



Un travail à terminer

Bulletin de 2009 sur les temps
d'attente au Canada

Juin 2009

Aperçu

Les Canadiens sont habitués à attendre. Ils font la file pour acheter un café et prendre l'autobus pour aller au travail. Attendre des soins de santé, c'est toutefois très différent. Il y a cinq ans, le gouvernement du Canada a décidé d'intervenir pour réduire les temps d'attente en santé en injectant dans le système près de 6 milliards de dollars. Même s'il y a des signes d'amélioration, le manque d'information courante et uniforme sur les temps d'attente n'est qu'un des symptômes de ce «travail à terminer» que constitue la question des temps d'attente au Canada. Que se passe-t-il?

Comme la liste des points de repère sur les temps d'attente et les données prennent constamment de l'ampleur, le 4^e bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) présente aux Canadiens un tableau plus fidèle des temps d'attente réels pour avoir accès à un éventail plus vaste de soins médicaux.

Ce bulletin est le premier à dépasser les «cinq domaines prioritaires» initiaux de l'Accord conclu en 2004 par les premiers ministres, soit arthroplastie (hanche et genou), rétablissement de la vue (chirurgie de la cataracte), soins cardiaques (pontage aortocoronarien), imagerie diagnostique (IRM et TDM) et soin du cancer (radiothérapie).

Le rapport contient quatre sections : (1) Un travail à terminer — les temps d'attente dans les cinq domaines priori-

taires, (2) Élargissement du champ d'action — le temps d'attente total pour un vaste éventail de soins spécialisés peut être très long, (3) Longueur de l'attente — il faut mieux informer le public et, finalement, (4) Les prochaines étapes.

Dans la deuxième partie — (2) Élargissement du champ d'action — nous avons inclus des données sur les temps d'attente totaux pour un plus vaste éventail de services, y compris les suivants :

- interventions supplémentaires dans les cinq domaines prioritaires du début;
- interventions ou traitements dans six autres spécialités : psychiatrie, obstétrique-gynécologie, gastro-entérologie, chirurgie plastique, anesthésiologie et soins d'urgence.

Les données sur les temps d'attente pour ces interventions ou traitements supplémentaires sont tirées d'une étude Ipsos-Reid commandée par l'ATA et réalisée auprès de 11 sociétés nationales de spécialistes en février 2009. Les constatations reflètent la réalité de ce qu'un médecin peut voir dans son cabinet à compter du moment où le patient lui est référé par son médecin de famille. La longueur des temps d'attente évaluée dans ce bulletin n'inclut toutefois pas la période pendant laquelle les patients doivent peut-être attendre pour avoir accès à leur médecin de famille, ni le fait que presque 5 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille.

1. Un travail à terminer — Les temps d'attente dans les cinq «domaines prioritaires»

Comme les bulletins précédents de l'ATA, celui de 2009 montre une amélioration modeste des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires par rapport à l'année précédente (Tableau 1). Cette conclusion se fonde sur le pourcentage des patients traités en-deçà des points de repère établis par les gouvernements. L'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique continuent de performer solidement, tandis que la région de l'Atlantique tire de l'arrière. Ces points de repère correspondent toutefois au temps d'attente maximum acceptable et il ne faut donc pas les considérer comme des objectifs souhaitables. Les résultats peuvent de plus varier selon la région dans une même province (p. ex., dans les secteurs urbains, les niveaux d'accès peuvent différer de ceux des régions rurales).

Les points de repère utilisés par les gouvernements provinciaux et territoriaux préoccupent toujours. Par exemple, la décision des gouvernements de se concentrer seulement sur l'établissement d'un objectif de temps d'attente pour l'accès au pontage aortocoronarien (PAC) ne tient pas compte de tous les autres éléments du traitement et des soins cardiovasculaires. Ces éléments comprennent notamment l'accès pour les patients à un cardiologue communautaire et à des services

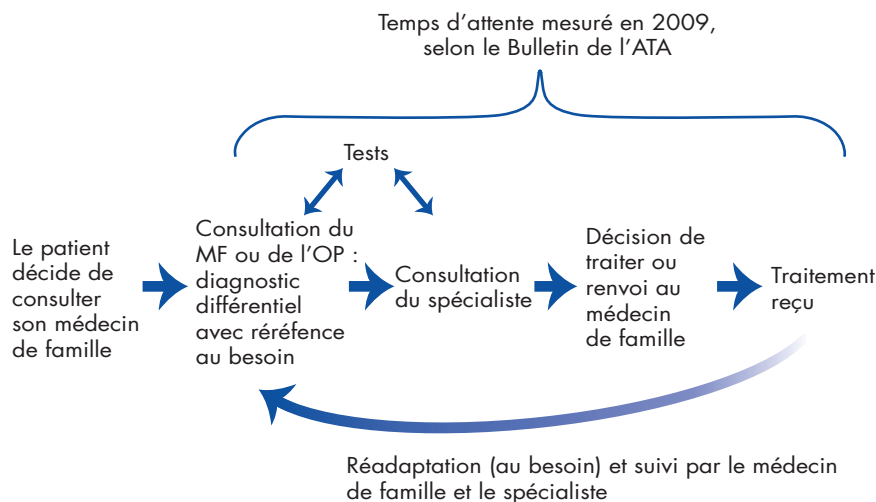
de diagnostic ou de traitement, ainsi que l'accès aux services de réadaptation cardiaque. La Société canadienne de cardiologie (SCC) et l'ATA ont établi, en 2005, des points de repère factuels pour l'accès dans tout le continuum des soins cardiovasculaires. Il faut aussi adopter tous ces points de repère afin de s'attaquer réellement à l'accès aux soins pour les patients. Il faut notamment adopter le point de repère recommandé de 6 semaines dans le cas du PAC, comparativement à l'objectif actuel de 26 semaines établi par les gouvernements. Le site web de la SCC, www.ccs.ca, présente un éventail complet de points de repère pour les services et les interventions en cardiologie.

2. Élargissement du champ d'action — L'attente totale pour un vaste éventail de services de soins spécialisés peut être très longue

Dans son bulletin de 2009, l'ATA veut faire mieux comprendre les temps réels que connaissent les patients. Pour le patient, l'attente commence avant la prise d'un rendez-vous pour un traitement. La Figure 1 illustre le parcours total du patient dans le système de santé.

Le rapport de cette année présente aussi des données qui saisissent une évaluation plus fidèle du temps d'attente total que les patients connaissent pour avoir accès aux soins dans un

Figure 1. Temps d'attente du point de vue du patient.



Adapté d'un prototype partagé par le Collège des médecins de famille du Canada et par ICES, *Access to Health Services in Ontario*, Fig. 1.1.

Tableau 1. Temps d'attente provinciaux comparativement aux points de repère établis par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

| Province | TDM | | IRM | | Hanche | | Genou | | Radio-oncologie | | Cataracte | | PAC* | |
|------------------------------------|-----|---|-----|---|--------|---|-------|---|-----------------|---|-----------|---|------|---|
| NL | ap | ? | ap | ? | B | ↑ | C | ↑ | A | ↓ | A | ↓ | A | ↓ |
| PEI | ap | ↑ | ap | ↔ | ad | ? | ad | ? | A | ↓ | ad | ? | / | / |
| NS | ap | ? | ap | ? | F | ↔ | F | ↓ | ad | ↔ | B | ↔ | ad | ? |
| NB | ap | ? | ap | ? | C | ↔ | D | ↔ | A | ↓ | B | ↔ | A | ↔ |
| QC | ap | ? | ap | ? | A | ↔ | A | ↔ | A | ↓ | ad | ↔ | ad | ? |
| ON | ap | ↔ | ap | ↔ | A | ↓ | A | ↓ | A | ↓ | A | ↓ | A | ↔ |
| MB | ap | ↓ | ap | ↑ | A | ↓ | A | ↓ | A | ↔ | B | ↔ | A | ↓ |
| SK | ap | ? | ap | ? | C | ↔ | F | ↔ | A | ↓ | A | ↓ | A | ↔ |
| AB† | ap | ? | ap | ? | ad | ? | ad | ? | ad | ? | ad | ? | ad | ? |
| BC | ap | ? | ap | ? | A | ↓ | A | ↓ | A | ↔ | A | ↔ | A | ↓ |
| Notes nationales annuelles‡ | | | | | | | | | | | | | | |
| 2007 | ap | ? | ap | ? | B | ↓ | B | ↓ | C | ↓ | B | ↔ | A | ↔ |
| 2008 | ap | ? | ap | ? | B | ↔ | B | ↓ | B | ↔ | B | ↔ | A | ↔ |
| 2009 | ap | ? | ap | ? | B | ↓ | C | ↔ | A | ↓ | A | ↓ | A | ↔ |

Tableau 1 — Méthode d'attribution d'une note alphabétique — basée sur les sites web des provinces en mai 2009 :

- A : 80 à 100 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- B : 70 à 79 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- C : 60 à 69 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- D : 50 à 59 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- F : Moins de 50 % de la population traitée en-deçà du point de repère

ad : «aucune donnée» — situations où l'on n'a pas fourni de données, les données sont désuètes (c.-à-d. ont plus de six mois) ou ne se prêtent pas à l'établissement d'estimations du rendement de la façon décrite en détail ci-dessous.

La diagonale / dans les carrés blancs indique que le service n'est pas offert, p. ex., PAC à l'Î.-P.-É.

ap : «aucun point de repère» — on n'a pas encore établi de points de repère pour l'imagerie diagnostique au Canada. Lorsque les provinces ont signalé des temps d'attente, on attribue une cote couleur pour indiquer les progrès réalisés depuis 12 mois.

Tableau 1 — Méthode de cotation par couleur‡

Ce tableau indique le changement des temps d'attente en fonction des données publiques disponibles les plus récentes dans chacun des cinq domaines prioritaires, selon la province, de la façon suivante :

- (?) données insuffisantes pour déterminer
- (↓) diminution des temps d'attente au cours de l'année
- (↑) augmentation des temps d'attente au cours de l'année
- (↔) aucun changement marqué (c.-à-d. différence de + ou - < 5 %) au cours de l'année

*La catégorie du pontage aortocoronarien (PAC ci-dessus) constitue un élément seulement de l'ensemble des soins coronariens dispensés aux patients. Consultez le site web de la Société canadienne de cardiologie à www.ccs.ca qui présente l'éventail complet des points de repère sur les services et les interventions cardiovasculaires. Tous ces points de repère restent à adopter pour s'attaquer vraiment aux temps d'attente en soins coronariens.

†En juin 2009, le site web du Registre des temps d'attente de l'Alberta ne fonctionne pas pendant qu'on tente de résoudre des problèmes de qualité des données dans le système de gestion de l'information et de technologie de l'information.

‡Les notes alphabétiques sur les temps d'attente nationaux annuels sont fondées sur une moyenne pondérée des notes alphabétiques des provinces. On calcule la note attribuée à chaque domaine prioritaire en accordant des points aux notes provinciales pour chacune des quatre interventions cotées (A=4, B=3, C=2, D=1 et F=0), en établissant la moyenne et en évaluant ensuite la moyenne en fonction du système suivant : A= 3,3-4,0, B= 2,5-3,2, C= 1,7-2,4, D= 0,9-1,6, F= 0-0,8.

Tableau 2. Sommaire des sept spécialités ayant fait l'objet de l'Étude nationale du journal des médecins.

| Spécialité | Traitement, intervention, sous-spécialité, thérapie, diagnostic | De référence à consultation, n ^{bre} de jours (médiane) | De consultation à traitement, n ^{bre} de jours (médiane) | Attente totale, n ^{bre} de jours (médiane) | % de patients attendant plus de 18 semaines |
|----------------------------|---|--|---|---|---|
| Ophtalmologie | Transplantation de la cornée | 62 | 457 | 636 | na |
| | Chirurgie du strabisme chez l'adulte | 159 | 188 | 450 | 91 |
| Anesthésie | Soulagement de la douleur chronique | na | na | 106 | 44 |
| Obstétrique et gynécologie | Saignements utérins anormaux en période de préménopause | 71 | 76 | 164 | 62 |
| | Incontinence urinaire | 92 | 116 | 247 | 82 |
| | Prolapsus pelvien | 93 | 120 | 250 | 77 |
| | Douleur pelvienne | 69 | 74 | 145 | 61 |
| | Stérilisation de convenance | 80 | 64 | 159 | 64 |
| | Toutes les interventions pour toutes les affections | 86 | 92 | 193 | 69 |
| Médecine nucléaire | Études thyroïdiennes et(ou) consultations pour des problèmes thyroïdiens | 12 | 1 | 21 | na |
| | Épreuves d'effort | 25 | 0 | 25 | na |
| | Thérapie isotopique | 16 | 0 | 19 | na |
| Gastro-entérologie | Caractéristiques cliniques d'une poussée active importante de maladie intestinale inflammatoire | 60 | 45 | 106 | 67 |
| | Diarrhée ou constipation chronique | 90 | 139 | 260 | 75 |
| | Saignements rectaux rouge vif | 37 | 14 | 57 | 43 |
| | Recherche positive de sang occulte dans les selles | 93 | 64 | 156 | 50 |
| | Coloscopie de dépistage | 106 | 39 | 148 | 60 |
| | Toutes les interventions pour toutes les affections | 75 | 48 | 130 | 51 |
| Chirurgie plastique | Toutes les interventions | 55 | 87 | 173 | 59 |
| Chirurgie orthopédique | Arthroplastie totale de la hanche | 65 | 141 | 247 | 75 |
| | Arthroplastie totale du genou | 89 | 143 | 312 | 83 |

Source : Sondage Ipsos-Reid auprès de médecins de 11 sociétés nationales de spécialistes, février 2009.

*Dans l'ensemble, dans un créneau de sondage de trois semaines en février 2009 : on a interrogé 1189 médecins spécialistes au sujet de ce qu'ils pensent des temps d'attente au Canada et recueilli des données sur les temps d'attente pour 2010 patients.

certain nombre de spécialités. Il s'agit du temps écoulé entre le moment où un patient est référé par son médecin de famille à spécialiste et celui où il reçoit le traitement nécessaire.

On a demandé à des spécialistes de revoir les dossiers de leurs cinq derniers patients pour déterminer pendant combien de temps ceux-ci avaient attendu entre le moment où ils ont consulté leur médecin de famille et celui où ils ont été traités. L'Association canadienne de gastro-entérologie (ACG) a été la première à mettre au point cette méthodologie et à l'utiliser. Dans cette étude de l'ATA, c'est la première fois qu'on applique cette méthodologie à de multiples spécialités.

On compare ensuite ces temps d'attente totaux aux objectifs ou points de repère appropriés quant aux temps d'attente maximaux, de la façon suivante :

- 18 semaines dans le cas des soins prévus — Les points de repère actuels des provinces et des territoires reflètent seulement le temps pendant lequel les patients attendent un traitement après avoir consulté leur spécialiste. Ces points de repère n'incluent pas le temps que les patients passent à attendre pour consulter le spécialiste, ni le temps qu'il faut attendre pour subir tous les examens diagnostiques nécessaires après avoir été référés par leur médecin de famille. Aux fins de comparaison, l'ATA a appliqué l'objectif qu'utilise actuellement le National Health Service (NHS) d'Angleterre, soit 18 semaines pour une intervention chirurgicale prévue à compter du moment où le médecin de famille effectue la référence jusqu'au jour du traitement, y compris tous les examens diagnostiques nécessaires. Cet objectif est appliqué aux interventions ou aux problèmes reliés à sept spécialités dans le présent bulletin.
- Soins du cancer — On utilise le point de repère établi par l'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO), soit quatre semaines pour la radiothérapie (deux semaines pour la consultation et deux semaines pour le traitement).
- Soins d'urgence — À l'exception de l'Ontario, les gouvernements n'ont établi aucun objectif sur les temps d'attente maximaux pour les patients qui ont besoin de soins d'urgence. Pour les besoins de la comparaison, l'ATA a utilisé les points de repère de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), soit durée maximale du séjour à l'urgence de six heures dans 95 % des cas les plus graves (Niveaux I–III de l'Échelle canadienne de triage et de gravité — ECTG) et de quatre heures dans 95 % des cas moins graves (Niveaux IV–V de l'ECTG).

- Psychiatrie — On utilise le point de repère établi par l'Association des psychiatres du Canada (APC), soit un temps d'attente maximal de quatre semaines (cas prévus) pour avoir accès à un psychiatre, pour les patients atteints de dépression majeure.

Résultats globaux de l'étude des journaux des médecins

Les résultats, présentés au Tableau 2, comprennent le temps d'attente écoulé entre la référence du médecin de famille et la consultation du spécialiste, et entre la consultation du spécialiste et tout examen de diagnostic nécessaire pour commencer le traitement. Compte tenu de l'objectif établi par le NHS, soit 18 semaines entre la référence initiale d'un médecin de famille et le début du traitement, les temps d'attente ont dépassé l'objectif de 18 semaines pour la majorité des patients (mis en évidence en rouge dans la colonne de droite du Tableau 2). L'accès est particulièrement médiocre dans les cas suivants : ophtalmologie (strabisme de l'adulte), obstétrique et gynécologie, gastro-entérologie, chirurgie plastique et orthopédie.

Soins du cancer

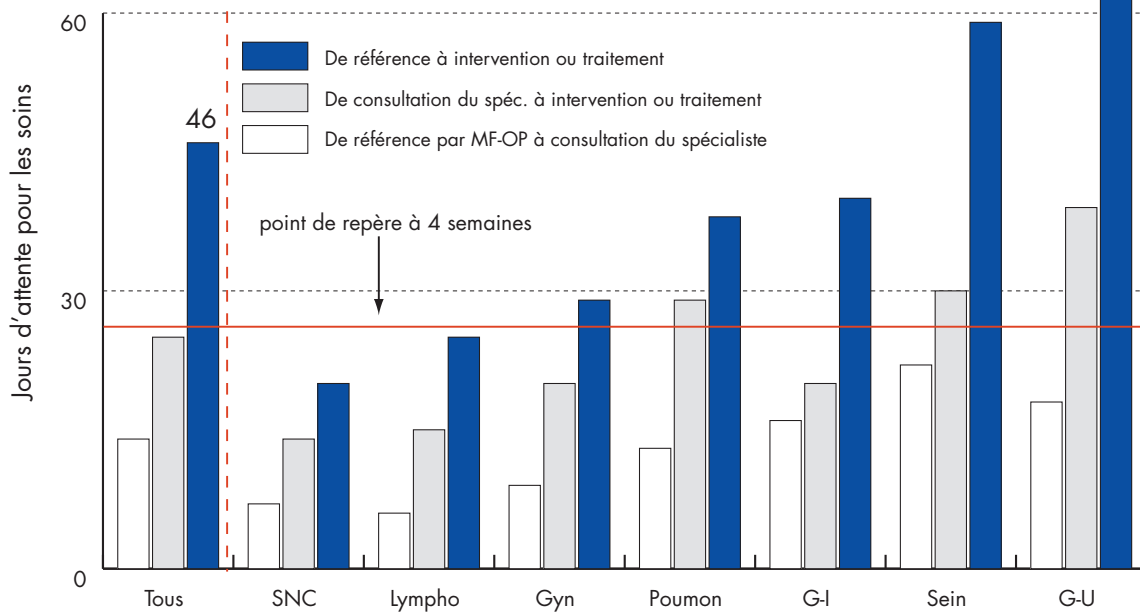
Selon les résultats de l'étude, l'attente médiane pour des soins médicaux (curatifs) du cancer s'établissait à 46 jours, soit presque sept semaines. Comme le montre la Figure 2, la majorité de ces traitements ont dépassé de quatre semaines (deux semaines d'attente pour la consultation et deux autres pour le traitement) les points de repère établis par l'ACRO pour un traitement curatif du cancer. Ces attentes sont troublantes, étant donné le lien clair qui existe entre le retard de la radiothérapie et une chance de guérison. À l'exception des cas gastro-intestinaux, toutes les formes de soins palliatifs contre le cancer ont été fournies en-deçà du point de repère de quatre semaines.

La grande différence entre les soins curatifs et les soins palliatifs (Figure 3), c'est que dans ce dernier cas, on utilise (habituellement) des techniques de radiothérapie simples qui exigent une planification minimale et qu'il est souvent possible de prévoir à quelques jours d'avis. Les traitements radicaux (curatifs) peuvent être très complexes et exiger beaucoup de ressources (TDM, IRM, planification de la radiothérapie), ce qui allonge considérablement l'attente.

Temps d'attente à l'urgence

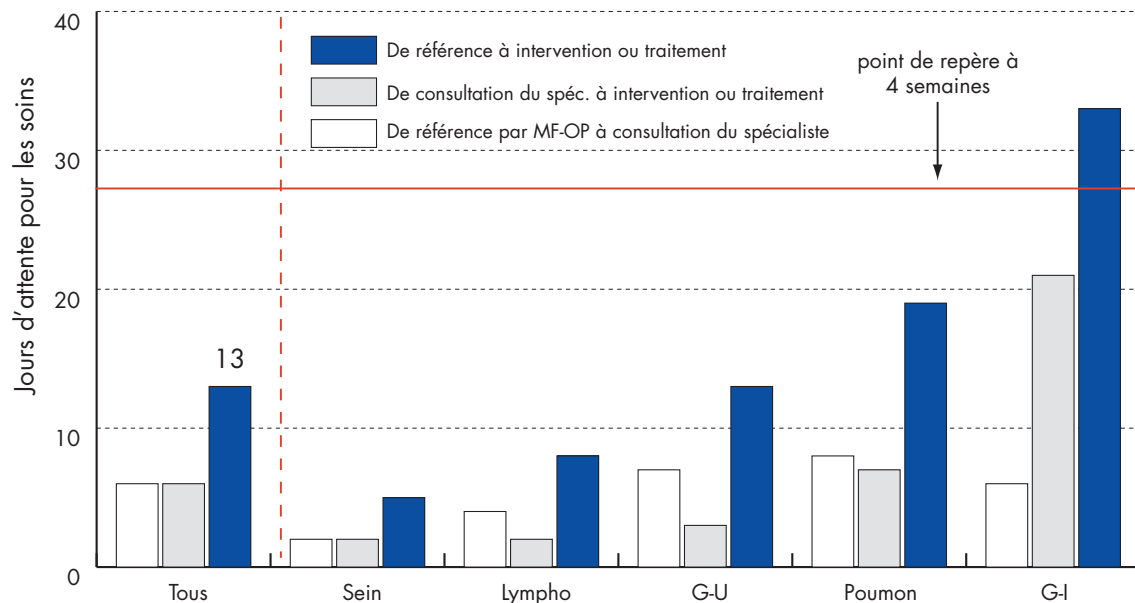
En ce qui a trait à l'accès à l'urgence, l'ATA a comparé les données aux objectifs de l'ACMU : durée maximale du séjour

Figure 2 – Temps d'attente médian pour les soins curatifs du cancer au Canada, sondage de février 2009, comparativement au point de repère de l'ACRO fixé à quatre semaines.



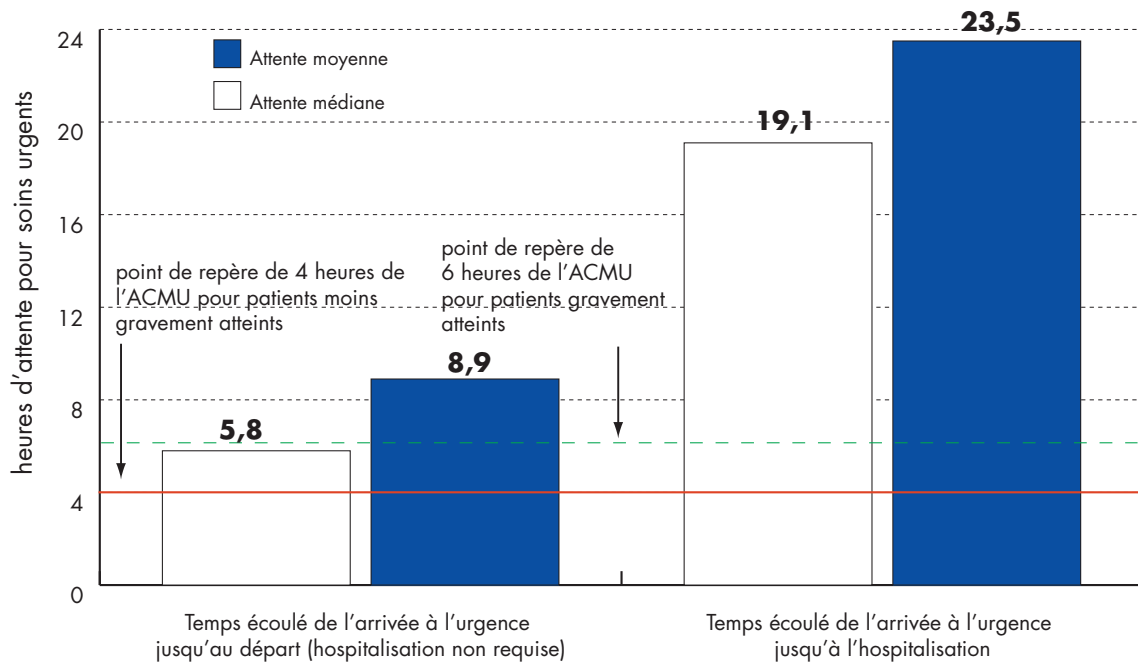
Source : Étude sur le journal des médecins, sondage Ipsos-Reid, Association canadienne de radio-oncologie 02/09.
 Abréviations : Gyn = gynécologique, SNC = système nerveux central, G-I = gastro-intestinal, Lympho = lymphome, G-U = génito-urinaire.

Figure 3 – Temps d'attente médian pour les soins palliatifs du cancer au Canada, sondage de février 2009, comparativement au point de repère de l'ACRO fixé à quatre semaines.



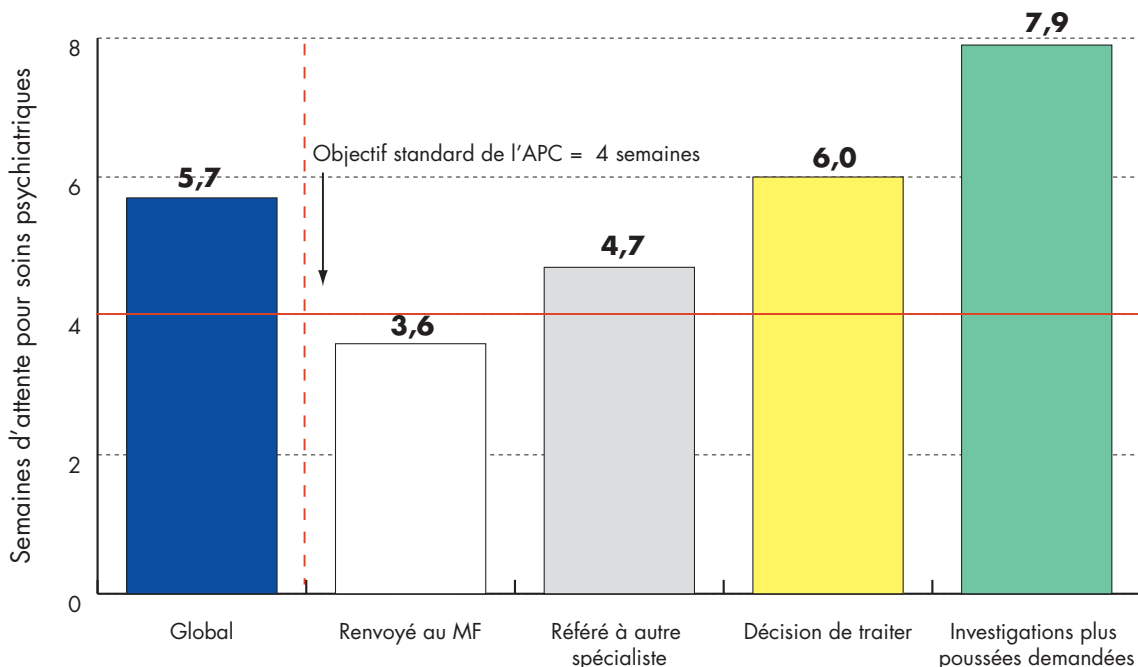
Source : Étude sur le journal des médecins, sondage Ipsos-Reid, Association canadienne de radio-oncologie 02/09.

Figure 4 – Temps d’attente pour des soins d’urgence au Canada, données tirées du sondage de février 2009, comparativement aux objectifs fixés à 4 et à 6 heures selon l’ECTG.



Source : Étude sur le journal des médecins d'Ipsos-Reid, sondage auprès de l'Association canadienne des médecins d'urgence. Le temps passé à l'urgence jusqu'au congé ne doit pas dépasser quatre heures et le temps écoulé jusqu'à l'admission, six heures, dans 95 % des cas – ACMU 09.

Figure 5 – Temps d’attente pour les soins psychiatriques au Canada, résultat de la consultation, données tirées du sondage de février 2009, temps d’attente médians comparativement à l’objectif de quatre semaines.



Source : Étude sur le journal des médecins, sondage Ipsos-Reid, Association des psychiatres du Canada.

à l'urgence de six heures pour 95 % des cas extrêmement graves (Niveaux I, II, III de l'ECTG) et de quatre heures pour 95 % des cas moins urgents et non urgents (Niveaux IV–V de l'ECTG)¹. Prière de noter que les cibles de l'ACMU constituent des durées maximales absolues alors que les données recueillies par l'ATA représentent des temps médians ou moyens. Cela signifie que les chiffres indiqués ci-dessous comportent une plage d'attente pour les patients dont certains attendent moins longtemps et d'autres, plus longtemps, que l'attente moyenne ou médiane.

Il y a lieu de préciser que les objectifs de l'ACMU reflètent non pas la durée moyenne d'attente mais plutôt la durée maximale acceptable du séjour à l'urgence. Ainsi, un patient qui arrive à l'urgence dans un état très grave (par exemple, atteint de blessures multiples subies dans un accident d'auto) sera certes vu par le médecin plus rapidement, mais il attendra plus longtemps à l'urgence pour obtenir un lit en service interne. Ces patients gravement atteints ont habituellement besoin de tout un éventail d'interventions qui stabiliseront leur état avant le transfert en service interne (c'est-à-dire l'hospitalisation), et il leur faut donc attendre aussi qu'un lit se libère. C'est au moment du transfert de l'urgence à l'interne que cesse la mesure du temps d'attente à l'urgence. C'est pourquoi la durée maximale de séjour est plus longue pour les patients plus gravement malades.

L'étude a constaté que le temps d'attente médian entre le moment où le patient se présente à l'urgence et celui où il quitte l'urgence (dans le cas d'un patient qui n'a pas dû être hospitalisé) a atteint presque six heures (voir la barre légèrement ombrée à gauche dans la Figure 4), tandis que l'attente moyenne a atteint presque neuf heures.

De plus, le temps d'attente médian pour les patients qui ont besoin d'un lit en service interne — c.-à-d. entre le moment où le patient se présente à l'urgence et celui où il est hospitalisé — a atteint 19 heures (la moyenne s'établissant à 23,5 heures ou presque une journée complète), ce qui est beaucoup plus long que les seuils de l'ECTG (p. ex., plus de trois fois les lignes directrices établies à six heures pour les cas extrêmement graves). Si les patients doivent attendre plus longtemps pour être admis, c'est souvent parce qu'on est incapable de leur trouver un lit dans un service interne.

Temps d'attente en soins psychiatriques

En ce qui a trait à l'accès en temps opportun aux soins psychiatriques, le temps d'attente médian global pour consulter un psychiatre à cause d'une dépression majeure s'établissait à 5,7 semaines, ce qui est presque deux semaines de plus que

le point de repère maximal établi par l'Association des psychiatres du Canada, soit quatre semaines pour les cas prévus (Figure 5). Les psychiatres sont beaucoup plus susceptibles que d'autres spécialistes de refuser d'accepter des patients référés, ce qui brouille encore davantage ce temps d'attente médian : 37 % des psychiatres ont déclaré refuser d'accepter les patients référés très souvent ou souvent, comparativement à 23 % de tous les médecins.

3. Quelle est donc la durée de l'attente? Le public doit être mieux informé

Même s'il y a eu des améliorations, l'information sur les temps d'attente n'est pas facile d'accès ou n'est pas mise à jour assez souvent dans certaines provinces. De plus, il n'y a toujours pas de définitions normalisées de l'utilisation entre les sites web provinciaux sur les temps d'attente. Une province — Terre-Neuve-et-Labrador — n'a toujours pas de page web réservée aux rapports sur les temps d'attente. Il demeure aussi difficile pour les patients d'obtenir de l'information sur les temps d'attente pour le soin du cancer dans certaines provinces (p. ex., lorsqu'il n'y a pas de lien entre le principal site web sur les temps d'attente et le site web de la province sur le traitement du cancer). Cela dit, il convient de signaler que des provinces ont amélioré considérablement l'envergure et la fréquence de leur collecte de données et de l'information sur les temps d'attente, en particulier l'Ontario, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick.

Il est urgent d'étendre la collecte et l'information au-delà des cinq domaines prioritaires initiaux. Plusieurs provinces ont amélioré l'information, mais il y en a toujours quelques-unes qui ne produisent des rapports que sur les cinq interventions initiales ou sur un éventail limité d'interventions.

Il est impossible de déterminer les progrès réalisés par les provinces et les territoires dans l'établissement de garanties de temps d'attente, même si les gouvernements se sont engagés à utiliser 612 millions de dollars en financement fédéral afin d'établir une garantie pour une intervention seulement par province d'ici au 31 mars 2010.

4. Prochaines étapes

Même si l'on a réalisé des progrès sur l'accès aux soins en temps opportun dans certaines spécialités, il ne faut pas ralentir les efforts. Dans son étude, l'ATA a aussi demandé aux spécialistes ce qu'ils pensent des temps d'attente à venir et 62 % croient que les temps d'attente pour l'accès aux soins

spécialisés augmenteront au cours des cinq prochaines années.

L'ATA continuera de suivre les progrès réalisés par les provinces dans les cinq domaines prioritaires du début annoncés dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé signé par les premiers ministres en 2004. L'ATA continuera aussi d'éclairer : (1) l'attente que connaissent les patients pour un plus large éventail de services de soins spécialisés (au-delà des cinq définis au début par le gouvernement); (2) les temps d'attente totaux auxquels font face les patients qui essaient d'avoir accès à des soins spécialisés. Nous exhortons les gouvernements à prendre les mesures nécessaires pour commencer à recueillir et à publier des données sur les temps d'attente totaux pour un vaste éventail de services médicaux.

L'ATA prévoit élargir son évaluation de l'accès pour les Canadiens à un plus vaste éventail de soins spécialisés dans des bulletins à venir.

Référence

1. Durée maximale du séjour à l'urgence entre le moment de voir l'infirmière de triage et le moment de quitter le service d'urgence. Voir l'énoncé de position de l'ACMU au sujet de l'engorgement des urgences (février 2007), qui explique aussi les lignes directrices l'ECTG : www.ACMU.ca/CMS/get_file.asp?id=c3a68d63aa5c462e9689c17175f7c6ba&text=.pdf&name=ACMU_ED_Overcrowding.pdf

L'Alliance sur les temps d'attente

Depuis 2005, l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) publie des rapports sur l'accès en temps opportun aux soins spécialisés opportun pour les Canadiens. L'ATA regroupe 13 associations et réunit plusieurs sociétés médicales nationales de spécialistes dont les membres soignent directement les patients. Les membres de l'ATA sont (en ordre alphabétique) :

- Association canadienne d'orthopédie (ACO)
- Association canadienne de gastro-entérologie (ACG)
- Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN)
- Association canadienne de radio-oncologie (ACRO)
- Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU)
- Association canadienne des radiologistes (ACR)
- Association des psychiatres du Canada (APC)
- Association médicale canadienne (AMC)
- Société canadienne d'ophtalmologie (SCA)
- Société canadienne de cardiologie (SCC)
- Société canadienne des anesthésiologistes (SCA)
- Société canadienne des chirurgiens plasticiens (SCCP)
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)