2,93 \$	0,15 \$	5,48 %	3,26 \$	0,48 \$	17,20 %
Canada	592,01 \$	619,48 \$	27,47 \$	4,64 %	625,80 \$	33,79 \$	5,71 %	695,34 \$	103,33 \$	17,45 %

Estimations de financement – chirurgie de la cataracte

Le tableau ci-dessous présente les estimations de financement pour ramener en un an les temps d'attente pour une **chirurgie de la cataracte** à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Résumé du financement additionnel total requis pour éliminer l'arriéré des interventions

Scénario	Liste d'attente réduite				Capacité inchangée			Capacité réduite		
	Coûts estimatifs de référence en 2019 (M\$ CA)	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation
Colombie-Britannique	345,21 \$	347,93 \$	2,72 \$	0,79 %	357,06 \$	11,85 \$	3,43 %	396,73 \$	51,52 \$	14,92 %
Alberta	174,40 \$	185,36 \$	10,96 \$	6,29 %	189,35 \$	14,96 \$	8,58 %	210,39 \$	35,99 \$	20,64 %
Saskatchewan	49,63 \$	56,55 \$	6,92 \$	13,95 %	57,75 \$	8,12 \$	16,37 %	64,17 \$	14,54 \$	29,30 %
Manitoba	70,18 \$	77,24 \$	7,06 \$	10,06 %	79,18 \$	9,01 \$	12,83 %	87,98 \$	17,80 \$	25,37 %
Ontario	658,55 \$	669,98 \$	11,43 \$	1,74 %	683,21 \$	24,66 \$	3,74 %	759,12 \$	100,57 \$	15,27 %
Québec	457,79 \$	501,19 \$	43,40 \$	9,48 %	510,91 \$	53,12 \$	11,60 %	567,68 \$	109,89 \$	24,00 %
Terre-Neuve-et-Labrador	14,79 \$	17,75 \$	2,96 \$	20,02 %	18,14 \$	3,35 \$	22,64 %	20,15 \$	5,36 \$	36,27 %
Nouveau-Brunswick	64,45 \$	65,11 \$	0,66 \$	1,02 %	65,90 \$	1,46 \$	2,26 %	73,23 \$	8,78 \$	13,62 %
Nouvelle-Écosse	46,26 \$	49,17 \$	2,91 \$	6,29 %	50,22 \$	3,96 \$	8,56 %	55,80 \$	9,54 \$	20,62 %
Île-du-Prince-Édouard	6,11 \$	8,36 \$	2,26 \$	36,92 %	8,60 \$	2,49 \$	40,72 %	9,55 \$	3,44 \$	56,35 %
Canada	1 887,36 \$	1 978,64 \$	91,28 \$	4,84 %	2 020,33 \$	132,96 \$	7,04 %	2 244,81 \$	357,44 \$	18,94 %

Estimations de financement – arthroplastie de la hanche

Le tableau ci-dessous présente les estimations de financement pour ramener en un an les temps d'attente pour une **arthroplastie de la hanche** à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Résumé du financement additionnel total requis pour éliminer l'arriéré des interventions										
Scénario	Liste d'attente réduite				Capacité inchangée			Capacité réduite		
	Coûts estimatifs de référence en 2019 (M\$ CA)	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation
Colombie-Britannique	61,34 \$	61,66 \$	0,32 \$	0,52 %	63,44 \$	2,10 \$	3,43 %	70,49 \$	9,15 \$	14,92 %
Alberta	46,00 \$	51,87 \$	5,87 \$	12,76 %	53,00 \$	7,00 \$	15,23 %	58,89 \$	12,89 \$	28,03 %
Saskatchewan	15,21 \$	18,76 \$	3,56 \$	23,39 %	19,27 \$	4,06 \$	26,69 %	21,41 \$	6,20 \$	40,77 %
Manitoba	13,39 \$	14,40 \$	1,00 \$	7,50 %	14,76 \$	1,37 \$	10,20 %	16,40 \$	3,01 \$	22,45 %
Ontario	132,55 \$	140,04 \$	7,48 \$	5,65 %	142,83 \$	10,27 \$	7,75 %	158,70 \$	26,14 \$	19,72 %
Québec	57,80 \$	63,90 \$	6,10 \$	10,56 %	65,55 \$	7,75 \$	13,42 %	72,83 \$	15,04 \$	26,02 %
Terre-Neuve-et-Labrador	4,88 \$	5,26 \$	0,39 \$	7,98 %	5,41 \$	0,53 \$	10,90 %	6,01 \$	1,13 \$	23,23 %
Nouveau-Brunswick	11,69 \$	11,77 \$	0,08 \$	0,65 %	12,07 \$	0,38 \$	3,23 %	13,41 \$	1,72 \$	14,70 %
Nouvelle-Écosse	11,09 \$	11,16 \$	0,08 \$	0,71 %	11,39 \$	0,30 \$	2,74 %	12,66 \$	1,57 \$	14,16 %
Île-du-Prince-Édouard	1,69 \$	1,94 \$	0,25 \$	14,71 %	1,99 \$	0,30 \$	17,91 %	2,21 \$	0,52 \$	31,01 %
Canada	355,62 \$	380,75 \$	25,12 \$	7,06 %	389,70 \$	34,08 \$	9,58 %	433,00 \$	77,38 \$	21,76 %

Estimations de financement – arthroplastie du genou

Le tableau ci-dessous présente les estimations de financement pour ramener en un an les temps d'attente pour une **arthroplastie du genou** à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Résumé du financement additionnel total requis pour éliminer l'arriéré des interventions

Scénario	Liste d'attente réduite				Capacité inchangée			Capacité réduite		
	Coûts estimatifs de référence en 2019 (M\$ CA)	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation
Colombie-Britannique	84,38 \$	84,90 \$	0,51 \$	0,61 %	87,07 \$	2,69 \$	3,19 %	96,75 \$	12,37 \$	14,65 %
Alberta	62,05 \$	68,37 \$	6,32 \$	10,19 %	70,05 \$	8,00 \$	12,89 %	77,83 \$	15,78 \$	25,43 %
Saskatchewan	23,07 \$	27,97 \$	4,90 \$	21,26 %	28,89 \$	5,82 \$	25,21 %	32,10 \$	9,03 \$	39,13 %
Manitoba	18,95 \$	19,73 \$	0,78 \$	4,12 %	20,23 \$	1,29 \$	6,79 %	22,48 \$	3,53 \$	18,65 %
Ontario	213,42 \$	218,11 \$	4,68 \$	2,19 %	222,72 \$	9,30 \$	4,36 %	247,47 \$	34,04 \$	15,95 %
Québec	76,92 \$	84,28 \$	7,35 \$	9,56 %	86,53 \$	9,60 \$	12,48 %	96,14 \$	19,22 \$	24,98 %
Terre-Neuve-et-Labrador	8,01 \$	8,62 \$	0,61 \$	7,60 %	8,86 \$	0,84 \$	10,54 %	9,84 \$	1,83 \$	22,82 %
Nouveau-Brunswick	16,75 \$	16,84 \$	0,10 \$	0,59 %	17,17 \$	0,42 \$	2,51 %	19,07 \$	2,33 \$	13,90 %
Nouvelle-Écosse	17,02 \$	17,14 \$	0,12 \$	0,72 %	17,48 \$	0,46 \$	2,68 %	19,42 \$	2,40 \$	14,09 %
Île-du-Prince-Édouard	2,62 \$	2,86 \$	0,24 \$	9,28 %	2,93 \$	0,31 \$	11,79 %	3,25 \$	0,63 \$	24,21 %
Canada	523,20 \$	548,83 \$	25,63 \$	4,90 %	561,92 \$	38,72 \$	7,40 %	624,36 \$	101,16 \$	19,33 %

Estimations de financement – imagerie par résonance magnétique

Le tableau ci-dessous présente les estimations de financement pour ramener en un an les temps d'attente pour une **imagerie par résonance magnétique** à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Résumé du financement additionnel total requis pour éliminer l'arriéré des interventions

Scénario	Liste d'attente réduite				Capacité inchangée			Capacité réduite		
	Coûts estimatifs de référence en 2019 (M\$ CA)	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation
Colombie-Britannique	160,06 \$	160,97 \$	0,90 \$	0,56 %	164,40 \$	4,33 \$	2,71 %	182,66 \$	22,60 \$	14,12 %
Alberta	152,88 \$	153,74 \$	0,85 \$	0,56 %	156,81 \$	3,93 \$	2,57 %	174,24 \$	21,35 \$	13,97 %
Saskatchewan	27,00 \$	27,96 \$	0,95 \$	3,53 %	28,58 \$	1,58 \$	5,85 %	31,76 \$	4,75 \$	17,61 %
Manitoba	86,45 \$	87,05 \$	0,60 \$	0,69 %	89,41 \$	2,96 \$	3,42 %	99,35 \$	12,89 \$	14,91 %
Ontario	645,34 \$	712,85 \$	67,51 \$	10,46 %	726,28 \$	80,94 \$	12,54 %	806,98 \$	161,64 \$	25,05 %
Québec	436,97 \$	450,37 \$	13,41 \$	3,07 %	458,26 \$	21,29 \$	4,87 %	509,18 \$	72,21 \$	16,52 %
Terre-Neuve-et-Labrador	19,33 \$	20,36 \$	1,03 \$	5,35 %	20,76 \$	1,43 \$	7,40 %	23,07 \$	3,74 \$	19,34 %
Nouveau-Brunswick	42,56 \$	46,98 \$	4,42 \$	10,37 %	48,13 \$	5,57 \$	13,08 %	53,47 \$	10,91 \$	25,64 %
Nouvelle-Écosse	24,63 \$	26,81 \$	2,18 \$	8,85 %	27,36 \$	2,74 \$	11,11 %	30,40 \$	5,78 \$	23,46 %
Île-du-Prince-Édouard	4,86 \$	5,48 \$	0,61 \$	12,63 %	5,62 \$	0,75 \$	15,47 %	6,24 \$	1,38 \$	28,30 %
Canada	1 600,09 \$	1 692,55 \$	92,46 \$	5,78 %	1 725,61 \$	125,52 \$	7,84 %	1 917,34 \$	317,25 \$	19,83 %

Estimations de financement – tomodynamétrie

Le tableau ci-dessous présente les estimations de financement pour ramener en un an les temps d'attente pour une tomodynamétrie à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Résumé du financement additionnel total requis pour éliminer l'arriéré des interventions

Scénario	Liste d'attente réduite				Capacité inchangée			Capacité réduite		
	Coûts estimatifs de référence en 2019 (M\$ CA)	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation	Coûts incluant les interventions additionnelles (M\$ CA)	Financement requis Dollars (M\$ CA)	Pourcentage d'augmentation
Colombie-Britannique	279,34 \$	288,84 \$	9,50 \$	3,40 %	293,19 \$	13,84 \$	4,96 %	325,76 \$	46,42 \$	16,62 %
Alberta	178,42 \$	179,32 \$	0,91 \$	0,51 %	179,95 \$	1,53 \$	0,86 %	199,94 \$	21,52 \$	12,06 %
Saskatchewan	40,95 \$	43,44 \$	2,49 \$	6,08 %	44,06 \$	3,11 \$	7,60 %	48,95 \$	8,01 \$	19,55 %
Manitoba	187,73 \$	188,79 \$	1,06 \$	0,56 %	191,73 \$	4,01 \$	2,13 %	213,04 \$	25,31 \$	13,48 %
Ontario	825,36 \$	883,59 \$	58,23 \$	7,06 %	893,52 \$	68,16 \$	8,26 %	992,80 \$	167,44 \$	20,29 %
Québec	567,75 \$	575,20 \$	7,45 \$	1,31 %	581,28 \$	13,53 \$	2,38 %	645,87 \$	78,12 \$	13,76 %
Terre-Neuve-et-Labrador	74,64 \$	75,64 \$	0,99 \$	1,33 %	77,09 \$	2,44 \$	3,27 %	85,65 \$	11,01 \$	14,75 %
Nouveau-Brunswick	55,28 \$	57,05 \$	1,77 \$	3,21 %	57,71 \$	2,43 \$	4,39 %	64,12 \$	8,84 \$	15,99 %
Nouvelle-Écosse	67,79 \$	68,26 \$	0,47 \$	0,69 %	69,19 \$	1,40 \$	2,07 %	76,87 \$	9,09 \$	13,41 %
Île-du-Prince-Édouard	8,24 \$	8,44 \$	0,20 \$	2,42 %	8,56 \$	0,32 \$	3,92 %	9,51 \$	1,27 \$	15,47 %
Canada	2 285,50 \$	2 368,57 \$	83,07 \$	3,63 %	2 396,27 \$	110,77 \$	4,85 %	2 662,52 \$	377,02 \$	16,50 %

Sources des données

Le tableau ci-dessous présente les sources des données sur les interventions, les temps d'attente et les coûts utilisés pour cette analyse.

Sources des données				
Nom	Institution	Données	Territoire visé	Période et fréquence
Information sur les temps d'attente pour les interventions prioritaires de l'ICIS	Institut canadien d'information sur la santé	Volume d'interventions et temps d'attente pour toutes les interventions à l'étude	<ul style="list-style-type: none"> Totaux canadiens Totaux provinciaux Totaux régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> 2015 – 2019 Annuelle
Temps d'attente pour les chirurgies et interventions en Ontario	Qualité des services de santé Ontario	Volume d'interventions et temps d'attente pour toutes les interventions à l'étude	<ul style="list-style-type: none"> Ontario 	<ul style="list-style-type: none"> Août 2019 – juin 2020 Mensuelle
Information au sujet des délais d'attente de Santé Manitoba	Gouvernement du Manitoba	Volume d'interventions et temps d'attente pour toutes les interventions à l'étude, sauf les pontages aortocoronariens	<ul style="list-style-type: none"> Manitoba 	<ul style="list-style-type: none"> 2015 – juin 2020 Mensuelle
Délais d'attente pour les chirurgies au Nouveau-Brunswick	Gouvernement du Nouveau-Brunswick	Volume d'interventions et temps d'attente pour les chirurgies (excluant les examens diagnostiques)	<ul style="list-style-type: none"> Nouveau-Brunswick 	<ul style="list-style-type: none"> Avril 2019 – juin 2020 Trimestrielle
Rapport sur les temps d'attente en Alberta	Gouvernement de l'Alberta	Volume d'interventions et temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte, les tomodensitométries et les IRM; données limitées sur les arthroplasties de la hanche et du genou	<ul style="list-style-type: none"> Alberta 	<ul style="list-style-type: none"> Août 2019 – juin 2020 Mensuelle
Estimateur des coûts par patient de l'ICIS	Institut canadien d'information sur la santé	Coûts estimatifs par patient pour toutes les interventions à l'étude, par groupe d'âge	<ul style="list-style-type: none"> Totaux canadiens Totaux provinciaux 	<ul style="list-style-type: none"> 2015 – 2018 Annuelle
Liste des tarifs de Canada Diagnostic	Canada Diagnostic	Coûts pour les IRM 1,5 Tesla et les tomodensitométries à 128 coupes	<ul style="list-style-type: none"> Canada 	<ul style="list-style-type: none"> 2020 Annuelle



Deloitte offre des services dans les domaines de l'audit et de la certification, de la consultation, des conseils financiers, des conseils en gestion des risques, de la fiscalité et d'autres services connexes à de nombreuses sociétés ouvertes et fermées dans différents secteurs. Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l., société à responsabilité limitée constituée en vertu des lois de l'Ontario, est le cabinet membre canadien de Deloitte Touche Tohmatsu Limited.

Deloitte désigne une ou plusieurs entités parmi Deloitte Touche Tohmatsu Limited, société fermée à responsabilité limitée par garanties du Royaume-Uni, ainsi que son réseau de cabinets membres dont chacun constitue une entité juridique distincte et indépendante. Pour obtenir une description détaillée de la structure juridique de Deloitte Touche Tohmatsu Limited et de ses sociétés membres, voir www.deloitte.com/ca/apropos.

L'information contenue dans le présent document ne peut remplacer les conseils d'un spécialiste.

© Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. et ses sociétés affiliées.