

L'entente de services entre RocklandMD et l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal : un portrait complet des coûts

Stéphanie Boulenger, Joanne Castonguay

Rapport de projet *Project report*

Montréal
Mars 2014
Addendum septembre 2014

© 2013 Stéphanie Boulenger, Joanne Castonguay. 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 de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, 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 de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

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
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
Intact
Investissements PSP
Ministère des Finances et de l'Économie
Power Corporation du Canada
Rio Tinto Alcan
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)

Partenaire financier
Enseignement supérieur,
Recherche, Science
et Technologie
Québec 

Addendum

Une nouvelle analyse comparant les coûts associés aux chirurgies d'un jour réalisées à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (HSC) et à la Clinique Rockland MD fut déposée à l'Assemblée nationale le 27 juillet dernier lors de l'étude des crédits budgétaires pour l'année 2014-2015. Cette nouvelle analyse de la Direction des ressources financières et des technologies (DRFT) de l'hôpital conduit à des résultats significativement différents des estimations qui ont été produites dans le cadre de ce rapport et mérite d'être soulignée.

Selon l'analyse de la DRFT, le coût unitaire d'une CDJ produite à HSC se serait élevé à 2 680 \$ comparativement à 2 456 \$ à Rockland MD en 2011-2012. Le coût de production de chirurgies à HSC serait ainsi supérieur de 8 %, plutôt qu'inférieur de 10 % comme nous l'avions estimé dans cette analyse.

Tableau 1: Coûts comparatifs (2011-12)

Description	Rockland Md	HSC	Variation
Coût moyen par chirurgie	2 456 \$	2 680 \$	224 \$ (8%)
Coût annuel pour 2 150 CDJ	5 280 873 \$	5 761 592 \$	480 719 \$ (8%)

Source : Analyse des CDJ HSCM et Rockland MD, HSCM octobre 2013

Sommaire des constats compte tenu des coûts comparatifs estimés par l'Hôpital Sacré Cœur de Montréal

Selon la presse, les différents gouvernements des années passées auraient remis en question l'entente avec Rockland MD parce que le coût des chirurgies serait plus élevé à Rockland MD qu'à l'HSC. Selon l'HSCM, ce n'est pas le cas. Or, même si c'était le cas, cette analyse est beaucoup trop incomplète pour appuyer ce type de décision.

En effet, cette évaluation ne tient pas compte du coût pour la société si les 2 150 patients traités à Rockland MD par année devaient se retrouver sur la liste d'attente de l'HSCM, et que 23 % de ces 2 150 patients étaient placés sur la liste d'attente pour un délai supérieur à la limite prescrite.

Ainsi, nous estimons pour 2010-2011 les pertes évitées par l'entente à 1,3 million \$ en diminution de revenu pour les patients, 68 032 \$ en diminution de revenu et en dépenses diverses pour les aidants naturels, 18 297 \$ en dépenses de santé du provincial et 287 891 \$ et 179 932 \$ en pertes fiscales pour les gouvernements provincial et fédéral respectivement. En plus, puisque l'HSC opérait à capacité (il y a 1 540 patients placés en liste d'attente pour des CDJ), augmenter la capacité opératoire aurait nécessité soit une réorganisation, des investissements immobiliers et/ou engager plus de personnels. Trois types d'investissements dont le coût n'est pas connu, mais

qui sont évités par l'entente devraient être intégrés dans la comparaison des coûts pour qu'elle soit représentative des choix réels de la direction de l'hôpital. En absence de cet investissement, le meilleur moyen de savoir si le coût est acceptable serait d'ouvrir un concours à d'autres fournisseurs potentiels, publics ou privés pour accueillir 2 150 chirurgies par année.

Que devons-nous retenir de cette analyse?

- Ne pas tenir compte des coûts de l'impact des décisions sur les délais d'attente pour des chirurgies, c'est négliger l'importance de répondre aux besoins de la population. Les contribuables allouent une part importante de leur revenu pour obtenir des services de santé et souhaitent que les décisions soient prises en tenant compte des conséquences sur eux. En 2010-11, malgré l'entente avec RocklandMD, le coût lié à l'attente pour des chirurgies à l'HSC s'élevait à 3,3 millions \$ pour les patients, 175 598 \$ pour les aidants naturels, 735 912 \$ pour le gouvernement provincial et 430 435 \$ pour le gouvernement fédéral. Le coût pour les corporations n'a pas été comptabilisé, mais il est bien réel.
- Annuler l'entente avec RocklandMD impliquerait d'ajouter 2 150 patients sur la liste d'attente et donc d'augmenter les coûts pour les patients, les aidants naturels et les gouvernements.
- Une comparaison qui serait utile pour les décideurs de l'HSC et pour la population intégrerait les investissements requis à l'HSC pour effectuer les 2 150 CDJ de plus sur son site et le coût d'une offre par d'autres prestataires, publics ou privés, disposés à mettre à la disposition de l'HSC ses salles de chirurgies aux mêmes conditions que RocklandMD.
- Nos estimations sont conservatrices parce qu'elles ne tiennent pas compte :
 - de l'impact de l'attente des patients pour les autres chirurgies;
 - de l'impact pour les patients de CDJ en attente pour une période de moins de 6 mois;
 - de la perte de qualité de vie liée aux délais d'attente;
 - des complications liées aux infections nosocomiales et acquises à l'hôpital;
 - des délais additionnels liés aux annulations et aux fermetures de salle;
 - de la perte de revenu des corporations qui embauchent les patients en attente.
- Le grand avantage de cette entente, c'est d'avoir une méthode de comparaison avec laquelle les autres centres de chirurgies pourront se mesurer pour offrir leurs services. Les grands gagnants en fin de compte sont les contribuables qui en ont plus pour leur argent. C'est là un exemple des bénéfices liés à la mise en concurrence des acteurs du système pour améliorer la valeur aux patients.

À la lumière de ces données, nous ne pouvons que conclure qu'il faut que les décideurs examinent les coûts comparatifs sur la société de différentes options dans ses décisions en santé. Les décisions prises dans le réseau de la santé ont un impact non seulement sur les bilans des hôpitaux et sur la santé des individus, mais aussi sur la capacité de notre population à travailler efficacement et celle de notre société à s'offrir des services publics. Enfin, nous ne pouvons terminer ce rapport sans souligner que le débat sur l'entente entre RocklandMD et l'HSC a porté

sur le choix entre faire ces chirurgies dans le secteur privé versus les effectuer dans le secteur public; une question purement idéologique. La question devrait porter plutôt sur l'option pour effectuer des chirurgies qui offrent le plus de valeur pour les patients sans considération pour la constitution publique ou privée de cette dernière.

Finalement, un argument qui mérite d'être rétabli est celui selon lequel il n'est pas 'juste' de comparer le coût des chirurgies des deux environnements puisque les chirurgies effectuées ainsi que l'environnement de l'HSC sont plus complexes. Cet argument, bien que souvent présenté pour défendre la non-reconduction de l'entente, milite à notre avis plutôt en sa faveur. C'est justement parce qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer les chirurgies d'un jour dans l'environnement complexe d'un bloc tel que celui de Sacré-Cœur qu'il est intéressant d'impartir l'exploitation des salles de chirurgie à une organisation spécialisée dans les chirurgies moins complexes. C'est un excellent moyen d'obtenir plus de valeur pour les patients.

Liste des acronymes

ASSSM	Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal
CA	Centre d'activité (AS 471)
CDJ	Chirurgie d'un jour
DTI	Durée totale d'intervention
DTP	Durée de la préparation des patients à la chirurgie et pour le transfert du patient vers la salle de réveil
HSC	Hôpital Sacré-Cœur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Remerciements

Nous remercions François Vaillancourt, professeur émérite de l'Université de Montréal et Fellow au CIRANO pour ses commentaires.

Nous remercions également pour ses commentaires, Mélanie Bourassa Forcier, professeure à l'Université de Sherbrooke et chercheure au CIRANO.

Table des matières

Addendum	iii
Liste des acronymes.....	vi
Table des matières	vii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures.....	viii
1 Introduction et mise en contexte.....	1
2 Mise en contexte	3
2.1 Nombre de patients en chirurgie.....	3
2.2 Évolution des listes d'attente	4
2.3 Ce qui distingue RocklandMD de l'HSC.....	5
3 Coûts pour la réalisation des chirurgies	9
3.1 RocklandMD en 2010-2011.....	9
3.2 Hôpital Sacré-cœur	9
4 Les impacts de l'attente	12
4.1 Coûts pour les patients	12
4.2 Coûts pour les aidants naturels	14
4.3 Coûts pour les gouvernements	15
5 Les coûts évités par l'entente ou ses bénéfices	18
6 Sommaire et conclusion	20
7 Bibliographie	23
Annexe 1 : Nombre de patients par type de chirurgie, HSC et RocklandMD, 2010-2011.....	24
Annexe 2 : Proportion des charges salariales liées au bloc opératoire	24

Liste des tableaux

Tableau 1: Nombre de patients par type de chirurgie, HSC et RocklandMD, 2010-2011.....	4
Tableau 2 : Délai d'attente moyen et médian en jours-calendrier pour les CDJ (patients ayant attendu entre 6 mois et 2 ans).....	5
Tableau 3 : Par des patients de CDJ ayant attendu entre 6 mois et 2 ans, 2007 à 2012	5
Tableau 4 : Taux d'utilisation des salles et unités opératoires requises pour 2150 CDJ, HSC et RocklandMD	7
Tableau 5 : Nombre moyen de patients opérés selon les unités opératoires effectivement exploitées et les patients opérés	8
Tableau 6 : Coût de réalisation des chirurgies à RocklandMD en 2010-2011, selon les termes de l'entente.....	9
Tableau 7 : Coûts totaux des chirurgies de l'HSC en 2010-2011.....	10
Tableau 8 : Coûts comparatifs par chirurgie d'un jour en 2010-2011	11
Tableau 9 : Résultats québécois de la revue documentaire sur l'impact économique des délais d'attente.....	13
Tableau 10 : Diminution des revenus des patients due aux délais pour des CDJ en 2010-2011.....	14
Tableau 11: Diminution des revenus des aidants naturels due aux délais pour des CDJ en 2010-2011.....	15
Tableau 12 : Impact sur les recettes fiscales des gouvernements.....	16
Tableau 13 : Sommaire des impacts liés aux délais d'attente des CDJ de l'HSC pour 2010-2011....	17
Tableau 14 : Coûts comparatifs.....	18
Tableau 15 : Bénéfices de l'entente – Pertes évités	19

Liste des figures

Figure 1 : Évolution du nombre de chirurgies effectuées à l'HSC et RocklandMD de 2007-08 à 2011-2012.....	3
Figure 2 : Nombre de personnes en attente d'une CDJ, HSC.....	4
Figure 3 : DPT, DTI et délai d'enchaînement moyen en minutes, HSC et RocklandMD, 2010-2011 ..	6

1 Introduction et mise en contexte

En décembre 2007, l'hôpital Sacré-Cœur (HSC) et la clinique médicale RocklandMD concluaient une entente de services par laquelle RocklandMD mettait à disposition des salles de chirurgie pour opérer des patients de l'hôpital Sacré-Cœur et ce, afin de désengorger les listes d'attente de ce dernier. L'entente entre RocklandMD et l'hôpital Sacré-Cœur avait pour objectif de répondre rapidement à une problématique de délais trop élevés pour des chirurgies électives. En effet, les délais d'attente étaient tels que le gouvernement Charest, à l'époque, a accepté de défrayer les coûts liés à cette entente pour les réduire. La stratégie consistait à isoler une part des chirurgies d'un jour des délais et annulations occasionnés par les urgences d'un centre Hospitalier tel que l'HSC et des impacts liés aux manques de personnel.

Selon les termes de l'entente, RocklandMD s'engage à mettre à disposition les services infirmiers, les services d'inhalothérapie et les services administratifs ou de soutien requis, les installations opératoires requises, incluant les instruments et équipements nécessaires, ainsi qu'une salle de réveil, et l'accès aux locaux nécessaires pour le dépôt des effets personnels des usagers, de même qu'aux locaux d'attente, pour ces usagers ou les personnes qui les accompagnent¹. L'HSC retient les services de RocklandMD pour 7 unités opératoires par semaine selon ses besoins, soit l'équivalent de 7 jours de huit heures d'utilisation d'une salle de chirurgie. Deux salles peuvent être utilisées une même journée.

Quant à l'HSC, il paie une somme forfaitaire à RocklandMD de 11 800 \$ par unité opératoire pour une salle de chirurgie en échange de ces services. Les patients opérés dans le cadre de cette entente sont tous des patients de l'HSC et les chirurgiens aussi. La cédule opératoire est préparée par le département de chirurgie de l'HSC.

Aujourd'hui, l'entente est largement remise en question par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (ASSSM). Les raisons invoquées sont de plusieurs ordres, notamment que le coût est trop élevé². En outre, les reproches faits à RocklandMD ne sont pas toujours liés à l'entente. Par exemple, le MSSS soupçonne certains chirurgiens de garder de longues listes d'attente pour opérer leurs patients au privé³ et RocklandMD est accusé de facturation illégale par la vente de « forfaits santé »⁴. De son

¹ 'RocklandMd doit assurer le recrutement, la sélection, l'embauche, la formation et le maintien de la compétence du personnel affecté à la prestation des services visés. Il en surveille et contrôle les activités de son personnel et, le cas échéant, prend les sanctions appropriées (Entente d'association entre un centre médical spécialisé et un établissement relativement à la prestation de services professionnels (Loi sur la santé et les services sociaux).

² <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200909/10/01-900488-lagence-de-sante-de-montreal-veut-casser-lentente-avec-rockland-md.php>

³ <http://www.cyberpresse.ca/debats/editorialistes/201202/27/01-4500384-serrer-la-vis-au-prive.php>

⁴ <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201202/21/01-4498230-le-centre-de-chirurgie-rockland-devra-rembourser-des-patients.php>

côté, RocklandMD se défend de ces accusations⁵. Les allégations et la couverture de presse qu'elles reçoivent influencent négativement l'opinion publique sur les services offerts par RocklandMD. En outre, les représentants du MSSS évoquent le coût comparatif trop élevé des chirurgies effectuées à RocklandMD. Pourtant, aucune analyse sur cette question n'a été rendue publique, la valeur de l'entente entre les deux organisations n'est pas connue. L'analyse comparative des coûts et des bénéfices de l'entente n'a pas non plus été effectuée. Il est donc difficile de dire si elle est avantageuse ou non.

Cette étude propose donc d'analyser ces questions et de non plus uniquement poser le débat sur les dollars échangés (coûts du contrat entre RocklandMD et HSC), mais aussi de regarder ce qu'on obtient pour ces dollars, soit une baisse du nombre de personnes en attente et des coûts évités pour la société.

La méthode consiste à évaluer les impacts socioéconomiques. Elle a pour avantage d'offrir une comparaison d'actions envisageables en termes de leurs coûts et de leurs conséquences, non seulement sur les budgets hospitaliers et du système de santé, mais aussi sur les patients, leurs proches et sur la société (organisations et gouvernementaux). Les données sur l'activité chirurgicale des deux centres, HSC et RocklandMD, les temps par intervention, les temps d'attente moyens et les types de chirurgies effectuées dans le cadre du contrat nous ont été fournis par la direction des services chirurgicaux de l'hôpital Sacré-Cœur. Pour ce qui est des impacts sur le réseau, nous avons estimé le coût par unité opératoire à partir du rapport AS 471 de l'HSC. Les autres données sont des données secondaires et nous avons qualifié les effets pour lesquels aucune donnée n'était disponible. Par ailleurs, l'HSC, comme la majorité des hôpitaux du Québec, ne disposent pas de données sur les coûts par cas, nous avons effectué la comparaison basée sur une estimation des coûts par unité opératoire selon les meilleures données disponibles et émis des hypothèses conservatrices. Les coûts sont évalués pour l'année 2010-2011, car c'est l'année pour laquelle nous avons des données sur le nombre de chirurgies effectuées à RocklandMD et l'année la plus récente avec des données complètes.

Le rapport est divisé en quatre parties principales. Une première est une mise en contexte afin de mieux cerner les enjeux de l'entente. On y présente le nombre de chirurgies effectuées dans les deux centres, l'évolution des listes d'attente et certaines caractéristiques qui distinguent les deux centres en termes, principalement, de durée des interventions et de productivité. La deuxième présente une évaluation des coûts totaux et par unité opératoire pour la réalisation des chirurgies à RocklandMD et à l'HSC. Ensuite, nous évaluons les impacts des temps d'attente excessifs sur la société, ce qui donne un portrait complet des coûts. Puis, nous donnons un ordre de grandeur des coûts qui sont évités grâce à l'entente. Enfin, la conclusion décrit comment l'analyse nous informe sur les choix que nous faisons en tant que société en optant pour le maintien de l'entente, sa cessation ou encore par l'octroi à un autre centre hospitalier privé ou public le mandat de fournir les services actuellement offerts par le RocklandMD à l'HSC.

⁵ <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201202/23/01-4499209-centre-rockland-notre-pratique-est-legale.php>

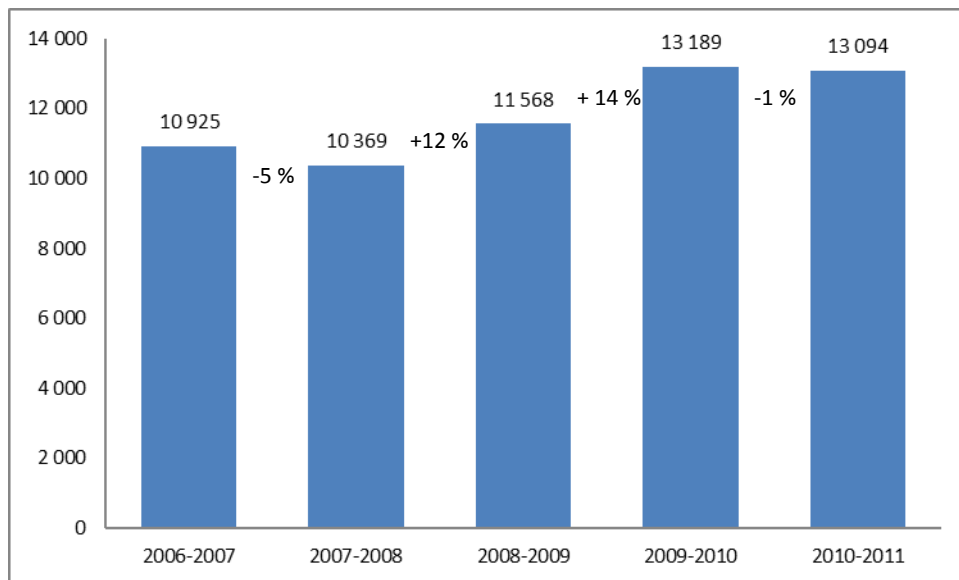
2 Mise en contexte

Dans cette section, nous présentons en premier des informations sur le nombre de patients opérés par l'HSC et RocklandMD en 2010-2011 et leur évolution depuis 2007. Ensuite, nous montrons l'évolution des listes d'attente depuis le début de l'entente pour voir si elle a eu un effet et s'il y a des patients qui attendent pour une chirurgie au-delà de délais raisonnables. Nous regardons aussi les différences de durées d'interventions, de productivité, les fermetures de salle et les probabilités de contracter des infections.

2.1 Nombre de patients en chirurgie

Depuis le début de l'entente entre les deux organisations, en 2007, le nombre total de chirurgies a augmenté de 26 %. La plus forte croissance a eu lieu entre 2008-09 et 2009-10 et l'année 2010-11 a connu une faible diminution de 1 % (Figure 1).

Figure 1 : Évolution du nombre de chirurgies effectuées à l'HSC et RocklandMD de 2007-08 à 2011-2012



Source : Opéra, HSC.

L'HSC, durant l'année fiscale 2010-2011⁶, a opéré 13 094 patients. Cela inclut les patients opérés pour des chirurgies d'un jour (CDJ) et les chirurgies requérant une hospitalisation. Les deux établissements ont effectué un total de 5 549 CDJ. Au total, 2 150 patients ont été opérés à RocklandMD, tous pour des CDJ⁷. Donc, 16 % des patients vus en chirurgie à l'HSC ou 38 % des patients vus en CDJ l'ont été à RocklandMD (Tableau 1

⁶ Du 31 mars 2010 au 1^{er} avril 2011.

⁷ L'entente avec Rockland MD concerne les CDJ excluant les chirurgies en ophtalmologie.

Tableau 2).

Tableau 2: Nombre de patients par type de chirurgie, HSC et RocklandMD, 2010-2011

Type de chirurgie	
Chirurgies nécessitant hospitalisation ⁸	7 545
Chirurgies d'un jour	5 549
Total	13 094
Patients opérés à RocklandMD (inclus dans le total)	2 150
En % du total de chirurgies	16 %
En % des CDJ	38 %

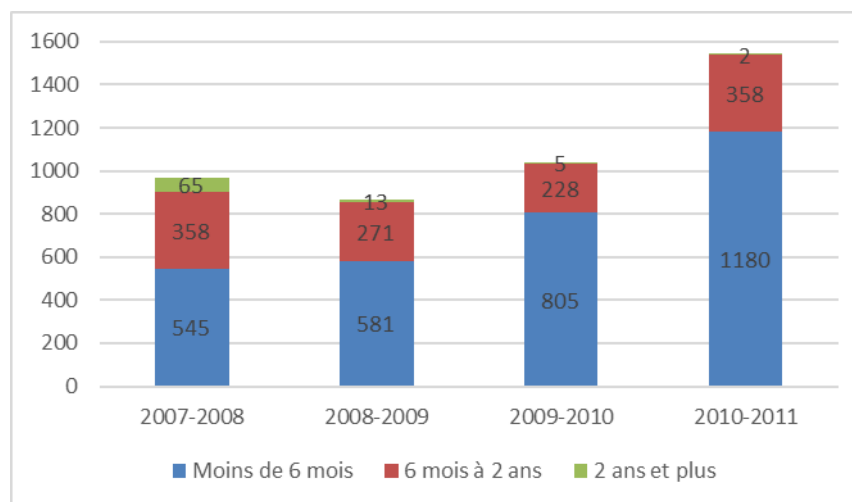
Source : Opéra, HSC.

Note : Les données disponibles correspondent aux nombres de patients par catégorie et non au nombre de chirurgies effectuées. Le tableau détaillé est présenté à l'annexe 1.

2.2 Évolution des listes d'attente

La figure suivante présente l'évolution des listes d'attente pour les CDJ de l'HSC, incluant celles effectuées à RocklandMD. On observe qu'au cours des quatre dernières années, le nombre de patients sur les listes d'attente de l'HSC pour une CDJ a augmenté en moyenne annuellement de 14 %. Il est à noter toutefois que le nombre de personnes en attente pour les CDJ a diminué en 2008-2009, suite à une première année de l'entente. L'augmentation du nombre de patients sur les listes d'attente est le résultat potentiel de plusieurs facteurs, incluant une baisse de la productivité ou une hausse de la demande. En outre, puisque le MSSS octroie depuis 2003 un paiement à l'activité à tous les CSSS pour toutes les CDJ effectuées au-delà du nombre effectué en 2002-2003, l'activité chirurgicale a augmenté partout sur le territoire. L'évolution du nombre de personnes sur la liste d'attente est en partie expliquée par l'encouragement qu'ont les établissements à multiplier les interventions.

Figure 2 : Nombre de personnes en attente d'une CDJ, HSC



Source : Opéra, HSC.

⁸ Trois cent cinq patients qui ont eu des interventions telles que sismothérapies, cardioversion, chirurgies mineures sous anesthésie locale, bloodpatch, épidurale, etc. étaient inscrits, mais non hospitalisés.

Comme l'illustre le Tableau 3, les délais d'attente moyens pour les CDJ des patients qui ont attendus entre 6 mois et 2 ans⁹, ont diminué de 342 à 264 jours entre 2007-08 et 2010-11, soit en moyenne annuellement de 8,3 %. Afin de vérifier si les valeurs extrêmes tirent la moyenne vers le haut ou vers le bas, nous examinons également les délais médians. La différence de valeur entre les médianes et les moyennes suggèrent que les variances dans les données sont peu élevées.

**Tableau 3 : Délai d'attente moyen et médian en jours-calendrier pour les CDJ
(patients ayant attendu entre 6 mois et 2 ans)**

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	TCAM
Délai d'attente moyen	342	329	298	264	-8,3 %
Délai d'attente médian	293	283	212	215	-9,8 %

TCAM : Taux de croissance annuel moyen.

Source : Opéra, HSC et calcul des auteurs.

La majorité des patients en attente de CDJ sont opérés dans un délai de 6 mois. De plus, il y a eu amélioration au cours de la période entre 2007-08 et 2010-11. Il n'en reste pas moins qu'en 2010-11, 23 % des patients n'ont pas reçu leur CDJ à l'intérieur du délai considéré raisonnable. Ceux-là ont attendu en moyenne 264 jours avant d'être opérés (Tableau 4).

Tableau 4 : Pourcentage des patients de CDJ ayant attendu entre 6 mois et 2 ans, 2007 à 2012

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Pourcentage de patients qui ont attendu de 6 mois à 2 ans	37 %	31 %	22 %	23 %

Source : Opéra, HSC et calcul des auteurs.

2.3 Ce qui distingue RocklandMD de l'HSC

Nous avons vu précédemment que RocklandMD a effectué en 2010-2011 2 150 chirurgies. Il est important, avant de continuer plus loin dans l'analyse, d'examiner s'il existe une différence dans la productivité de ces deux centres.

Nous regardons donc ici les différences de durées d'interventions, les fermetures de salle et les probabilités de contracter des infections; ces éléments ayant une influence sur les coûts totaux d'un centre par rapport à l'autre.

2.3.1 Durée totale des interventions pour les CDJ

La figure suivante fait la comparaison des durées moyennes des interventions chirurgicales, excluant les chirurgies en ophtalmologie¹⁰. Elles incluent la durée totale des interventions (DTI), donc l'intervalle de temps durant lequel le chirurgien débute et termine la chirurgie, la durée de la préparation des patients à la chirurgie et pour le transfert du patient vers la salle de réveil (DPT) et les délais d'enchaînement (DE), qui correspondent au temps entre deux chirurgies pour préparer la salle. Les durées sont présentées pour (1) toutes les chirurgies effectuées à l'HSC, (2) pour les

⁹ Nous avons choisi de centrer l'analyse sur les cas qui ont attendu entre 6 mois et 2 ans. Les patients opérés dans un délai inférieur à 6 mois sont considérés comme n'ayant pas attendu un délai excessif. Ceux qui ont attendu au-delà de 2 ans sont plutôt rares et il n'est pas certain qu'ils n'aient pas obtenu leur intervention dans un autre centre hospitalier.

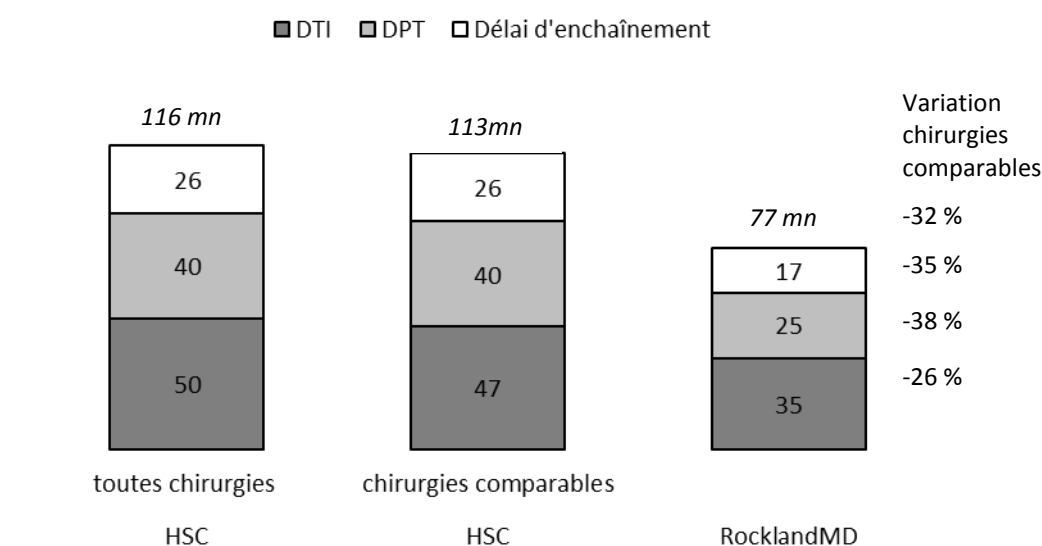
¹⁰ Ce type d'intervention n'est pas effectué à RocklandMD.

chirurgies d'un jour effectuées à l'HSC comparables en niveau de complexité à celles effectuées à RocklandMD et (3) pour les chirurgies effectuées à RocklandMD¹¹.

Deux principaux constats sont illustrés dans cette comparaison (Figure 3) :

1. Toutes les chirurgies effectuées à l'HSC ont une durée moyenne totale à peine plus élevée que la durée totale moyenne des chirurgies comparables, soit de 116 minutes versus 113 minutes. La différence de trois minutes est due à la différence dans la DTI moyenne. Ceci peut être expliqué soit par le fait que la complexité moyenne des interventions a un faible impact sur la DTI ou encore par le fait que les chirurgies d'un jour effectuées à l'HSC sont d'une complexité telle que les DTI sont presque équivalentes à celles des chirurgies nécessitant une hospitalisation. La deuxième explication nous apparaît plus plausible.

Figure 3 : DPT, DTI et délai d'enchaînement moyen en minutes, HSC et RocklandMD, 2010-2011



2. La durée moyenne des interventions chirurgicales est de 26 % plus faible à RocklandMD qu'à l'HSC pour les chirurgies comparables et la durée totale en salle (DTS) est de 32 % plus faible. Puisque ce sont les mêmes médecins qui opèrent aux deux endroits, il peut y avoir deux causes à cette différence, les cas de chirurgies effectuées à RocklandMD sont moins complexes qu'à l'HSC ou encore l'organisation du travail est plus efficace à RocklandMD. Nous croyons que les deux raisons sont en cause, mais nous ne connaissons pas la part relative de chacune.

¹¹ Les chirurgies comparables incluent les catégories d'interventions suivantes : générales, bariatriques, gynécologie, orthopédie et plastie et incluent entre autres la reconstruction de ligament croisé antérieur, la ménisectomie, l'arthroscopie, la synovectomie du genou, la gastrectomie verticale (pour obésité) et la gastroplastie.

Les différences dans les délais d'enchaînement et une partie des DPT entre les deux établissements peuvent s'expliquer par la complexité de l'environnement à l'HSC, par des facteurs humains et par l'organisation du travail dans un environnement syndiqué ou non.

Une des causes de délai serait l'attente pour obtenir une place à la salle de réveil à l'HSC. Il arrive que des patients qui viennent de se faire opérer doivent rester dans la salle de chirurgie, car aucune place en salle de réveil n'est libre. Cela rallonge la DPT, ce qui peut expliquer sa différence entre RocklandMD et l'HSC. Les embouteillages de la salle de réveil peuvent être causés par la non-disponibilité des lits aux étages. La durée moyenne de séjour en salle de réveil des CDJ à l'HSC est de 2 heures. Habituellement, le séjour en salle de réveil devrait être d'environ 1 heure. Nous n'avons pas à notre disposition les durées en salle de réveil pour RocklandMD.

2.3.2 Productivité

Le Tableau 4 compare les unités opératoires requises estimées pour effectuer 2 150 chirurgies dans les deux centres. Étant donné le nombre de minutes requises pour transférer les patients (DPT) et les délais d'enchaînement plus long à l'HSC, nous estimons que pour effectuer 2 150 CDJ, il faut 522 unités chirurgicales à l'HSC et 356 à Rockland MD. Ces estimations tiennent compte des taux réels d'utilisation des salles pour des chirurgies par rapport au temps total de salles réservées à RocklandMD. Ce taux est de 97 % ¹². Nous posons l'hypothèse qu'il est le même à l'HSC et à RocklandMD. Nous appelons dans ce rapport la différence entre 100 % et le taux d'utilisation « le délai de friction ».

Tableau 5 : Taux d'utilisation des salles et unités opératoires requises pour 2150 CDJ, HSC et RocklandMD

	HSC	RocklandMD
(a) Temps total par intervention (mn)	113	77
(b) Durée opératoire totale requise (2150 X a)	242 950	165 550
(c) Taux d'utilisation *	97 %	97 %
(d) Durée totale de salle requise (b/d)	250 463	170 670
Une unité opératoire théorique (mn) minutes = 8 heures * 60 mn	480	480
Unités opératoires requises	522	356

Note () : les taux d'utilisation des salles sont calculés en nombres utilisés par rapport au nombre d'unités opératoires réservées. Source : Opéra, HSC et calcul des auteurs.*

Compte tenu du nombre d'unités opératoires requis dans chaque centre et du nombre de patients opérés en CDJ, nous calculons que le nombre moyen de patients opérés en CDJ par unité opératoire était de 4,1 à l'HSC et de 6,0 à RocklandMD (Tableau 6).

¹² L'HSC nous a fourni des données sur les annulations de chirurgies par cause ainsi que sur les fermetures planifiées de salles de chirurgies. Les taux d'annulation sont les mêmes pour tous les patients qu'ils soient opérés à RocklandMD ou à l'HSC. En ce qui concerne les fermetures de salles, puisque les données concernent les fermetures de salles planifiées et non les fermetures non planifiées, elles ne nous permettent pas de comparer l'impact réel des fermetures entre les deux établissements. Les données sommaires sur ces sujets sont présentées plus bas.

Tableau 6 : Nombre moyen de patients opérés selon les unités opératoires effectivement exploitées et les patients opérés

Description	HSC	RocklandMD
a) Nb de patients opérés en CDJ 2010-2011	2 150	2 150
b) Nb d'unités opératoires requises incluant friction	522	356
a) ÷ b) Nb moyen de patients par unité opératoire	4,1	6

Source : Opéra, HSC et calcul des auteurs

2.3.3 Autres considérations

Nous avons vu précédemment qu'il y a des différences de productivité dans les deux centres, notamment en raison des DPT et des DE. Deux autres éléments distinguent les deux centres qui devraient être considérés dans la décision d'impartir l'opération de salles de chirurgies : les fermetures de salles et les taux d'infection. Ces derniers sont davantage reliés à la qualité des services aux usagers. Ils ont non seulement un impact direct et indirect, non quantifié ici, sur la santé des individus, mais aussi sur les coûts.

2.3.3.1 Les fermetures de salles

L'HSC a 14 salles au bloc opératoire, mais toutes ne sont pas disponibles. Certaines sont fermées définitivement (une ou deux). En moyenne, l'HSC a dû annuler 63,5 unités opératoires, soit en moyenne 1,2 unité opératoire par semaine. Mais il ne s'agit là que des fermetures planifiées. En plus, certains jours, des salles doivent fermer, surtout en raison d'un manque d'infirmières ou d'anesthésistes. Dans ces cas, nous ne savons pas quel est l'impact sur les annulations de chirurgies, ou sur la santé des individus puisque les données à cet effet ne sont pas colligées.

2.3.3.2 Les probabilités de contracter une infection

Enfin, nous n'avons pas de données pour faire une comparaison des taux d'infections nosocomiales ou des sepsis post opératoires. Nous savons toutefois que c'est une problématique et que ces dernières ont un impact important sur les activités et les coûts de l'HSC et aussi sur la santé des patients.

Les infections nosocomiales affectent surtout les patients hospitalisés. Nous savons toutefois que l'HSC a fermé quelques fois ses admissions à cause de taux élevés d'infections ou de contagion. Ce qui a des impacts sur les activités de tout l'hôpital. Effectuer plus de chirurgies à l'extérieur des hôpitaux est un moyen de diminuer l'incidence des infections acquises en milieu hospitalier ainsi que les impacts qui y sont associés.

3 Coûts pour la réalisation des chirurgies

En nous basant sur des données secondaires, nous évaluons ici les coûts de l'entente pour la réalisation des chirurgies à RocklandMD, soit les dollars déboursés par l'HSC à Rockland pour la location de ses salles de chirurgie et les coûts des chirurgies à l'HSC.

3.1 RocklandMD en 2010-2011

Selon les termes de l'entente, l'HSC verse un montant forfaitaire de 11 800 \$ par unité opératoire pour l'utilisation d'une salle chirurgicale incluant les services connexes. Ces frais incluent l'utilisation d'une salle de réveil, les services d'accueil, les services d'hygiène, les services infirmiers et d'inhalothérapeute. À ces coûts, s'ajoutent les frais pour la gestion de l'entente, pour la planification des chirurgies et du transport du matériel assumés par l'HSC évalués à 2 % de la valeur de l'entente. Les frais médicaux et chirurgicaux ne sont pas compris puisqu'ils sont couverts par la RAMQ. Ces derniers sont les mêmes que les chirurgies soient effectuées à RocklandMD ou à l'HSC. Les coûts pour les fournitures sont défrayés par l'HSC et sont donc les mêmes, peu importe où sont effectuées les chirurgies. Au total, l'HSC a utilisé 361 unités opératoires (jours-salle) à RocklandMD pour effectuer ses chirurgies d'un jour. Ainsi, le coût de l'entente pour 2010-11 était de 4 344 996 \$ (Tableau 7).

Tableau 7 : Coût de réalisation des chirurgies à RocklandMD en 2010-2011, selon les termes de l'entente

Description	Valeur
a) Tarif par jour par salle (priorité)	11 800 \$
b) Nombre d'unités opératoires utilisées*	361
c) Total contrat = a) x b)	4 259 800 \$
d) Frais de gestion et de transport (HSC)**	85 196 \$
Coûts totaux= c+d	4 344 996 \$

* incluant les annulations de dernière minute exclues des deux scénarios

** Estimation de 2 % par jour pour les frais de gestion et transport assumés par l'HSC.

3.2 Hôpital Sacré-cœur

Les coûts totaux liés à l'exploitation du bloc opératoire à l'HSC sont estimés à 18 264 526 \$ (voir tableau 7), incluant toutes les charges liées aux ressources humaines, une proportion des coûts totaux d'exploitation de l'hôpital allouée aux chirurgies et une proportion du coût des immobilisations allouée au bloc. Nous posons comme hypothèse que la proportion des coûts d'exploitation et la proportion des coûts immobiliers sont les mêmes que la proportion des salaires et autres charges salariales liées au bloc opératoire, soit 5 % (voir annexe 2).

Tableau 8 : Coûts totaux des chirurgies de l'HSC en 2010-2011

Description	Coûts
1) Coûts du bloc (excluant celui des activités effectuées à RocklandMD)	
CDJ (CA 6070)	492 574 \$
Bloc opératoire (moins coûts RocklandMD) (CA 6260) ¹³	10 397 157 \$
Médicaments	1 192 594 \$
Coût total du bloc	12 082 325 \$
2) Fonds immobilisations (proportion bloc)	1 000 000 \$
3) Coûts variables avec le nombre de chirurgies	
Administration des soins (CA 6000)	2 912 364
Médecine et chirurgie non répartie (CA 6056)	40 856 107
Unité de retraitement dispositifs médicaux (CA 6320)	2 450 532
Réception (CA 7534)	1 934 130
Administration générale (CA 7300)	13 147 378
Fonctionnement des installations (CA 7700)	5 386 695
Sécurité (7710)	1 786 804
Entretien et réparation du parc immobilier (CA 7800)	8 399 290
Buanderie et lingerie (CA 7600)	3 673 428
Entretien ménager (CA 7640)	7 493 866
Gestion des déchets (CA 7650)	372 922
Total coûts d'exploitation à répartir	76 873 300
4) Estimation de la portion des coûts variables de l'HSC liée aux chirurgies = (4,97 %¹⁴ x 3)	3 820 200 \$
Coûts totaux estimés liés aux activités chirurgicales = (1+2+4)	16 902 526 \$
Contributions aux RREGOP*	862 000 \$
Coût d'opportunité du capital**	500 000 \$
	18 264 526 \$

Les centres d'activité (CA) incluent les salaires, avantages sociaux, charges sociales, et autres charges directes

* : Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) sont de 8,69 % des coûts de la main-d'œuvre. Cette dernière est de 57 % des coûts totaux de l'hôpital.

** : Coûts d'opportunité du capital est évalué à 10 % de la valeur immobilière du bloc que nous avons supposé à 5 000 000 \$.

Source : AS 471, calcul des auteurs.

Puisque le bloc opératoire de l'HSC a utilisé 2448,5 unités opératoires en 2010-2011 pour les CDJ (Tableau 6), le coût par unité opératoire à l'HSC est estimé à 7 461 \$ (18 264 526 ÷ 2448,5), soit 58 % de plus par unité opératoire que le coût pour les services de RocklandMD qui est de 12 036 \$ (11 800 \$ X 1,02). Cette différence peut être expliquée en partie par les coûts d'immobilisation conservateurs à l'HSC étant donné l'âge des bâtiments et par le faible coût marginal des activités vu la taille de l'organisation. Compte tenu du niveau élevé de productivité de Rockland MD (6 CDJ par unité opératoire contre 4 à l'HSC), le coût par intervention ou de l'entente n'est que de 10 % plus élevé que celui de l'HSC.

¹³ Allocation de 10 % des coûts liés à l'équipement, nous avons exclu tous les coûts liés aux fournitures étant donné que ces dernières sont payées par l'HSC dans le cadre de l'entente avec Rockland.

¹⁴ Il s'agit de la proportion des charges salariales du bloc (CA 6070 et CA 6260) dans les charges salariales totales excluant celles de l'administration. Le calcul de cette proportion est présenté à l'annexe 2.

Tableau 9 : Coûts comparatifs par chirurgie d'un jour en 2010-2011

Description	HSC	RocklandMD	Écart
a) Coûts par unité opératoire	7 461	12 036	58 %
b) Nb moyen de patients par unité opératoire	4,1	6	
Coûts par chirurgie = a/b	1 839	2 021	10 %
Coût pour 2 150 chirurgies	3 957 300 \$	4 345 000 \$	10 %

Avant de conclure que l'entente est trop coûteuse (10 % de plus), il importe de faire un portrait complet des coûts si elle était annulée et considérer son objectif au départ ainsi que ses résultats. En effet, l'entente a été conclue afin de résorber la liste d'attente de l'HSC pour les CDJ. Est-ce que cela a été le cas? Quel est le coût lié à l'attente? Est-il plus élevé ou moins élevé que l'écart de coûts de l'entente? Enfin, si on souhaite mettre fin à l'entente, quel est le coût des alternatives? Nous tentons de répondre à ces questions dans la section suivante.

4 Les impacts de l'attente

L'objectif initial de l'entente était d'accroître l'activité chirurgicale de l'HSC dans le but de réduire les délais d'attente. En effet, ces derniers ont un coût important pour les patients et la société en général. Cette section porte sur ces coûts, plus spécifiquement sur ceux liés aux délais non raisonnables pour des CDJ à l'HSC¹⁵. Cette approche de « délais non raisonnables » nous est inspirée par une étude du Center for Spatial Economics (CSE, 2008). Le but de cette section est de donner un ordre de grandeur des coûts liés aux délais d'attente. De sorte que lorsque dans la section suivante de ce document nous analysons les options alternatives à cette entente, nous puissions apprécier les conséquences potentielles de leur impact sur les listes d'attente et sur l'économie.

Les coûts qui seront évalués dans cette section sont ceux liés aux délais excessifs, soit les pertes de productivité¹⁶ liées à la diminution de l'activité des patients et aux diminutions du travail des aidants naturels, les coûts à la charge des aidants naturels, les coûts pour le système de santé des examens et tests supplémentaires et les revenus fiscaux perdus du gouvernement québécois.

À ces répercussions s'ajoutent des coûts associés à la perte de qualité de vie des patients ainsi que les coûts pour les employeurs, qui devront possiblement encourir des dépenses additionnelles pour remplacer ou aider les travailleurs en attente d'une intervention et/ou subir une baisse de revenu due à une diminution de la productivité d'employés en attente d'intervention. Mais, ces derniers éléments ne seront pas quantifiés dans cette analyse faute d'informations sur ce sujet. Nous les avons toutefois énumérés pour bien illustrer l'impact total des délais sur notre société et montrer que l'impact quantifié représente une valeur conservatrice de l'impact réel.

4.1 Coûts pour les patients

4.1.1 Revue documentaire

La reconstruction de l'impact sur la productivité des patients lié aux délais d'attente a été effectuée essentiellement à partir de deux études : l'étude publiée par le 'Center for Spatial Economics' (CSE) en 2006 sur les coûts macroéconomiques liés aux délais d'attente excessifs et celle de Nadeem Esmail du Fraser Institute publiée en 2012.

L'étude de CSE base ses données sur des statistiques hospitalières sur les délais d'attente recueillies par Statistique Canada et sur un sondage effectué par Statistique Canada en 2005 sur les impacts des délais d'attente sur les individus et leur famille. Selon cette dernière, 7 % des patients en ophtalmologie et 32 % des patients en orthopédie ayant subi des délais excessifs ont dû cesser leurs activités. Les temps moyens attendus par les patients ayant excédé les délais

¹⁵ Les délais non raisonnables ne sont pas particuliers à l'HSC.

¹⁶ En économie, on calcule la valeur de l'activité économique par le PIB, soit la valeur ajoutée créée par le travail. À celui-ci est associée la capacité du gouvernement de générer des recettes fiscales, car c'est cette activité qui est imposée. Ainsi, chaque fois que des citoyens perdent une capacité de travailler, il en résulte une diminution de leur productivité ou de leur contribution au PIB.

maximum recommandés étaient de 269 jours en ophtalmologie et de 342 en orthopédie. Le CSE estime que la perte de productivité par patient ayant dû cesser leurs activités est équivalente à leur travail perdu pendant la période qui a excédé le délai recommandé, soit 2 958 \$ en ophtalmologie et 28 766 \$ en orthopédie.

L'Institut Fraser effectue régulièrement une enquête sur les délais d'attente pour certaines chirurgies. Une enquête de Statistique Canada auprès de médecins révèle que selon eux 11 % des patients en attente pour des chirurgies ont subi des impacts négatifs significatifs sur leur santé et leur capacité à effectuer leurs activités régulières. Esmail effectue une analyse du coût sur la société liée à l'attente pour des chirurgies en posant pour hypothèse que 11 % des patients en attente de chirurgie ne peuvent travailler, ce qui correspond à une diminution équivalente de leur productivité¹⁷.

Tableau 10 : Résultats québécois de la revue documentaire sur l'impact économique des délais d'attente

Référence	Impact mesuré	Données	Coût par patient
Étude CSE (2008), ophtalmo	Attente après délai max recommandé	Ophtalmo; 7 %; attente 269 jours	2 958 \$
Étude CSE (2008), orthopédie*	Attente après délai max recommandé	Orthopédie, 32 %, attente 342 jours	28 766 \$
Étude de Fraser Institute 2012	Attente après 1re visite spécialiste	-11 % productivité, attente 9,2 semaines	2 152 \$**

Notes : * 34 % des chirurgies d'un jour de l'HSC sont en orthopédie. **: Moyenne pondérée calculée par les auteurs, des données de Fraser pour des chirurgies comparables à celles effectuées à Rockland MD

À l'HSC, 1 276 patients ont subi un délai excessif (6 mois) pour une CDJ en 2010-2011, soit 23 % des patients ayant eu une CDJ. Si on adopte la valeur médiane des résultats de l'étude du CSE (2008), 19 % des patients en attente ayant excédé les délais recommandés ont cessé leurs activités. Selon cette hypothèse 243 patients ont dû cesser leurs activités en raison d'un délai excessif. Ces derniers ont attendu en moyenne 84 jours de plus que le délai recommandé (HSC). Le nombre total de jours de travail perdus par ces personnes est estimé à 20 369. En supposant qu'elles obtenaient le salaire hebdomadaire moyen de l'époque au Québec, les pertes de salaires estimées de ces personnes s'élevaient à **3 271 305 \$** (détails du calcul dans le tableau 10) ou 2 563 \$ par personne ayant attendu au-delà du délai d'attente de 180 jours. Une valeur comparable aux résultats de l'Institut Fraser et conservateur comparativement à ceux de l'étude du CSE.

¹⁷ 11 % des patients subissent des effets négatifs significatifs sur leur santé. Même si tous les patients ne travaillent pas, ils estiment que la valeur de l'impact sur la qualité de vie de ceux qui ne travaillent pas est équivalente à la valeur du travail de ceux qui travaillent.

Notons que cette valeur est une estimation de la perte de productivité liée à la diminution de l'activité des patients. Les coûts subis par les patients sont différents, car certains d'entre eux ont des assurances. À ces derniers, il faut ajouter d'autres types de dépenses liés à l'aggravation des cas qui ne sont pas comptabilisés ici. De plus, il y a certainement une part des patients qui subissent des pertes de revenus même s'ils sont opérés à l'intérieur des délais recommandés. Il s'agit donc de valeur conservatrice.

Tableau 11 : Diminution des revenus des patients due aux délais pour des CDJ en 2010-2011

Description	Valeur	
a) Nombre total de CDJ en 2010-2011	5 549	
b) Nombre de patients ayant attendu plus longtemps que le délai prescrit de 180 jours¹⁸	23 %	$a) \times b) = 1\,276 \text{ patients}$
c) Nombre de patients qui cesseront leurs activités (CSE)	19 %*	$1\,276 \times 19 \% = 243 \text{ patients}$
d) Délai moyen d'attente en jours au-delà de 180 jours (HSC)	84	
e) Nombre de jours de travail perdus = c) x d)		20 369 jours
f) Valeur des jours de travail perdus (\$) = e) x Salaire hebdomadaire moyen de 803 \$/5		3 271 305 \$

Source : HSC, Opéra, Calculs des auteurs, CSE (2008), (CANSIM 281-044) Note *: Valeur médiane de l'Étude CSE pour l'ophtalmologie et l'orthopédie

4.2 Coûts pour les aidants naturels

À ce montant s'ajoutent les coûts pour les aidants naturels. Selon le CSE, les proportions de patients qui requièrent un aidant sont de 20 % pour les patients des chirurgies orthopédiques, 5 % pour ceux de la cataracte et 25 % pour les pontages coronariens. Nous posons comme hypothèse que la proportion de patients de CDJ qui requièrent un aidant est équivalente aux patients en attente d'une chirurgie de la cataracte.

Selon Giovannetti et les autres (Giovannetti, Wolff, Frick, & Boulton, 2009), les aidants naturels subissent en moyenne une baisse de 20 % de leur revenu de travail¹⁹. Si cette même proportion est appliquée aux revenus des 64 aidants qui ont subi des pertes de revenus au cours des 84 jours de délai hors-norme d'attente, alors les revenus perdus par les aidants naturels s'élèvent à **172 173 \$** (détails des calculs dans le Tableau 12).

¹⁸ Le MSSS a fixé un objectif de 180 jours maximum pour les délais d'attente pour les chirurgies de la hanche, de la cataracte et du genou.

¹⁹ Giovannetti et al. ont estimé que les aidants qui avaient des pertes de revenu perdaient 1,5 heure par jour, ce qui correspond à 20 % d'une journée de 7,5 heures.

Tableau 12: Diminution des revenus des aidants naturels due aux délais pour des CDJ en 2010-2011

Description	Résultat
a) Nombre total de CDJ en 2010-2011	5 549
b) Part des patients ayant attendu plus longtemps que le délai prescrit de 180 jours ²⁰ (23 %)	1 276
c) Part des patients qui ont besoin d'un aidant naturel	5 %
d) Nombre d'aidants naturels ayant perdu du temps de travail	64
e) Nombre de jours de soutien par les aidants	5 360
f) Revenus des aidants pour 84 jours	860 870
g) Valeur du travail perdu (\$) = 20 % x revenus	172 173

Source : HSC, Opéra, Calculs des auteurs, CSE (2008), (CANSIM 281-044), Giovannetti (2009)

4.2.1 Autres frais à la charge des aidants naturels

Lorsqu'une personne s'occupe d'une personne malade ou en attente de chirurgie, elle paie souvent pour des dépenses liées aux soins qu'elle offre. Il s'agit surtout de frais de transport, mais également de médicaments d'ordonnance ou en vente libre, de services professionnels, des aides-soignants ou des services d'infirmières. Mais quelle est l'ampleur de ces dépenses? Au Québec, 19 % des aidants dépensent en moyenne 53,50 \$ par mois pour s'occuper d'un malade (Decima, 2002)²¹. Si 64 patients ont eu besoin d'un aidant naturel et qu'ils ont dépensé 53,50 \$, alors leurs dépenses totales s'élèvent à **3 424 \$**.

4.3 Coûts pour les gouvernements

Les coûts pour les gouvernements fédéral et provincial sont de deux ordres, ceux liés aux coûts de système de santé et ceux liés à la baisse de revenus fiscaux due à la baisse de revenu des patients et des aidants naturels.

Les patients qui attendent pour les CDJ imposent des coûts au système de santé lorsque leur état de santé se détériore. Lorsqu'un patient dépasse les normes d'attente, il devra souvent repasser des tests diagnostic, se faire prescrire à nouveau des médicaments ou revoir leur médecin spécialiste. Le CSE a estimé ces coûts : ils oscillent entre 37 \$ pour la chirurgie de la cataracte et 286 \$ pour les patients requérant une hospitalisation (Centre for Spatial Economics, 2008). Pour notre analyse, qui tient compte des coûts pour les patients en attente d'une CDJ, nous utilisons 37 \$. Puisqu'ils étaient estimés à 1276 patients en CDJ à avoir attendu au-delà de 6 mois, les coûts pour le système étaient au moins de **47 216 \$**.

Les recettes fiscales diminuent à cause de la diminution de revenus des patients et des aidants naturels. Ces diminutions, illustrées dans le Tableau 13, sont évaluées à 430 435 \$ et 688 696 \$ pour les gouvernements fédéral et provincial, respectivement²². Par ailleurs, les dépenses

²⁰ Le MSSS a fixé un objectif de 180 jours maximum pour les délais d'attente pour les chirurgies de la hanche, de la cataracte et du genou.

²¹ Les dépenses en \$ de 2002 sont converties en \$ de 2010 pour tenir compte de l'inflation. Un facteur de 17,93 % a été utilisé. Ce facteur provient de la Banque du Canada (2012).

²² Les taux marginaux d'imposition en 2011 étaient de 20 % au Québec et de 12,5 % au fédéral pour un revenu de 41 800 \$.

additionnelles encourues par les patients et les aidants naturels pour des biens et services peuvent être considérées comme des sources de taxes sur les biens et services pour les gouvernements. Ils ne sont pas comptabilisés ici car nous pensons que ces dépenses auraient été encourues de toute façon sur d'autres biens ou services taxés.

Tableau 13 : Impact sur les recettes fiscales des gouvernements

	Diminution des revenus	Gouvernement provincial	Gouvernement fédéral
Fiscalité sur les revenus des patients en attente	3 271 305 \$	-654 261 \$	-408 913 \$
Fiscalité sur les revenus perdus par les aidants naturels	172 174 \$	-34 435 \$	-21 522 \$
Fiscalité sur les revenus perdus par les corporations		N/E	N/E
Total		688 696 \$	430 435 \$

N/E : Non évalué parce que les données ne sont pas disponibles.

En somme, les coûts liés aux délais excessifs d'attente pour des chirurgies d'un jour sont de plusieurs ordres : diminution de revenus, dépenses de santé, diminution des recettes fiscales (Tableau 14). L'impact sur le budget du gouvernement provincial, 735 912 \$, peut sembler relativement peu élevé comparativement à son budget total. Toutefois, pour les patients et leurs proches ce sont des coûts qui prennent des proportions importantes : en 2010-11, plus de 3 271 305 \$ pour les patients de la CDJ et 175 598 \$ pour les aidants naturels, sans tenir compte de la baisse de qualité de vie et de productivité et de l'impact sur les revenus des corporations. Ainsi, si on considérait l'impact des délais d'attente dans l'ensemble du réseau de la santé du Québec, un réseau de 95 CSSS, dont 289 établissements²³, on observerait que l'impact lié aux délais d'attente excessifs est très important non seulement sur les budgets des gouvernements, mais aussi sur ceux des individus et des corporations.

²³ Tous les établissements ne font pas de chirurgies puisque certains d'entre eux sont des établissements de soins de longue durée.

Tableau 14 : Sommaire des impacts liés aux délais d'attente des CDJ de l'HSC pour 2010-2011

Description	Valeur
Pour les patients	
Diminution des revenus	3 271 304 \$
Dépenses de santé et autres	N/E
Perte de qualité de vie	N/E
Pour les aidants naturels	
Diminution des revenus	172 174 \$
Dépenses de santé et autres	3 424 \$
Total pour les aidants naturels	175 598 \$
Pour les corporations	
Diminution des revenus	N/E
Pour le gouvernement provincial	
Coûts de services de santé	47 216 \$
Diminution des recettes fiscales	688 696 \$
Total gouvernement provincial	735 912 \$
Pour le gouvernement fédéral	
Diminution des recettes fiscales	430 435 \$

N/E : Non évalué parce que les données ne sont pas disponibles.

L'impact sur les délais d'attente de l'HSC et des autres centres de CDJ de Montréal qui résulte de l'entente ne peut être isolé. D'autres éléments tels l'augmentation de la productivité, l'augmentation de la demande de chirurgie et le vieillissement de la population influencent les résultats. L'HSC est un établissement parmi d'autres dans le territoire de Montréal à effectuer des chirurgies d'un jour. Si l'attente est trop élevée dans un établissement, les patients s'inscriront à un autre établissement, privé ou public, en espérant obtenir leur intervention plus rapidement. En plus, si la productivité d'un établissement augmente et que les délais diminuent, de nouveaux patients vont être attirés vers cet établissement, le nombre d'inscriptions va augmenter, et les délais vont augmenter à nouveau. Ainsi, l'impact sur les délais d'attente ne peut être examiné sans tenir compte des délais des autres centres de la région et même de celui des régions avoisinantes. En somme, les mesures d'impacts liés aux délais d'attente doivent être interprétées prudemment.

5 Les coûts évités par l'entente ou ses bénéfices

L'entente entre l'HSC et RocklandMD, signée fin 2007, avait pour objet d'augmenter le niveau d'activités chirurgicales en CDJ à l'HSC dans le but de désengorger les listes d'attente. La part des patients qui attendent au-delà de la norme de 6 mois est passée de 37 % des patients de CDJ à 23 % et le délai moyen a diminué de 8 % pour passer à 264 jours. L'objectif a été atteint au coût de 4,3 millions \$ pour effectuer 2150 CDJ de plus.

Tableau 15 : Coûts comparatifs

Description	Rockland Md	HSC	Variation
Coût par unité opératoire	12 036 \$	7 461 \$	4 575 \$
Coût moyen par chirurgie	2 021 \$	1 839 \$	181 \$
Coût annuel pour 2 150 CDJ	4 345 000 M\$	3 954 300 M\$	390 700 \$

L'entente a été remise en question parce que le coût des chirurgies serait plus élevé à Rockland MD qu'à l'HSC. C'est effectivement le cas, mais en absence de cette entente, 2 150 patients de plus par année pourraient se retrouver sur la liste d'attente à un coût élevé pour la société. Si 23 % des 2150 patients (495 patients) attendent au-delà de la limite prescrite, les pertes évitées par l'entente sont estimées à 1,3 million \$ pour les patients, 68 032 \$ pour les aidants naturels, 306 188 \$ pour le gouvernement provincial et 179 932 \$ pour le gouvernement fédéral. En plus, il est faux de penser que pour effectuer les 2 150 chirurgies de plus, il en a coûté 390 700 \$ de plus que ce que cela aurait coûté à l'HSC. En effet, puisque l'HSC opérait à capacité (il y a 1 540 patients qui ont été placés en liste d'attente), augmenter la capacité opératoire aurait nécessité soit une réorganisation, des investissements immobiliers et/ou engager plus de personnels. Trois types d'investissements ont un coût que l'on ne connaît pas et qui devrait être intégré dans la comparaison des coûts pour qu'elle soit représentative des choix réels qu'a la direction de l'hôpital. En absence de cet investissement, le meilleur moyen de connaître si le coût est acceptable serait d'ouvrir un concours à d'autres fournisseurs potentiels, publics ou privés pour accueillir 2 150 chirurgies par année.

Tableau 16 : Bénéfices de l'entente – Pertes évitées

Description	Valeur
Pour 2 150 patients	
Diminution des revenus	1 267 490 \$
Dépenses de santé et autres	N/E
Perte de qualité de vie	N/E
Pour les aidants naturels	
Diminution des revenus	66 710 \$
Dépenses de santé et autres	1 322 \$
Total pour les aidants naturels	68 032 \$
Pour les corporations	
Diminution des revenus	N/E
Pour le gouvernement provincial	
Coûts de services de santé	18 297 \$
Diminution des recettes fiscales	287 891 \$
Total gouvernement provincial	306 188 \$
Pour le gouvernement fédéral	
Diminution des recettes fiscales	180 057 \$

6 Sommaire et conclusion

L'entente conclue entre l'Hôpital Sacré-Coeur et le Centre de chirurgie RocklandMD avait pour objectif d'améliorer les temps d'attente pour les chirurgies de l'hôpital. C'était pour lui un moyen rapide et efficace de pallier ce problème. Depuis l'entente, RocklandMD accueille en moyenne 38 % des CDJ de l'HSC et l'hôpital a pu augmenter sa capacité chirurgicale de 26 % depuis 2007-2008 (figure 1). Le nombre de personnes en attente pour plus de 6 mois a initialement diminué pour ensuite augmenter à nouveau (figure 2). Pourtant, l'entente a souvent été remise en question.

L'ennui c'est que les coûts de l'entente ou les coûts comparables n'avaient pas été publiés. Ce qui a laissé place à beaucoup de spéculations. Lorsqu'on a tenté de comparer les coûts, on le faisait sur la base de chacune des chirurgies, c'est-à-dire en comparant le coût de réaliser une chirurgie dans un site versus l'autre. Comme nous l'avons vu, cette approche n'est pas la bonne parce qu'elle assume que toutes autres considérations sont égales par ailleurs, notamment la productivité des deux organisations ou l'impact sur les délais d'attente et les patients, et ce n'est pas le cas. En plus, elle suppose que l'HSC a la capacité d'accueillir plus de patients sans faire d'investissement alors que ce n'est pas le cas puisque 1 540 patients ont été placés sur la liste d'attente en 2010-11 seulement.

Notre analyse révèle que le coût total par unité opératoire est plus élevé de 58 % à Rockland MD qu'à l'HSC. Toutefois, étant donné que la productivité est plus grande à RocklandMD, le coût pour l'ensemble des chirurgies de même nature est plus élevé de 10 % seulement, soit près de 390 000 \$. Il n'en demeure pas moins que l'entente a une valeur positive puisque s'il n'y avait pas d'entente, on peut supposer qu'il y aurait au moins 495 personnes de plus sur les listes d'attente pour des délais dépassant 6 mois puisque l'HSC opère à capacité. Les coûts par année pour ces 495 patients représentent 1,3 million \$ pour les patients, 68 000 pour leurs aidants, près de 306 000 \$ et 180 000 \$ en perte de revenus fiscaux pour les gouvernements provincial et fédéral respectivement.

Que devons-nous retenir de cette analyse?

- Ne pas tenir compte des coûts de l'impact des décisions sur les délais d'attente pour des chirurgies, c'est négliger l'importance de répondre aux besoins de la population. Les contribuables allouent une part importante de leur revenu pour obtenir des services de santé et souhaitent que les décisions soient prises en tenant compte des conséquences sur eux. En 2010-11, malgré l'entente avec RocklandMD, le coût lié à l'attente pour des chirurgies à l'HSC s'élevait à 3,3 millions \$ pour les patients, 175 598 \$ pour les aidants naturels, 735 912 \$ pour le gouvernement provincial et 430 435 \$ pour le gouvernement fédéral. Le coût pour les corporations n'a pas été comptabilisé, mais il est bien réel.

- Annuler l'entente avec RocklandMD impliquerait d'ajouter 2 150 patients sur la liste d'attente et donc d'augmenter les coûts pour les patients, les aidants naturels et les gouvernements.
- Une comparaison qui serait utile pour les décideurs de l'HSC et pour la population intégrerait les investissements requis à l'HSC pour effectuer les 2 150 CDJ de plus sur son site et le coût d'une offre par d'autres prestataires, publics ou privés, disposés à mettre à la disposition de l'HSC ses salles de chirurgies aux mêmes conditions que RocklandMD.
- Nos estimations sont conservatrices parce qu'elles ne tiennent pas compte :
 - de l'impact de l'attente des patients pour les autres chirurgies;
 - de l'impact pour les patients de CDJ en attente pour une période de moins de 6 mois;
 - de la perte de qualité de vie liée aux délais d'attente;
 - des complications liées aux infections nosocomiales et acquises à l'hôpital;
 - des délais additionnels liés aux annulations et aux fermetures de salle;
 - de la perte de revenu des corporations qui embauchent les patients en attente.
- Le grand avantage de cette entente, c'est d'avoir une méthode de comparaison avec lequel les autres centres de chirurgie pourront se mesurer pour offrir leurs services. Les grands gagnants en fin de compte sont les patients qui en auront plus pour leur argent. C'est là un exemple des bénéfices à mettre en concurrence les acteurs du système pour améliorer la valeur aux patients.
- Enfin, l'écart de coûts par unité opératoire apparaît élevé parce que nous n'avons pas de comparatif. Si ce type de contrats était plus fréquent, RocklandMD aurait de la concurrence et les prix diminueraient.

À la lumière de ces données, nous ne pouvons que conclure qu'il faut que les décideurs examinent les coûts comparatifs sur la société de différentes options dans ses décisions en santé. Les décisions prises dans le réseau de la santé ont un impact non seulement sur les bilans des hôpitaux et sur la santé des individus, mais aussi sur la capacité de notre population à travailler efficacement et celle de notre société à s'offrir des services publics. Enfin, nous ne pouvons terminer ce rapport sans souligner que le débat sur l'entente entre RocklandMD et l'HSC a porté sur le choix entre faire ces chirurgies dans le secteur privé versus les effectuer dans le secteur public; une question purement idéologique. La question devrait porter plutôt sur l'option pour effectuer des chirurgies qui offrent le plus de valeur pour les patients sans considération pour la constitution publique ou privée de cette dernière.

Finalement, un argument qui mérite d'être rétabli est celui selon lequel il n'est pas 'juste' de comparer le coût des chirurgies des deux environnements puisque les chirurgies effectuées ainsi que l'environnement de l'HSC sont plus complexes. Cet argument, bien que souvent présenté pour défendre la non-reconduction de l'entente, milite à notre avis plutôt en sa faveur. C'est justement parce qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer les chirurgies d'un jour dans l'environnement complexe d'un bloc tel que celui de Sacré-Cœur qu'il est intéressant d'impartir l'exploitation des salles de

chirurgie à une organisation spécialisée dans les chirurgies moins complexes. C'est un excellent moyen d'obtenir plus de valeur pour les patients

7 Bibliographie

AARP Public Policy Institute. (2011). *Valuing the invaluable: 2011 Update. The Economic Value of Family Caregiving in 2009*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.

Banque du Canada. (2012). *Feuille de calcul de l'inflation*. Retrieved 2012 йл 27-février from Banque du Canada: <http://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/>

Centre for Spatial Economics. (2008). *The economic cost of wait times in Canada*. Milton, ON: Centre for Spatial Economics.

Decima. (2002). *National Profile of Family Caregivers in Canada - 2002. Final report*. Ottawa: Santé Canada.

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.

Esmail, N. (2011). *The Private Cost of Public Queues*. Vancouver: Institut Fraser.

Giovannetti, E. R., Wolff, J. L., Frick, K. D., & Boulton, C. (2009). Construct validity of the Work Productivity and Activity Impairment questionnaire across informal caregivers of chronically ill older patients. *Value Health*, 12 (6), pp. 1011-7.

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).

National Alliance for Caregiving. (2009). *Caregiving in the U.S. A Focused Look at Those Caring for Someone Age 50 or Older*. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving.

Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ottawa, Canada.

Statistiques Canada. (2002). *Enquête sociale générale*. Ottawa: Statistiques Canada.

Annexe 1 : Nombre de patients par type de chirurgie, HSC et RocklandMD, 2010-2011

Type de chirurgie	
Pose d'une prothèse (genou ou hanche)	555
Chirurgies cardiaques	542
Chirurgies nécessitant l'hospitalisation	7 240
Excluant chirurgies pour prothèse totale de hanche ou du genou et cardiaques	6 143
Chirurgies de la cataracte	1 381
Avec hospitalisation	3
Sans hospitalisation	1 378
Chirurgies d'un jour	5 549
Excluant chirurgies de la cataracte	4 171
Inscrits ²⁴	305
Total	13 094
Patients opérés à RocklandMD (inclus dans le total)	2 150
En % du total de chirurgies	16 %
En % des CDJ moins cataracte ²⁵	51 %

Annexe 2 : Proportion des charges salariales liées au bloc opératoire

	Administration	Bloc	CDJ	Total
	CA 6000	CA 6260	CA 6070	
a) Charges salariales totales	2 841 172	8 471 957	464 049	182 659 031 \$
b) Total moins administration				179 817 859 \$
% = (charges bloc + charges CDJ) / charges totales moins charges administration		4,71 %	0,26 %	4,97 %

²⁴ Certains types comme : sismothérapies, cardioversion, chirurgies mineures sous anesthésie locale, bloodpatch, épidurale, etc.

²⁵ Car aucune chirurgie de la cataracte n'est effectuée à RocklandMD.