

Les délais d'attente dans le système de santé

Louise-Hélène Trottier, Ph.D.

André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D., François Champagne, Ph.D.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

Colloque : Après le jugement Chaoulli, 24-25 février 2006

Diapo 2 : Plan de la présentation

Ma présentation est construite au tour de 4 grands points :

- Les principales causes des délais d'attente
- Une gestion et une coordination déficientes
- Des moyens pour atténuer l'attente
- Les questions que soulèvent les propositions du gouvernement pour répondre au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli

Diapo 3 : Les principales causes actuelles des délais d'attente excessifs

L'analyse montre que les principales causes de l'attente excessive que rencontrent actuellement les Québécois sont :

- les difficultés d'ajustement du système de soins aux développements technologiques ;
- la mauvaise planification de la main-d'œuvre ;
- le sous investissement dans l'équipement médical et diagnostique ;
- le rationnement des services ;
- et la déficience des mécanismes de régulation.

Diapo 4 : Les développements technologiques

Au cours des 30 dernières années, le développement des connaissances et le développement des technologies ont accru les possibilités d'intervention et les attentes de la population. Ces développements ont rendu les interventions plus efficaces, moins invasives, souvent plus sécuritaires et ils ont augmenté la capacité d'intervenir à des âges de plus en plus avancés.

Ce qu'il faut voir ici, c'est que souvent les interventions pour lesquelles il y a actuellement des délais d'attente excessifs sont des interventions qui n'existaient pas il y a 25 ans.

L'évolution des traitements, des médicaments et des appareils a accru notre capacité d'intervention et elle nous a aussi permis de se diriger vers la chirurgie d'un jour et de raccourcir considérablement les temps d'hospitalisation. Les développements technologiques donnent de plus en plus la possibilité de soigner les gens à la maison et de les maintenir à domicile plutôt que de les placer dans les établissements de longue durée.

Malgré cette évolution des technologies, les soins à domicile sont peu développés au Québec, et l'organisation et le financement des services de 1^e ligne demeurent toujours déficients. Ce mauvais ajustement du système de soins aux possibilités qu'offrent les développements technologiques fait en sorte que la pression de la demande de soins sur les hôpitaux continue d'être très importante et que les listes d'attente s'allongent indûment.

Diapo 5 : La disponibilité des ressources humaines et matérielles

Les délais d'attente auxquels font face les Québécois sont aussi en partie causés par l'insuffisance des ressources humaines et matérielles.

Le ratio population par médecin au Québec est un peu plus élevé que dans le reste du Canada. Toutefois, les médecins au Québec travaillent 10% moins d'heures que ce que font leurs collègues canadiens. En conséquence, la disponibilité des médecins au Québec est comparable à la moyenne canadienne.

Alors, si on compare les ressources humaines et matérielles du Canada avec celles des autres pays de l'OCDE. On voit que le ratio population par médecin des pays de l'OCDE est en moyenne de 3 médecins par 1000 habitants, alors qu'il est de 2 médecins par 1000 habitants au Canada. On a donc 30% moins de médecins au Canada que dans les autres pays de l'OCDE.

Si on fait cette même comparaison pour le nombre de lits par habitants, on s'aperçoit qu'ici aussi, on a 30% moins de lits de soins aigus au Canada que dans les autres pays de l'OCDE.

Enfin, lorsqu'on compare le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique, on s'aperçoit qu'il y a 68% moins d'appareils d'IRM par million d'habitants au Canada que dans les autres pays de l'OCDE.

Le Canada a donc moins de ressources humaines et matérielles que ce qu'on retrouve dans les autres pays de l'OCDE et ceci a des répercussions négatives sur les délais d'attente, notamment pour les chirurgies électives, mais également pour

plusieurs autres services, comme l'accès aux services médicaux de 1^o ligne, aux consultations de spécialistes et aux services diagnostiques.

Diapo 6 : Le rationnement des services

Les délais d'attente dans le système de santé proviennent aussi de mesures qui visent à limiter le volume de services afin de répondre aux impératifs budgétaires.

Ces mesures de rationnement sont des mesures qui visent par exemple :

- à ne pas remplacer le personnel lors des congés ;
- à restreindre les heures d'ouverture des salles d'opération ou des services diagnostiques ;
- ou encore à fermer des lits durant certaines périodes.

Ce genre de mesures est utilisé dans pratiquement tous les hôpitaux du Québec et vise principalement à répondre aux pressions budgétaires. Le rationnement des services a des conséquences certaines sur la disponibilité des services et sur les listes d'attente.

Diapo 7 : La régulation

Aucun pays n'a les ressources suffisantes pour répondre sans délai à tous les besoins de santé. Pour parvenir à répondre le plus adéquatement possible à la demande de services et aux besoins de la population, il faut utiliser des mécanismes qui permettent d'utiliser au mieux les ressources du système de soins.

Les délais d'attente, pour les interventions électives, jouent un tel rôle. En tant que mécanisme de régulation, ils permettent de créer un bassin de patients qui sera utilisé pour équilibrer les cas lourds et légers, ainsi que les cas urgents et électifs.

Ce mécanisme de régulation vise à s'assurer que les ressources rares et dispendieuses du système de santé ne seront pas inoccupées ou sur-utilisées durant de longues périodes.

Diapo 8 : L'attente pour les services médicaux spécialisés : une gestion et une coordination déficientes

Le problème avec les délais d'attente en tant que mécanisme de régulation pour les services médicaux spécialisés, c'est que ce mécanisme de régulation n'est pas règlementé. L'attente est actuellement gérée de façon indépendante par chaque département hospitalier et par chaque médecin. La gestion des délais d'attente se fait sans normes, sans règles et sans contrôle clinique systématique qui permettrait :

1. de déterminer le moment où une personne doit être inscrite sur la liste et le moment crucial où elle doit accéder aux soins dont elle a besoin ;
2. et qui permettrait aussi de redistribuer la charge des patients en attente entre les médecins, les hôpitaux ou les régions.

Cette absence de règles de gestion entraîne :

- une grande hétérogénéité des délais d'attente dans la province entre les médecins, les établissements et les régions ;
- une grande fluctuation dans le moment où les patients sont inscrits sur les listes d'attente et dans le moment où ils en sont retirés ;
- une absence de transparence dans la gestion des délais d'attente ;

- une utilisation stratégique occasionnelle des listes d'attente par les médecins en vue d'accroître les ressources hospitalières qui leur sont consacrées (nombre de lits, disponibilité des salles d'opération et de traitement, achat d'appareils, etc.);
- et une absence d'imputabilité des gestionnaires et des professionnels qui gèrent les listes d'attente.

Diapo 9 :Trois moyens pour atténuer les délais d'attente

Plusieurs pays de l'OCDE ont connu ou connaissent encore des délais d'attente qu'ils jugent inacceptables. Pour les résorber, trois types de mesures sont généralement utilisés :

- L'ajout de ressources humaines, financières et matérielles ;
- L'amélioration de la gestion de l'attente ;
- L'amélioration de l'organisation des services et de l'utilisation des ressources.

Diapo 10 : Le premier type de mesures pour atténuer l'attente est l'ajout de ressources

Il y a 4 interventions possibles en ce qui a trait à l'ajout de ressources.

1) L'ajout de **ressources financières** qui permet d'accroître la production de services et de résorber les délais d'attente accumulés. Cette solution a généralement un effet positif à court terme, mais ce n'est pas une action structurante qui permet

d'empêcher que de nouveaux délais d'attente excessifs se produisent dans l'avenir pour les mêmes interventions ou pour d'autres interventions.

2) L'ajout **d'équipement** qui permet lui aussi d'accroître la production dans des secteurs spécifiques. Cette solution a un effet positif à court terme et c'est un effet qui est plus structurant, donc plus durable, que le seul ajout de ressources financières.

3) L'ajout de **ressources humaines** qui permet aussi d'accroître la production. L'effet de cette intervention est toutefois plus lente, parce que la formation des ressources humaines prend du temps. Par exemple, la formation d'un médecin prend de 6 à 12 ans.

4) Enfin, il y a l'ajout de ressources par le **recours au secteur privé** qui est un moyen qui a été essayé dans quelques pays. L'expérience du Royaume-Uni, de l'Australie et de l'Irlande montre notamment que le recours au secteur privé n'a pas permis de résorber les listes d'attente du secteur public. Et que au contraire, il a même conduit à augmenter la pression de la demande de soins sur les services publics.

Diapo 11 : Le deuxième type de mesure pour résorber les listes d'attente est de mieux gérer l'attente

Pour mieux gérer l'attente, on retrouve principalement 3 genres d'interventions.

1) La première intervention est le temps d'attente maximum garanti

Pour réduire les délais d'attente excessifs, plusieurs pays de l'OCDE ont eu recours au temps d'attente maximum garanti (ex. : tous les patients doivent être traités à l'intérieur de 6 mois). Cette mesure peut être accompagnée ou non de priorités d'intervention déterminées en fonction des besoins des patients.

2) La deuxième intervention pour mieux gérer l'attente est la gestion centralisée des listes d'attente

La gestion centralisée des listes d'attente permet d'avoir une seule liste de patients pour une même intervention. Ceci permet de redistribuer les patients en fonction des disponibilités des médecins et des établissements sur l'ensemble d'un territoire donné.

La gestion centralisée des listes d'attente a des répercussions sur :

- l'autonomie des médecins dans la gestion de l'attente et dans le choix des patients qu'ils traitent.
- Elle a aussi des répercussions sur la liberté de choix des patients puisque ceci leur demande éventuellement d'accepter de se faire soigner par un autre médecin que celui de leur choix, dans un autre établissement que celui de leur choix et même dans une autre région que là où ils vivent.

3) La troisième intervention pour mieux gérer l'attente est l'élaboration de critères objectifs pour établir l'ordre de priorité de traitement des patients qui sont sur les listes d'attente

L'élaboration des points de repère factuels a été initiée au Canada à la suite de la conférence des premiers ministres de septembre 2004. Plusieurs instances canadiennes se sont alors engagées dans l'élaboration de points de repère factuels

qui vise à déterminer des temps d'attente médicalement acceptables dans 5 domaines cliniques prioritaires : l'arthroplastie (remplacement de la hanche et du genou), le traitement du cancer, la cardiologie, l'imagerie diagnostique et l'opération de la cataracte.

Les résultats de ces travaux ne sont pas encore disponibles, mais ils sont très prometteurs parce qu'ils visent à élaborer des critères pour prioriser les patients sur les listes d'attente qui vont combiner à la fois l'information clinique et l'information scientifique sur l'impact que l'attente peut avoir sur la santé des patients. L'objectif poursuivi par l'élaboration de ces points de repère est de pouvoir assurer une offre de services en temps opportun compte tenu des besoins médicaux des patients.

Diapo 12 : Finalement, le troisième type de mesures pour résorber les délais d'attente est de mieux organiser et utiliser les ressources

Il est possible d'accroître l'efficacité du système de soins au Québec et de réduire les délais d'attente par une meilleure organisation de la production des services.

Depuis 2004, le MSSS est engagé dans une réforme qui vise à assurer :

- un meilleur accès aux services de 1^{er} ligne et aux soins à domicile ;
- une meilleure coordination et intégration des services ;
- et une meilleure répartition des tâches et des responsabilités entre les professionnels.

Cette réforme, qui a conduit à fusionner les établissements et à créer les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), les GMF et les cliniques-réseau, vise à développer des Réseaux locaux de services (RLS) et des Réseaux universitaires

intégrés de services (RUIS). L'offre de services par ces réseaux devraient permettre d'apporter une réponse nettement mieux adaptée aux besoins de la population et à l'évolution des technologies. Cette réforme est prometteuse et, théoriquement, elle devrait être en mesure d'apporter des solutions structurantes et durables au problème des délais d'attente excessifs dans le système de soins parce qu'elle permettra de réduire la pression de la demande sur les hôpitaux.

Diapo 13 : « Garantir l'accès » : l'efficacité des moyens proposés ?

En guise de conclusion à ma présentation, je vais regarder avec vous ce que l'on connaît de l'efficacité des moyens proposés par le gouvernement pour réduire les délais d'attente.

En plus des moyens qu'il a déjà mis en place pour réduire les délais d'attente, i.e. augmenter les ressources financières, matérielles et humaines, le gouvernement dans le document « Garantir l'accès », propose 3 autres mécanismes :

1) La garantie d'accès aux services médicaux spécialisés.

Ce mécanisme est accompagné d'une garanti d'accès dans le secteur public qui prévoit que si un patient n'est pas traité à l'intérieur du délais prescrit, on lui offrira d'être traité dans un autre établissement, dans une autre région ou même à l'extérieur du Québec.

L'expérience d'autres pays montre que ce mécanisme est un moyen efficace pour gérer les délais excessifs d'attente, mais qu'il réduit l'autonomie des médecins et qu'il limite la liberté de choix des patients.

Par ailleurs, en accordant une priorité dans le système de soins à certaines interventions et non à d'autres, la garantie d'accès à certains services peut conduire à alourdir les délais d'attente dans les domaines qui ne sont pas prioritaires.

2) Le deuxième mécanisme qui est proposé est l'ouverture à l'**assurance privée duplicative**. Ce type d'assurance facilite l'accès aux soins aux seules personnes qui ont les moyens financiers de se les payer. Or, il faut se demander qui et quelle proportion de la population pourra se payer l'assurance duplicative. Et il faut aussi se demander quelles répercussions le développement de l'assurance duplicative aura sur le système public. Il faut notamment se poser cette question quant à la disponibilité des ressources humaines dans le système public et quant au transfert de la production de services vers le secteur privé, sans réduction significative des délais d'attente du secteur public.

3) Le troisième mécanisme qui est proposé est **la création de cliniques spécialisées affiliées**. La pertinence de cette proposition devra être analysée en fonction de plusieurs éléments dont :

- le rôle des médecins dans les cliniques spécialisées affiliées : seront-ils propriétaires ou employés ?
- le contrôle des coûts : un organisme à but lucratif cherche toujours à maximiser ses profits et ceci se fait par différents mécanismes qui peuvent avoir d'importantes répercussions sur le secteur public ;
- la qualité et la sécurité des interventions ;

- l'intégration d'un organisme à but lucratif à l'intérieur du réseau public de soins de santé au moment où l'on vient de fusionner les établissements pour faciliter une offre de soins intégrés.