

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES DÉLAIS D'ATTENTE EN CHIRURGIE

NOTE DE SYNTHÈSE

Juillet 2018

Auteurs

Marion BEFFARAT, M.Sc., stagiaire, UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Thomas G. PODER, Ph.D., chercheur d'établissement et conseiller en évaluation, UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Messages clés

- Un délai d'attente est défini comme le temps écoulé entre le moment où la décision d'opérer est prise et le traitement chirurgical, selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec.
- Pour les chirurgies oncologiques non urgentes : dans la grande majorité des cas, aucun impact des délais d'attente sur les résultats cliniques à long terme n'a été constaté.
- Pour les chirurgies électives : dans la plus grande partie des études, des impacts négatifs ont été observés sur l'état de santé des patients.

INTRODUCTION

Dans les centres hospitaliers, comme dans la majorité des centres offrant des soins et services de santé, la demande excède souvent l'offre. Dans le cas des chirurgies au Québec, ce déséquilibre entraîne des délais d'attente pour les patients et une mise sous pression des services (Vérificateur Général du Québec, 2018). Actuellement, l'accès aux chirurgies électives et non urgentes dans des délais d'attente raisonnables constitue une préoccupation majeure pour les autorités de santé. Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec, un délai d'attente est défini comme le temps écoulé entre la décision du chirurgien d'opérer et la réalisation de l'intervention chirurgicale.

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

En 2004, la province du Québec a adhéré aux principes généraux de l'entente sur la consolidation des soins de santé au Canada (Gouvernement du Canada, 2006). Cette entente avait pour objectifs de réduire les délais d'attente et de permettre l'accès aux soins et services de santé dans les temps les plus adaptés aux besoins des patients. À titre de responsable des soins de santé, la province du Québec a déterminé ses objectifs de réduction des temps d'attente en tenant compte de ses caractéristiques propres. Le Plan Stratégique 2005-2010 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005) visait à améliorer l'accès aux services de chirurgie en augmentant le nombre de chirurgies électives effectuées, en vue de réduire les listes d'attente.

En 2010, lors du dévoilement de son Plan Stratégique 2010-2015 (Ministère de la santé et services sociaux, 2010), le Gouvernement Québécois s'est engagé à ce que 90% des demandes pour des chirurgies électives soient réalisées dans un délai de 6 mois et que 90% des demandes pour des chirurgies oncologiques soient traitées à l'intérieur d'un délai de 4 semaines (c.-à-d. 28 jours). Dans la continuité de ce plan est sorti le Plan Stratégique 2015-2020, mis à jour en 2017 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017). Les objectifs pour 2020 restent dans le prolongement du précédent Plan Stratégique : 90 % des patients attendant pour une chirurgie oncologique devaient être traités dans un délai inférieur ou égal à 4 semaines (c.-à-d. 28 jours) et aucune demande de chirurgie ne devraient être en attente de plus d'un an.

Compte tenu de ces cibles gouvernementales, les centres hospitaliers sont amenés à opérer des changements dans leur système de gestion des délais d'attente. C'est dans ce contexte

qu'une demande de la Direction des Services Professionnels (DSP) a été acheminée à l'Unité d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé et Services Sociaux (JETMISSS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

OBJECTIF DE L'ÉVALUATION

Procéder à un état des connaissances dans la littérature sur les délais d'attente pour les chirurgies oncologiques non urgentes et les chirurgies électives afin de fournir de l'information en vue d'aider à la réorganisation de la gestion des priorités d'attente en chirurgie au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Cette étude va chercher à identifier les délais maximaux par type de chirurgie (c.-à-d. sans dégradation de l'état de santé) en s'appuyant sur les délais retenus par les autorités de santé et ceux indiqués dans la littérature scientifique, ainsi qu'à identifier les stratégies possibles à mettre en place pour réduire ces délais.

MÉTHODES

Le devis retenu est celui d'un examen de la portée (c.-à-d. scoping review). Les moteurs de recherche Pubmed, Scopus, Cochrane Library, Health Evidence, NICE Evidence Search et Center for Reviews and Dissemination (CRD) ont été consultés. Une recherche dans la littérature grise a été conduite sur Google. Les sites web consultés incluaient également les organismes d'évaluation de l'ACMTS et de l'INESSS, ainsi que les autres unités d'évaluation dans les CHU au Québec (c.-à-d. McGill, CHUM, CHUQ-UL). La période de référence va jusqu'au 4 Mai 2018.

Les équations de recherche utilisées sont disponibles en annexe 1. Les principaux mots clefs utilisés sont : "wait times", "waiting lists", "surgery", "elective surgery", "oncologic surgery", "operating theaters" et "delay". Afin d'être incluses, les études devaient traiter de chirurgies électives et oncologiques non urgentes, réalisées en blocs opératoires. Les études de cas, les études basées sur des sous échantillons d'études plus importantes, les études sur des populations non humaines, sur les femmes enceintes, sur les listes d'attente pour des greffes

et pour la radiothérapie, sur les temps optimaux entre deux interventions dont l'une est une chirurgie, ont été exclues. Les études retenues devaient être rédigées en français, anglais ou espagnol pour être incluses.

La sélection des études a été réalisée par deux personnes et l'extraction des données a été faite par une seule avec contrôle aléatoire d'une seconde personne. L'évaluation de la qualité des études primaires a été réalisée avec la grille de Hailey et al. (2002). Afin de déterminer la présence de biais, la similitude des groupes comparés dans les études a été analysée sur les critères sociodémographiques (âge, sexe, ethnicité) et cliniques, comme dans la revue Cochrane de Ballini et al.(2015). L'ethnicité n'étant pas toujours renseignée dans les études, lorsque toutes les autres caractéristiques étaient similaires et que seule la donnée d'ethnicité manquait, l'étude était alors considérée comme ayant un faible risque de biais. L'évaluation de la qualité des revues systématiques a été faite avec la grille AMSTAR II (Shea et al., 2007).

Les variables d'intérêt recherchées lors de cette étude étaient : caractéristiques des études et des patients, type de chirurgie, définition du délai d'attente et résultats avec effets à moyen et long terme (c.-à-d. au-delà du délai recommandé évalué par les auteurs).

De plus, une étude de type « benchmark » a été conduite via Google afin d'identifier les délais recommandés par différentes autorités de santé, aussi bien dans les autres provinces canadienne qu'à l'extérieur.

RÉSULTATS

Notre recherche dans les différentes bases de données a permis de recenser 706 études sans doublon. Ensuite, 129 études ont été sélectionnées pour une lecture complète (coefficient de Kappa de 0,71). Au final 90 études ont été conservées. La démarche de notre stratégie de recherche documentaire est donnée par le diagramme de flux de PRISMA en annexe 2 et les études exclues sont disponibles en

annexe 3. Les tableaux détaillés d'extraction des résultats des études incluses sont disponibles sur demande auprès des auteurs de cet état des connaissances.

La présentation des résultats pour les chirurgies oncologiques non urgentes et les chirurgies électives se fait de la façon suivante : présentation des délais retenus par les autorités de santé et de ceux indiqués par la littérature scientifique en fonction du site anatomique, puis présentation de l'impact des délais d'attente sur les patients. Ensuite, une section présente de façon sommaire les stratégies possibles à mettre en place pour réduire les délais d'attente en chirurgie.

A noter que la qualité des études sélectionnées lors de notre recherche se révèle être faible à très faible. Les caractéristiques de base des groupes comparés dans ces études sont rarement rapportées, ce qui entraîne un risque de biais important. Par ailleurs, lorsque celles-ci sont rapportées, les résultats ne sont pas systématiquement ajustés pour les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients.

L'ensemble des informations des études est rapporté de façon synthétique dans le Tableau 1. De plus, si la définition des délais d'attente diffère de celle du MSSS, cela sera indiqué dans ce même tableau.

Chirurgies oncologiques non urgentes

Au Québec, pour les chirurgies oncologiques non urgentes (de priorité 2 à 4), l'objectif principal du MSSS est de 90% des patients traités dans un délai de 4 semaines (c.-à-d. 28 jours). Une tolérance semble cependant être donnée dans la cible ministérielle du Bulletin National de Performance en Cancérologie 2017/2018 (Direction Générale de Cancérologie, 2018), où les délais recommandés sont de 4 à 8 semaines. En Ontario, les délais donnés sont décomposés selon les priorités : 2 semaines pour la priorité 2, 4 semaines pour la priorité 3 et 12 semaines pour la priorité 4. Ces objectifs cliniques ont été

développés en 2005 avec une équipe pluridisciplinaire : médecins, chirurgiens et gestionnaires/administrateurs. Au niveau national, selon les points de repères fournis par l'Alliance sur les Temps d'Attente (WTA-ATA) en 2015, les chirurgies oncologiques non urgentes devraient être réalisées dans un délai de 2 à 6 semaines. Ces derniers points sont décidés selon un consensus entre associations professionnelles de médecins, patients et données cliniques probantes disponibles.

Dans la grande majorité des études recensées dans cet examen de la portée, les délais d'attente pour les chirurgies oncologiques non urgentes n'ont aucun effet négatif sur les résultats à long terme. En règle générale, aucune différence n'est observée dans les résultats cliniques (p.ex. taux de mortalité, progression de la tumeur) si des délais d'attente plus longs sont vécus par les patients. Cette observation s'est avérée particulièrement vraie dans le cas des études pour le cancer de l'œsophage et pour le cancer du côlon (Tableau 1).

Cependant, quelques exceptions selon le site anatomique montrent des effets négatifs à long terme. L'étude de Shin et al. (2013) pour le cancer colorectal, trouve ainsi des résultats négatifs sur le taux de mortalité après un délai d'attente de 12 semaines. Plusieurs études montrent des effets négatifs à long terme des délais d'attente pour le cancer de la prostate (Berg et al., 2015; Nam et al., 2003; O'Brien et al., 2011). Pour le cancer rectal, du pancréas, du poumon et du sein, Yun et al. (2012) trouvent un impact d'un délai d'attente d'un mois ou plus sur la survie à 5 ans. De plus, pour le cancer du sein, plusieurs études montrent des résultats négatifs à long terme (Bath, 2016; Lee et al., 2016; Oudhoff et al., 2004; Richards et al., 1999; Shin et al., 2013; Smith et al., 2013; Toi et al., 1989). Pour le cancer de la vessie, les études de Hara et al. (2002), de Fahmy et al. (2006) et de Lee et al. (2006) constatent des effets indésirables sur les résultats à long terme après 3 mois d'attente. Pour le cancer de la peau, l'étude d'Eide et al. (2005) constate une progression de la taille de la

tumeur due aux délais d'attente. De même, des résultats négatifs ont été observés pour les chirurgies de la vésicule biliaire dans les études de Guirguis et al. (1995) et d'Oudhoff et al. (2004), pour le cancer de l'endomètre dans l'étude de Strohl et al. (2016) et pour le cancer de l'appendice dans l'étude d'El Halabi et al. (2012).

Toutefois, dans l'ensemble des résultats, seules les études sur le cancer de l'utérus (Elit et al. (2014) et Nanthamongkolkul et al.(2015)) et sur les carcinomes urothéliaux du tractus urinaire supérieur (Lee et al.(2014), Xia et al. (2018)) montrent clairement des résultats négatifs avec des délais d'attente supérieurs aux cibles recommandées.

Chirurgies électives

Au Québec, selon le Plan Stratégique 2010-2015 (Ministère de la santé et services sociaux, 2010), 90% des demandes pour des chirurgies électives devraient être réalisées dans un délai de 6 mois. En Ontario (Ministère de la Santé et les Soins de Longue Durée), pour la chirurgie de la cataracte et pour le remplacement de la hanche ou du genou, les délais sont recommandés par priorité : pour la priorité 2 dans les 6 semaines, la priorité 3 dans les 12 semaines et la priorité 4 dans les 26 semaines. Pour le pontage aorto-coronarien, les personnes en priorité 2 doivent être traitées dans les 2 semaines, en priorité 3 dans les 6 semaines et en priorité 4 dans les 26 semaines. De même, à partir de 2010, Alberta Health and Wellness, appuyée par l'Institut de Santé des Os et des Articulations de l'Alberta, recommandait un temps d'attente optimal de 14 semaines pour le remplacement de la hanche ou du genou. (Alberta Bone and Joint Health Institute, 2014). Au niveau national, selon les points de repères fournis par l'Alliance sur les Temps d'Attente (WTA-ATA) de la priorité 2 à 4 : la chirurgie de la cataracte devrait être effectuée dans les 16 semaines, le remplacement de la hanche ou du genou dans les 4 à 24 semaines, et le pontage aorto-coronarien dans les 2 à 6 semaines suivant la consultation. De plus, l'Institut Canadien d'Information sur la Santé a déterminé des points de référence pancanadien, ces délais

commencent au moment où la décision d'opérer est prise : le pontage coronarien devraient être effectué entre 2 et 26 semaines, la chirurgie de la cataracte dans les 16 semaines, le remplacement de la hanche ou du genou dans les 16 semaines. De même, en Australie, selon les lignes directrices du rapport National Elective Surgery Urgency Categorisation (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2015), les temps d'attente sont recommandés par priorité en sachant que les cas urgents ne sont pas pris en compte dans ces mêmes priorités : la priorité 1 dans les 30 jours (c.-à-d. environ 4 semaines), la priorité 2 dans les 90 jours (c.-à-d. 13 semaines) et la priorité 3 dans les 365 jours. De ce fait, un pontage coronarien doit être effectué dans les 90 jours, et le remplacement total de la hanche ou du genou doit être fait dans les 365 jours. Pour la cataracte, le délai recommandé varie entre 30 jours et un an en fonction de la gravité.

Dans la majorité des études sélectionnées, pour les chirurgies électives, les délais d'attente semblent avoir un impact négatif sur les résultats à moyen et long terme (c.-à-d. qualité de la vie, douleur, taux de mortalité). Cependant, un nombre significatif d'études ne trouvent aucune différence claire entre les personnes ayant attendu de longs délais d'attente et celles n'en n'ayant pas connu. C'est le cas pour la chirurgie de la cataracte dans les études de Hodge et al. (2007) et de Quintana et al.(2011), pour la diverticulite dans l'étude de Khan et al. (2017) et pour la réparation de la hernie inguinale dans les études de Sutherland et al. (2017) et de Nikolova et al.(2016). Pour le remplacement total de la hanche, les études de Tuominen et al. (2009) et Hirvonen et al. (2009) n'ont trouvé aucune différence sur les résultats avec un délai d'attente de référence de 3 mois. Pour le remplacement de hanche et de genou, l'étude de Derrett et al. (1999) n'a également trouvé aucune différence de résultats avec des délais d'attente plus longs. Dans le cas de la chirurgie pour traiter les varices, les études de Nikolova et al. (2016) et d'Oudhoff et al. (2007) n'ont pas trouvé de différence significative due aux délais d'attente.

De même, aucune différence notable n'a été observée dans l'étude de Chung et al. (2010) pour les chirurgies dentaires électives en pédiatrie, et dans les études de Cesena et al. (2006) et de Rexius et al. (2005) pour le pontage aorto-coronarien avec des délais d'attente entre 3 et 4 mois.

Stratégies de réduction des délais d'attente

Au cours de la recherche documentaire, trois études proposant des stratégies de réduction de délais d'attente ont été identifiées. Ces études fournissent des pistes de réflexion afin d'améliorer l'accès aux chirurgies électives.

La première étude, celle de l'ACMTS (2015), suggère que les interventions électives se déroulent hors blocs opératoires. Au Québec, certaines interventions électives (gynécologie, ophtalmologie, ORL et chirurgie générale) se déroulent déjà en dehors des blocs opératoires, comme dans des centres médicaux spécialisés sous norme ACALCA (Association Canadienne d'Accréditation pour les Locaux de Chirurgie Ambulatoire) ou dans d'autres services hospitaliers. Cette stratégie permet la répartition des chirurgies électives avec la même garantie de qualité de chirurgie et permet de libérer des plages horaires dans les blocs opératoires pour d'autres chirurgies.

Dans un second temps, l'étude de Blair et al. (2017), réalisée en Angleterre en 2010, rapporte l'expérimentation de la mise en œuvre d'un rallongement des plages horaires d'utilisation des blocs opératoires. Cette stratégie a entraîné un grand nombre d'effets positifs dont l'augmentation du nombre de personnes opérées par jour et la diminution des coûts totaux. Cette accroissement de productivité entraîne cependant des aspects négatifs au niveau du personnel (c.-à-d. taux de maladie et nombre de jours d'absence supérieurs, difficultés de gestion du planning personnel des employés : garde des enfants par exemple).

La troisième étude sélectionnée est la revue Cochrane de Ballini et al.(2015). La première

stratégie proposée par cette étude était l'introduction d'une liste d'attente générique (mise en commun des patients). Lors de l'analyse d'une étude déjà existante, il est cependant ressorti que l'introduction de cette stratégie n'avait aucun effet sur le nombre de patients attendant pour une chirurgie non complexe. La seconde stratégie était l'introduction d'un système de réservation direct de rendez-vous ouvert aux patients. Dans la plupart des études observées, des résultats bénéfiques ont été trouvés à l'instauration de cette méthode et les coûts ne différaient pas de ceux observés dans le groupe de contrôle (c.-à-d. système de prise de rendez-vous classique). Trois autres types de stratégies étaient également évoqués dans ce document, dont des interventions pour prioriser/rationaliser la demande et des interventions pour accroître la capacité des services. Dans le premier type d'intervention, l'introduction d'un système de rationalisation des patients en chirurgie élective n'a eu des effets que sur les délais d'attente des patients semi urgents. Pour les deux autres types d'interventions, dans les études incluses, aucune donnée d'efficacité n'était donnée pour évaluer les interventions.

Encadré 1. Stratégies de réduction des délais identifiées dans la littérature

- Interventions électives réalisées hors du bloc opératoire;
- Rallongement des plages horaires d'utilisation des blocs opératoires;
- Introduction d'une liste d'attente générique;
- Introduction d'un système de réservation direct de rendez-vous ouvert aux patients.

DISCUSSION

La réduction des délais d'attente en chirurgie élective et oncologique non urgente est un défi majeur pour les centres hospitaliers. Qui plus est, ces délais d'attente supérieurs aux cibles recommandées peuvent entraîner une dégradation de l'état de santé des patients. C'est à cette problématique que cet état des connaissances a tenté de répondre. Lors de la partie focalisée sur les chirurgies oncologiques

non urgentes, il a été constaté que, dans la grande majorité des études recensées, le dépassement des délais d'attente n'avait pas d'impact sur les résultats des patients à long terme. En effet, aucune différence n'était constatée lorsqu'un groupe avec des délais importants était comparé avec un autre en ayant connu moins. Lors de la seconde partie sur les chirurgies électives, les délais d'attente plus longs ressortaient plus souvent comme ayant des impacts négatifs sur les résultats à court et long terme pour les individus. Les résultats présentés sont vraisemblablement généralisables au Québec dans la mesure où les études ont été effectuées dans des pays occidentaux présentant des caractéristiques assez proches en termes de population, de mode de vie, de pathologie et de technologies médicales utilisées. Toutefois, la grande majorité de ces études sont de faible qualité et de nouvelles études seraient nécessaires afin de confirmer ces résultats. En effet, les études recensées présentent plusieurs limites pouvant limiter leur validité (c.-à-d. les caractéristiques de base des groupes comparés dans les études sont très peu ou mal rapportées, et les études sont souvent de type rétrospective). De plus, le peu d'indicateurs qualitatifs dans les études recensées constitue une faiblesse dans cet état des connaissances. Les indicateurs quantitatifs ne permettent pas tous de capturer la réalité des patients, telle que la souffrance vécue lors de leur attente pour une intervention.

Par ailleurs, trois études discutent des stratégies possibles à mettre en place pour réduire ces délais d'attente. Les orientations principalement citées étaient : les interventions électives hors blocs opératoires (ACMTS, 2015), le rallongement des plages horaires d'utilisation des blocs opératoires (Blair et al., 2017), l'introduction d'une liste d'attente générique avec la mise en commun des patients et l'introduction d'un système de réservation ouvert aux patients (Ballini et al., 2015). Au-delà de ces trois études, des recommandations venant du niveau national et d'autres provinces sont intéressantes à prendre en considération. Comme dans le rapport de la British Columbia Medical

Association (2006), il est donné la liste de 29 recommandations (Annexe 4) afin de réduire et de mieux gérer les délais d'attente : la capacité des infrastructures, la mise en place de repères de délais d'attente, les instruments de gestion des listes d'attente, le financement et l'amélioration de la responsabilisation des fournisseurs, des patients et du Gouvernement dans l'implication commune de prise de décision et de prestation des soins de santé. De même dans le rapport de l'Institut Fraser (MacKinnon, 2016), au Canada, pour le Saskatchewan Surgical Initiative (SSI), les recommandations se basaient sur : la détermination de temps d'attente cibles et de garantie, la création d'un registre centralisé et de normes pour la priorisation des patients, la prise de décision, l'intégration et la coordination collaborative, la politique du «Patient en premier», la communication et la responsabilisation des gestionnaires dans la réussite du programme.

Cet état des connaissances présente plusieurs limites. Premièrement, il est important de prendre avec précaution les points de repères fournis par l'Alliance sur les Temps d'Attente (WTA-ATA). Comme expliqué précédemment, ces cibles sont déterminées en partie par des associations professionnelles de médecins. Ces dernières pourraient avoir des intérêts à présenter des délais d'attente relativement courts afin d'obtenir davantage de moyens financiers pour le développement de la chirurgie. De ce fait, cela pourrait entraîner un biais dans la fixation des cibles. Toutefois, considérant l'incertitude entourant les effets des délais d'attente sur la santé des patients, il peut également être jugé pertinent de considérer que ces cibles devraient être conservatrices. Deuxièmement, la recension des écrits n'est pas ici systématique, bien que présentant un nombre important d'études. En particulier, la stratégie de recherche complémentaire par effet « boule de neige » dans les références des études incluses n'a pas pu être mise en œuvre. Toutefois, compte tenu des résultats trouvés, du nombre important de résultats contradictoires ou ne présentant aucune différence entre divers délais d'attente, il est

vraisemblable qu'une revue systématique n'aurait que peu changé nos conclusions.

CONCLUSION

Au cours de la réalisation de cet état des connaissances, plusieurs constats se sont dégagés : dans la grande majorité des cas, aucune différence de résultats n'a été constatée pour les chirurgies oncologiques non urgentes, et des impacts négatifs ont été trouvés beaucoup plus fréquemment sur l'état de santé des patients pour les chirurgies électives. Il n'est donc pas ressorti de tendance commune pour les deux types de chirurgie. Néanmoins, dans la plupart des cas, les études vont dans le sens que plus une chirurgie est effectuée tôt, mieux cela sera pour l'état de santé du patient. De plus, cet état des connaissances a présenté des stratégies possibles pour agir sur la réduction des délais d'attente. Un aperçu des impacts de la réduction des délais d'attente est présenté sous la forme des 6 axes de la performance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (Figure 1).

REMERCIEMENTS

Nous remercions Mykola Krupko pour la mise en place de la stratégie de recherche documentaire et Dre. Véronique Déry pour son soutien méthodologique et sa contribution à l'orientation de cette note de synthèse. Nous remercions également Mona Abaoui, Dr. Pierre Dagenais et Mathieu Desmarais pour leurs commentaires et la relecture attentive de cet état des connaissances.

Tableau 1. Études incluses

Études primaires:

Chirurgies oncologiques

Type de chirurgie	Nombres d'études : références	Délais retenus par les auteurs	Résultats	Comparabilité des groupes et risque de biais
Cancer ampullaire	1: McLean et al (2013)*	30 jours	1: Aucune différence (survie, statut ganglionnaire, progression stade T, taux résectabilité, marge positive)	Pas de données de base
Cancer appendice	1: El Halabi et al (2012)	6 mois	1: Résultats négatifs (survie globale, cytoréduction totale, survie sans rechute, progression du volume maladie)	Pas de données de base
Cancer choroïde	1: Packard et al (1983)	48 mois = 4 ans	1 : Aucune différence (taux de mortalité, taille tumeur, extension extra sclérale)	Pas de données de base
Cancer du colon	4: Amri et al (2014) Wanis et al (2017) Yun et al (2012) Simunovic et al (2009)	Intervalle 0-798 jours 30, 60,90 et 120 jours 31 jours 6 semaines	4 : Aucune différence (taux de mortalité, taux de récurrence, survie) Aucune différence (survie globale, survie sans maladie) Aucune différence (survie à 5 ans) Aucune différence (mortalité opératoire, survie globale, survie spécifique à la maladie)	Faible risque Faible risque Faible risque Pas de données de base
Cancer colorectal	2: Patel et al (2018) * Shin et al (2013)	62 jours = 2 mois Intervalle 0-12 semaines	1 : Aucune différence (survie à long terme, mortalité opérative, mortalité à 30 jours) 1 : Résultats négatifs (mortalité)	Pas de données de base Pas de données de base
Cancer endomètre	1 étude: Strohl et al (2016)	42 jours = 6 semaines	1: Résultats négatifs (survie globale)	Faible risque
Cancer de l'estomac	1: Yun et al (2012)	1 mois	1 : Aucune différence (survie à 5 ans)	Faible risque
Cancer du foie (hépatocellulaire)	1: Chen et al (2011)	5 semaines	1 : Pas de différence (survie à 1, 2 et 3 ans, progression tumorale)	Faible risque
Cancer œsophage	2: Visser et al (2016) Kotz et al (2006)	8 semaines Intervalle 3-9 semaines	2: Aucune différence (survie globale, survie sans maladie) Aucune différence (survie)	Pas de données de base Pas de données de base
Cancer du pancréas	1: Yun et al (2012)	31 jours = 1 mois	1 : Résultats négatifs (survie à 5 ans)	Faible risque
Cancer de la peau	3: Diehl et al (2015) Eide et al (2005)* Truchuelo et al (2013)	1 an Intervalle 0 mois- 1 an cut off 1 an 6 mois	1: Aucune différence (progression taille lésions/ tumeur) 1: Résultats négatifs (taille tumeur) 1 : Résultats ND (taille tumeur)	Pas de données de base
Cancer du poumon	6: Labbe et al (2017) Aragoneses et al (2002) Canizares Carretero et al (2007) Tanaka et al (2008) Shin et al (2013) Yun et al (2012)	4 semaines 30 et 60 jours = env.4 & 8 semaines 56 jours = 8 semaines 3 mois = 12 semaines Intervalle 0-12 semaines 31 jours = env.4 semaines	4: Aucune différence (survie sans progression, survie globale, survie sans rechute) Aucune différence (taux de survie) Aucune différence (survie) Aucune différence (survie globale, cas de rechute) 1 : Résultats ND (mortalité) 1 : Résultats négatifs (survie à 5 ans)	Faible risque Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Faible risque
Cancer du poumon à non petites cellules	4: Coughlin et al (2015) Liberman et al (2006) Loh et al (2006) Quarterman et al (2003)	1-2-3-4 mois Intervalle 3- 6 mois 3 et 6 mois 90 jours = 3 mois	1 : Résultats ND (survie, upstage) (stade I = pas différence et stade II = résultats négatifs) 3: Aucune différence (risque métastases, statut psycho) Aucune différence (taux de survie) Aucune différence (survie globale à 5 ans)	Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Risque élevé
Cancer de la prostate	12: Derrett et al (1999) Graefen et al (2005) Phillips et al (2007) Vickers et al (2006) Rodriguez Alonso et al (2009) Khan et al (2004) Berg et al (2015) Nam et al (2003) O'Brien et al (2011) Freedland et al (2006) Fleshner et al (2006) Sun et al (2012)	Intervalle 0-25 mois 1 mois et 70 jours (env. 2 mois) 3 mois 90 jours 6 mois 60, 90,120 et 150 jours 90 et 180 jours 3 mois 6 mois 90, 180 et 270 jours Intervalle 0-6 mois Intervalle 3-9 mois	6: Aucune différence (qualité de vie SF36, AVA -7) Aucune différence (survie sans récurrence/ sans récidence biochimique) Aucune différence (survie sans récidence biochimique) Aucune différence (survie sans récurrence biochimique à 5 ans) Aucune différence (survie sans récurrence biochimique, maladie extra capsulaire, upgrade, résultat hispathologique) Aucune différence (survie sans maladie biochimique, taux contrôle longg terme) 3: Résultats négatifs (taux upgrade, taux upstage, marges positives) Résultats négatifs (survie sans récurrence du cancer à 10 ans) Résultats négatifs (upstage, progression biochimique, taux survie 5 ans / sans progression maladie) 3 : Résultats ND (<90 et 90-180 similaire, après 180 jours négatif - progression biochimique, stade pathologique, marges positives, extension extra prostatique) Résultats ND (avis médecin) Résultats ND (différence taux de diagnostic dysfonctionnement érectile et procédure, pas différence stade et mortalité)	Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Faible risque Risque imprécis (âge) Faible risque Pas de données de base Pas de données de base Faible risque Faible risque Pas de données de base Faible risque
Cancer rectal	1: Yun et al (2012)	31 jours = 1 mois	1 : Résultats négatifs (survie à 5 ans)	Pas de données de base
Cancer du rein	4: Becker et al (2014) Stec et al (2008) Fleshner et al (2006) Neuzillet et al (2008)	3 mois Intervalle 0- 6 mois Intervalle 0- 6 mois Intervalle 26 jours -89 mois	2: Aucune différence (mortalité spécifique du cancer, survie spécifique du cancer) Aucune différence (survie globale, survie spécifique à la maladie, survie sans récidence, caractéristique de la tumeur) 2: Résultats ND (avis médecin) Résultats ND (progression tumeur)	Faible risque Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base

Cancer du sein	12: Bath (2016) Lee et al (2016) Oudhoff et al (2004) Shin et al (2013) Yun et al (2012) Smith et al (2013) Toi et al (1989) Baena-Canada et al (2018) Mansfield et al (2017) Redaniel et al (2013) Wagner et al (2011) Robbins et al (1957) **	Intervalle de 1-6 mois Intervalle de 8-78 jours 3 mois Intervalle 0-12 semaines 1 mois Intervalle de 0- 6 semaines Intervalle 0-15 jours 30 et 45 jours Intervalle 0-63, 60 jours cut off 62 jours Intervalle 1-132 jours 2 et 6 mois	7: Résultats négatifs (survie globale, survie spécifique de la maladie /survie 5 ans) Résultats négatifs (progression stade clinique T, progression taille tumeur) Résultats négatifs (survie, caractéristiques de la tumeur, santé psychologique) Résultats négatifs (mortalité) Résultats négatifs (survie à 5 ans) Résultats négatifs (survie à 5 ans) Résultats négatifs (taux de survie sans rechute à 5 ans, taux de survie à 5ans.) 4: Aucune différence (survie à 5 et 10 ans, survie sans maladie invasive à 5 et 10 ans) Aucune différence (survie sans maladie) Aucune différence (mortalité, survie à 5 ans) Aucune différence (progression taille tumeur) 1: Résultats ND (taille tumeur, survie à 5 ans)	Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Faible risque Faible risque Risque imprécis (âge) Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base
Cancer des testicules	1: Fleshner et al (2006)	Intervalle 0-6 mois	1 : Résultats ND (avis médecin)	Pas de données de base
Cancer de la thyroïde	1: Shin et al (2013)	Intervalle 0-12 semaines	1 : Résultats ND (mortalité)	Pas de données de base
Cancer de l'utérus	2: Elit et al (2014) Nanthamongkolkul et al (2015)	12 semaines 8 semaines	2: Résultats négatifs (survie globale à 5 ans, taux de survie 3/5 et 7 ans) Résultats négatifs (survie globale à 5 ans)	Faible risque Pas de données de base
Cancer de la vessie	5: Hara et al (2002) Lee et al (2006) Kahokehr et al (2016) Liedberg et al (2005) Fleshner et al (2006)	3 mois 93 jours = env. 3 mois 31 jours = 1 mois 60 jours Intervalle de 0-8 semaines	2: Résultats négatifs (survie sans récurrence, survie par cause spécifique, survie globale) Résultats négatifs (taux de mortalité, survie spécifique de la maladie, survie globale) 2: Aucune différence (survie globale) Aucune différence (progression stade, survie spécifique à la maladie, taux de mortalité) 1 : Résultats ND (avis médecin)	Risque imprécis (différences) Faible risque Pas de données de base Faible risque Pas de données de base
Carcinome urothélial du tractus urinaire supérieur	2: Lee et al (2014) Xia et al (2018)	30.5 jours Intervalle 7-180 jours, cut off 120	2: Résultats négatifs (survie spécifique au cancer, taux survie sans récurrence locale) Résultats négatif (survie globale)	Faible risque Faible risque
Cholélithiase (calculs vésicule biliaire)	4: Guirguis et al (1995) Oudhoff et al (2004) Oudhoff et al (2007) Oudhoff et al (2007)	21 et 112 jours Intervalle de 4 à 52 semaines Intervalle 2 – médian 37.5 semaines Intervalle 2 – médian 37.5 semaines	2: Résultats négatifs (morbidité : complications, admissions hospitalisations non électives,..) Résultats négatifs (souffrances physiques, psychologiques et fonctions sociales) 1 : Aucune différence (douleur accrue, mobilité réduite, incapacités générales et spécifiques) 1 : Résultats ND (pas différence perception de la santé générale, qualité de vie, limitations activités et loisirs mais différence réactions émotionnelles)	Faible risque Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base
Tumeurs hépatobiliaires	1: Ruys et al (2014)	Intervalle 56-97 jours	1: Aucune différence (résectabilité, stade tumeur, la survie, progression métastases)	Pas de données de base

Chirurgies électives

Type de chirurgie	Nombres d'études : références	Délais retenus par les auteurs	Résultats	Comparabilité des groupes et risque de biais
CABG	5: Cesena et al (2006)* Rexius et al (2005)*** Sampalis et al (2001) Sobolev et al (2008) Cesena et al (2004)*	Intervalle 2-6 mois 6 mois 97 jours =env. 3 ½ mois 12 semaines = 3 mois 120 jours = env. 4 mois	2: Aucune différence (complications, taux de mortalité) Aucune différence (mortalité à 30 jours, mortalité globale à 2 ans) 3: Résultats négatifs (Qualité de vie SF36 physique et sociale, taux complication, taux de mortalité) Résultats négatifs (taux de mortalité, traitement en urgence) Résultats négatifs (complications, taux de mortalité)	Faible risque Risque élevé Faible risque Faible risque Pas de données de base
Cataracte	2: Quintana et al (2011) Leinonen et al (1999) *	3 mois et 5 mois Intervalle 3-27 mois	1: Résultats ND (acuité visuelle, VF-14, satisfaction patient, dvlpm complications) 1: Résultats négatifs (acuité visuelle, survie espérée)	Pas de données de base Pas de données de base
Chirurgie bariatrique	1: Cohen et al (2017)	Intervalle de 0-7 ans	1: Résultats négatifs (T2D état santé, QALY et LYG, évènements cardiovasculaires, survie et taux de mortalité, coûts)	Pas de données de base
Chirurgie dentaire pédiatrique	1: Chung et al (2010)	3 mois et 6 mois	1: Pas de différence pas cliniquement significatif (changement fardeau de la maladie)	Pas de données de base
Chirurgie varice	4: Nikolova et al (2016) Oudhoff et al (2007) Oudhoff et al (2007) Oudhoff et al (2004)	Intervalle 0-30 semaines Intervalle 2 sem – médian 24 sem Intervalle 2 sem– médian 24 sem 6 mois	2: Aucune différence (EQ-5D, EQ-VAS) Aucune différence (perception de la santé générale, qualité de vie, limitations activités /loisirs, réactions émotionnelles) 2: Résultats négatifs (douleur accrue, mobilité physique, incapacités générales et spécifiques) Résultats négatifs (souffrances physiques, psychologiques et fonctions sociales)	Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base
Chirurgies vasculaires	1: Turnbull et al (2000)	Intervalle 2-12 semaines	1: Résultats négatifs (mortalité opératoire, taux de complications, taux de décès)	Pas de données de base
Cholangite aiguë	1: Li et al (2010) **	6 semaines	1: Résultats négatifs (taux de complications, temps opération, temps à l'hôpital, taux conversion)	Faible risque
Dissectomie lombaire	1: Quon et al (2013)	12 semaines	1: Résultats négatifs (intensification de la douleur score douleur NRS-11, dépression)	Faible risque

Remplacement genou	3: Derrett et al (1999) Nikolova et al (2016) Desmeules (2010)	Intervalle 0- 25 mois Intervalle 0-30 semaines Intervalle 3-12 mois	1: Aucune différence (qualité de vie SF36, indice de sévérité et HHS score) 2: Résultats négatifs (EQ-5D, EQ-VAS) Résultats négatifs (Douleurs et incapacités fonctionnelles WOMAC, Qualité de vie SF-36)	Pas de données de base Pas de données de base Risque imprécis (diff score fonctionnement physique SF 36)
Remplacement hanche	2: Derrett et al (1999) Nikolova et al (2016)	Intervalle 0- 25 mois Intervalle 0-30 semaines	1: Aucune différence (qualité de vie SF36, indice de sévérité et HHS score) 1: Résultats négatifs (EQ-5D, EQ-VAS)	Pas de données de base Pas de données de base
Remplacement total de la hanche	3: Tuominen et al (2009) Hirvonen et al (2009) Fielden et al (2005)	3 mois 3 mois 6 mois	2: Aucune différence (HRQoL, HHS Score, douleur de la hanche et fonctions physiques) Aucune différence (HRQoL, HHS Score, douleur de la hanche et les fonctions physiques) 1: Résultats négatifs (WOMAC mesure spécifique état santé, EQ5D, coûts)	Faible risque Risque imprécis (diff âge, vit seul, HHS démarche) Pas de données de base
Réparation hernie inguinale	5 études: Oudhoff et al (2004) Oudhoff et al (2007) Oudhoff et al (2007) Sutherland et al (2017) Nikolova et al(2016)	Intervalle 3 mois – 6 mois -10 ans Intervalle 2 sem. – médian 16 sem. Intervalle 2 sem. – médian 16 sem. Intervalle 2-70 semaines Intervalle 0-30 semaines	3: Résultats négatifs (souffrances physiques, psychologiques et fonctions sociales) Résultats négatifs (douleur accrue, mobilité physique, incapacités générales et spécifiques) Résultats négatifs (perception de la santé générale, qualité de vie, limitations activités /loisirs, réactions émotionnelles) 2: Aucune différence (EQ-5D (3L), PHQ-9 santé, PEG pain enjoyment general activity, COMI hernia) Aucune différence (EQ-5D, EQ-VAS)	Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base Pas de données de base
Réparation hernie inguinale pédiatrie	1: Zamakhshary et al (2008)	14 jours	1: Résultats négatifs (taux d'incarcération)	Pas de données de base
Tétralogie de Fallot	1: Cunningham et al (2017)	55 jours	1 : Résultats positifs (probabilité de ré intervention)	Pas de données de base

Revue systématique:

Chirurgies oncologiques

Type de chirurgie	Nombres d'études : référence	Délais retenus par les auteurs	Résultats	Niveau de preuve AMSTAR II
Cancer prostate	1: SAAD et al (2006)*	Intervalle 2 semaines et 3 mois	Résultats ND (survie sans récurrence de la maladie/ PSA/ biochimique, risque de récurrence d'antigènes spécifiques de la prostate)	Examen de la qualité très faible
Cancer rénal	1: JEWETT et al (2006)*	Intervalle 26 - 37 jours (durée médiane)	Résultats ND (bien être psychologique, résultats cliniques)	Examen de la qualité très faible
Cancer du sein	1: RICHARDS et al (1999)	3 mois – 6 mois	Résultats négatifs (taux de survie à 5 ans, durée de symptômes)	Examen de la qualité très faible
Cancer des testicules	1: BELL et al (2006)	Intervalle 1 mois- env.5 mois (134 jours)	Résultats ND (survie sans rechute, survie globale)	Examen de la qualité très faible
Cancer de la vessie	2: FRADET et al (2006)* et ** FAHMY et al (2006)*	Intervalle 42 jours- 14.4 mois (durée médiane) cut off : 1, 2, 3,4 mois. Délai D : Cut off 3 mois	Résultats ND (survie globale, survie sans maladie à 5 ans =survie sans progression de la maladie à 5 ans, taux survie à 3/5 ans, catégories tumorales) Résultats négatifs (survie globale / spécifique/ sans progression de la maladie, stade pathologique, mortalité spécifique au cancer, invasion des ganglions lymphatiques)	Examen de la qualité très faible Examen de la qualité très faible

Chirurgies électorives

Type de chirurgie	Nombres d'études : référence	Délais retenus par les auteurs	Résultats	Niveau de preuve AMSTAR II
Cataracte	1: HODGE et al (2007)	6 semaines – 6 mois	Résultats ND (perte de vision, événements indésirables, qualité de vie, satisfaction)	Examen de la qualité modérée
Diverticulite	1: KHAN et al (2017)	6 semaines	Pas de différence (infection du site chirurgical, abcès intra-abdominal, fuite anastomotique, mortalité à 30 jours, iléus postopératoire, saignement postopératoire; lésion urétérale, morbidité globale, conversion en chirurgie ouverte, temps opératoire, durée du séjour)	Examen de la qualité faible
Remplacement total genou et hanche	1: HOOGEBOOM et al (2009)	180 jours = 6 mois	Résultats négatifs (statut fonctionnel auto reporté, douleur)	Examen de la qualité faible

NB Résultats ND : Non Déterminés = les résultats ne prouvent pas clairement d'effets négatifs ou aucune différence, les résultats ne sont pas significatifs ou sont contradictoires.

Définitions différentes de celle du MSSS Délai d'attente du médecin traitant à la chirurgie *, des premiers symptômes à la chirurgie ** et de l'acceptation au triage (définition des priorités) à la chirurgie ***.

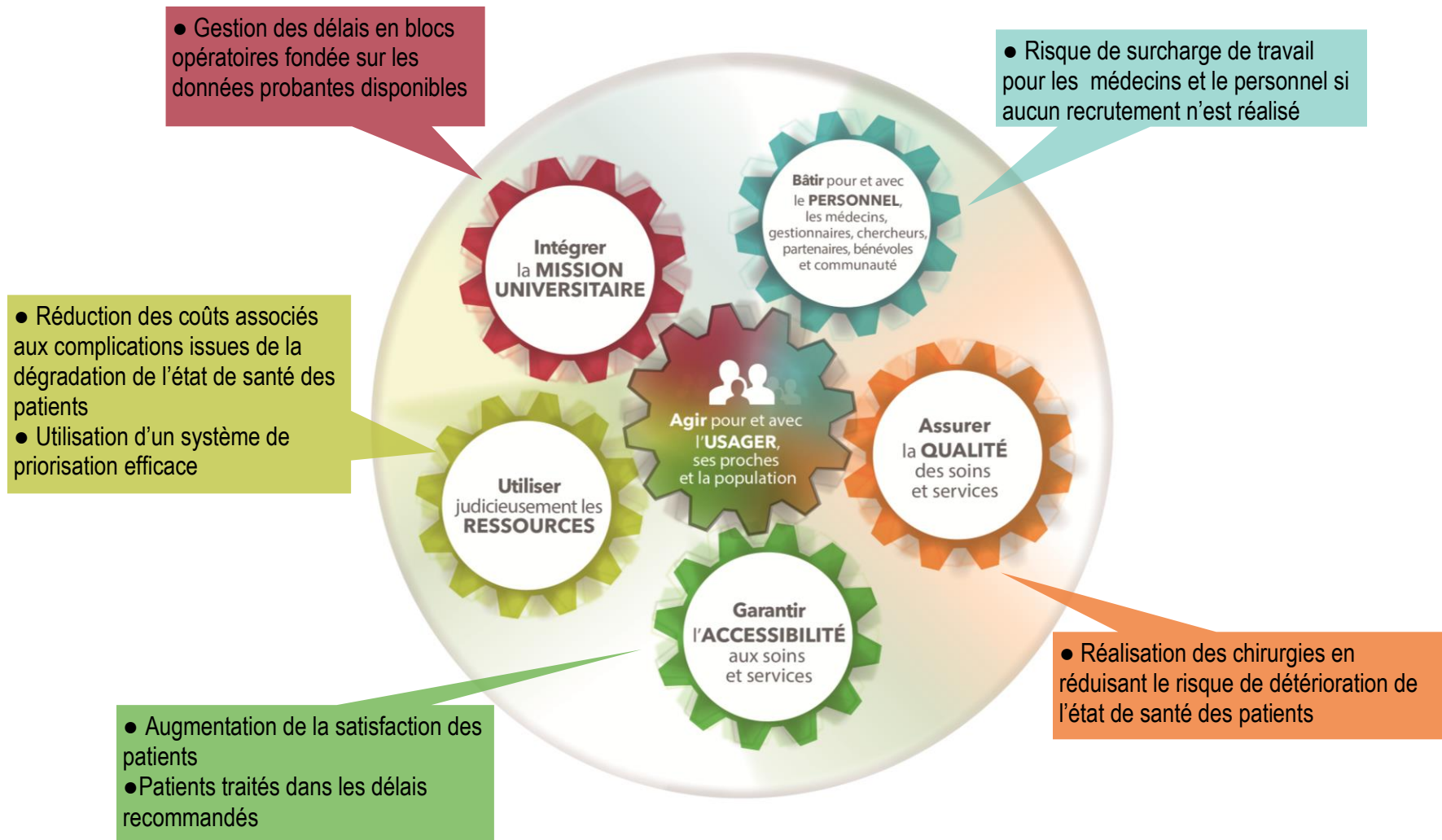


Figure 1. Impact de la réduction des délais d'attente sur les 6 axes de la performance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (adapté du document interne sur « L'identité du CIUSSS de l'Estrie – CHUS », octobre 2016)

RÉFÉRENCES

- ACMTS, 2015. Interventions chirurgicales pratiquées ailleurs qu'au bloc opératoire de l'hôpital 1–17.
- Alberta Bone and Joint Health Institute, 2014. "Optimal" waiting time : Why 14 weeks? [WWW Document]. URL <https://albertaboneandjoint.com/optimal-waiting-time-why-14-weeks/>
- Amri, R., Bordeianou, L.G., Sylla, P., Berger, D.L., 2014. Treatment Delay in Surgically-Treated Colon Cancer: Does It Affect Outcomes? *Ann. Surg. Oncol.* 21, 3909–3916.
- Aragoneses, F.G., Moreno, N., Leon, P., Fontan, P.E.X., Folque, E., 2002. Influence of delays on survival in the surgical treatment of bronchogenic carcinoma. *Lung Cancer* 36, 59–63.
- Australian Health Ministers' Advisory Council, 2015. National Elective Surgery Urgency Categorisation.
- Baena-Canada, J.M., Rodriguez-Perez, L., Gamez-Casado, S., Quilez-Cutillas, A., Cortes-Carmona, C., Rosado-Varela, P., Estalella-Mendoza, S., Ramirez-Daffos, P., Jaen-Olasolo, J., Benitez-Rodriguez, E., 2018. Evaluation of waiting times for breast cancer diagnosis and surgical treatment. *Clin. Transl. Oncol.*
- Ballini, L., Negro, A., Maltoni, S., Vignatelli, L., Flodgren, G., Simera, I., Holmes, J., Grilli, R., 2015. Interventions to reduce waiting times for elective procedures (Review) Summary of findings for the main comparison. *Cochrane Database Syst. Rev.* 75.
- Bath, C., 2016. Shorter delays between diagnosis, surgery, and chemotherapy initiation may improve survival in breast cancer. *ASCO* 3–6.
- Becker, A., Roghmann, F., Ravi, P., Tian, Z., Kluth, L.A., Gandaglia, G., Noldus, J., Dahlem, R., Schlomm, T., Graefen, M., Karakiewicz, P.I., Trinh, Q.-D., Sun, M., 2014. Delay in nephrectomy and cancer control outcomes in elderly patients with small renal masses. *Urol. Int.* 92, 455–461.
- Bell, D., Morash, C., Dranitsaris, G., Izawa, J., Short, T., Klotz, L.H., Fleshner, N., 2006. Does prolonging the time to testicular cancer surgery impact long-term cancer control: a systematic review of the literature. *Can. J. Urol.* 13 Suppl 3, 30–36.
- Berg, W.T., Danzig, M.R., Pak, J.S., Korets, R., RoyChoudhury, A., Hruby, G., Benson, M.C., McKiernan, J.M., Badani, K.K., 2015. Delay from biopsy to radical prostatectomy influences the rate of adverse pathologic outcomes. *Prostate* 75, 1085–1091.
- Blair, J., Herron, T., French, R., Douglas Gilliam, A., 2017. Extended operating times are more efficient, save money and maintain a high staff and patient satisfaction.
- British Columbia Medical Association, 2006. Waiting too long: reducing and better managing wait times in BC: a policy paper by the BCMA's council on health economics & policy 82.
- Canizares Carretero, M.A., Rivo Vazquez, J.E., Blanco Ramos, M., Novella, A.T., Garcia Fontan, E.M., Hermida, M.J.P., Toscano Novella, A., Garcia Fontan, E.M., Purrinos Hermida, M.J., 2007. Influence of delay of surgery on the survival of patients with bronchogenic carcinoma. *Arch. Bronconeumol.* 43, 165–170.
- Cesena, F.H.Y., Favarato, D., César, L.A.M., de Oliveira, S.A., da Luz, P.L., 2006. Ontario score and cardiac risk during waiting for elective coronary bypass grafting. *Int. J. Cardiol.* 110, 167–174.
- Cesena, F.H.Y., Favarato, D., Machado César, L.A., Almeida De Oliveira, S., Lemos Da Luz, P., 2004. Cardiac complications during waiting for elective coronary artery bypass graft surgery: Incidence, temporal distribution and predictive factors. *Eur. J. Cardio-thoracic Surg.* 25, 196–202.
- Chen, W.-T., Fernandes, M.L., Lin, C.-C., Lin, S.-M., 2011. Delay in treatment of early-stage hepatocellular carcinoma using radiofrequency ablation may impact survival of cirrhotic patients in a surveillance program. *J. Surg. Oncol.* 103, 133–139.
- Chung, S.S., Casas, M.J., Kenny, D.J., Barrett, E.J., 2010. Clinical relevance of access targets for elective dental treatment under general anesthesia in pediatrics. *J. Can. Dent. Assoc. (Tor)*. 76.
- Cohen, R. V., Luque, A., Junqueira, S., Ribeiro, R.A., Le Roux, C.W., 2017. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed? *Surg. Obes. Relat. Dis.* 13, 1619–1627.
- Coughlin, S., Plourde, M., Guidolin, K., Fortin, D., Frechette, E., Malthaner, R., Inculet, R., 2015. Is it safe to wait? the effect of surgical wait time on survival in patients with non-small cell lung cancer. *Can. J. Surg.* 58, 414–418.
- Cunningham, M.E.A., Donofrio, M.T., Peer, S.M., Zurakowski, D., Jonas, R.A., Sinha, P., 2017. Optimal Timing for Elective Early Primary Repair of Tetralogy of Fallot: Analysis of Intermediate Term Outcomes. *Ann. Thorac. Surg.* 103, 845–852.
- Derrett, S., Paul, C., Morris, J.M., 1999. Waiting for elective surgery: Effects on health-related quality of life. *Int. J. Qual. Heal. Care* 11, 47–57.
- Desmeules, F., 2010. Remplacement articulaire du genou : impact du temps d'attente préchirurgie.

- Diehl, J., Choi, Y.M., Liang, L.-J., Chiu, M., 2015. Association Between Mohs Surgery Wait Times and Surgical Defect Size in Patients With Squamous Cell or Basal Cell Carcinoma of the Skin. *Dermatologic Surg.* 41, 768–774.
- Direction Générale de Cancérologie, 2018. Bulletin National De Performance En Cancérologie.
- Eide, M.J., Weinstock, M.A., Dufresne, R.G., Neelagaru, S., Risica, P., Burkholder, G.J., Upegui, D., Phillips, K.A., Armstrong, B.K., Robinson-Bostom, L., 2005. Relationship of treatment delay with surgical defect size from keratinocyte carcinoma (basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin). *J. Invest. Dermatol.* 124, 308–314.
- El Halabi, H., MacDonald, R., Studeman, K., Francis, J., Nieroda, C., Gushchin, V., Sardi, A., 2012. Delay of cytoreductive surgery and heated intraperitoneal chemotherapy in patients with appendiceal neoplasm. *Am. Surg.* 78, 745–748.
- Elit, L.M., O'Leary, E.M., Pond, G.R., Seow, H.Y., 2014. Impact of wait times on survival for women with uterine cancer. *J. Clin. Oncol.* 32, 27–33.
- Fahmy, N.M., Mahmud, S., Aprikian, A.G., 2006. Delay in the Surgical Treatment of Bladder Cancer and Survival: Systematic Review of the Literature. *Eur. Urol.* 50, 1176–1182.
- Fielden, J.M., Cumming, J.M., Horne, J.G., Devane, P.A., Slack, A., Gallagher, L.M., 2005. Waiting for hip arthroplasty: Economic costs and health outcomes. *J. Arthroplasty* 20, 990–997.
- Fleshner, N., Dranitsaris, G., Finelli, A., Tsihlias, J., Bell, D., Gleave, M., 2006. Surgical wait times for patients with urological cancers: a survey of Canadian surgeons. *Can. J. Urol.* 13 Suppl 3, 3–13.
- Fradet, Y., Aprikian, A., Dranitsaris, G., Siemens, R., Tsihlias, J., Fleshner, N., 2006. Does prolonging the time to bladder cancer surgery affect long-term cancer control: a systematic review of the literature. *Can. J. Urol.* 13 Suppl 3, 37–47.
- Freedland, S.J., Kane, C.J., Amling, C.L., Aronson, W.J., Presti, J.C., Terris, M.K., 2006. Delay of radical prostatectomy and risk of biochemical progression in men with low risk prostate cancer. *J. Urol.* 175, 1298–1302.
- Gouvernement du Canada, 2006. Fédéralisme Asymétrique qui respecte les compétences du Québec [WWW Document]. URL <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/prestations-systeme-soins-sante/collaboration-federale-provinciale-territoriale/rencontre-premiers-ministres-soins-sante/federalisme-asymetrique-respecte-competences-quebec.html>
- Graefen, M., Walz, J., Chun, K.H.F., Schlomm, T., Haese, A., Huland, H., 2005. Reasonable delay of surgical treatment in men with localized prostate cancer - Impact on prognosis? *Eur. Urol.* 47, 756–760.
- Guirguis, L.M., Taylor, E.W., 1995. The complications of cholelithiasis caused by state authorization delays. *Surg. Endosc.* 9, 974–976.
- Hailey, D., Roine, R., Ohinmaa, A., 2002. Systematic review of evidence for the benefits of telemedicine. *J. Telemed. Telecare* 8, 1–7.
- Hara, I., Miyake, H., Hara, S., Gotoh, A., Okada, H., Arakawa, S., Kamidono, S., 2002. Optimal timing of radical cystectomy for patients with invasive transitional cell carcinoma of the bladder. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 32, 14–18.
- Hirvonen, J., Tuominen, U., Seitsalo, S., Lehto, M., Paavolainen, P., Hietaniemi, K., Rissanen, P., Sintonen, H., Blom, M., 2009. The effect of waiting time on health-related quality of life, pain, and physical function in patients awaiting primary total hip replacement: A randomized controlled trial. *Value Heal.* 12, 942–947.
- Hodge, W., Horsley, T., Albani, D., Barylka, J., Belliveau, M., Buhrmann, R., O'Connor, M., Blair, J., Lowcock, E., 2007. The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review. *CMAJ* 176, 1285–1290.
- Hoogbeem, T.J., van den Ende, C.H.M., van der Sluis, G., Elings, J., Dronkers, J.J., Aiken, A.B., van Meeteren, N.L.U., 2009. The impact of waiting for total joint replacement on pain and functional status: a systematic review. *Osteoarthr. Cartil.* 17, 1420–1427.
- Jewett, M., Rendon, R., Dranitsaris, G., Drachenberg, D., Tanguay, S., Donnelly, B., Fleshner, N., 2006. Does prolonging the time to renal cancer surgery affect long-term cancer control: a systematic review of the literature. *Can. J. Urol.* 13 Suppl 3, 54–61.
- Kahokehr, A., Glasson, J., Studd, R., 2016. Surgical waiting time for radical cystectomy: a New Zealand experience. *ANZ J. Surg.* 86, 1042–1045.
- Khan, M.A., Mangold, L.A., Epstein, J.I., Boitnott, J.K., Walsh, P.C., Partin, A.W., 2004. Impact of Surgical Delay on Long-Term Cancer Control for Clinically Localized Prostate Cancer. *J. Urol.* 172, 1835–1839.
- Khan, R.M.A., Hajibandeh, S., Hajibandeh, S., 2017. Early elective versus delayed elective surgery in acute recurrent diverticulitis: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Surg.* 46, 92–101.
- Kötz, B.S., Croft, S., Ferry, D.R., 2006. Do delays between diagnosis and surgery in resectable oesophageal cancer affect survival? A study based on West Midlands cancer registration data. *Br. J. Cancer* 95,

835–840.

- Labbé, C., Anderson, M., Simard, S., Tremblay, L., Laberge, F., Vaillancourt, R., Lacasse, Y., 2017. Wait times for diagnosis and treatment of lung cancer : a single-centre experience.
- Lee, C.T., Madii, R., Daignault, S., Dunn, R.L., Zhang, Y., Montie, J.E., Wood, D.P., 2006. Cystectomy delay more than 3 months from initial bladder cancer diagnosis results in decreased disease specific and overall survival. *J. Urol.* 175, 1262–1267.
- Lee, J.N., Kwon, S.Y., Choi, G.-S., Kim, H.T., Kim, T.-H., Kwon, T.G., Kim, B.W., 2014. Impact of surgical wait time on oncologic outcomes in upper urinary tract urothelial carcinoma. *J. Surg. Oncol.* 110, 468–475.
- Lee, S.H., Kim, Y.S., Han, W., Ryu, H.S., Chang, J.M., Cho, N., Moon, W.K., 2016. Tumor growth rate of invasive breast cancers during wait times for surgery assessed by ultrasonography. *Med. (United States)* 95, 1–9.
- Leinonen, J., Laatikainen, L., 1999. The decrease of visual acuity in cataract patients waiting for surgery. *Acta Ophthalmol. Scand.* 77, 681–684.
- Li, V.K.M., Yum, J.L.K., Yeung, Y.P., 2010. Optimal timing of elective laparoscopic cholecystectomy after acute cholangitis and subsequent clearance of choledocholithiasis. *Am. J. Surg.* 200, 483–488.
- Liberman, M., Liberman, D., Sampalis, J.S., Mulder, D.S., 2006. Delays to surgery in non-small-cell lung cancer. *Can. J. Surg.* 49, 31–36.
- Liedberg, F., Anderson, H., Mansson, W., 2005. Treatment delay and prognosis in invasive bladder cancer. *Int. Braz J Urol* 31, 609–610.
- Loh, L.C., Chan, L.Y., Tan, R.Y., Govindaraju, S., Ratnavelu, K., Kumar, S., Raman, S., Vijayasingham, P., Thayaparan, T., 2006. Effect of time delay on survival in patients with non-small cell lung cancer—a Malaysian study. *Asia-Pacific J. public Heal.* 18, 69–71.
- MacKinnon, J., 2016. Learning from the Saskatchewan Surgical Initiative to Improve Wait Times in Canada 1–50.
- Mansfield, S.A., Abdel-Rasoul, M., Terando, A.M., Agnese, D.M., 2017. Timing of Breast Cancer Surgery—How Much Does It Matter? *Breast J.* 23, 444–451.
- McLean, S.R., Karsanji, D., Wilson, J., Dixon, E., Sutherland, F.R., Pasiaka, J., Ball, C., Bathe, O.F., 2013. The effect of wait times on oncological outcomes from periampullary adenocarcinomas. *J. Surg. Oncol.* 107, 853–858.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017. Plan Stratégique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec 2015-2020 Mise à jour 2017.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005. Plan Stratégique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux 2005-2010.
- Ministère de la Santé et les Soins de Longue Durée, n.d. Ontario [WWW Document]. URL <http://www.health.gov.on.ca/en/>
- Ministère de la santé et services sociaux, 2010. Plan Stratégique du ministère de la santé et des services sociaux 2010-2015.
- Nam, R.K., Jewett, M.A.S., Krahn, M.D., Robinette, M.A., Tsihlias, J., Toi, A., Ho, M., Evans, A., Sweet, J., Trachtenberg, J., 2003. Delay in surgical therapy for clinically localized prostate cancer and biochemical recurrence after radical prostatectomy. *Can. J. Urol.* 10, 1891–1898.
- Nanthamongkolkul, K., Hanprasertpong, J., 2015. Longer waiting times for early stage cervical cancer patients undergoing radical hysterectomy are associated with diminished long-term overall survival. *J. Gynecol. Oncol.* 26, 262–269.
- Neuzillet, Y., Correas, J.M., Escudier, B., de Fromont, M., Lang, H., Long, J.A., Patard, J.J., Poissonnier, L., Mejean, A., 2008. Quelle peut être la durée du délai entre le diagnostic et le traitement chirurgical du cancer du rein ? *Prog. en Urol.* 18, 197–203.
- Nikolova, S., Harrison, M., Sutton, M., 2016. The Impact of Waiting Time on Health Gains from Surgery: Evidence from a National Patient-reported Outcome Dataset. *Health Econ.* 25, 955–968.
- O'Brien, D., Loeb, S., Carvalhal, G.F., McGuire, B.B., Kan, D., Hofer, M.D., Casey, J.T., Helfand, B.T., Catalona, W.J., 2011. Delay of surgery in men with low risk prostate cancer. *J. Urol.* 185, 2143–2147.
- Oudhoff, J., Timmermans, D., Knol, D., Bijnen, A., van der Wal, G., 2007. Waiting for elective general surgery: impact on health related quality of life and psychosocial consequences. *BMC Public Health* 7, 164.
- Oudhoff, J.P., Timmermans, D.R.M., Bijnen, A.B., van der Wal, G., 2004. Waiting for elective general surgery: physical, psychological and social consequences. *ANZ J. Surg.* 74, 361–367.
- Oudhoff, J.P., Timmermans, D.R.M., Knol, D.L., Bijnen, A.B., Van der Wal, G., 2007. Waiting for Elective Surgery: Effect on Physical Problems and Postoperative Recovery. *ANZ J. Surg.* 77, 892–898.
- Packard, R.B., 1983. In malignant choroidal melanoma will a delay in radical treatment influence prognosis? *Trans. Ophthalmol. Soc. U. K.* 103 (Pt 1, 49–53.

- Patel, R., Anderson, J.E., McKenzie, C., Simpson, M., Singh, N., Ruzvidzo, F., Sharma, P., Scott, R., MacDonald, A., 2018. Compliance with the 62-day target does not improve long-term survival. *Int. J. Colorectal Dis.* 33, 65–69.
- Phillips, J.J., Hall, M.C., Lee, W.R., Clark, P.E., 2007. Does a delay in initiating definitive therapy affect biochemical recurrence rates in men with clinically localized prostate cancer? *Urol. Oncol. Semin. Orig. Investig.* 25, 196–200.
- Quarterman, R.L., McMillan, A., Ratcliffe, M.B., Block, M.I., Benfield, J., Guyton, S., Wood, D., 2003. Effect of preoperative delay on prognosis for patients with early stage non-small cell lung cancer. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 125, 108–114.
- Quintana, J.M., Garcia, S., Bilbao, A., Navarro, G., Perea, E., De Larrea, N.F., Begiristain, J.M., 2011. Waiting time for cataract extraction: Predictive factors and influence on outcomes. *J. Cataract Refract. Surg.* 37, 19–26.
- Quon, J.A., Sobolev, B.G., Levy, A.R., Fisher, C.G., Bishop, P.B., Kopec, J.A., Dvorak, M.F., Schechter, M.T., 2013. The effect of waiting time on pain intensity after elective surgical lumbar discectomy. *Spine J.* 13, 1736–1748.
- Redaniel, M.T., Martin, R.M., Cawthorn, S., Wade, J., Jeffreys, M., 2013. The association of waiting times from diagnosis to surgery with survival in women with localised breast cancer in England. *Br. J. Cancer* 109, 42–49.
- Rexius, H., Brandrup-Wognsen, G., Odén, A., Jeppsson, A., 2005. Waiting time and mortality after elective coronary artery bypass grafting. *Ann. Thorac. Surg.* 79, 538–543.
- Richards, M.A., Westcombe, A.M., Love, S.B., Littlejohns, P., Ramirez, A.J., 1999. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 353, 1119–1126.
- Robbins, G., Bross, I., 1957. The significance of delay in relation to prognosis of patients with primary operable breast cancer. *Cancer* 10, 338–344.
- Rodriguez Alonso, A., Gonzalez Blanco, A., Pita Fernandez, S., Pertega Diaz, S., Bonelli Martin, C., Cuerpo Perez, M.A., 2009. Impact of surgical delay on pathological findings and prognosis of patients with prostate cancer. *Actas Urol. Esp.* 33, 1069–1077.
- Ruys, A.T., Heuts, S.G., Rauws, E.A., Busch, O.R.C., Gouma, D.J., Van Gulik, T.M., 2014. Delay in surgical treatment of patients with hilar cholangiocarcinoma: Does time impact outcomes? *Hpb* 16, 469–474.
- Saad, F., Finelli, A., Dranitsaris, G., Goldenberg, L., Bagnell, S., Gleave, M., Fleshner, N., 2006. Does prolonging the time to prostate cancer surgery impact long-term cancer control: a systematic review of the literature. *Can. J. Urol.* 13 Suppl 3, 16–24.
- Sampalis, J., Boukas, S., Liberman, M., Reid, T., Dupuis, G., 2001. Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. *CMAJ* 165, 429–33.
- Shea, B.J., Grimshaw, J.M., Wells, G.A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., Porter, A.C., Tugwell, P., Moher, D., Bouter, L.M., 2007. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med. Res. Methodol.* 7, 10.
- Shin, D.W., Cho, J., Kim, S.Y., Guallar, E., Hwang, S.S., Cho, B., Oh, J.H., Jung, K.W., Seo, H.G., Park, J.H., 2013. Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 20, 2468–2476.
- Simunovic, M., Rempel, E., Theriault, M.-E., Baxter, N.N., Virnig, B.A., Meropol, N.J., Levine, M.N., 2009. Influence of delays to nonemergent colon cancer surgery on operative mortality, disease-specific survival and overall survival. *Can. J. Surg.* 52, E79–E86.
- Smith, E.C., Ziogas, A., Anton-Culver, H., 2013. Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA Surg.* 148, 516–523.
- Sobolev, B.G., Fradet, G., Hayden, R., Kuramoto, L., Levy, A.R., FitzGerald, M.J., 2008. Delay in admission for elective coronary-artery bypass grafting is associated with increased in-hospital mortality. *BMC Health Serv. Res.* 8, 5–11.
- Stec, A.A., Coons, B.J., Chang, S.S., Cookson, M.S., Herrell, S.D., Smith, J.A., Clark, P.E., 2008. Waiting Time From Initial Urological Consultation to Nephrectomy for Renal Cell Carcinoma-Does it Affect Survival? *J. Urol.* 179, 2152–2157.
- Strohl, A.E., Feinglass, J.M., Shahabi, S., Simon, M.A., 2016. Surgical wait time: A new health indicator in women with endometrial cancer. *Gynecol. Oncol.* 141, 511–515.
- Sun, M., Abdollah, F., Hansen, J., Trinh, Q.D., Bianchi, M., Tian, Z., Briganti, A., Shariat, S.F., Montorsi, F., Perrotte, P., Karakiewicz, P.I., 2012. Is a Treatment Delay in Radical Prostatectomy Safe in Individuals with Low-Risk Prostate Cancer? *J. Sex. Med.* 9, 2961–2969.

Sutherland, J.M., Liu, G., Crump, R.T., Karimuddin, A.A., 2017. Waiting for surgery: is waiting bad for anyone or everyone? *Hernia* 21, 933–940.

Tanaka, Y., Maniwa, Y., Nishio, W., Yoshimura, M., Okita, Y., 2008. The optimal timing to resect pulmonary metastasis. *Eur. J. Cardio-thoracic Surg.* 33, 1135–1138.

Toi, M., Nakamura, T., Wada, T., Yamamoto, A., Toge, T., Niimoto, M., Hattori, T., 1989. The acceptable delay between biopsy and radical mastectomy in breast cancer patients. *Jpn. J. Surg.* 19, 679–683.

Truchuelo, M., Rios-Buceta, L., Bea-Arbedol, S., Alcantara Gonzalez, J., Olasolo, P.J., 2013. Basal cell carcinoma growth in patients waiting for Mohs surgery: a prospective study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*

Tuominen, U., Sintonen, H., Hirvonen, J., Seitsalo, S., Paavolainen, P., Lehto, M., Hietaniemi, K., Blom, M., 2009. The effect of waiting time on health and quality of life outcomes and costs of medication in hip replacement patients: a randomized clinical trial. *Osteoarthr. Cartil.* 17, 1144–1150.

Turnbull, R.G., Taylor, D.C., Hsiang, Y.N., Salvian, A.J., Nanji, S., O'Hanley, G., Doyle, D.L., Fry, P.D., 2000. Assessment of patient waiting times for vascular surgery. *Can. J. surgery. Journal Can. Chir.* 43, 105–111.

Vérificateur Général du Québec, 2018. Rapport du Vérificateur Général du Québec à l'assemblée nationale pour l'année 2018-2019.

Vickers, A.J., Bianco, F.J., Boorjian, S., Scardino, P.T., Eastham, J.A., 2006. Does a delay between diagnosis and radical prostatectomy increase the risk of disease recurrence? *Cancer* 106, 576–580.

Visser, E., Leeffink, A.G., van Rossum, P.S.N., Siesling, S., van Hillegersberg, R., Ruurda, J.P., 2016. Waiting Time from Diagnosis to Treatment has no Impact on Survival in Patients with Esophageal Cancer. *Ann. Surg. Oncol.* 23, 2679–2689.

Wagner, J.L., Warneke, C.L., Mittendorf, E.A., Bedrosian, I., Babiera, G. V., Kuerer, H.M., Hunt, K.K., Yang, W., Sahin, A.A., Meric-Bernstam, F., 2011. Delays in primary surgical treatment are not associated with significant tumor size progression in breast cancer patients. *Ann. Surg.* 254, 119–124.

Wanis, K.N., Patel, S.V.B., Brackstone, M., 2017. Do Moderate Surgical Treatment Delays Influence Survival in Colon Cancer? *Dis. Colon Rectum* 60, 1241–1249.

Xia, L., Taylor, B.L., Pulido, J.E., Guzzo, T.J., 2018. Impact of surgical waiting time on survival in patients with upper tract urothelial carcinoma: A national cancer database study. *Urol. Oncol. Semin. Orig. Investig.*

36, 10.e15-10.e22.

Yun, Y.H., Kim, Y.A., Min, Y.H., Park, S., Won, Y.J., Kim, D.Y., Choi, I.J., Kim, Y.W., Park, S.J., Kim, J.H., Lee, D.H., Yoon, S.J., Jeong, S.Y., Noh, D.Y., Heo, D.S., 2012. The influence of hospital volume and surgical treatment delay on long-term survival after cancer surgery. *Ann. Oncol.* 23, 2731–2737.

Zamakhshary, M., To, T., Guan, J., Langer, J.C., 2008. Risk of incarceration of inguinal hernia among infants and young children awaiting elective surgery. *Cmaj* 179, 1001–1005.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a pour mission de soutenir et conseiller les décideurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients et de contribuer à la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats.

<http://www.chus.gc.ca/professionnels/evaluation-des-technologies/>

Annexe 1. Mots clés et stratégies de recherche documentaire

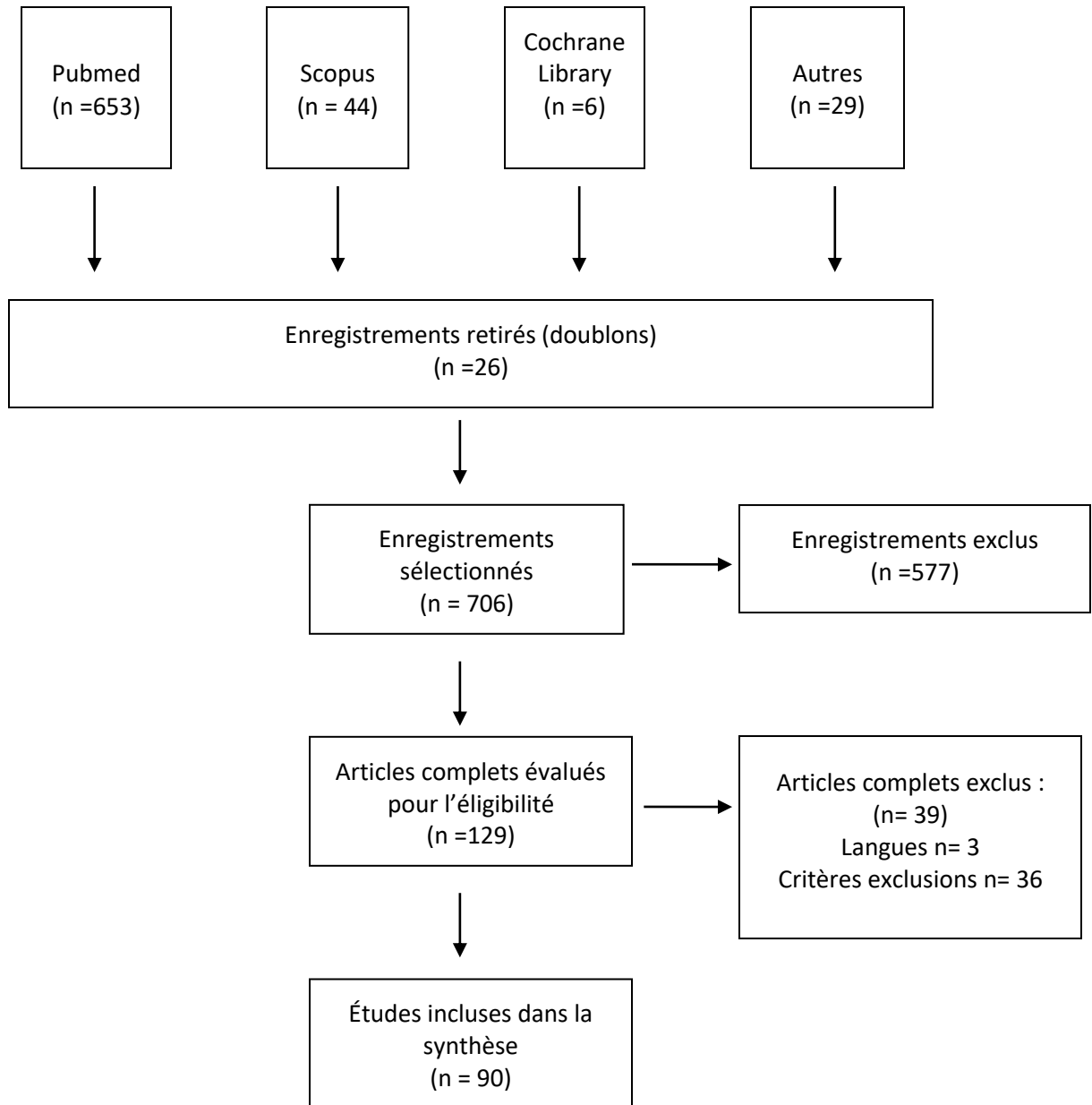
PubMed:

((((((("Elective Surgical Procedures"[Majr]) OR (((Elective Surgical[Title]) OR Elective Surgery[Title]) OR Elective Surgeries[Title]))) OR (("Neoplasms/surgery"[Majr]) OR (((((((Neoplasm[Title]) OR Neoplasms[Title]) OR cancer[Title]) OR cancers[Title]) OR Tumor[Title]) OR Tumors[Title])) AND (((surgery[Title]) OR surgeries[Title]) OR surgical[Title]))) AND (((("Waiting Lists"[Majr]) OR (((((((((((Waiting List[Title]) OR Waiting Lists[Title]) OR Waitlist[Title]) OR Waitlists[Title]) OR Wait time[Title]) OR Wait times[Title]) OR Waiting time[Title]) OR Waiting times[Title]) OR Optimal Timing[Title]) OR Optimal Time[Title]) OR Optimal Times[Title]) OR Delay[Title]) OR Delays[Title]))) OR (("Time Factors"[Majr]) OR (("Time Factor"[Title]) OR "Time Factors"[Title])) OR (((("Appointments and Schedules"[Majr])) OR (((Appointment[Title]) OR Appointments[Title]) OR Schedule[Title]) OR Schedules[Title])) OR (((urgency categorisation[Title]) OR urgency categorisations[Title]) OR urgency category[Title]) OR urgency categories[Title]))) NOT Animals[Mesh:noexp]) NOT ((Case Reports[ptyp]) OR (((("case study"[Title]) OR "case studies"[Title]) OR "Case Report"[Title]) OR "Case Reports"[Title]))

Scopus:

((((((INDEXTERMS (waiting PRE/3 list) OR TITLE (waiting PRE/3 list) OR TITLE (waitlist) OR TITLE (wait PRE/3 time) OR TITLE (waiting PRE/3 time) OR TITLE (optimal PRE/3 timing) OR TITLE ({Delay}) OR TITLE ({Delays})) OR (INDEXTERMS (time PRE/3 factor) OR TITLE (time PRE/3 factor) OR INDEXTERMS (appointments PRE/3 schedules) OR TITLE (appointment) OR TITLE (schedule) OR TITLE (urgency PRE/3 categorisation) OR TITLE (urgency PRE/3 category)) AND ((INDEXTERMS ({Elective Surgical Procedure}) OR INDEXTERMS ({Elective Surgical Procedures}) OR TITLE (elective PRE/3 surgical) OR TITLE (elective PRE/3 surgery)) OR (((TITLE (neoplasm) OR TITLE (cancer) OR TITLE (tumor))) AND ((TITLE (surgery) OR TITLE (surgical))) OR (INDEXTERMS (neoplasm PRE/3 surgery)))) AND NOT (INDEXTERMS (veterinary) OR TITLE (veterinary) OR INDEXTERMS (animal) OR TITLE (animal))) AND NOT (INDEXTERMS (case PRE/3 report) OR TITLE (case PRE/3 report) OR INDEXTERMS (case PRE/3 study) OR TITLE (case PRE/3 study))) AND NOT (INDEX (medline) OR PMID (1*) OR PMID (2*) OR PMID (3*) OR PMID (4*) OR PMID (5*) OR PMID (6*) OR PMID (7*) OR PMID (8*) OR PMID (9*))

Annexe 2. Diagramme de flux PRISMA au 4 mai 2018



Annexe 3. Études exclues

- Brake, M., Moore, P., Taylor, S.M., Trites, J., Murray, S., Hart, R., 2013. Expectantly waiting: A survey of thyroid surgery wait times among Canadian Otolaryngologists. *J. Otolaryngol. - Head Neck Surg.* 42, 1–5.
- Cheruvu, C.V.N., Eyre-Brook, I.A., 2002. Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 84, 20–22.
- Conner-Spady, B.L., Sanmugasunderam, S., Courtright, P., Mildon, D., McGurran, J.J., Noseworthy, T.W., 2005. Patient and physician perspectives of maximum acceptable waiting times for cataract surgery. *Can. J. Ophthalmol.* 40, 439–447.
- Croome, K.P., Chudzinski, R., Hanto, D.W., 2010. Increasing time delay from presentation until surgical referral for hepatobiliary malignancies. *Hpb* 12, 644–648.
- Elit, L., 2015. Wait times from diagnosis to treatment in cancer. *J Gynecol Oncol* 26, 246–248.
- Elmendorff, H., Heyers, H.J., Neugebauer, W., 1970. Operationsverzögerung und Überlebensdauer bei Carcinom-Patienten. *Langenbecks Arch. Chir.* 328, 169–179.
- Fradet, V., Konety, B.R., 2008. A delay in radical cystectomy of >3 months is not associated with a worse clinical outcome. *BJU Int.* 101, 257-8; author reply 258-9.
- Ghosh, B., Muruganandham, K., Dorairajan, L.N., Kumar, S., 2012. Re: Delay of surgery in men with low risk prostate cancer: D. O'Brien, S. Loeb, G. F. Carvalhal, B. B. McGuire, D. Kan, M. D. Hofer, J. T. Casey, B. T. Helfand and W. J. Catalona *J Urol* 2011; 185: 2143-2147. *J. Urol.* 188, 331.
- Guidelines, C.S., 2010. The Royal College of Ophthalmologists Cataract Surgery Guidelines AR se e ca ta ra ct September 2010 y su rg er y gu i er.
- Hautmann, R.E., 2007. Delay of cystectomy: For whom does it really matter? *Curr. Urol. Rep.* 8, 425–426.
- Helewa, R.M., Turner, D., Park, J., Wirtzfeld, D., Czaykowski, P., Hochman, D., Singh, H., Shu, E., McKay, A., 2013. Longer waiting times for patients undergoing colorectal cancer surgery are not associated with decreased survival. *J. Surg. Oncol.* 108, 378–384.
- Hilkuysen, G.L.M., Oudhoff, J.P., Rietberg, M., van der Wal, G., Timmermans, D.R.M., 2005. Waiting for elective surgery: A qualitative analysis and conceptual framework of the consequences of delay. *Public Health* 119, 290–293.
- Horan, A.H., 2006. Re: Cystectomy Delay More Than 3 Months From Initial Bladder Cancer Diagnosis Results in Decreased Disease Specific and Overall Survival. C. T. Lee, R. Madii, S. Daignault, R. L. Dunn, Y. Zhang, J. E. Montie and D. P. Wood, Jr., *J Urol*, 175: 1262-1267, 20. *J. Urol.* 176, 2744.
- Iacobucci, G., 2013. Lack of elective surgery in Cardiff hospitals put patients at risk. *BMJ* 347, 1–3.
- Jäger, W., Thomas, C., Haag, S., Hampel, C., Salzer, A., Thüroff, J.W., Wiesner, C., 2010. Cancer-Specific Survival 284–288.
- Khochikar, M., 2011. Early vs delayed radical cystectomy for “high-risk” carcinoma not invading bladder muscle: delay of cystectomy reduces cancer-specific survival. *BJU Int.* 108, E288-9.
- Killian, J.T., Holcomb, C.N., Graham, L.A., Richman, J.S., Hawn, M.T., 2016. Delays in Surgery for Patients With Coronary Stents Placed After Diagnosis of Colorectal Cancer. *JAMA Surg.* 151, 86.
- Klotz, L., 2011. Re: Delay of surgery in men with low risk prostate cancer. *J. Urol.* 186, 2505.
- Krüger, M., Schmitto, J.D., Wiegmann, B., Rajab, T.K., Haverich, A., 2014. Optimal timing of pulmonary metastasectomy - Is a delayed operation beneficial or counterproductive? *Eur. J. Surg. Oncol.* 40, 1049–1055.
- Larsen, N.S., 1993. Optimal timing of breast cancer surgery: findings revive debate. *J. Natl. Cancer Inst.*
- Lawson, R.S., 1971. The effects of delay in treatment on survival rates in carcinoma of the breast. *Med. J. Aust.* 1, 452.
- Li, Q., Xiao, B., Liu, S., Xu, T., Wang, X., 2014. [Effects of interval time between prostate biopsy and surgery on laparoscopic radical prostatectomy]. *Beijing Da Xue Xue Bao.* 46, 532–6.

- Mahmud, S.M., Fong, B., Fahmy, N., Tanguay, S., Aprikian, A.G., 2006. Effect of preoperative delay on survival in patients with bladder cancer undergoing cystectomy in Quebec: A population based study. *J. Urol.* 175, 78–83.
- Minckley, B.B., 1974. Physiologic and psychologic responses of elective surgical patients. Early definite or late indefinite scheduling of surgical procedure. *Nurs. Res.* 23, 392–401.
- Mundi, N., Theurer, J., Warner, A., Yoo, J., Fung, K., MacNeil, D., Dhaliwal, S., Winqvist, E., Palma, D.A., Nichols, A.C., 2018. The impact of seasonal operating room closures on wait times for oral cancer surgery. *Curr Oncol* 25, 67–72.
- Nielsen, M.E., Palapattu, G.S., Karakiewicz, P.I., Lotan, Y., Bastian, P.J., Lerner, S.P., Sagalowsky, A.I., Schoenberg, M.P., Shariat, S.F., 2007. A delay in radical cystectomy of >3 months is not associated with a worse clinical outcome. *BJU Int.* 100, 1015–1020.
- Olsson, J.K., Schultz, E.M., Gould, M.K., 2009. Timeliness of care in patients with lung cancer: A systematic review. *Thorax* 64, 749–756.
- Phillips, R.K.S., Spigelman, A.D., 1996. Can we safely delay or avoid prophylactic colectomy in familial adenomatous polyposis? *Br. J. Surg.* 83, 769–770.
- Phruetthiphath, O., Gao, Y., Anthony, C.A., Pugely, A.J., Warth, L.C., Callaghan, J.J., 2016. Incidence of and Preoperative Risk Factors for Surgical Delay in Primary Total Hip Arthroplasty: Analysis From the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. *J. Arthroplasty* 31, 2432–2436.
- Rao, A.R., Karim, O.M.A., 2005. Re: impact of surgical delay on long-term cancer control for clinically localized prostate cancer. *J. Urol.* 173, 1827–8.
- Rouprêt, M., 2014. Surgery: Surgical wait times for UTUC-A race against the clock? *Nat. Rev. Urol.* 11, 665–666.
- Siegel, R., 2016. Aktuelle Multizenterstudie zum optimalen Operationszeitpunkt beim vorbehandelten Rektumkarzinom. *Coloproctology* 38, 263–266.
- Sloothaak, D.A.M., Geijsen, D.E., van Leersum, N.J., Punt, C.J.A., Buskens, C.J., Bemelman, W.A., Tanis, P.J., 2013. Optimal time interval between neoadjuvant chemoradiotherapy and surgery for rectal cancer. *Br. J. Surg.* 100, 933–939.
- Sutherland, J.M., Crump, R.T., Chan, A., Liu, G., Yue, E., Bair, M., 2016. Health of patients on the waiting list: Opportunity to improve health in Canada? *Health Policy (New York)*. 120, 749–757.
- Torkki, M., Malmivaara, A., Seitsalo, S., Hoikka, V., Laippala, P., Paavolainen, P., 2003. Hallux valgus: Immediate operation versus 1 year of waiting with or without orthoses - A randomized controlled trial.
- Wagner, J.L., Meric-Bernstam, F., 2014. Reply to letter: "Waiting time for breast cancer treatment". *Ann. Surg.* 259, e50.
- Warwas, F.B., Schneider, B., 2018. Elective vs. early elective surgery in diverticular disease: a retrospective study on the optimal timing of non-emergency treatment. *Int. J. Colorectal Dis.* 33, 531–539.
- Zaydon, T., Davis, H., 1957. Optimal timing in elective pediatric surgery. *J. Fla. Med. Assoc.* 44, 238–241.
- Consensus document: recommendations for optimal surgical wait times for patients with urological malignancies., 2006. . *Can. J. Urol.* 13 Suppl 3, 62–64.

Annexe 4. Recommandations de la British Columbia Medical Association (2006)

La capacité des infrastructures

Recommandation 1.

S'engager à maintenir un niveau de capacité de lit en soins de routine ne dépassant pas 85% dans les hôpitaux.

Recommandation 2.

Tenir l'engagement d'augmenter de 5 000 le nombre de lits de soins de longue durée d'ici 2010.

Recommandation 3.

Augmenter la capacité des salles d'opérations d'au moins 25% au cours des deux prochaines années et mettre en œuvre une stratégie visant à réaliser une expansion supplémentaire de 25% d'ici 2009-2010.

Recommandation 4.

Formation d'un groupe de travail avec la collaboration des médecins praticiens pour élaborer des stratégies visant à accroître la disponibilité et l'utilisation appropriée de l'équipement de diagnostic. Le groupe de travail devrait être représenté à parts égales par le gouvernement de la Colombie-Britannique, les autorités sanitaires et la BCMA (British Columbia Medical Association) et faire rapport au plus tard le 31 Mars 2007.

Recommandation 5.

Comme priorité immédiate, le gouvernement de la Colombie-Britannique, la BCMA et les autorités sanitaires appuient une approche pluridisciplinaire, avec une chaire neutre, visant à réduire les temps d'attente aux urgences et à s'assurer que le nouveau financement est alloué de façon appropriée. Les stratégies à long terme visant à réduire les temps d'attente à l'échelle de la province devraient également être explorées conjointement par le gouvernement de la Colombie-Britannique, la BCMA et les autorités sanitaires.

Recommandation 6.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires, en collaboration avec la BCMA, reconstituent le comité de planification des ressources médicales en sommeil afin d'élaborer un plan quinquennal provincial d'approvisionnement en médecins au plus tard le 31 mars 2007.

Recommandation 7.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique, en collaboration avec la BCMA, travaille à l'introduction des adjoints au médecin dans le système de santé.

Recommandation 8.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique facilite la création de cliniques spécialisées et l'évaluation clinique complète pour augmenter la capacité de soins actifs.

Recommandation 9.

Lorsque les partenariats public-privé (PPP) et la sous-traitance servent de stratégies pour réduire les temps d'attente, les évaluations formelles et indépendantes devraient porter sur : les coûts totaux, leurs répercussions sur les soins aux patients, les temps d'attente et la satisfaction professionnelle et publique.

Établir des repères de temps d'attente

Recommandation 10.

Les repères de délais d'attente pour tous les principaux services diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux devront être présentés au plus tard pour le 31 Décembre 2007. De plus, il devrait y avoir un délai d'attente maximal de six mois entre l'envoi du médecin généraliste et la prestation du service.

Recommandation 11.

Le gouvernement provincial paie les frais de traitement, de déplacement et les autres coûts pour les patients qui doivent se rendre dans d'autres juridictions pour recevoir des services dans les cibles de délais d'attente.

Les instruments de gestion des listes d'attente

Recommandation 12.

La BCMA appuie le développement continu et la mise en œuvre de registres centraux en Colombie-Britannique. Le développement des registres centraux doit inclure une contribution significative de la part des médecins praticiens, des patients, des organismes de réglementation professionnelle et des organismes de protection de la vie privée.

Recommandation 13.

Le registre central des listes d'attente du gouvernement provincial doit être mis à jour et vérifié régulièrement pour assurer l'exactitude et l'intégrité des données.

Recommandation 14.

La confidentialité des informations des patients dans les registres centraux doit être protégée par des pistes d'audit et des mécanismes d'authentification.

Recommandation 15.

Le Comité consultatif sur les lignes directrices et les protocoles de la Colombie-Britannique (CCPG) continue d'élaborer des lignes directrices fondées sur des données probantes pour apporter des indications cliniques appropriées pour les services en question. L'élaboration et la mise en œuvre de ces lignes directrices devraient continuer d'être soutenues et financées par le gouvernement.

Recommandation 16.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique, avec la participation des médecins praticiens, élabore un programme de récompense pour les meilleures pratiques dans les hôpitaux, les installations chirurgicales et les soins post-hospitaliers réduisant les temps d'attente et améliorant les résultats des patients.

Recommandation 17.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires, en collaboration avec des médecins praticiens, travaillent à l'intégration des données de la santé à l'échelle de la province, y compris les registres centraux des listes d'attente pour réduire et mieux gérer les listes d'attente. Il est reconnu que cela nécessitera un financement supplémentaire en informatique de la part du gouvernement et des autorités sanitaires.

Recommandation 18.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique offre des incitatifs aux hôpitaux et aux médecins afin de réduire les temps d'attente dans la province, sous réserve d'une diminution des temps d'attente et d'une augmentation des services fournis.

Recommandation 19.

Des stratégies doivent être élaborées conjointement par la BCMA et le gouvernement de la Colombie-Britannique afin d'améliorer l'interface entre les soins primaires et les soins spécialisés afin de réduire et de mieux gérer les listes d'attente.

L'amélioration de la responsabilisation

Recommandation 20.

Les gouvernements, les autorités sanitaires et les médecins élaborent des approches et des définitions standardisées, soutenues par des systèmes d'information appropriés, pour mesurer combien de temps les patients attendent réellement leurs procédures chirurgicales et diagnostiques.

Recommandation 21.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique et les autorités de santé signalent chaque mois aux patients et aux fournisseurs de soins de santé des listes d'attente précises, claires et concises. Les temps d'attente totaux devraient être mesurés à partir du moment de l'orientation du médecin généraliste jusqu'à la prestation du service.

Recommandation 22.

Les ententes de rendement conclues entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires comprennent des points de référence précis sur les temps d'attente avec des incitations pour atteindre les cibles de rendement ainsi que des contre-incitations à ne pas atteindre les objectifs.

Recommandation 23.

Établir une Commission mixte sur les temps d'attente en Colombie-Britannique (BCWTC), composée de représentants du BCMA, du BCNU et du ministère de la Santé et de la Santé, pour formuler des recommandations concernant le financement ciblé sur les temps d'attente.

Recommandation 24.

Le BCWTC sera chargé de surveiller les progrès de toutes les initiatives relatives aux listes d'attente dans la province afin de s'assurer que les temps d'attente correspondent toujours à des niveaux médicalement raisonnables.

Recommandation 25.

Le BCWTC fait un rapport annuel sur la performance à atteindre les repères médicalement raisonnables, et énonce des recommandations sur la façon d'améliorer l'accès des patients à des soins en temps opportun.

Le financement

Recommandation 26.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique fournit le financement nécessaire pour que les citoyens de la Colombie-Britannique aient un accès équitable aux services médicaux nécessaires, peu importe leur emplacement géographique.

Recommandation 27.

Un financement ciblé doit être fourni pour que la Colombie-Britannique se conforme aux critères de temps d'attente.

Recommandation 28.

Une part importante du financement du Plan de santé décennal fédéral-provincial de 2004 servira à éliminer les accumulations de travail existantes et à accroître la capacité du secteur des soins de courte durée.

Recommandation 29.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique augmente le pourcentage de services financés par les régies de la santé afin de réduire les listes d'attente.