

**ALLIANCE SUR LES
TEMPS D'ATTENTE**

**Association canadienne
d'orthopédie**

**Association canadienne de
gastroentérologie**

**Association canadienne de
médecine nucléaire**

**Association canadienne
des médecins d'urgence**

**Association canadienne
des radiologistes**

**Association canadienne de
radio-oncologie**

**Association des
psychiatres du Canada**

**Association médicale
canadienne**

**Société canadienne
d'ophtalmologie**

**Société canadienne de
cardiologie**

**Société canadienne des
anesthésiologistes**

**Société canadienne des
chirurgiens plasticiens**

**Société des obstétriciens
et gynécologues du
Canada**

**ÉVALUATION DU PLAN DÉCENNAL POUR
CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ
EFFECTUÉE PAR LES MEMBRES
DE L'ALLIANCE SUR LES TEMPS D'ATTENTE**

Mai 2008

ASSOCIATION CANADIENNE D'ORTHOPÉDIE (ACO)

Évaluation de l'intervention gouvernementale jusqu'à maintenant

- Selon le dernier rapport du Conseil canadien de la santé, les temps d'attente T2 pour l'arthroplastie de la hanche et du genou se rapprochent en général du point de repère recommandé de 6 mois, ce qui concorde avec les données anecdotiques des membres de l'ACO.
- Malgré une certaine réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou, la demande de services est aussi importante que jamais à cause de la démographie et d'une pénurie critique de ressources humaines dans le secteur de la santé.
- Énormément de données anecdotiques provenant des membres des sous-spécialités de l'ACO (épaule, colonne, pied et cheville) indiquent que les temps d'attente T1 et T2 sont excessivement longs : jusqu'à 3 ans dans le cas des temps T1 et jusqu'à 2 ans dans celui des temps T2.
- Il s'ensuit que beaucoup de ces sous-spécialistes ne peuvent plus prendre de nouveaux patients.

Principaux obstacles à l'amélioration et au maintien de l'accès

- L'ACO a calculé qu'il faut 400 chirurgiens orthopédistes de plus pour nous rapprocher du ratio chirurgien:habitants de la plupart des autres pays du G7.
- Au cours de la présente décennie, jusqu'à la moitié des nouveaux chirurgiens orthopédistes du Canada sont partis à l'étranger (surtout aux États-Unis).
- Les chirurgiens sont partis principalement parce qu'ils ne pouvaient pas trouver de travail au Canada en dépit de l'énormité de la demande de services orthopédiques.
- Le manque de ressources hospitalières adéquates (personnel de salle d'opération, temps en salle d'opération et budget pour les prothèses) pour appuyer l'expansion des services orthopédiques constitue un obstacle important à l'emploi.

Recommandations

- Les facultés de médecine doivent augmenter de places de formation spécialisée en orthopédie.
- Les régies régionales de la santé doivent établir des programmes qui aident les hôpitaux à réunir les ressources nécessaires (anesthésistes, infirmières, temps en salle d'opération, prothèses) pour répondre à la demande et garder les chirurgiens orthopédistes que le Canada forme.
- Il est démontré que les modèles de soins musculosquelettiques dans lesquels les traitements sont administrés par des équipes multidisciplinaires – médecins de première ligne, infirmières, physiothérapeutes en pratique avancée ou adjoints au médecin – et où les admissions et l'évaluation sont centralisés réduisent considérablement les temps d'attente T1 et T2 pour tous les services d'orthopédie, en augmentant les efficacités dans tout le continuum des soins.

ASSOCIATION CANADIENNE DE GASTROENTÉROLOGIE (ACG)

Une stratégie à facettes multiples s'impose pour éviter la crise imminente en santé digestive. L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) a calculé qu'il faut au moins doubler le nombre des gastroentérologues. Cette estimation ne tient pas compte de la demande accrue prévue de services de dépistage du cancer du côlon. Une façon simple de commencer à s'attaquer au problème consisterait à augmenter le nombre de postes de résidence en gastroentérologie. L'ACG recommande vivement que l'on mette cette mesure en œuvre sur-le-champ dans le cadre d'une stratégie à volets multiples.

On a établi des objectifs sur les temps d'attente en gastroentérologie au Canada en formulant 24 recommandations sur le temps d'attente maximal. Les patients appuient ces recommandations, comme le démontre un sondage réalisé par consensus.

Les temps d'attente en gastroentérologie au Canada - une vérification pancanadienne publiée récemment révèle que l'on ne répond pas à temps aux besoins des Canadiens dans le domaine de la santé digestive. Par exemple :

- Le temps d'attente médian qui s'écoule entre la référence par un médecin de famille et une évaluation complète par un gastroentérologue s'établit à 16 semaines.
- 20 % des patients qui ont des symptômes dits alarmants, qui peuvent avoir une maladie sous-jacente grave comme le cancer, attendent au moins 5 mois pour se faire évaluer par un gastroentérologue même si le temps d'attente visé est de < 2 mois.
- Le temps d'attente visé pour une personne référée à cause d'une forte probabilité de cancer (fondée sur un examen médical ou des radiographies) est de < 2 semaines. En dépit de cela, 30 % des Canadiens qui se retrouvent dans cette situation attendent 8 semaines ou plus.
- 30 % des patients qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de sang occulte dans les selles (signe alarmant d'un cancer du côlon et test de dépistage que l'on est en train de mettre en œuvre partout en Ontario) attendent 20 semaines ou plus pour subir une coloscopie, même si le temps d'attente visé dans leur cas est de < 8 semaines. On imagine l'anxiété de ces patients qui savent qu'un test de dépistage du cancer du côlon a donné un résultat positif mais doivent quand même attendre des mois pour subir un test définitif.

Le nombre de gastroentérologues s'établit, selon un recensement récent, à 1,83 pour 100 000 habitants au Canada, soit un des ratios gastroentérologue:habitants les plus faibles dans le monde occidental (comparativement à 3,9 aux États-Unis et à 3,5 en France).

- Le tiers des gastroentérologues actifs ont > 55 ans. Compte tenu des départs à la retraite prévus et du nombre de jeunes médecins qui entreprennent actuellement des programmes de formation, on estime qu'en 2015, le nombre des gastroentérologues aura diminué de 10 %, à moins que les programmes de formation prennent une expansion immédiate.
- On ne répond pas actuellement aux besoins des Canadiens dans le domaine de la santé digestive, mais la demande grimpe en flèche à mesure que l'on met en œuvre des programmes de dépistage du cancer du côlon au Canada. Il faut faire quelque chose pour augmenter rapidement la capacité en ressources humaines, sinon l'accès aux services de santé digestive continuera de se dégrader.

ASSOCIATION CANADIENNE DE MEDECINE NUCLEAIRE (ACMN)

Médecine nucléaire

La médecine nucléaire est une spécialité où l'on utilise des radionucléides pour diagnostiquer et traiter des maladies. L'Association Canadienne de Médecine Nucléaire (ACMN) a choisi d'établir des points de repère sur les temps d'attente pour trois interventions : il n'existe actuellement pas de points de repère publiés.

Les interventions sont les suivantes :

- Scintigraphie osseuse par radionucléides : dans les 24 heures pour les cas d'urgence immédiate, dans les sept jours pour les cas urgents et dans les 30 jours pour les cas prévus.
- Tomographie par émission de positrons au fluorodéoxyglucose (TEP-FDG) : dans les 24 heures pour les cas d'urgence immédiate, dans les sept jours pour les cas urgents et dans les 30 jours pour les cas prévus.
- Imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ou tomographie par émission de positrons (TEP) : dans les 24 heures pour les cas d'urgence immédiate, dans les trois jours pour les cas urgents et dans les 14 jours pour les cas prévus. Les mêmes points de repère s'appliquent dans le cas de l'imagerie de la viabilité (thallium- 201 ou FDG) et de l'imagerie de la fonction ventriculaire par angiographie aux radionucléides.

Ces interventions sont reliées directement aux cinq domaines prioritaires choisis par les premiers ministres. On a aussi établi des points de repère pour d'autres interventions et thérapies, y compris la détermination de la densité osseuse.

Les temps d'attente pour obtenir ces services varient considérablement et il existe des problèmes d'accès dans le cas des interventions générales en médecine nucléaire, comme la scintigraphie osseuse, des interventions de médecine nucléaire en cardiologie et la mesure de la teneur minérale de l'os.

Comme on l'a constaté en radiologie, un des moyens de contrôler l'accès à la médecine nucléaire consiste à permettre seulement aux spécialistes de prescrire les examens. L'ACMN est d'avis que 1) les médecins de famille autant que les spécialistes devraient utiliser les examens de médecine nucléaire 2) Le meilleur moyen de garantir l'utilisation appropriée consiste pour le médecin spécialisé en médecine nucléaire à jouer le rôle de médecin-conseil, et à filtrer les demandes d'examen 3) les examens de médecine nucléaire soient pratiqués par des spécialistes en médecine nucléaire seulement 4) le cas échéant, que les médecins spécialistes en médecine nucléaire suggèrent d'autres voies de diagnostic afin d'assurer que l'on procède à l'examen qui convient le plus.

Ces derniers points furent largement vérifiés par la récente et majeure crise en approvisionnement d'isotopes que le Canada a connue à la fin de l'année 2007. Les répercussions de cette crise majeure pour la délivrance des soins de santé ne pouvaient être mitigées que par des spécialistes en médecine nucléaire.

ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE (ACMU)

- **L'ACMU, l'Association canadienne des médecins d'urgence**, est une organisation nationale de représentation et de perfectionnement professionnel.
- **L'ACMU a pour mission de jouer un rôle de premier plan en soins de santé d'urgence afin d'améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.**

Les services d'urgence sont un point d'accès important au système de santé et, par conséquent, un indicateur très visible de l'état des soins de santé au Canada en général. Les urgences reçoivent 14 millions de visites chaque année, ce qui signifie que les opinions des Canadiens au sujet des temps d'attente sont déterminées en très grande partie par leur vécu à l'urgence.

- En moyenne, 60 % des patients hospitalisés au Canada sont admis par le service d'urgence.
- Dans l'ensemble, 1 patient sur 25 a attendu à l'urgence plus de 24 heures pour être admis dans un service interne une fois prise la décision de l'admettre.
- Dans les grands hôpitaux communautaires et d'enseignement, cette proportion a atteint 1 sur 20.

ICIS 2007

- ***L'engorgement de l'urgence est causé par l'engorgement de l'hôpital***, attribuable à plusieurs facteurs : pénurie de lits de soins actifs, pénurie de personnel, fermetures de lits, ressources limitées en soins communautaires et manque d'intégration des systèmes.
 - Le nombre de lits de soins actifs a diminué de 30 % entre 1991 et 1997 sans augmenter l'engorgement des urgences.
 - Une autre réduction de 14 % survenue entre 1998 et 2000 a aggravé «considérablement» l'engorgement des urgences.
 - Les taux d'occupation des lits de soins actifs pendant la période de restructuration ont dépassé 90 %.
 - Pénuries de ressources humaines; médecins et infirmières d'urgence.
- La pénurie de lits d'hôpitaux, le vieillissement et une population de patients dont le cas est de plus en plus complexe signifie que les hôpitaux comptent plus de patients malades que de lits. Les patients qui débordent sont «garés» à l'urgence, ce qui bloque l'accès. Un patient «garé» à l'urgence bloque l'accès pour quatre patients à l'heure. Les patients admis à l'urgence utilisent un pourcentage disproportionné de ressources et ont besoin de 2,5 fois plus de services des médecins et des infirmières d'urgence que le patient moyen accueilli à l'urgence.
- On détourne des civières et des infirmières de l'urgence pour traiter des patients admis à l'hôpital et c'est pourquoi on ne peut placer des patients à l'urgence dans des aires de traitement (déjà pleines), le personnel paramédical ne peut décharger des patients et on laisse des patients attendre à la salle d'attente ou dans les couloirs.

Les taux de visite à l'urgence sont à la hausse chez les plus de 55 ans, et particulièrement chez les plus de 75 ans.

| Niveau ECTG | Réponse des médecins | | Diagnostic sentinelle |
|-------------|----------------------|-----------|-----------------------|
| | Niveau de la maladie | temps/min | |
| 1 | Réanimation | Immédiate | Arrêt cardiaque |
| 2 | Extrême urgence | <15 | Douleur à la poitrine |
| 3 | Urgence | <30 | Asthme modéré |
| 4 | Moins urgent | <60 | Traumatisme mineur |
| 5 | Non urgent | <120 | Entorses |

- Durée du séjour à l'urgence : temps écoulé depuis le premier contact (évaluation par l'infirmière chargée du triage ou inscription du patient, selon l'éventualité la plus rapprochée) JUSQU'AU moment où le patient quitte l'urgence.
- «Les patients à l'urgence dont le cas est peu complexe sont associés à une augmentation négligeable de la durée du séjour à l'urgence et du temps écoulé jusqu'au premier contact avec le médecin pour d'autres patients à l'urgence.» – Schull, Kiss et Szalai
- Les solutions à ce problème important consistent notamment à augmenter la capacité en lits, à mettre en œuvre des protocoles sur la surcapacité, à établir des points de repère sur la durée du séjour, à étudier les taux d'occupation de l'hôpital et à planifier en fonction des ressources humaines de la santé et du vieillissement de la population.

Niveaux de triage et points de repère sur les temps d'attente pour le service d'urgence (ECTG = échelle canadienne de triage et de gravité)

| Niveau ECTG | Durée du séjour à l'urgence |
|-------------------------|---|
| 1,2 et 3 | Ne doit pas dépasser 6 heures dans 95 % des cas. |
| 4 et 5 | Ne doit pas dépasser 4 heures dans 95 % des cas. |
| Tous les patients admis | Transférés de l'urgence à un service interne dans les deux heures suivant la décision d'admettre. |

ASSOCIATION CANADIENNE DE RADIO-ONCOLOGIE (ACRO)

CONTEXTE

L'ACRO a une politique depuis 1994 («norme de l'ACRO», ratifiée de nouveau en 2002) qui prévoit que :

- 1) il faut pouvoir consulter un radio-oncologue au plus 2 semaines (10 jours) après la référence;
- 2) le traitement doit commencer dans les 2 semaines (10 jours ouvrables) suivant la date à laquelle le patient est «prêt à traiter» (expression qui tient compte des jours prévus pendant lesquels le patient se rétablit des effets d'une intervention chirurgicale, de la chimiothérapie, etc.).

1. Évaluation des mesures gouvernementales prises jusqu'à maintenant

- La norme de l'ACRO a été recommandée au conseiller gouvernemental sur les temps d'attente en 2005 comme période d'attente maximale acceptable en radio-oncologie. Le conseiller fédéral sur les temps d'attente de l'époque, Brian Postl, a décidé de ne pas adopter la norme de l'ACRO et a permis deux écarts importants.
 1. on n'a pas établi de point de repère pour le temps d'attente entre la référence et la consultation;
 2. le point de repère adopté pour le temps écoulé jusqu'au traitement (à compter de la décision de traiter) a été fixé à 4 semaines – soit exactement le double du temps recommandé par les experts.
 - L'ACRO a interrogé le D^r Postl en mars 2006, mais son successeur (la sous-ministre Nora Kelly) n'a pas répondu et l'ACRO ne sait pas si la définition adoptée représente une interprétation erronée (et, par conséquent, des données probantes soumises) ou une «dilution» délibérée de la norme recommandée. D'une façon ou de l'autre, le résultat n'est pas factuel et est contraire aux normes en vigueur dans plusieurs autres pays (p. ex., au Royaume-Uni et ailleurs).

Points de repère et garanties sur les temps d'attente

- Lorsque les provinces ont toutes approuvé les points de repère en mars 2007, six ont choisi le cancer comme point de repère et ont profité des 500 millions de dollars d'argent fédéral devant servir à réduire les temps d'attente. À l'exception du Manitoba, les points de repère adoptés (8 semaines) étaient deux fois plus longs que la norme de 4 semaines, qui représente elle-même le double de la norme de l'ACRO fixée à 2 semaines. La mise en œuvre de la garantie sur le point de repère était en outre fixée à 2010, soit 3 ans plus tard, alors que l'échéance était déjà atteinte dans tous les cas (sauf peut-être à Terre-Neuve). Pour tous les patients atteints de cancer, il est inacceptable d'attendre 8 semaines, sauf dans le cas des cancers qui évoluent les plus lentement et même là, on n'a pas démontré qu'une telle période d'attente est sécuritaire ou acceptable.

Progrès

- L'ACRO se réjouit qu'on ait établi un point de repère national pour les temps d'attente et annoncé des garanties. Nous sommes déçus que ces paramètres diffèrent tellement des recommandations fondées sur les données probantes, mais nous reconnaissons qu'il s'agit d'un progrès dans la bonne voie.
- On a observé des améliorations importantes des temps d'attente. À cause du temps qu'il faut pour construire de nouvelles infrastructures et former des ressources humaines pour le secteur de la santé, il est probable qu'une grande partie de cette amélioration était déjà amorcée. Nous espérons toutefois que l'argent promis entraînera d'autres améliorations à l'avenir.

- Même s'il y a eu des réductions importantes en moyenne des temps d'attente pour des traitements de radiothérapie à la suite de l'amélioration des déclarations et de l'efficacité, ainsi que de l'arrivée de nouvelles ressources, des inégalités persistent entre les provinces, au sein des provinces et selon le site de la tumeur. C'est pourquoi il se peut que malgré les améliorations générales, certains patients doivent encore attendre longtemps pour commencer une radiothérapie.
- En outre, dans de nombreuses régions, les patients n'ont pas toujours accès rapidement à des techniques de radiothérapie spécialisées qui ont fait leurs preuves pour améliorer la survie et réduire les effets secondaires (p. ex., radiothérapie à modulation d'intensité et radiothérapie stéréotactique).

2. Principaux obstacles à l'amélioration et au maintien de l'accès

- Les données nationales sur les temps d'attente demeurent incomplètes et la disponibilité des données et les définitions des temps d'attente diffèrent selon la province.
- On estime que l du cancer doublera au cours des 20 prochaines années à cause du vieillissement de la population.
- Il faut prévoir et ensuite financer des programmes de remplacement et d'expansion des accélérateurs linéaires modernes (qui ont une durée de vie d'environ 8 ans).
- Les pénuries nationales de médecins médicaux, de technologues en radiothérapie et d'autres membres du personnel continueront de retarder ou de bloquer l'expansion clinique nécessaire pour répondre à la demande prévue.

3. Recommandations

- Il faudrait fixer à au plus 2 semaines la norme relative au temps d'attente pour une consultation.
- Il faudrait ramener de 4 à 2 semaines à compter du moment de la «décision de traiter» le point de repère établi par le gouvernement.
- Il faudrait ramener de 8 à 4 semaines la garantie sur les temps d'attente.
- Il faut redoubler d'efforts pour réduire la variabilité d'un bout à l'autre du Canada afin que tous les Canadiens aient accès aux traitements de la plus grande qualité sans égard au lieu ou au type de cancer, ce qui constitue l'objectif ultime de l'ACRO et des agences nationales et provinciales de la santé. Il faudra peut-être à cette fin élargir les paramètres pour mieux suivre cette variabilité.
- L'ICIS devrait continuer de publier des rapports sur les temps d'attente nationaux.

En résumé

Le retard dans la prestation de services de traitement du cancer a un effet direct sur la chance de réussite du traitement. On a réalisé des progrès, mais les points de repère en place sont d'une longueur inacceptable et ne reflètent pas les recommandations des experts du domaine. On ne s'est pas penché sur le temps d'attente pour une consultation initiale, ce qui est considéré comme une grave lacune. À mesure que la population canadienne vieillit, il est probable que les temps d'attente pour des traitements du cancer se détérioreront considérablement et l'ACRO est d'avis que des organismes nationaux (comme le Partenariat canadien contre le cancer) doivent se pencher sur les grands dossiers des ressources humaines de la santé et veiller à ce que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent un financement suffisant à la disposition des interventions contre le cancer dont l'efficacité et la rentabilité sont démontrés, comme la radiothérapie.

D' Tom Pickles
Président sortant, ACRO
604 877-6193
tom.pickles@caro-acro.ca

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA (APC)

Évaluation des temps d'attente en psychiatrie

L'accès aux services de santé spécialisés en cas de maladie mentale est un problème de taille dans tout le pays. Non seulement les délais d'attente sont longs, mais les médecins de famille éprouvent également beaucoup de difficulté à obtenir des services dans de nombreuses régions. En milieu rural, le problème est particulièrement criant. Pourtant, l'accès aux services en temps opportun est essentiel pour ces malades qui, tout en nécessitant des soins, sont réticents à consulter par crainte de la stigmatisation ou parce qu'ils ressentent de la honte.

Principaux obstacles à l'amélioration et au maintien de l'accès

Respecter avec constance des points de repère systémiques dans tout le pays ne sera pas chose aisée. La tâche sera ardue dans les régions rurales ou éloignées qui ne disposent même pas des ressources nécessaires. S'impose donc la nécessité de concevoir des modes de prestation novateurs (la télépsychiatrie, par exemple) pour pallier l'inégalité géographique dans la répartition des ressources. Le système de surveillance qui sera mis en place devra, par conséquent, non seulement recenser les patients dirigés vers la consultation médicale et suivre les délais d'attente, mais également identifier les patients qui devraient être référés mais ne le sont pas faute de médecin spécialiste. La collecte de ces renseignements ne sera pas chose aisée non plus; pourtant, elle est essentielle au bien-être des patients concernés. Alors que des soins de santé tardifs tiennent du manquement sur le plan de la prestation des soins, l'indisponibilité des soins est une véritable honte.

Dans bien des cas, la maladie se manifeste progressivement. À l'instar du milieu médical en général, nous sommes convaincus que le délai d'attente est fonction de facteurs distincts mesurables. Si l'on suppose que la consultation auprès d'un médecin de famille est facilement accessible, la période d'attente commence quand le patient et le médecin conviennent de demander une consultation en soins spécialisés.

La problématique ne se résume pas à ce seul et premier délai d'attente. Il est fréquent que la référence en psychiatrie pour cause de maladie grave et incapacitante soit suivie d'un délai subséquent dans l'accès à des soins en milieu hospitalier ou à des programmes en clinique externe, à de la réadaptation, à la psychothérapie ou à une thérapie comportementale qui s'attaqueront aux facteurs déterminants de l'apparition de la maladie ou de l'incapacité persistante.

Points de repère recommandés

| Indication | Extrême urgence | Urgence | RV de consultation |
|--|--|---------------------|--------------------------|
| Consultation du médecin de famille Problème de santé mentale aigu ou urgent | Selon ce qui est jugé approprié à la suite du triage | Dans les 24 heures | Dans la semaine |
| Consultation en psychiatrie (sur demande du médecin de famille) | | | |
| Premier épisode psychotique | Dans les 24 heures | Dans la semaine | Dans les 2 semaines |
| Manie | Dans les 24 heures | Dans la semaine | Non pertinent en général |
| Hypomanie, avec diagnostic antérieur de manie | Non pertinent en général | Dans les 2 semaines | Dans les 4 semaines |
| Psychose ou grave trouble de l'humeur post-partum | Dans les 24 heures | Dans la semaine | Dans les 4 semaines |
| Dépression majeure | Dans les 24 heures | Dans les 2 semaines | Dans les 4 semaines |
| Consultation aux fins de diagnostic et de prise en charge (y compris les consultations en pédopsychiatrie ou en gérontopsychiatrie non mentionnées ci avant) | Dans les 24 heures | Dans les 2 semaines | Dans les 4 semaines |

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OPHTALMOLOGIE (SCO)

Évaluation des interventions gouvernementales jusqu'à maintenant

Dans l'ensemble, la situation de l'attente pour la chirurgie de la cataracte s'est beaucoup améliorée au Canada depuis l'accord des premiers ministres de 2004. Auparavant, nous aurions accordé aux temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte une note de D à C à l'échelon national. Dans le rapport le plus récent, la note est passée à B. Il est aussi encourageant de constater que trois provinces se classent maintenant au niveau A (Alberta, Colombie-Britannique et Ontario) et que dans quatre autres (Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba et Alberta), les temps d'attente continuent de diminuer régulièrement. Il est un peu déconcertant de constater que les temps d'attente dans deux provinces (Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard) se dégradent, même si ce recul peut être attribuable simplement à de meilleurs systèmes de rapport qui décrivent plus fidèlement ce qui se produit en réalité.

Les provinces utilisent des méthodes différentes de production de rapports statistiques pour diffuser leurs données, ce qui pose toujours un important problème. Il est frustrant de devoir faire des déductions à partir de renseignements limités pour essayer d'établir des comparaisons interprovinciales valides. Cet engagement pris dans l'accord original n'a jamais été respecté.

L'accord prévoyait de l'argent pour afin de réduire les temps d'attente pour le rétablissement de la vue. Il faut féliciter le Manitoba d'avoir circonscrit les problèmes dans la prestation des soins de la vue et affecté les nouveaux fonds aux projets les plus avantageux bien. Dans les autres provinces qui se sont contentées d'affecter les ressources à la chirurgie de la cataracte, les problèmes chroniques d'attente pour la prestation de soins contre la rétinopathie diabétique ou la dégénérescence maculaire, par exemple, ne se sont pas améliorés du tout. La SCO continue de croire qu'il y a d'importants problèmes de temps d'attente dans beaucoup de domaines du soin de la vision en plus de la chirurgie de la cataracte auxquels il est urgent d'accorder de l'attention.

Principaux obstacles à l'amélioration et au maintien de l'accès

Les besoins en infrastructure ne sont pas uniformes au Canada. Certaines provinces, et surtout l'Ontario, ont ajouté une infrastructure nouvelle importante pour répondre à la demande. Il importe que toutes les provinces fournissent du financement pour mettre à niveau périodiquement le matériel chirurgical nécessaire en ophtalmologie : la technologie continue d'évoluer rapidement et il est crucial de mettre régulièrement le matériel à niveau pour en profiter. Les améliorations du débit des patients sont aussi extrêmement variables d'un bout à l'autre du Canada. Le temps de traitement des cas va jusqu'à quadrupler entre les établissements. Il faut s'attaquer à ces inefficiences afin de maximiser l'utilisation de l'infrastructure actuelle.

À long terme, les ressources humaines en santé constitueront le plus important obstacle à surmonter pour pouvoir fournir à nos patients des soins appropriés en temps opportun. En dépit des augmentations récentes du nombre de postes de formation en résidence au Canada, on prévoit que le ratio ophtalmologiste:habitant continuera de diminuer au cours des 15 prochaines années. Il se détériorera encore plus rapidement pour les plus de 65 ans, notre principal objectif démographique, à cause du vieillissement des baby-boomers.

Recommandations

Nous souhaitons que l'on élargisse la collecte de données sur les temps d'attente. Nous souhaitons que l'on mesure le temps qu'il faut à un patient pour consulter un ophtalmologiste en même temps que l'on mesure les temps d'attente pour les chirurgies autres que la chirurgie de la cataracte. Nous souhaitons aussi encourager vivement les gouvernements à étendre le processus d'établissement des points de repère au-delà des cinq spécialités initiales et à mesurer ensuite les résultats. Nous croyons qu'il s'agit là d'un bon exercice qui conviendrait à tous les domaines de la médecine où les listes d'attente sont longues. Nous souhaitons que les gouvernements s'entendent sur des méthodes communes de production de rapports afin de permettre d'établir des comparaisons interprovinciales. Nous souhaitons aussi que la planification des ressources humaines du secteur de la santé se fasse à l'échelle nationale afin que nous puissions former l'éventail des spécialistes nécessaire pour répondre à nos besoins.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE (SCC)

Intervention gouvernementale face aux temps d'attente pour l'accès aux soins

1. C'est le patient - et non l'intervention - qui compte.

Les gouvernements doivent en faire encore davantage et se concentrer sur le cheminement du patient vers l'accès aux soins. En continuant de concentrer les efforts sur une seule intervention, comme le pontage aortocoronarien (PAC), pour laquelle l'accès méritait déjà un «A», on ne s'attaque PAS vraiment aux temps d'attente.

Les temps d'attente pour l'accès aux soins doivent cibler le patient et son cheminement dans le continuum des soins cardiovasculaires -- depuis l'apparition des symptômes jusqu'à la réadaptation. En se penchant sur un volet seulement de ce continuum des soins (comme le pontage aortocoronarien), on n'a pas d'effet réel sur la période totale pendant laquelle le patient doit attendre pour avoir accès aux soins.

Presque un répondant sur trois à un sondage national mené par la SCC en 2007 au sujet des centres de cardiologie n'est «pas très satisfait» ou «pas satisfait du tout» des mesures prises par le gouvernement depuis 2 ans pour s'attaquer aux temps d'attente. Ce sont les interventions du fédéral qui suscitent la plus grande insatisfaction (38 %).

Même si l'on suit les temps d'attente depuis plus de 5 ans, **moins de la moitié** des centres de cardiologie jugent l'accès «excellent» ou «très bon».

2. Les gouvernements et les centres de cardiologie d'un bout à l'autre du Canada doivent adopter les points de repère recommandés par la SCC pour l'accès aux soins cardiovasculaires.

Presque tous les répondants à un sondage national mené en 2007 par la SCC croient qu'il est possible d'adopter les points de repère de la SCC dans les 2 ans. La plupart les jugent aussi «hautement» ou «très» crédibles.

«Très important» : presque tous les répondants au sondage national de la SCC croient aussi qu'il faut adopter des objectifs relatifs à l'accès dans tout le continuum des soins cardiaques. C'est ce qu'on appelle aussi le «Voyage du patient» vers l'accès aux soins.

3. La SCC veut collaborer avec les gouvernements pour s'attaquer aux obstacles à l'amélioration des temps d'accès aux soins cardiovasculaires.

Les répondants au sondage national mené en 2007 par la SCC indiquent que les principaux obstacles à l'accès des patients aux soins cardiovasculaires sont les suivants (en ordre de gravité) :

- ressources humaines;
- ressources matérielles;
- financement;
- collecte et disponibilité des données.

2008

www.ccs.ca

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSIOLOGISTES (SCA)

Dans le cadre de sa participation à l'Alliance sur les temps d'attente, la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) a publié récemment des points de repère pour les patients qui souffrent de douleur chronique. En avril 2008, la Section de la prise en charge de la douleur chronique de la SCA a demandé à ses membres ce qu'ils pensaient des temps d'attente au Canada.

1. Évaluation des temps d'attente pour les patients qui souffrent de douleur chronique

33 % des répondants constatent que l'attente est de plus d'un an pour une évaluation de routine;

la plupart des répondants accordent la priorité aux patients atteints d'algoneurodystrophie ou de radioculopathie lombaire aiguë nécessitant une injection péri-durale de stéroïde, ainsi qu'aux patients en soins palliatifs; 30 % des répondants déclarent que les patients prioritaires attendent au plus de 30 à 60 jours;

63 % des répondants constatent que l'attente est de 0 à 14 jours au maximum pour une consultation en soins palliatifs et 37 %, que l'attente est de 14 à 30 jours dans les cas d'algoneurodystrophie et de radioculopathie lombaire aiguë nécessitant une injection péri-durale de stéroïde.

2. Principaux obstacles à l'amélioration ou au maintien de l'accès

51 % des répondants affirment que le manque de personnel de soutien constitue un obstacle important à l'évaluation et au traitement des patients atteints de douleur chronique; 44 % des répondants déclarent aussi que le manque d'accès à des programmes de réadaptation et à des programmes psychosociaux constitue un obstacle important; 34 % des répondants croient que leur gouvernement provincial n'appuie pas la prise en charge de la douleur chronique.

3. Recommandations (y compris établissement de points de repère)

La Société recommande que les patients n'attendent pas plus de six mois entre la référence par leur médecin de première ligne et leur première évaluation par un spécialiste en prise en charge de la douleur chronique, à condition que l'on vise à réduire les temps d'attente pour certains problèmes à l'égard desquels une intervention précoce peut être particulièrement bénéfique (voir Tableau).

| Points de repère recommandés | |
|--|---|
| Problème | Temps d'attente pour la première évaluation par un spécialiste de la douleur après la référence par un médecin de première ligne ^a |
| Douleur neuropathique aiguë durant depuis au moins 6 mois | 30 jours |
| Protrusion aiguë d'un disque lombaire | 3 mois |
| Douleur liée au cancer ^b | 14 jours |
| Douleur chronique subaiguë chez un adulte en âge de travailler si l'intervention peut améliorer le fonctionnement | 3 mois |
| Autres types de douleur chronique | 6 mois |
| <p>^a Ces temps d'attente n'incluent pas les attentes subséquentes pour les programmes de réadaptation, les programmes de soutien psychologique ou les interventions qui peuvent être jugées appropriés après la première consultation d'un spécialiste de la douleur.</p> <p>^b On recommande un service dans les 14 jours pour les patients qui n'ont pas accès à des services de soins palliatifs ou lorsque l'on a demandé à une équipe de soins palliatifs de faire une intervention précise.</p> | |

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES CHIRURGIENS PLASTICIENS (SCCP)

La chirurgie plastique est une spécialité médicale qui englobe un vaste éventail de savoir-faire. Les sous-spécialités comprennent la chirurgie craniofaciale, la chirurgie de la main, la microchirurgie reconstructive, la chirurgie des brûlures et la chirurgie des nerfs périphériques. Plus de 90 % des interventions pratiquées au Canada sont de nature reconstructive ou traumatique.

Une publication récente a démontré que le nombre de postes de formation en chirurgie plastique reconstructive n'a pas suivi l'augmentation de la demande¹. Le vieillissement de la population a résulté en une énorme demande d'interventions comme la reconstruction à la suite d'un cancer du sein, le traitement du cancer de la peau et la chirurgie de la main arthritique. Les temps d'attente en chirurgie électorale ont augmenté considérablement à mesure que les chirurgiens, dont le nombre diminue, s'attaquent obligatoirement aux problèmes les plus aigus.

Le temps d'attente qui s'écoule entre la référence par l'omnipraticien et la consultation du spécialiste pose un problème particulier en chirurgie plastique. Dans son rapport de 2007, l'Institut Fraser met en évidence cette préoccupation, car les temps d'attente en chirurgie plastique viennent au deuxième rang parmi toutes les spécialités au Canada². La plupart des stratégies provinciales de collecte de données sur les temps d'attente n'ont pas réussi à recueillir des données sur ce segment important des temps d'attente et c'est pourquoi on n'y donne pas suite adéquatement.

Il faut créer d'autres postes de formation en chirurgie plastique et augmenter l'efficacité de la cohorte actuelle de chirurgiens par des méthodes novatrices comme les listes d'attente centralisées, les équipes multidisciplinaires appuyées par des adjoints au médecin (AM) et les réservations jumelées de salles d'opération.

Il faut chercher à améliorer et harmoniser les méthodes de collecte de données sur les temps d'attente dans les provinces et entre celles-ci, car les décisions solides reposent sur des intrants crédibles.

La Société canadienne des chirurgiens plasticiens a établi récemment des points de repère sur les temps d'attente pour plus de 90 interventions en chirurgie plastique. Les points de repère représentent un consensus des chirurgiens plasticiens du Canada, dont 66 % ont participé à l'exercice. L'étape suivante consiste à recueillir des données exactes sur les temps d'attente dans ce domaine afin de pouvoir réaffecter les ressources de façon responsable et élaborer de nouvelles méthodes de prestation.

Leif Sigurdson, MD, MSc, MBA, FRCS(C)

¹ Macadam, S. A., Kennedy, S., Lalonde, D., et al. *The Canadian plastic surgery workforce survey: interpretation and implications*. *Plast Reconstr Surg* 119: 2299-2306, 2007.

² *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*. Institut Fraser, 2007. Consulté le 1^{er} mai 2008. <http://www.fraserinstitute.org/Commerce.web/newsrelease.aspx?nid=4967>

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC)

Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique et gynécologie

Les Canadiennes n'ont pas accès en temps opportun aux soins gynécologiques et obstétriques, ce qui préoccupe la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). La longueur des temps d'attente pour une consultation, un examen et une intervention chirurgicale en gynécologie peut avoir un effet indésirable sur la qualité de la santé et de la vie des femmes du Canada. Le retard d'administration de soins médicaux à une femme enceinte peut avoir des effets néfastes pour elle et son bébé et mettre leur vie en danger.

Un des problèmes clés actuellement, pour la SOGC, c'est **qu'il n'y a pas de points de repère nationaux pour les temps d'attente en obstétrique et gynécologie (OB-GYN) au Canada**. Il en a découlé des réductions continues de l'accès aux soins et une chute importante du Canada dans le classement international des pays de l'OCDE en ce qui a trait au taux de mortalité maternelle, périnatale et infantile. Par exemple, le Canada affichait le deuxième taux de mortalité maternelle le plus faible en 1990. Il se classe maintenant au 11^e ou 12^e rang parmi les 30 pays de l'OCDE. On ne peut prendre une telle dégringolade à la légère.

En mars 2008, la SOGC a formulé ses recommandations après avoir dégagé un consensus entre les praticiens et les a présentées dans une *Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique-gynécologie* publiée plus tôt cette année. La SOGC est d'avis qu'il importe d'établir des points de repère sur les temps d'attente, car cela permettra d'étudier les facteurs qui ont une incidence sur l'accès en temps opportun aux services de soins en obstétrique et gynécologie au Canada.

Recommandations :

- *La SOGC recommande que l'on inclue dans l'ATA la spécialité que constitue l'obstétrique et la gynécologie et que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux adoptent sous peu des points de repère pour cette spécialité.*
- *La SOGC recommande qu'on établisse et appuie un processus approprié de triage dans le contexte d'un exercice d'établissement de points de repère pour les listes d'attente.*

Il n'y a actuellement aucune initiative en cours qui vise à gérer et à surveiller les temps d'attente en obstétrique et gynécologie, ce qui constitue un autre enjeu clé pour la SOGC. Toutes les administrations provinciales ont en fait oublié en grande partie ces temps d'attente.

Dès qu'une femme conçoit, les fournisseurs de soins de santé doivent respecter les normes de soins qui imposent le calendrier et la fréquence des soins obstétriques et gynécologiques. L'inobservation des normes peut nuire à la santé de la mère et à la vie de son bébé. Il y a aussi des conséquences pour l'obstétricien qui peut être passible de réprimandes de l'ordre ou d'une poursuite médicolégale. **Les enjeux d'imputabilité et de responsabilité civile auxquels font face les médecins à cause des temps d'attente en soins de santé découlent de leur obligation de diligence envers leurs patients.** Le fait que la femme porte un bébé amplifie le problème en obstétrique et gynécologie.

Les soins et les examens prénataux doivent suivre les calendriers prescrits par les normes nationales de soin. Selon les caractéristiques d'une patiente (existence ou non de complications), ces soins peuvent être prodigués efficacement par différents professionnels de la santé (obstétriciens, médecins de famille, sages-femmes, infirmières, etc.). Des recherches menées par la SOGC indiquent que les obstétriciens ont une charge de travail de plus en plus lourde parce qu'ils fournissent des soins primaires en maternité lorsque les omnipraticiens, les sages-femmes et les infirmières sont souvent aussi qualifiés pour les fournir. Il en découle une augmentation du volume des patientes que les spécialistes doivent traiter et des temps d'attente pour recevoir les soins.

Recommandation :

- La SOGC est d'avis qu'il faudra adopter un modèle de soins concertés multidisciplinaires en maternité et nous exhortons le gouvernement fédéral à appuyer la mise en œuvre de l'Initiative pancanadienne reliée à la naissance.

Conclusion

Les temps d'attente pour obtenir une consultation, recevoir un examen et subir une intervention chirurgicale constituent une préoccupation importante au niveau des politiques de la santé au Canada. Le retard de l'administration des soins médicaux aux femmes enceintes peuvent mettre en danger à la fois la vie de la mère et celle de son bébé. La SOGC favorise la prévention plutôt que le traitement. Les points de repère feraient plus qu'améliorer l'accès aux services de santé nécessaires : ils allégeraient aussi le fardeau financier et humain imposé aux OB-GYN et au système de santé en général.



André B. Lalonde, MD, FRCSC, FRCOG, FSOGC, FACS, MSc

Vice-président administratif

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)