



Un temps d'arrêt !

Bulletin sur les temps
d'attente au Canada

Juin 2011

Aperçu

Le moment est venu de discuter du renouvellement de l'Accord sur la santé de 2004 qui doit prendre fin en 2014. L'Accord de 2004 consacrait énormément d'attention à l'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun pour les Canadiens. Il promettait d'importantes réductions des temps d'attente et prévoyait 41 milliards de dollars en financement continu, dont 5,5 milliards affectés spécifiquement à la réduction des temps d'attente dans cinq « domaines prioritaires » : cancer, soins cardiaques, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue. Depuis, plusieurs événements se sont produits au sujet des temps d'attente, dont les suivants :

- recherche sur les temps d'attente maximaux ou médicalement acceptables dans les cinq domaines prioritaires;
 - dévoilement, en août 2005, des temps d'attente maximaux acceptables dans les cinq domaines prioritaires selon l'Alliance sur les temps d'attente (ATA);
 - annonce portant sur les objectifs relatifs aux temps d'attente acceptés par les provinces dans le cas des « cinq domaines prioritaires » en décembre 2005 (l'imagerie diagnostique n'était pas incluse);
 - publication, par l'ATA et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de rapports annuels sur les progrès réalisés par les provinces pour atteindre les objectifs relatifs aux temps d'attente;
 - publication par l'ATA de points de repère pour les temps d'attente dans cinq domaines supplémentaires, soit psychiatrie, soins d'urgence, chirurgie plastique, gastroentérologie et gestion de la douleur (anesthésiologie); points de repère en obstétrique et gynécologie ajoutés par la suite;
 - annonce par le fédéral, en 2007, d'un financement de 612 millions de dollars accordé aux provinces et aux territoires afin qu'ils établissent une garantie sur les temps d'attente pour une intervention, garantie devant être mise en œuvre en mars 2010;
 - lancement du projet sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique au Canada (TACPC) grâce à une contribution financière de Santé Canada;
 - premier examen parlementaire, en 2008, de l'Accord de 2004.
- Au cours de cette période, les provinces et les territoires ont aussi redoublé d'efforts afin d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun pour la population en lançant des initiatives portant sur les temps d'attente.

Alors que les discussions s'amorcent en vue de la signature d'un accord en 2014 et où un comité parlementaire fédéral entreprend son deuxième examen de l'Accord de 2004, il faut

évaluer les progrès réalisés jusqu'à maintenant pour améliorer l'accès aux soins pour les Canadiens, ainsi que les aspects auxquels il faut consacrer davantage d'attention au cours des années à venir. Le bulletin de 2011 de l'ATA présente les deux.

Le bulletin de 2011 de l'ATA comporte cinq chapitres :

1. **Évaluation des cinq « domaines prioritaires » établis à l'origine en fonction des points de repère gouvernementaux, y compris une évaluation de cinq ans :** Le bulletin 2011 de l'ATA montre une légère amélioration des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires par rapport à l'année précédente (Tableau 1). Cette année, l'Ontario, le Québec et la C. B. affichent de solides résultats tandis que la Nouvelle-Écosse et l'Alberta tirent de l'arrière. Les temps d'attente varient énormément entre les provinces et entre les régions d'une même province. Un examen des notes nationales accordées par l'ATA de 2007 à 2011 produit une note nationale globale de « B » pour les cinq domaines prioritaires (Tableau 2).
2. **Évaluation au-delà des cinq « domaines prioritaires » en fonction des points de repère de l'ATA :** Les gouvernements produisent des rapports pour un peu plus de 10 % des interventions importantes choisies par l'ATA en plus des cinq domaines prioritaires établis à l'origine. Ce sont l'Ontario, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, la C.-B. et la Saskatchewan qui fournissent des données sur les temps d'attente au sujet du plus grand nombre de traitements. Les notes qu'il a été possible d'accorder sont très basses dans la plupart des cas, ce qui indique que l'attente pour ces autres services importants dépasse les points de repère sur les temps d'attente maximaux acceptables établis par l'ATA.
3. **Évaluation des sites web des provinces sur les temps d'attente :** Il y a eu quelques progrès au cours de l'année écoulée dans la présentation de rapports publics sur les temps d'attente, mais d'énormes améliorations s'imposent encore pour rendre les rapports plus exhaustifs et présenter des données plus précises sur les temps d'attente pour un plus grand nombre de services.
4. **L'effet sur les temps d'attente des séjours à « un autre niveau de soins » (ANS) :** Le bulletin de cette année met en évidence l'effet important que les séjours en ANS ont sur les temps d'attente à la fois pour les soins d'urgence et les soins électifs ou prévus, au détriment de tous les patients. Les membres de l'ATA reconnaissent que la mesure la plus importante qui permettra d'améliorer l'accès rapide aux soins spécialisés pour les Canadiens consiste à s'attaquer au problème des ANS.

5. Description du travail soutenu des membres de l'ATA pour atténuer, mesurer, contrôler et gérer les temps d'attente :

Les membres de l'ATA continuent de lancer des initiatives afin d'améliorer l'accès en temps opportun pour leurs patients. Le bulletin contient des exemples de projets lancés par des membres de l'ATA.

La bonne nouvelle, c'est qu'on a pu constater depuis 2004 une certaine amélioration de l'accès aux soins en temps opportun pour les Canadiens dans les cinq domaines prioritaires. La façon dont les provinces réunissent des données sur les temps d'attente et en font état publiquement s'est aussi améliorée. De plus, plusieurs provinces ont établi leurs propres objectifs en matière d'accès et produisent des rapports sur les progrès qu'elles réalisent (p. ex., 90 % des patients sont traités en deçà des points de repère).

La mauvaise nouvelle :

- Les Canadiens n'ont pas tous bénéficié de ces améliorations puisque certaines provinces assurent un meilleur accès que d'autres. En outre, l'accès aux soins varie énormément entre les régions d'une même province.
- D'après l'analyse de l'ATA, l'accès pour les Canadiens à des soins en temps opportun en dehors des cinq domaines prioritaires est souvent médiocre.
- Même si les rapports s'améliorent un peu, de nombreux problèmes persistent, y compris les suivants :
- Les provinces ne font pas toutes état des temps d'attente de

la même façon. Par exemple, certaines provinces incluent les cas urgents et d'urgence immédiate aux cas électifs, ce qui fausse l'évaluation du temps d'attente pour les soins électifs.

- Certaines provinces ne font toujours pas état des temps d'attente en dehors des cinq domaines prioritaires.
- La plupart des provinces font état des temps d'attente uniquement pour les interventions chirurgicales et aucune ne produit de rapport sur les temps d'attente en gastroentérologie (consultations ou interventions endoscopiques) ou en psychiatrie, ni sur l'usage de l'anesthésiologie pour traiter des douleurs chroniques.
- Complaisance : Les points de repère établis à l'origine par l'ATA et les provinces doivent être considérés comme des objectifs relatifs aux temps d'attente maximaux acceptables ou, au mieux, des objectifs de départ. Le nombre de patients qui reçoivent des traitements dans les six mois s'est amélioré, mais ces chiffres ne tiennent compte que d'un seul intervalle d'attente (soit le temps qui s'écoule entre la décision de traiter prise par le spécialiste et le début du traitement même). Or, lorsqu'on totalise le temps d'attente complet (p. ex., l'attente pour consulter un spécialiste ou pour subir un examen diagnostique), le temps total peut être beaucoup plus long (Figure 1). De plus, les cinq millions de Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille ou omnipraticien régulier peuvent devoir être attendre plus longtemps au début de leur traitement.

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

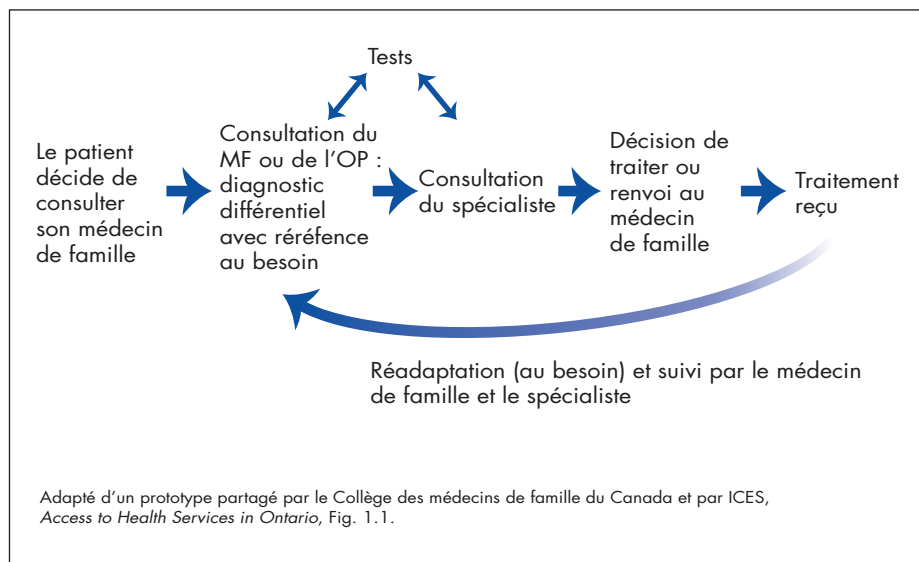


Tableau 1 : Temps d'attente cotés en fonction de points de repère établis par les gouvernements

Province	Imagerie diagnostique				Arthroplastie				Oncologie radiologique [⊗]		Chirurgie de la cataracte		PAC♥	
	CT		MRI		Hanche		Genou							
					26 semaines				4 semaine		16 semaines		26 semaines	
T.-N.-L.	apr	?	apr	?	B	↓	C	↔	A	↓	A	↔	A	↔
Î.-P.-É.	apr	↔	apr	↓	B	↔	D	↑	A	↔	B	↔	ad	/
N.-É.	apr	?	apr	?	D	↓	F	↓	A	↔	C	↔	A	?
N.-B.	apr	?	apr	?	B	↑	D	↔	A	↓	A	↓	A	↔
Québec	apr	?	apr	?	A	↔	A	↔	A	?	A	↔	ad	?
Ontario	apr	↓	apr	↓	A	↔	A	↔	A	↓	A	↔	A	↓
Manitoba	apr	↔	apr	↔	C	↓	C	↓	A	↔	B	↓	A	↓
Saskatchewan	apr	?	apr	?	B	↓	D	↓	A	↓	C	?	A	↔
Alberta	apr	↔	apr	↓	B	↔	C	↔	A	↓	D	↔	A	↓
C.-B.	apr	?	apr	?	A	↔	B	↓	A	↔	B	↓	A	↓
Notes nationales†	apr		apr		B		C		A		B		A	

Méthode d'attribution d'une note alphabétique dans les tableaux 1 et 3 — basée sur les sites web des provinces entre mars et mai 2011 :

- A : 80 à 100 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- B : de 80 à 100 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- C : de 70 à 79 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- D : de 60 à 69 % 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 » – on n'a pas fourni de données ou les données 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.

apr : « 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.

† Les notes nationales sont fondées sur une moyenne pondérée des notes alphabétiques des provinces.

♥ La catégorie du pontage aortocoronarien (PAC ci-dessus) constitue un petit élément seulement de l'ensemble des soins coronariens dispensés aux patients. Veuillez consulter 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.

⊗ Radiothérapie contre le cancer : les temps d'attente en RT ne reflètent actuellement que la période pendant laquelle il faut attendre pour recevoir des traitements par faisceaux externes, puisque les périodes d'attente pour la curiethérapie (radiothérapie implantée, p. ex., contre le cancer de la prostate et du col) ne sont pas indiquées.

Méthode de cotation par couleur utilisée dans le Tableau 1

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. augmentation de moins de 5 % ou diminution de moins de 10 %) au cours de l'année

1. Évaluation des cinq « domaines prioritaires » établis à l'origine

En se basant sur les points de repère pour les temps d'attente établis par les gouvernements eux-mêmes, le bulletin de 2011 de l'ATA révèle que les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires se sont améliorés par rapport à l'année dernière (Tableau 1). En général, les notes alphabétiques n'ont pas changé depuis l'an dernier, mais les notes de couleur se sont légèrement améliorées par rapport à 2010. Il importe d'insister sur le fait que ces points de repère représentent des objectifs relatifs aux temps d'attente maximaux acceptables et qu'il ne faut pas les considérer comme des objectifs souhaités. Cette année, l'Ontario, le Québec et la C.-B. affichent des résultats solides tandis que la Nouvelle-Écosse et l'Alberta tirent de l'arrière. Il convient de signaler que les temps d'attente varient énormément entre les provinces et entre les régions d'une même province.

Observations particulières du bulletin de 2011 :

- Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte et, à un degré moindre, une arthroplastie de la hanche ont augmenté par rapport à l'an dernier.
- Parmi les domaines prioritaires évalués, c'est pour subir une arthroplastie du genou qu'il faut attendre le plus longtemps.
- Certaines provinces ne présentent toujours pas de rapports pour ce service, mais les temps d'attente en imagerie diagnostique se sont améliorés par rapport à l'an dernier pour certaines des provinces produisant un rapport.
- Dans la plupart des cas, les temps d'attente ne sont pas ventilés selon le degré d'urgence, ce qui produirait une

évaluation plus précise et, dans de nombreux cas, révélerait que les patients qui doivent se soumettre à une intervention élective doivent attendre plus longtemps.

Observations au sujet des progrès réalisés en cinq ans

Un examen des notes nationales accordées par l'ATA de 2007 à 2011 produit une note nationale moyenne de « B » pour les cinq domaines prioritaires (Tableau 2). Le pontage aorto-coronarien a été la seule intervention à recevoir une note globale de « A », tandis que l'arthroplastie du genou a reçu la note la plus faible, soit un « C ». Trois autres interventions (arthroplastie de la hanche, radiothérapie et chirurgie de la cataracte) ont reçu un « B » pour les cinq années.

Même s'il y a eu des progrès au cours de la période de cinq ans, l'ATA signale que cette amélioration est reliée à l'atteinte des points de repère pour les temps d'attente maximaux acceptables et non à celle d'objectifs relatifs à des temps d'attente idéaux. C'est pourquoi il faut considérer les progrès réalisés comme un premier pas vers l'amélioration de l'accès aux soins pour les Canadiens et non comme une réalisation. De plus, l'ATA a toujours soutenu que certains points de repère des gouvernements sont inadéquats. C'est le cas notamment d'un point de repère fixé à 26 semaines pour le pontage aorto-coronarien (PAC) — au lieu des six semaines établies par la Société canadienne de cardiologie — et des quatre semaines fixées pour le traitement du cancer (radiothérapie). L'Ontario (Action Cancer Ontario) est la seule province à avoir réduit les temps d'attente en radiothérapie jusqu'au point de repère de deux semaines établi par l'ATA (fixé par l'Association canadienne de radio-oncologie).

Tableau 2 : Notes nationales 2007–2011

Notes nationales	Imagerie diagnostique		Arthroplastie		Oncologie radiologique	Chirurgie de la cataracte	PAC♥
	CT	MRI	Hanche	Genou			
	4 semaines		26 semaines				
2007	apr	apr	B	B	C	B	A
2008	apr	apr	B	B	B	B	A
2009	apr	apr	B	C	A	A	A
2010	apr	apr	B	C	A	A	A
2011	apr	apr	B	C	A	B	A
Tendance 5 ans	apr	apr	B	C	B	B	A
Sur 5 ans : B							

Par ailleurs, l'ATA se réjouit de constater que plusieurs provinces ont adopté ou songent à adopter les cibles normalisées d'accès « Paediatric Canadian Access Targets for Surgery » (P-CATS)¹ établies dans le cadre du Projet sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique au Canada (TACPC). En décembre 2010, le ministère de la Santé de la C.-B. a mis en œuvre les P-CATS afin de mesurer les temps d'attente pour toutes les interventions chirurgicales en pédiatrie dans la province. Le registre d'accès pour les patients de la Nouvelle-Écosse (PAR-NS) inclut de l'information pédiatrique codée en fonction du système P-CATS provenant du Centre de santé IWK et capture ainsi environ 70 % des cas de chirurgie pédiatrique de la province. Cela permet de produire des rapports uniformes sur les cas de chirurgie des adultes et en pédiatrie. Le registre d'accès pour les patients (PART) du Manitoba utilise et recueille aussi des données P-CATS provenant de l'Hôpital de Winnipeg pour enfants. Enfin, dans le contexte d'une initiative récente lancée en Alberta, on envisage de fonder sur le modèle P-CATS la stratégie sur les temps d'attente en pédiatrie et pour les adultes.

2. Évaluation au-delà des cinq « domaines prioritaires » en fonction des points de repère de l'ATA

Depuis 2007, l'ATA demande aux gouvernements d'établir des objectifs nationaux en matière de temps d'attente pour les services de santé autres que les cinq domaines prioritaires établis à l'origine. Dans son bulletin de 2009, l'ATA faisait état des périodes d'attente totales dans un vaste éventail de traitements et de diagnostics. Maintenant qu'il y a eu des progrès dans les cinq domaines prioritaires, le moment est venu d'appliquer ce que nous avons appris pour améliorer l'accès en temps opportun à d'autres traitements importants. Reconnaissant l'importance de réduire les temps d'attente pour tous les patients, les 13 sociétés nationales de spécialistes membres de l'ATA ont établi des points de repère sur les temps d'attente pour 925 traitements ou diagnostics².

Comme dans le cas du Bulletin 2010 de l'ATA, l'édition 2011 fait état des tendances à l'égard de 30 types supplémentaires de traitements pour lesquels les membres de l'ATA ont établi des temps d'attente repères. Les interventions figurant

au Tableau 3 représentent les 30 interventions effectuées le plus fréquemment, celles qui offrent le plus de possibilités d'amélioration ou le meilleur rendement de l'investissement. On a ensuite évalué les temps d'attente en fonction des renseignements publics disponibles sur les sites web des provinces. Si la province ne fait pas état des temps d'attente pour le traitement ou le service en cause, on indique un point d'interrogation (?). Le symbole des lunettes (🕒) indique que la province suit les temps d'attente dans cette spécialité, mais non pour l'intervention en cause, d'une manière qui permettrait de l'évaluer en fonction des paramètres de l'ATA.

Même si les rapports produits par les provinces au sujet de ces autres interventions se sont améliorés légèrement par rapport à l'an dernier, la constatation la plus frappante du Tableau 3 demeure le manque de rapports provinciaux sur les temps d'attente en dehors des cinq domaines prioritaires établis à l'origine (comme l'indique la présence fréquente des symboles « ? »). Les gouvernements produisent des rapports sur à peine plus de 10 % des interventions importantes choisies par l'ATA. Il est inacceptable qu'il n'y ait pas de rapports sur les temps d'attente dans des domaines aussi importants que la gastroentérologie (maladies des voies digestives), les services psychiatriques ou l'anesthésiologie contre la douleur chronique, étant donné que ces secteurs occupent une place importante dans le système de santé en général.

L'Ontario, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, la C.-B. et la Saskatchewan ont produit des rapports sur le plus grand nombre de traitements en dehors des cinq domaines prioritaires, comme le révèlent le nombre des notes indiquées et celui des symboles des lunettes (🕒). Ces résultats indiquent que même s'il n'est peut-être pas possible d'attribuer une note de l'ATA, la province produit des données sur les temps d'attente pour une intervention connexe (médecine nucléaire) ou pour la spécialité ou la surspécialité dans l'ensemble (p. ex., chirurgie plastique). Même si très peu d'interventions font l'objet d'un rapport, les notes accordées sont très faibles dans la plupart des cas, ce qui indique que les attentes dépassent les points de repère pour les temps d'attente maximaux acceptables établis par l'ATA.

L'Ontario demeure le chef de file de la production de rapports sur les temps d'attente à l'urgence (suivie de l'Alberta) et sur les temps d'attente en pédiatrie. La Nouvelle-Écosse est la province qui produit le plus de rapports sur tout

¹ James G. Wright et Rena J. Menaker, *Waiting for children's surgery in Canada; the Canadian Paediatric Surgical Wait Times project*. CMAJ 2011, doi:10.1503/cmaj.101530. Une liste complète des P-CATS est affichée sur le site web de l'Alliance, www.waittimealliance.ca/wait_times.htm

² La liste complète des points de repère de l'ATA est affichée ici : http://www.waittimealliance.ca/french/wait_times.htm.

Tableau 3 : Temps d'attente provinciaux comparativement à certains points de repère de l'ATA

Traitement/service/intervention	ATA Point de repère	ATA										
		TNL	IPE	NE	NB	QC	ON	MB	SK	AB	CB	
Anesthésiologie (douleur chronique)												
Douleur neuropathique aiguë	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Saillie aiguë d'un disque lombaire	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur liée au cancer	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur chronique sous-aiguë — personne en âge de travailler	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Cancérologie (radiothérapie, soin curatif)												
Sein	14 jours	?	?	?	?	?	A	B	?	?	?	?
Prostate	14 jours	?	?	?	?	?	B	F	?	?	?	?
Poumon	14 jours	?	?	?	?	?	A	B	?	?	?	?
Cardiologie (cas prévus)												
Électrophysiologie — ablation par cathéter	90 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Réadaptation cardiaque	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Échocardiographie	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Gastroentérologie												
Cancer	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Maladie intestinale inflammatoire	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Coloscopie après un résultat positif au test de recherche de sang occulte dans les selles	2 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Urgence (points de repère sur la durée du séjour)												
Patients non admis :	ETJ niveau 1 (réanimation)	8 heures	?	?	?	?	?	A	?	?	A (en fonction d'une cible de 4 heures pour tous les patients non admis)	?
	ETJ niveau 2 (urgence immédiate)	8 heures	?	?	?	?	A	?	?	?		
	ETJ niveau 3 (urgent)	6 heures	?	?	?	?	A	?	?	?		
	ETJ niveau 4 (moins urgent)	4 heures	?	?	?	?	A	?	?	?		
	ETJ niveau 5 (non urgent)	4 heures	?	?	?	?	A	?	?	?		
Patients admis :	ETJ niveau 1 (réanimation)	8 heures	?	?	?	?	?	D	?	?	D (en fonction d'une cible de 8 heures pour tous les patients admis)	?
	ETJ niveau 2 (urgence immédiate)	8 heures	?	?	?	?	?	F	?	?		?
	ETJ niveau 3 (urgent)	6 heures	?	?	?	?	?	F	?	?		?
	ETJ niveau 4 (moins urgent)	4 heures	?	?	?	?	?	F	?	?		?
	ETJ niveau 5 (non urgent)	4 heures	?	?	?	?	?	F	?	?		?
Arthroplastie (orthopédie)												
Arthroplastie totale de la hanche	26 semaines	B	B	D	B	A	A	C	B	B	B	A
Arthroplastie totale du genou	26 semaines	C	D	F	D	A	A	C	D	C	C	B
Médecine nucléaire (cas prévus)												
Scintigraphie osseuse — corps au complet	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
FDG-PET	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Imagerie nucléaire cardiaque	14 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?

suite à la p. 7

Traitement/service/intervention	ATA										
	Point de repère	TNL	IPE	NE	NB	QC	ON	MB	SK	AB	CB
Obstétrique et gynécologie (cas prévus)				↻	↻				↻	↻	↻
Saignement utérin préménopausé anormal	12 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Incontinence urinaire	12 semaines	?	?	?	?	?	↻	?	F	?	?
Prolapsus pelvien	12 semaines	?	?	?	?	?	?	?	F	?	?
Chirurgie plastique									↻		↻
Reconstruction à la suite d'un cancer du sein	4 semaines	?	?	?	?	?	↻	?	F	?	F
Débridement du tunnel carpien	2 mois	?	?	↻	↻	?	?	?	F	D	A
Traitement d'un cancer de la peau	4 mois	?	?	?	?	?	?	?	B	?	A
Chirurgie pédiatrique*							↻				
Caries dentaires avancées : lésion/douleur carieuse	90 jours	?	?	?	?	?	↻	?	?	?	?
Bec-de-lièvre et fente palatine	21 jours	?	?	?	?	?	↻	?	?	?	?
Défaut d'alignement des yeux	90 jours	?	?	?	?	?	↻	?	?	?	?
Psychiatrie (cas prévus)											
Début de psychose	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Troubles thymiques postnatals graves	4 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Problèmes de santé mentale aigus ou urgents	1 semaine	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Rétablissement de la vision							↻		↻	↻	↻
Chirurgie de la cataracte	16 semaine	A	B	C	A	A	A	B	C	F	B

? Le symbole « ? » a été utilisé lorsque le traitement, le service ou l'intervention ne faisait pas l'objet de rapports par la province.

↻ Le symbole des lunettes « ↻ » signifie qu'une province suit les temps d'attente dans cette spécialité mais non pas de manière à ce que les traitements, services ou interventions puissent être cotés selon les critères de l'ATA.

* Ces points de repère permettent aux établissements de soins pédiatriques de se comparer avec leurs pairs et de partager les connaissances.

un éventail de services non chirurgicaux, comme les temps d'attente pour consulter certains spécialistes, un vaste éventail de services d'imagerie diagnostique, y compris la médecine nucléaire, et les services de traitement des toxicomanies.

Le nombre d'interventions ou de traitements indiqués par les rapports augmentera peu tant que les provinces ne commenceront pas à produire des rapports sur d'autres domaines que les services chirurgicaux.

Données sur les temps d'attente produites par l'ATA

Comme il manque de données produites par les provinces, certaines des spécialités membres de l'ATA ont commencé à réunir leurs propres données sur les temps d'attente afin d'évaluer l'attente pour les patients traités dans leur spécialité.

L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) a réalisé deux sondages nationaux sur les temps d'attente (2005 et 2009) auprès de ses spécialistes. Les données recueillies au cours du sondage de 2009 ont révélé que les temps d'attente médians pour les services de gastroentérologie se dégradent et dépassent les points de repère recommandés. Par exemple, le sondage de 2009 a révélé un temps d'attente médian de plus de 130 jours pour les patients qui ont besoin d'une coloscopie afin d'explorer la présence alarmante de sang constatée dans leurs selles (signe possible de cancer du côlon). Le temps d'attente recommandé est de 60 jours³.

En pédiatrie, aucune province sauf l'Ontario ne fournit de données sur les temps d'attente. Le Projet sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique au Canada (TACPC)⁴ collabore toutefois avec un membre de l'ATA, l'Association canadienne de chirurgie pédiatrique (ACCP), afin de réunir des données sur les temps d'attente en chirurgie chez les enfants. L'an dernier, l'ATA a fait état de données de 2009 recueillies par 15 centres universitaires des sciences de la santé en pédiatrie (CUSSP) participants selon lesquels plus de 17 000⁵

enfants (27 %) ont attendu plus longtemps que les P-CATS recommandés ou au-delà du point de repère. Cette année, on a recueilli et analysé des données de 2010 provenant de neuf CUSSP et de deux hôpitaux communautaires participant au projet TACPC. Dans l'ensemble, environ 15 000⁶ enfants (28 %) ont attendu plus longtemps que le point de repère. Cela signifie qu'environ 72 % des enfants ont subi leur intervention chirurgicale en deçà des points de repère, ce qui produit une note globale de « B ». Il convient de signaler que le financement affecté par Santé Canada au projet TACPC a pris fin. Il faudra trouver du financement frais ou obtenir qu'une autre organisation s'occupe de la collecte de données et de l'établissement de rapports si l'on veut continuer à réunir ces données importantes. On trouvera plus de détails à propos de ce projet sur le site web de l'ATA.

3. Évaluation des sites web des provinces sur les temps d'attente

Le site web idéal devrait permettre à un patient, à un membre de sa famille ou à un fournisseur de soins de santé de savoir facilement et rapidement, au moyen de données fiables, quels sont les temps d'attente dans sa région. C'est pourquoi nous avons évalué les sites web des provinces à compter du 31 mai 2011 en fonction des cinq critères suivants :

Critères d'évaluation des sites web des provinces sur les temps d'attente⁷

1. **Actualisation** : À quelle fréquence les données sur les temps d'attente indiquées par le site web sont-elles mises à jour ?
2. **Exhaustivité** : Combien d'interventions sont couvertes ?
3. **Convivialité pour les patients ou accessibilité** : Dans quelle mesure est-il facile de trouver le temps d'attente selon l'intervention ?

³ Survey of Access to Gastroenterology in Canada: The SAGE wait times program, D Leddin, RJ Bridges, DG Morgan, C Fallone, C Render, V Plourde, J Gray, C Switzer, J McHattie, H Singh, E Walli, I Murray, A Nestel, P Sinclair, Y Chen, EJ Irvine, *Canadian Journal of Gastroenterology*. January 2010, Volume 24 Issue 1: 20–25. <http://www.cag-acg.org/uploads/sage.pdf>

⁴ Le projet TACPC a été rendu possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans les présentes ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada. Le projet cherche actuellement à établir un modèle autosuffisant.

⁵ James G. Wright et Rena J. Menaker, Waiting for children's surgery in Canada; the Canadian Paediatric Surgical Wait Times project. *CMAJ* 2011, doi:10.1503/cmaj.101530.

⁶ La réduction du nombre de cas où les patients ont attendu plus longtemps que le point de repère peut être attribuée à la diminution du nombre des sites participants en 2010–2011, car les hôpitaux devaient financer leur participation au projet sans aide de l'extérieur.

⁷ On trouvera une explication détaillée des cotes accordées aux sites web dans le document technique qui accompagne le Bulletin 2011 de l'ATA.

4. **Orientation sur le rendement** : Est-il facile pour le patient de déterminer la longueur de l'attente comparativement au point de repère ?
5. **Qualité et fiabilité** : Les temps d'attente indiqués reflètent-ils la réalité et sont-ils fiables ?

Résultats de 2011

Le Tableau 4 présente l'évaluation des sites web en 2011. Dans l'ensemble, la production par les provinces de rapports sur les temps d'attente s'est améliorée considérablement au cours de l'année écoulée. Il y a encore certes des possibilités d'amélioration, mais les rapports sur les temps d'attente produits par les provinces deviennent de plus en plus perfectionnés :

- Toutes les provinces ont maintenant un site web et il y a eu des mises à niveau majeures au cours de l'année écoulée en Alberta, en Ontario, en C.-B. et en Nouvelle-Écosse.
- Il y a encore d'importantes variations entre les provinces pour ce qui est de la rapidité de l'affichage des données, qui peut prendre de moins de deux mois jusqu'à six mois.
- Les rapports portent sur un plus grand nombre d'interventions que jamais, particulièrement en Ontario, en C.-B., en Alberta et en Saskatchewan.
- Certaines des provinces améliorent maintenant l'exactitude de leurs rapports sur les temps d'attente en les ventilant par catégorie (services internes ou externes, degré d'urgence, etc.).
- Plusieurs provinces ont maintenant leurs propres objectifs et la plupart font état des temps d'attente en fonction du 50^e et du 90^e percentile (point auquel 5 patients sur 10 et 9 sur 10 sont traités en deçà du point de repère).

Nous constatons aussi que l'Ontario a commencé à produire des rapports publics sur des indicateurs de la qualité et les temps d'attente pour le placement en soins à domicile et dans des établissements de soins de longue durée. L'Alberta a lancé récemment un site web (MyHealth) qui affiche un éventail complet d'information sur la santé et les soins de santé, y compris de l'information sur les examens et les traitements.

Les rapports sur les temps d'attente se sont certes améliorés au cours de l'année écoulée, mais de nombreuses améliorations s'imposent encore pour faire état d'un plus grand nombre de services et afficher des données plus pré-

cises. Toutes les provinces devraient maintenant produire des rapports sur les temps d'attente en fonction du degré d'urgence, de façon à brosser un tableau général plus fidèle, particulièrement dans le cas des soins électifs (p. ex., Alberta et Saskatchewan). Quant aux rapports sur le cancer, quelques provinces seulement (p. ex., Ontario et Manitoba) produisent des rapports sur la radiothérapie selon la partie du corps. Comme on l'a déjà indiqué, l'Ontario et l'Alberta sont les seules provinces qui produisent des rapports sur les temps d'attente à l'urgence — tous les Canadiens devraient avoir accès à cette information.

4. L'effet des séjours à un autre niveau de soins sur les temps d'attente

Les membres de l'ATA reconnaissent qu'il y a de nombreux facteurs à l'origine de la longueur des temps d'attente, comme la demande accrue de services, le manque de temps en salle d'opération ou la disponibilité insuffisante de l'équipement, sans oublier les pénuries de médecins et de professionnels de la santé. Des facteurs systémiques contribuent toutefois aussi à prolonger les temps d'attente. Une mauvaise coordination entre les diverses composantes du système de santé entraîne souvent une utilisation inappropriée de services et des longues périodes d'attente passées dans la mauvaise file d'attente pour beaucoup de patients.

Le bulletin de cette année met en évidence l'effet important des séjours à d'autres niveaux de soins (ANS) sur les temps d'attente à la fois en soins d'urgence et en soins électifs ou prévus, au détriment de tous les patients. Le problème pourrait empirer de façon spectaculaire à mesure que la population du Canada vieillit.

Même s'il n'existe pas de définition universelle, on entend généralement par séjour à un « autre niveau de soins » le séjour des patients qui continuent d'occuper un lit d'hôpital après leur séjour en soins actifs⁸. Les patients en ANS sont réputés être assez bien pour être traités ailleurs. Tout dépend de leur situation. Le principal effet négatif de l'augmentation du nombre des patients hospitalisés en ANS se fait sentir sur l'accès aux lits de soins actifs, qui sont déjà en nombres insuffisants et dont on a besoin pour les patients admis via l'urgence ou la salle d'opération.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé, Manuel de saisie de l'information de la Base de données sur les congés des patients, édition 2009–2010. Ottawa (Ont.) : ICIS, 2009, pp. 155–545 (pagination de la version anglaise).

Tableau 4 : Évaluation des sites web provinciaux sur les temps d'attente (maximum de 5 points pour chacun des 5 critères)

Province	Temps opportun	Intégralité	Convivialité	Rendement	Qualité/ fiabilité	Note moyenne	Note 2011	Note 2010	Pratiques exemplaires / Commentaires
ON	4	5	5	4	5	4,6	A		Très complet; inclut les temps d'attente à l'urgence; solides données sur les tendances; il faut aller plus loin que les services chirurgicaux.
C.-B.	4	4	4,5	5	4	4,3	A	B	Complet; convivial; offre de multiples façons d'évaluer le rendement; doit inclure les temps d'attente à l'urgence.
SK	3,5	4	4,5	5	4	4,2	A	B	Données très opportunes; très complet; il faut aller plus loin que les services chirurgicaux et inclure les temps d'attente à l'urgence.
AB	4	4	4	3,5	3,5	3,9	B	F	Amélioration importante par rapport à l'an dernier; convivial; il faut inclure les temps d'attente à l'urgence à ce site.
N.-É.	3	4,5	5	2	4	3,7	B	B	Présentation solide; chef de file de la production de rapports au-delà des services chirurgicaux (p. ex., temps d'attente pour une consultation).
QC	4	2	4,5	4,5	3,5	3,7	B	C	Données opportunes, mais il faut produire des rapports sur les temps d'attente dans un plus vaste éventail de services.
N.-B.	3	4	4,5	4	2	3,5	B	B	Solides données sur les tendances; convivial.
MB	4	2	5	2	4	3,4	C	C	Convivial; il faut produire des rapports sur les temps d'attente dans un plus vaste éventail de services.
Î.-P.-É.	3	1	4	4	3,5	3,1	C	C	Solide présentation; bons rapports sur le rendement; il faut produire des rapports sur les temps d'attente dans un plus vaste éventail de services.
T.-N.-L.	1	1	4,5	4	4	2,9	D	F	Amélioration importante par rapport à l'an dernier; convivial; il faut produire des données plus opportunes et des rapports sur les temps d'attente dans un plus vaste éventail de services.
Note nationale globale						3,7	B	C	

Attribution de notes aux rapports provinciaux sur les temps d'attente : On accorde un maximum de cinq points pour chacun des cinq critères (score total parfait = 5).

Les patients en ANS ont représenté plus de 92 000 hospitalisations et plus de 2,4 millions de jours à l'hôpital au Canada en 2008–2009. Ces statistiques représentaient 5 % du total des hospitalisations et 13 % du total des jours à l'hôpital, dont beaucoup constituaient des séjours de longue durée⁹. Le pourcentage des lits d'hôpitaux occupés par des patients en ANS a toutefois varié énormément — ils occupaient 15 % des lits de soins actifs de l'Ontario en avril 2011, tandis que certaines régions signalaient des taux de plus de 20 %. Autrement dit, un lit sur six est occupé par un patient qui devrait être soigné ailleurs¹⁰. Selon les calculs effectués par l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour avril, quelque 4 256 patients occupaient un lit de soins actifs ou un autre lit en service interne en Ontario tous les jours, pendant qu'ils attendaient d'autres niveaux de soins¹¹. L'Alberta a signalé que 660 patients attendaient d'être placés en soins continus au cours du troisième trimestre de 2010–2011¹².

Les patients hospitalisés en ANS deviennent un problème croissant dans notre société, pour deux raisons. D'abord, parce que le soutien communautaire et en établissement est insuffisant pour les personnes dont l'état de santé exige des soins chroniques. Par exemple, en 2008–2009, 46 % des patients en ANS au Canada ont été transférés dans un établissement de soins de longue durée, 26 % ont été renvoyés chez eux, 12 % ont été transférés dans un établissement de réadaptation et 12 % sont morts en attendant d'être placés.¹³ Ces données indiquent qu'il est devenu urgent de rendre des soins accessibles pour ces patients.

Ensuite, ce problème s'aggrave aussi en raison des changements démographiques. L'âge médian des patients en ANS s'établissait à 80 ans en 2008–2009. La durée médiane de leur hospitalisation atteignait 26 jours, comparativement à 4 jours dans le cas des autres patients, et 83 % de ces patients avaient été admis par l'urgence.¹⁴ La démence est un diagnostic répandu chez les patients en ANS. Or, à mesure que notre société vieillit, de plus en plus de personnes sont atteintes de

troubles de santé chroniques comme la démence, ce qui crée en retour une demande encore plus grande de soins chroniques.

Quel effet les ANS ont-ils sur l'accès en temps opportun ? Les patients en ANS eux-mêmes n'ont pas accès rapidement à des types de soins plus appropriés, qu'il s'agisse de soins assistés à domicile, de l'admission dans un établissement de réadaptation ou d'un placement dans un établissement de soins de longue durée. L'hôpital n'a pas habituellement les ressources nécessaires pour bien s'occuper de ces personnes. Le cœur du problème, c'est le manque de placements appropriés.

Les autres patients sont toutefois touchés eux aussi. Les temps d'attente et l'engorgement dans les services d'urgence sont affectés, car les patients à l'urgence ne peuvent être admis dans des lits d'hôpitaux occupés par des patients en ANS, ce qui contribue à l'engorgement des urgences et exacerbe l'anxiété des patients. Dans les hôpitaux dont le taux d'occupation dépasse les 85 %, le nombre élevé de patients en ANS qui occupent des lits sur les étages contribue à expliquer pourquoi l'attente à l'urgence est tellement plus longue pour les patients sérieusement malades qui ont besoin d'un lit que dans le cas des patients à l'urgence qui n'ont pas besoin d'être admis et sont renvoyés chez eux. En moyenne, un patient en ANS au service d'urgence bloque l'accès à quatre patients à l'heure au service d'urgence¹⁵. Le débit insuffisant des patients à l'urgence peut aussi avoir des répercussions sur les temps d'attente pour les services paramédicaux et de première intervention, car les membres du personnel paramédical doivent attendre pour laisser leurs patients au service d'urgence.

Les taux élevés des séjours en ANS ont aussi des répercussions sur les interventions chirurgicales prévues. Le manque de lits disponibles pour les patients après une intervention entraîne de nombreuses annulations à la dernière minute d'interventions chirurgicales prévues, ce qui allonge encore

⁹ Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2010*. Décembre 2010.

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2010_Web_f.pdf.

¹⁰ Conseil ontarien de la qualité des services de santé. *Rapport annuel 2010 sur le système de santé de l'Ontario*. http://www.ohqc.ca/pdfs/2010_report_-_french.pdf.

¹¹ Association des hôpitaux de l'Ontario. *Alternate Level of Care (ALC)*. OHA ALC Survey Results: April 2011.

[http://www.oha.com/CurrentIssues/Issues/Documents/OHA%20ALC%20Survey%20Results%20\(Apr%202011\)%20-%20at%20Apr%2025.pdf](http://www.oha.com/CurrentIssues/Issues/Documents/OHA%20ALC%20Survey%20Results%20(Apr%202011)%20-%20at%20Apr%2025.pdf).

¹² Alberta Health Services, *Performance Report, March 2011*. <http://www.albertahealthservices.ca/ahs-brd-2011-04-14-performance-report.pdf> (consulté le 11 mai 2011).

¹³ Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2010*.

¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé, *Niveaux de soins alternatifs au Canada*. 14 janvier 2009.

<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1097&lang=fr&media=0>.

¹⁵ Association canadienne des médecins d'urgence. *Prendre en main le problème d'encombrement dans les services d'urgence du Canada*. Le 16 juin 2005. http://www.waittimealliance.ca/waittimes/CAEP_f.pdf.

davantage les temps d'attente pour les patients. Les taux élevés d'ANS peuvent aussi contribuer à allonger les attentes pour les interventions chirurgicales urgentes puisque ces patients ont souvent besoin d'un lit aux soins intensifs¹⁶.

Il y a aussi un coût d'efficacité. Le soin des patients en ANS coûte beaucoup plus cher à l'hôpital que dans un

contexte plus approprié (p. ex., à domicile avec les services d'aide appropriés, ou dans un établissement de type résidentiel). L'argent économisé chaque jour pourrait aider à financer des milieux de soins plus appropriés pour nos patients.

Prenons l'exemple ci dessous :

Le cas de L'Hôpital d'Ottawa

L'Hôpital d'Ottawa (L'HO) est un hôpital d'enseignement bilingue multicentrique de 1000 lits qui offre à environ 1,5 million de résidents de l'Est de l'Ontario principalement des soins spécialisés et de niveau tertiaire. En 2009–2010, L'HO a admis plus de 47 000 patients, eu plus de 134 000 visites à l'urgence et près d'un million de visites en soins ambulatoires.

Les taux élevés d'occupation sont une source de préoccupation constante à L'HO. Le taux d'occupation dépasse souvent les 100 %. C'est évidemment une situation dans laquelle il est difficile de travailler. Toutefois, elle est aggravée par le fait qu'en moyenne 15 % des lits de l'hôpital sont occupés par des patients nécessitant un autre niveau de soins (patients ANS). Comme ces patients sont hospitalisés pendant de longues périodes de temps, on semble chercher de plus en plus à donner dès que possible leur congé aux patients qui ne sont pas désignés ANS. Le fait que 50 % des patients obtiennent leur congé dans les trois jours suivant leur admission semble corroborer cette affirmation. Qui plus est, étant donné que L'HO ne fonctionne qu'avec 85 % de ses lits de soins de courte durée (soins actifs), il est difficile de trouver des lits pour les patients. Par conséquent, le rendement de L'HO a été atteint : les temps d'attente à l'urgence sont plus longs, des chirurgies sont annulées, les patients sont mécontents et le personnel est stressé.

Plusieurs raisons expliquent le taux élevé de patients ANS. En voici quelques-unes :

- patients en attente d'un lit de soins de longue durée (64 %);
- patients en attente d'un lit de soins continus complexes (11 %);
- patients en attente d'un lit en réadaptation (8 %);
- patients en attente d'autres services (services à domicile accrus, soins palliatifs, maison de retraite) (17 %).

L'impact du taux élevé de patients ANS est systémique :

- Moins de 25 % des patients admis obtiennent un lit dans le délai provincial prescrit de 8 heures. De nombreux patients attendent plus de 24 heures pour un lit d'hôpital. Cela provoque l'engorgement des urgences (et réduit notamment l'efficacité des services d'ambulance). La situation de ces patients en attente d'un lit constitue le principal facteur d'engorgement des urgences.
- L'an dernier, L'HO a annulé 580 interventions chirurgicales non urgentes (électives) par manque de lits.
- Cette situation exerce des pressions considérables sur le personnel qui est incité à donner leur congé aux patients qui n'ont pas besoin de soutien communautaire. On croit que cela pourrait conduire à un « congé prématuré » et que de nombreux patients pourraient avoir des problèmes après leur retour à domicile. Actuellement, environ 7 % des patients doivent être réadmis.
- Ces facteurs imposent un lourd fardeau aux patients et à leurs familles. De longs temps d'attente à l'urgence entraînent des malaises physiques et peuvent donner lieu à une perte de la vie privée et de la dignité. Les réadmissions

¹⁶ Conseil ontarien de la qualité des services de santé. *Rapport annuel 2010 sur le système de santé de l'Ontario*. http://www.ohqc.ca/pdfs/2010_report_french.pdf.

causent beaucoup de stress chez les patients et leurs familles. L'annulation d'une chirurgie non urgente peut perturber grandement la vie d'un patient et prolonger la souffrance causée par la maladie sous-jacente.

Bien sûr, le fait de traiter des patients ANS dans des établissements de soins actifs a une incidence sur les coûts. Le coût moyen par jour pour traiter un patient hospitalisé dans un établissement de soins actifs est de 1200 \$. Le coût pour traiter un patient dans un établissement de soins de longue durée peut être beaucoup plus bas.

Bien que L'HO ait des unités de soins transitoires qui se sont engagées à fournir des soins de qualité aux personnes qui ne peuvent pas quitter l'hôpital une fois la phase des soins actifs terminée, un certain nombre de stratégies sont en cours à L'HO même et dans la région pour s'attaquer aux taux élevés de patients ANS. Au nombre de ces stratégies à L'HO, citons l'amélioration de la circulation des patients, notamment par l'utilisation de lits pour courts séjours à l'intention des patients à l'urgence, l'amélioration des communications lors du transfert des patients, en particulier au moment du congé, et l'amélioration de la documentation clinique et électronique. Les stratégies au niveau régional comprennent l'amélioration des services de soins à domicile dans le cadre du programme « Home First » du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (jusqu'à 60 jours après la sortie d'un établissement de soins de courte durée) et l'augmentation du nombre de lits de transition et de services d'aide à la vie autonome.

Il existe fort heureusement des moyens de s'attaquer efficacement au problème, notamment les suivants :

- Réunir et déclarer rapidement les données sur les patients en ANS en utilisant des définitions normalisées pour aider à gérer la situation (p. ex., l'Ontario saisit des données sur les ANS presque en temps réel dans la plupart des hôpitaux de la province).
- Investir dans les services de soins à domicile pour réduire la demande de types de soins plus coûteux et mal adaptés.
- Recourir à des équipes de soins multidisciplinaires et à des intervenants-orienteurs, afin d'aider les patients et les membres de leur famille à éviter des admissions à l'urgence et à obtenir leur congé de l'hôpital plus rapidement et avec plus de succès.
- Investir dans un large éventail de moyens d'appuyer les soins en établissement résidentiel.
- Fournir des moyens d'appui aux aidants naturels.

Actuellement, au Canada, ces stratégies sont plus ou moins mises en œuvre, et à divers degrés. Les membres de l'ATA reconnaissent que le meilleur moyen d'améliorer l'accès rapide aux soins spécialisés pour la population canadienne consiste à s'attaquer au problème des ANS.

5. Engagement soutenu de l'ATA envers les patients

L'ATA reconnaît que l'effort d'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun constitue une responsabilité commune. Les gouvernements peuvent assurer un leadership systémique global par le financement et la réglementation. Les fournisseurs de soins de santé, dont les médecins et les chirurgiens, ont aussi un rôle à jouer. Depuis l'établissement des points de repère, les membres de l'ATA continuent de lancer des activités afin de réduire, de mesurer, de surveiller et de gérer les temps d'attente pour améliorer l'accès en temps opportun pour leurs patients — les quatre éléments constitutifs de la trousse 4 M de l'ATA décrits pour la première fois dans le rapport d'août 2005. L'expérience acquise par l'Association canadienne des radiologistes pour rendre l'imagerie plus pertinente au moyen d'aides à la décision clinique informatisées et les exemples récents de stratégies innovatrices de réduction des temps d'attente en psychiatrie adoptées par l'Association des psychiatres du Canada sont quelques exemples de projets lancés par les membres de l'ATA.

Des détails sur ces projets et d'autres encore sont disponibles sur le site web de l'ATA, ici : www.waittimealliance.ca/french/index.htm.

Au sujet de l'Alliance sur les temps d'attente

Depuis 2005, l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) produit des rapports sur l'accès en temps opportun pour les Canadiens aux soins spécialisés. L'ATA regroupe les 14 organisations médicales nationales suivantes dont les membres participent directement à dispenser des soins aux patients (les membres sont présentés en ordre alphabétique) :

- Association canadienne d'orthopédie (ACO) — www.coa-aco.org
- Association canadienne de chirurgie infantile (CAPS) — www.caps.ca
- Association canadienne de gastroentérologie (CAG) — www.cag-acg.org
- Association canadienne de médecine nucléaire (CANM) — www.csnm-scmn.ca
- Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) — www.caro-acro.ca
- Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) — www.caep.ca
- Association canadienne des radiologistes (CAR) — www.car.ca
- Association des psychiatres du Canada (CPA) — www.cpa-apc.org
- Association médicale canadienne (AMC) — amc.ca
- Société canadienne d'ophtalmologie (SCA) — www.eyesite.ca
- Société canadienne de cardiologie (SCC) — www.ccs.ca
- Société canadienne des anesthésiologistes (CAS) — www.cas.ca
- Société canadienne des chirurgiens plasticiens (CSPS) — www.plasticsurgery.ca
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) — www.sogc.org