

Délais d'attente avant une chirurgie élective

Les longs délais d'attente avant une chirurgie élective (non urgente) sont un problème de longue date dans un certain nombre de pays de l'OCDE ; ils retardent les bénéfices attendus du traitement, ce qui fait que les patients continuent d'endurer souffrance et handicap. La pandémie de COVID-19 a encore accentué le problème, car les interventions non urgentes ont souvent été reportées pendant les périodes de flambée épidémique.

Les délais d'attente sont le fruit d'une interaction complexe entre la demande et l'offre de services de santé. La demande de services de santé et de chirurgie élective est déterminée par l'état de santé de la population, l'évolution des technologies médicales (dont la simplification de nombreuses procédures, comme les opérations de la cataracte), les préférences des patients et la part des frais laissés à la charge de ces derniers. Cela étant, les médecins jouent un rôle central dans la décision d'opérer ou non un patient. Du côté de l'offre, la disponibilité de chirurgiens, d'anesthésistes ou d'autres personnels de santé présents dans les équipes chirurgicales ainsi que l'existence des équipements médicaux nécessaires ont une incidence sur les taux d'activité chirurgicale.

Les données présentées dans cette section portent sur trois interventions chirurgicales pratiquées en grandes quantités : la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie de la hanche et l'arthroplastie du genou. En 2019, parmi les 15 pays disposant de données comparables, plus de 60 % des patients sont restés plus de trois mois sur liste d'attente pour une opération de la cataracte au Costa Rica, en Norvège, en Estonie et en Finlande (bien que les délais d'attente en Norvège soient surestimés par rapport aux autres pays pour cette opération chirurgicale et les deux autres – voir l'encadré « définition et comparabilité »). La proportion de patients attendant plus de trois mois était relativement faible (20 % maximum) en Hongrie, en Italie et au Danemark (Graphique 5.33, partie gauche). S'agissant de l'arthroplastie de la hanche, la part des patients restant sur la liste d'attente pendant plus de trois mois variait de 10 % au Danemark, et 30 % environ en Suède et en Italie, à plus de 70 % au Chili, en Estonie, au Costa Rica et en Norvège (Graphique 5.34, partie gauche). Des tendances similaires sont observées s'agissant des arthroplasties du genou (Graphique 5.35, partie gauche) : au Chili, en Estonie, au Costa Rica, au Portugal et en Norvège, plus de 80 % des patients sont restés sur liste d'attente pendant plus de trois mois, alors que cette part était beaucoup plus faible au Danemark (14 %) et en Italie (28 %).

Les gouvernements de nombreux pays ont pris diverses mesures avant la pandémie de COVID-19 pour réduire les délais d'attente, lesquelles étaient souvent accompagnées de financements supplémentaires, avec un succès mitigé. La politique la plus courante reste l'instauration d'un délai d'attente maximal, qui peut être utilisé pour mobiliser les efforts visant à rapprocher l'offre et la demande de diverses manières (OCDE, 2020[27]). S'agissant des trois interventions chirurgicales, entre 2014 et 2019, la part des patients attendant plus de trois mois n'a pas changé de manière substantielle voire a augmenté dans la majorité de ces 15 pays. Certains pays constituent des exceptions, avec des améliorations importantes au Danemark, en Pologne et en Hongrie pour les trois types d'intervention, ainsi qu'en Finlande en ce qui concerne les arthroplasties de la hanche et du genou. Depuis la fin des années 2000, le Danemark a opté pour le plafonnement des délais et pour le choix du professionnel de santé par le patient. Le délai d'attente garanti a été ramené de deux mois à un mois en 2007, et les Danois se sont vu accorder en parallèle la possibilité de choisir eux-mêmes

l'établissement qui les prendra en charge. Dans le cadre de ce dispositif, si l'hôpital prévoit qu'il ne pourra pas respecter le délai garanti, le patient peut se tourner vers un autre établissement public ou privé. En Hongrie, des objectifs spécifiques ont été fixés en vue de la réduction des délais d'attente. Pour ce faire, le gouvernement a adopté de nouvelles dispositions législatives et réglementaires sur la gestion des listes d'attente, a mis au point un système en ligne permettant de suivre la situation en temps réel, a prévu des financements supplémentaires pour réduire certains délais d'attente et a encouragé une réorientation des patients vers les professionnels de santé dont les délais d'attente sont plus courts. En Pologne, un financement supplémentaire est accordé depuis 2018, et les patients peuvent avoir accès plus facilement aux informations sur les délais d'attente afférents aux différents types d'intervention grâce à un site Internet dédié. De plus en plus de Polonais souscrivent une assurance maladie privée afin d'obtenir un accès plus rapide aux services des hôpitaux privés (OCDE, 2020[27]).

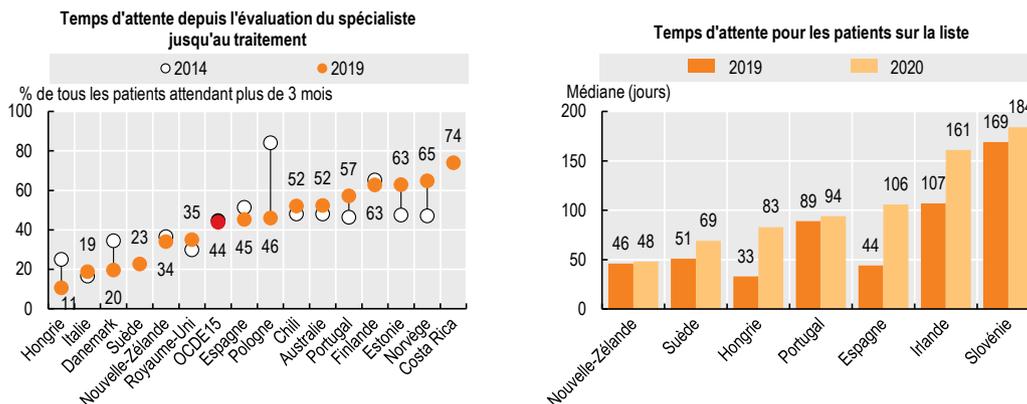
Les premières données pour 2020 montrent l'effet néfaste qu'a eu la pandémie de COVID-19 (Graphique 5.33, Graphique 5.34, Graphique 5.35, parties droites). Pour les trois interventions, en 2020, les délais d'attente se sont rallongés dans les sept pays disposant de données (la Nouvelle-Zélande, la Suède, la Hongrie, le Portugal, l'Espagne, l'Irlande et la Slovaquie). Dans ces pays, le nombre médian de jours d'attente inscrits sur la liste a augmenté en moyenne de 30 jours pour une opération de la cataracte, de 58 jours pour une arthroplastie de la hanche et de 88 jours pour une arthroplastie du genou, par rapport à 2019.

Définition et comparabilité

Deux mesures différentes des délais d'attente avant une chirurgie élective sont présentées dans cette section : les délais d'attente entre l'évaluation par un spécialiste et le traitement, avec la notification du nombre de patients dont le délai d'attente est supérieur à trois mois ; les délais d'attente pour les patients qui sont encore sur liste d'attente à un moment donné, avec le nombre médian de jours. Par rapport à la moyenne, la médiane est plus basse, car elle minimise l'influence des cas extrêmes (des patients avec des délais d'attente extrêmement longs). Les délais d'attente sont surestimés en Norvège parce qu'ils commencent à partir de la date à laquelle un médecin oriente un patient vers un spécialiste pour des examens plus poussés pour le traitement, alors que dans les autres pays ils commencent à partir du moment où un spécialiste a procédé à des examens plus poussés et qu'il a décidé d'inscrire le patient sur liste d'attente pour le traitement.

Les données proviennent de bases de données administratives. Les patients qui refusent de subir l'intervention à plusieurs reprises sont généralement retirés de la liste, mais pas en Estonie.

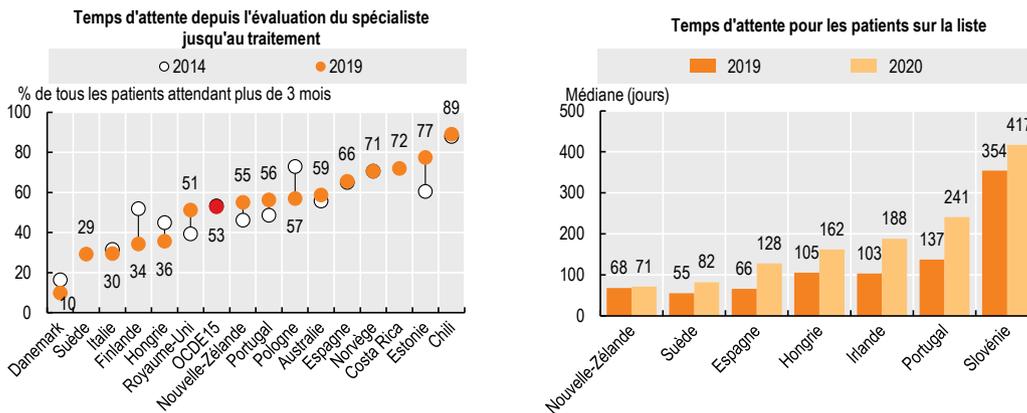
Graphique 5.33. Délais d'attente avant une chirurgie de la cataracte



Note : Les délais d'attente pour la Norvège sont surestimés en raison d'un point de départ plus précoce.
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/svqoib>

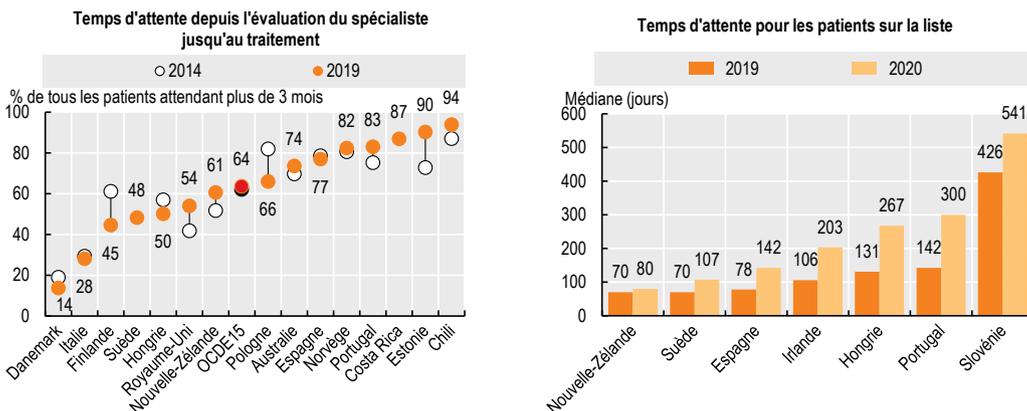
Graphique 5.34. Délais d'attente pour une arthroplastie de la hanche



Note : Les délais d'attente pour la Norvège sont surestimés en raison d'un point de départ plus précoce.
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/bpca1e>

Graphique 5.35. Délais d'attente pour une arthroplastie du genou



Note : Les délais d'attente pour la Norvège sont surestimés en raison d'un point de départ plus précoce.
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/b1amwg>

- [9] Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, Copenhague, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332516>.
- [22] Choosing Wisely UK (2018), « Clinical Recommendations: Royal College of Physicians », <http://www.choosingwisely.co.uk/>.
- [8] Cylus, J., S. Thomson et T. Evetovits (2018), « Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 96/9, <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031>.
- [29] Direction générale des services de santé (2019), « Health Statistics Yearbook 2019 ».
- [21] INAMI/RIVIZ (2019), « Variations de Pratiques Médicales », <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales>.
- [18] Lorenzoni, L. et A. Marino (2017), « Understanding variations in hospital length of stay and cost : Results of a pilot project », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 94, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/ae3a5ce9-en>.
- [20] Lorenzoni, L. et al. (2019), « Health Spending Projections to 2030 : New results based on a revised OECD methodology », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 110, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en>.
- [11] Maier, C., L. Aiken et R. Busse (2017), « Nurses in advanced roles in primary care : Policy levers for implementation », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 98, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>.
- [24] McPherson, K., G. Gon et M. Scott (2013), « International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 61, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>.
- [16] NICE (2018), « Bed Occupancy », <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704>.
- [6] OCDE (2021), « Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19 », *OECD Journal on Budgeting*, <https://dx.doi.org/10.1787/69b897fb-en>.
- [5] OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- [27] OCDE (2020), *Waiting Times for Health Services : Next in Line*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.
- [4] OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.
- [12] OCDE (2019), *Health in the 21st Century : Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>.
- [19] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- [1] OCDE (2016), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Reviews of Health Systems, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.
- [25] OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- [7] OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- [3] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019), *Ireland: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles, <https://dx.doi.org/10.1787/2393fd0a-en>.
- [14] OCDE/Union européenne (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/82129230-en>.
- [13] Oderkirk, J. (2021), « Survey results: National health data infrastructure and governance », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 127, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/55d24b5d-en>.
- [10] Oliveira Hashiguchi, T. (2020), « Bringing health care to the patient : An overview of the use of telemedicine in OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 116, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/8e56ede7-en>.
- [23] OMS (2014), *Chronic Rheumatic Conditions, Fact Sheet*, Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>.
- [28] Ono, T., M. Schoenstein et J. Buchan (2014), « Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 69, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5l51wl-en>.
- [15] Phua, J., M. Hashmi et R. Haniffa (2020), « ICU beds: less is more? Not sure », *Intensive Care Medicine*, vol. 46/8, pp. 1600-1602, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-06162-8>.
- [17] Sze, S. et P. al (2021), « The need for improved discharge criteria for hospitalised patients with COVID-19--implications for patients in long-term care facilities. », *Age and Ageing*, vol. 50/1, <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa206>.
- [2] United States Census Bureau (2018), *Health Insurance Coverage in the United States*.
- [26] Wallace, I. et al. (2017), « Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114/35, pp. 9332-9336, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1703856114>.



Extrait de :
Health at a Glance 2021
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2021), « Délais d'attente avant une chirurgie électorive », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/13815fb2-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.