

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

CANADIAN
ASSOCIATION OF
RADIOLOGISTS



L'ASSOCIATION
CANADIENNE DES
RADIOLOGISTES

CANM
ACMN

CaRO acRO

Canadian Association of
Radiation Oncology

Association canadienne
de radio-oncologie



Canadian
Cardiovascular
Society

Société
canadienne
de cardiologie



Canadian Ophthalmological Society
Société canadienne
d'ophtalmologie



Le 20 décembre 2005

L'honorable George Smitherman
Président, Conférence des ministres de la Santé
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Bureau du ministre
Hepburn Block, 10th Floor
80 Grosvenor Street
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Monsieur le ministre,

Je vous écris aujourd'hui au nom de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) afin de vous féliciter, vos collègues de la Conférence des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé et vous-même, d'avoir conjugué vos efforts pour produire des points de repère pancanadiens visant à réduire les temps d'attente pour les services de santé.

Même si votre annonce récente constitue un progrès important, elle ne satisfait pas entièrement aux engagements que les premiers ministres du Canada ont pris à l'égard des points de repère. Nous espérons que d'autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé suivront l'exemple de votre gouvernement en fixant des objectifs améliorés comme ceux que vous avez dévoilés le 16 décembre 2005.

Des questions persistent aussi sur la façon d'aller de l'avant et de s'attaquer à certains des obstacles clés qui ont des répercussions sur l'accès en temps opportun à des services de santé de qualité. C'est pourquoi je souhaite discuter des prochaines étapes cruciales qu'il faut franchir pour poursuivre sur la lancée produite par votre annonce importante.

Tout d'abord, la décision des ministres de la Santé de ne pas fixer de points de repère sur les temps d'attente en imagerie diagnostique préoccupe énormément puisque la capacité de produire des images du corps humain et de ses maladies joue un rôle central dans la pratique de la médecine moderne. Sans un accès approprié aux outils diagnostiques, les points de repère proposés pour le traitement du cancer, l'arthroplastie et les soins cardiaques pourraient très bien ne rien vouloir dire. Un traitement exact et opportun commence par un diagnostic exact et opportun qui, dans nombre de cas, passent par l'accès en temps opportun à des services d'imagerie.

Les cliniciens sont convaincus que le manque de données à l'appui de points de repère précis dans le cas de la tomодensitométrie (TDM) et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est plus que compensé par les preuves écrasantes qui démontrent que ces technologies sont efficaces et essentielles dans la prise en charge du cancer et des maladies cardiovasculaires et musculosquelettiques. Le manque de points de repère dans le cas des technologies d'imagerie semble indiquer que l'on ne comprend pas le rôle crucial des technologies d'imagerie, les avantages qui en découlent, les preuves reliées à l'utilisation et à la capacité de dispenser en temps opportun des soins de qualité aux Canadiens. De même, les membres de l'ATA sont prêts à travailler en collaboration avec les gouvernements afin de mettre au point des critères sur les temps d'attente appropriés non seulement pour l'IMR et la TDM, mais aussi pour la TEP (tomographie par émission de positrons) et autres modes d'imagerie diagnostique. Ce travail critique pourrait comprendre l'établissement de points de repère pour les services de diagnostic qui font intervenir des mécanismes différents de ceux exigés pour les procédures thérapeutiques.

Deuxièmement, l'ATA est heureuse que toutes les provinces aient convenu d'établir un point de repère pour la chirurgie de la cataracte et que certaines comme la vôtre aient annoncé du financement pour que l'on puisse procéder à des chirurgies supplémentaires afin d'essayer de parvenir à ce nouveau point de repère. On indique toutefois dans le communiqué du 12 décembre annonçant les points de repère que celui qui a trait à la chirurgie de la cataracte ne s'applique que pour les cataractes «à risque élevé» qui «nuisent considérablement à la capacité de fonctionner sans aide». Cette formulation est trop vague et il faut la remplacer par la suivante : «Les patients ayant un déficit fonctionnel important qui les empêcherait de faire leur travail habituel, de s'occuper de personnes à charge, de conduire ou de lire» (soit la majorité des patients actuellement inscrits sur les listes d'attente). Cette clarification renforce le fait que les points de repère visent à fixer des cibles pour le patient moyen plutôt que pour le cas exceptionnel. Il importe aussi de renforcer un concept que nous soutenons depuis le début de l'Alliance, soit qu'en matière de rétablissement de la vue, il n'est pas question uniquement de chirurgie de la cataracte. Il y a beaucoup d'autres aspects du rétablissement de la vue dont il faut tenir compte, comme les maladies rétinienues, le glaucome et les affections pédiatriques des yeux. Nous espérons que vous tiendrez compte de ces domaines dans votre étude plus poussée des points de repère.

Troisièmement, même si l'établissement de points de repère pour le pontage aortocoronarien constitue un bon point de départ, il ne faut pas le considérer comme le point final. L'expérience du patient commence avec le premier signe d'un symptôme qui pourrait nécessiter des soins et ne prend fin que lorsqu'il a terminé un cycle complet de diagnostic, de traitement et de réadaptation. Si un spécialiste ne peut voir un patient ou organiser une épreuve d'effort, un examen MIBI ou une échocardiographie en temps opportun, il se peut que le temps d'attente du patient soit beaucoup trop long même si la liste d'attente en chirurgie est courte. Si un patient ne peut entreprendre de programme de réadaptation après une chirurgie, il se peut alors que le plein potentiel de l'intervention ne se concrétise pas. La Société canadienne de cardiologie a établi des points de repère pour le continuum complet des soins cardiovasculaires : accès à des spécialistes en cardiologie générale et en électrophysiologie, épreuve d'effort, échocardiographie, cathétérisme

cardiaque, angioplastie et tous les types de chirurgie cardiaque, pose de défibrillateur implantable qui sauve la vie, réadaptation cardiaque et cliniques de gestion de l'insuffisance cardiaque afin d'aider les patients à s'aider eux-mêmes et à éviter une nouvelle hospitalisation.

De plus, le pontage aortocoronarien sert à traiter un seul problème clinique (soit une ou des artères bloquées) et ne constitue même plus l'intervention la plus courante utilisée pour traiter les artères bloquées – deux fois plus de patients subissent maintenant une angioplastie plutôt qu'une intervention chirurgicale. Les patients cardiaques attendent beaucoup trop longtemps pour subir d'autres interventions, notamment six mois pour une chirurgie valvulaire et même encore plus pour certaines consultations et interventions de prise en charge de l'arythmie qui pourraient leur sauver la vie. Même si la convergence sur le pontage aortocoronarien était appropriée, les temps d'attente maximaux recommandés ne constituent plus les points de repère les plus appropriés à utiliser. Ils ne reflètent pas de nouvelles données probantes dans un domaine des soins qui a réalisé des progrès considérables au cours de la dernière décennie. Les recommandations plus récentes des 50 médecins et professionnels de la santé du Canada qui ont établi des points de repère pour des services et des interventions cardiovasculaires reposaient sur des données cliniques modernes et un consensus d'experts.

Enfin, les points de repère annoncés dans le cas de la radiothérapie – quatre semaines entre le moment où le patient est «prêt pour le traitement» et le début de celui-ci – diffèrent considérablement des deux semaines recommandées par l'ATA. Les données scientifiques parrainées par les Instituts de recherche en santé du Canada indiquent en fait que les temps d'attente pour le début de la radiothérapie visant à traiter tous les types de cancer devraient être aussi brefs que possible. Le point de repère de l'ATA concorde avec des points de repère internationaux.

L'ATA a aussi recommandé un temps d'attente maximal de deux semaines pour la première consultation d'un oncologue. Il est clair que mettre le pied dans la porte constitue le premier pas vers un traitement ultérieur en temps opportun. On ne trouve aucune mention de points de repère pour les consultations dans les points de repère pancanadiens dévoilés par les ministres de la Santé, et cet oubli est important. Même si l'Association canadienne de radio-oncologie se réjouit de voir que l'on réalise des progrès, nous considérons que les points de repère proposés ne sont pas rigoureux et auront une incidence défavorable sur les taux de guérison du cancer.

Comme vous le savez, l'ATA a produit des points de repère fondés sur les meilleures données médicales disponibles pour un éventail intégré de services de santé et d'interventions dans chacun des cinq domaines prioritaires établis plus tôt cette année. Les membres de l'ATA ont aussi défini les principaux obstacles à l'accès en temps opportun, soit les pénuries de professionnels de la santé et le manque de capacité dans le système de santé. Le rapport de l'ATA incluait des points de repère sur les temps d'attente relatifs à l'accès à un spécialiste dans la plupart des domaines clés. Nous avons en outre indiqué dans notre rapport que quelque 3,6 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille régulier. Il s'agit là d'un obstacle crucial aux soins en temps opportun

parce qu'il faut habituellement avoir accès à un médecin de famille avant de pouvoir consulter un spécialiste. La question des ressources humaines de la santé constitue un élément dont il faut tenir compte dans le travail à venir sur les temps d'attente. De même, il faut envisager de créer une soupape de sécurité ou un Fonds canadien pour l'accès aux services de santé financé par le secteur public qui agira comme soupape de sécurité afin de garantir aux patients qu'ils pourront avoir accès lorsque l'on dépasse les points de repère sur les temps d'attente.

Nous croyons que votre annonce jette des bases importantes pour des travaux à venir et nous sommes prêts à collaborer pour aborder les enjeux évoqués ci-dessus. Même s'ils constituent un bon départ, les points de repère ne pourront à eux seuls garantir aux Canadiens l'accès en temps opportun. Au nom de nos patients, les membres de l'ATA – les médecins du Canada – ont hâte de collaborer avec vos collègues et vous dans le contexte d'un effort continu visant à réduire de façon significative et durable les temps d'attente pour des services de santé de qualité.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



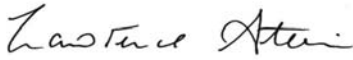
Ruth Collins-Nakai, MD
Porte-parole de l'Alliance sur les
temps d'attente et présidente
de l'Association médicale canadienne



Peter Hollett, MD
Président de l'Association
canadienne de médecine nucléaire



Tom Pickles, MD
Président de l'Association
canadienne de radio-oncologie



Lawrence Stein, MD
Président sortant de l'Association
canadienne des radiologistes



Denis Roy, MD
Président de la Société canadienne
de cardiologie



Sherif El-Defrawy, MD
Président de la Société canadienne
d'ophtalmologie



Robert B. Bourne, MD
Président de l'Association
canadienne d'orthopédie

cc : Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé
L'honorable Ujjal Dosanjh, ministre de la Santé
L'honorable Carolyn Bennett, ministre d'État (santé publique)
D^r Brian Postl, conseiller fédéral sur les temps d'attente
Divisions provinciales et territoriales de l'AMC