

---

# **MAÎTRISER LES FILES D'ATTENTE : VERS UNE SOLUTION AUX DÉLAIS DE PRESTATION DES SOINS**

---

**DOCUMENT DE RÉFLEXION  
JUILLET 2004**

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION



---

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA  
CANADIAN NURSES ASSOCIATION

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION



ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA  
CANADIAN NURSES ASSOCIATION

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

L'AMC compte plus de 57 000 membres. En leur nom et au nom de la population canadienne, l'Association exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des traumatismes, favoriser l'accès aux soins de santé, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif, à adhésion volontaire, qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

Fondée en 1908, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est le porte-parole national de la profession pour plus de 120 000 infirmières et infirmiers autorisés au Canada.

L'AIIC est une fédération regroupant 11 collèges et associations provinciales et territoriales de nursing qui ont pour mission de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins infirmiers, dans l'intérêt de la population.

# TABLE DES MATIÈRES

---

Remerciements .....	iv
Sommaire .....	v
Introduction.....	1
<b>I. Délimitation des enjeux et analyse du problème .....</b>	<b>2</b>
Le phénomène des délais d'attente dans les systèmes de santé .....	2
Trop longtemps, c'est combien de temps?.....	3
Évaluation du problème .....	6
Perceptions du public et des médecins face aux périodes d'attente.....	6
Indicateurs de rendement pancanadiens .....	8
<b>2. Stratégies à suivre pour gérer les périodes d'attente et assurer un accès en temps opportun.....</b>	<b>10</b>
Tour d'horizon des initiatives provinciales.....	10
Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada.....	13
Autres initiatives sur les temps d'attente.....	14
<b>3. Ressources humaines et outils : Pour assurer que la capacité du système suffit.....</b>	<b>16</b>
Le lien entre la capacité du système de santé et les périodes d'attente.....	16
Retour sur l'expérience du Canada au cours des années 1990.....	17
Optimiser la capacité existante tout en planifiant un système de santé <i>viable</i> .....	18
<b>4. Droits aux soins en temps opportun – Où tirer la ligne?.....</b>	<b>19</b>
Que prévoient les lois fédérale et provinciales en vigueur au sujet de l'accès en temps opportun?.....	19
La Charte prévoit-elle un droit aux soins de santé en temps opportun? .....	20
Normes sur l'accès en temps opportun – Qu'est-ce qui est possible?.....	21
<b>5. Répercussions stratégiques de l'amélioration de la mesure, du rôle et de la gestion des périodes d'attente .....</b>	<b>23</b>
<b>Annexe A : Principes opérationnels de mesure et de gestion des listes d'attente .....</b>	<b>26</b>
<b>Annexe B : Initiatives provinciales sur les périodes d'attente .....</b>	<b>28</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>32</b>
<b>Références.....</b>	<b>34</b>

# Remerciements

Ce rapport a été produit par Marcel Saulnier, Sam Shortt (Université Queen's) et Emily Gruenwoldt.

L'AMC remercie les personnes suivantes qui, par leurs commentaires, ont contribué à la production de ce document de travail : Owen Adams; Glenn Brimacombe; Janet Davies; Carolyn DeCoster; Mike Epp; Pierre-Gerlier Forest; Sylvie Gauthier; Martha Hall; Isra Levy; Diane Lugsdin; Jean Nelson; Tom Noseworthy et le Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada; Tom Rathwell; Boris Sobolev; William G. Tholl; Greg Webster et Debbie Wilson.

L'AMC remercie aussi Heather Sheehy d'avoir imaginé l'expression «*taming of the queue*» que l'on a utilisé comme titre de la version anglaise de ce papier ainsi que pour le colloque du 31 mars et 1er avril 2004 sur la mesure, le contrôle et la gestion des périodes d'attente.

Toute erreur ou omission incombe uniquement aux auteurs.

# Sommaire

## I DÉLIMITATION DES ENJEUX ET ANALYSE DU PROBLÈME

Attendre pour recevoir des soins, c'est normal dans tout système de santé. En contexte de pénurie, le rationnement de la demande de services devient automatique. Aucun pays ne pourrait doter son système de santé de ressources suffisantes pour répondre à toutes les demandes urgentes de soins de santé. Même aux États-Unis, où il existe un financement privé important, les périodes d'attente demeurent une réalité pour les millions de non-assurés.

Même si attendre pour obtenir des soins, c'est une réalité de la vie, des attentes d'une durée excessive peuvent avoir d'importantes répercussions sur la santé et l'économie. Les médecins ressentent aussi les effets indésirables des longs délais d'attente pour des services, et se sentent notamment de plus en plus frustrés de ne pouvoir dispenser des soins de santé appropriés et en temps opportun. Il est crucial de comprendre de la même façon les périodes d'attente appropriées et excessives dans un système financé par l'État où la capacité est limitée et où l'on s'arrache les ressources. Sinon, il est impossible d'attribuer une priorité aux patients en fonction de leurs besoins de santé relatifs ou de déterminer si le système dispose de ressources suffisantes pour dispenser des soins en temps opportun.

Il y a actuellement de nombreuses façons de mesurer les périodes d'attente : sondages auprès des médecins et des patients, analyse des données administratives, systèmes de réservations dans les hôpitaux, registres et systèmes d'évaluation des priorités, notamment. Chacune de ces méthodes a des limites et des avantages inhérents qui sont bien documentés. Les sondages auprès des médecins et des patients constituent la principale source d'information qui permet d'évaluer les temps d'attente. Même si ces sondages n'ont pas la rigueur des bases de données administratives où la collecte de données est normalisée, ils produisent de l'information clé sur le rendement du système de santé face à la prestation de services de santé en temps opportun. Selon un sondage réalisé récemment par Ipsos-Reid pour le compte de l'AMC, par exemple, les quatre grandes priorités dans le domaine de la santé signalées par les Canadiens étaient les suivantes : longueur des temps d'attente pour consulter des spécialistes, pénurie de professionnels de la santé au Canada, longueur des temps d'attente à l'urgence et pour obtenir des services de diagnostic.

En septembre 2000, les premiers ministres du Canada convenaient de produire des rapports clairs aux Canadiens à compter de septembre 2002. On a mis au point des indicateurs communs pour 14 aspects de l'état de santé, de son évolution et de la qualité des services de soins de santé. Les «temps d'attente pour obtenir des services de diagnostic et de traitement clés» constituent une des catégories du thème qualité des services de santé. Cette catégorie est subdivisée en trois domaines de traitement : chirurgie cardiaque, arthroplastie de la hanche et du genou et radiothérapie. Dans chaque domaine, les administrations ont convenu de produire un rapport sur le temps nécessaire pour quitter la liste d'attente, la durée médiane des délais d'attente et la répartition des périodes d'attente. Comme il n'y a pas de rapports détaillés, on n'a malheureusement pu établir de comparaisons interprovinciales appropriées pour la première série de rapports publics.

## **II STRATÉGIES À SUIVRE POUR GÉRER LES PÉRIODES D'ATTENTE ET ASSURER UN ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN**

Il y a beaucoup d'activité au Canada depuis quelques années, car les provinces ont redoublé d'efforts pour gérer les périodes d'attente. Sept provinces ont déjà lancé des initiatives sur la gestion des temps d'attente. En Colombie-Britannique, le ministère des Services de santé tient le Registre des listes d'attente en chirurgie afin de suivre les périodes pendant lesquelles il faut attendre pour subir un vaste éventail d'interventions chirurgicales. On a créé des registres semblables en ligne sur les listes d'attente en Alberta, au Manitoba et au Québec. Des chirurgiens et des professionnels de la santé de certains hôpitaux partagent de l'information sur leurs temps d'attente pour la chirurgie et des examens de diagnostic afin de permettre aux patients et à leurs prestataires de déterminer le meilleur endroit où ils peuvent avoir accès à ces services. Le nombre d'interventions suivies varie en fonction de la province, tout comme la fréquence de la mise à jour des sites web.

Le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan (SSCN) collabore avec des partenaires clés du secteur de la santé afin d'améliorer l'efficacité, l'organisation et l'efficience du système de santé pour que les patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale puissent la subir dans des délais appropriés. On prépare actuellement une liste provinciale informatisée des patients qui attendent pour subir une intervention chirurgicale est en préparation. Le Réseau de soins cardiaques (RSC) de l'Ontario est un des premiers et des meilleurs exemples canadiens de partenariats entre le secteur public, les médecins et les hôpitaux afin de planifier, coordonner et surveiller la prestation de services en temps opportun. Le registre des patients du RSC est généralement reconnu comme un moyen efficace de faciliter et de surveiller l'accès à la chirurgie cardiaque.

En Nouvelle-Écosse, le Projet provincial de surveillance des temps d'attente vise à saisir des renseignements provinciaux significatifs et fiables sur les temps d'attente, qu'on normalisera et surveillera en continu. Un comité du projet a été chargé de présenter au gouvernement des recommandations précises portant avant tout sur les services de chirurgie, les services de diagnostic et les présentations des omnipraticiens aux spécialistes.

L'élaboration de systèmes d'évaluation des priorités afin d'aider les cliniciens à déterminer le besoin relatif constitue un élément important des stratégies de gestion des périodes d'attente. Partenariat entre des gouvernements, des régies régionales de la santé et des prestataires de soins médicaux, le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC) a joué un rôle à cet égard. Au cours de la phase 1 du PLAOC, on a mis au point des outils d'établissement des priorités afin d'aider à gérer les listes d'attente dans le cas de cinq interventions : arthroplastie de la hanche ou du genou, chirurgie générale, chirurgie de la cataracte, IRM et santé mentale des enfants. Les principaux produits à livrer de la phase 2 comprennent la mise en œuvre et l'évaluation d'outils de gestion des listes d'attente, l'établissement de périodes d'attente acceptables maximales normalisées et l'adaptation des outils du PLAOC pour que les prestataires de soins primaires puissent s'en servir. Le PLAOC est un des meilleurs exemples de stratégies de bout en bout, courantes et multidimensionnelles afin d'améliorer la qualité de la gestion des périodes d'attente au Canada.

Les 31 mars et 1<sup>er</sup> avril 2004, les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques ont accueilli Maîtriser les files d'attente : Mesure, contrôle et gestion des périodes d'attente, colloque parrainé par l'AMC, l'ICIS, les IRSC, Santé Canada et l'ACISU et qui a réuni des établissements d'enseignement et de recherche, des prestataires de soins de santé et des dirigeants gouvernementaux. Le colloque avait un triple objectif : explorer les facteurs qui sous-tendent les temps d'attente pour des services de santé; mettre en commun la recherche et les expériences qui ont trait à la mesure, au contrôle et à la gestion des périodes d'attente dans un vaste échantillon transversal d'intervenants; définir les répercussions stratégiques de l'amélioration de la mesure, de la surveillance et de la gestion des périodes d'attente du point de vue des payeurs, des prestataires et des patients. Plus de 80 participants ont passé deux jours à étudier les initiatives canadiennes et internationales et à discuter de ce qui doit se produire ensuite au Canada pour qu'on puisse mieux mesurer, contrôler et gérer les périodes d'attente.

### **III RESSOURCES HUMAINES ET OUTILS : POUR ASSURER QUE LA CAPACITÉ DU SYSTÈME SUFFIT**

La planification des besoins d'une population très diversifiée dans le domaine de la santé n'est pas une science exacte. Il n'y a pas de formule mathématique qui permet de calculer une offre «adéquate» d'infirmières, de médecins, de lits d'hôpitaux et de matériel de haute technologie. Des administrations consacrent moins d'argent aux soins de santé et leur système a moins de capacité que d'autres, mais elles peuvent quand même produire de bons résultats dans le domaine de la santé. D'autres, par ailleurs, qui consacrent des pourcentages importants de leur budget aux soins de santé, dont le système a une plus grande capacité et signalent des résultats médiocres sur le plan de la santé. Même si les relations entre les ressources consacrées aux soins de santé et l'évolution de l'état de santé semblent curieuses, il est certain que la disponibilité des ressources a un effet sur l'opportunité et l'accessibilité des services de santé.

Au cours des années 1990, les Canadiens ont vécu une mouvance énorme dans leur système de santé. Même si le Canada a terminé la décennie exactement où il l'a commencée pour ce qui est des effectifs médicaux, tous les autres pays du G7 ont augmenté leur ratio médecin:habitants. Sur le plan de la capacité en soins actifs, les pays du G-7 ont vu diminuer le nombre de lits pour 1000 habitants, reflet d'une tendance, qui se maintient, à la réduction de la durée des séjours, à l'augmentation du recours à la chirurgie de jour et au transfert de la prestation des services de santé des hôpitaux vers la communauté. Le Canada a terminé la décennie avec une capacité en lits très inférieure à celle de ses principaux partenaires commerciaux. En ce qui concerne les outils et le matériel, l'écart entre le Canada et les autres pays du G7 s'est creusé considérablement. En guise d'illustration, signalons qu'en 1990, la capacité du Canada en IRM était à peu près au tiers de la moyenne du G7, et que même si le nombre d'appareils d'IRM a plus que triplé au cours de la décennie, le Canada demeurait en 2000 à peu près au tiers de la moyenne du G7. Enfin, dans la catégorie des immobilisations moyennes au cours des années 1990 en pourcentage du total des dépenses de santé, le Canada n'a pas réussi à atteindre la moyenne des pays du G7.

Sans égard à toute capacité nouvelle ou supplémentaire, le Canada peut réaliser des gains importants en améliorant la qualité de la gestion des ressources actuelles. La planification fondée sur les besoins de la prestation de soins factuels et la dotation en ressources viables sont les éléments clés de la planification de solutions à long terme aux problèmes des périodes d'attente.

L'augmentation ponctuelle des ressources pour acheter des solutions au problème des périodes d'attente pour des services en particulier n'a pas démontré son efficacité. Il faut réserver un financement viable à long terme pour raccourcir les listes d'attente afin de permettre une planification appropriée.

#### **IV DROITS AUX SOINS EN TEMPS OPPORTUN – OÙ TIRER LA LIGNE?**

La Loi canadienne sur la santé, a pour rôle «[...] de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre». Le public s'attend dans une certaine mesure à ce que le concept de l'accès satisfaisant englobe la notion d'accès en temps opportun. Le principe de l'accès satisfaisant, selon sa définition, signifie toutefois que les résidents d'une province ou d'un territoire ont le droit d'avoir accès, à des conditions uniformes, à des services de soins de santé assurés dans le contexte où ils sont dispensés et à mesure qu'ils y sont disponibles.

La question de savoir s'il existe un droit à des soins en temps opportun en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés a fait l'objet de recherches récentes. Jusqu'à maintenant, aucun tribunal n'a déterminé que les gouvernements sont vraiment tenus d'assurer l'accès en temps opportun aux services de santé financés par l'État. La décision de la Cour suprême du Canada d'entendre un appel portant sur l'accès aux services financés par l'État (*Chaoulli et Zeliotis c. Québec*) démontre que l'accès aux soins en temps opportun est de plus en plus considéré comme un droit du citoyen.

On demande de plus en plus, d'un bout à l'autre du Canada, d'officialiser les droits aux soins en temps opportun en adoptant des chartes des patients et des garanties de soins. À l'échelon national, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie et l'AMC ont proposé l'établissement de garanties de soin fondées sur des paramètres factuels relatifs à l'accès aux soins en temps opportun. La Commission Romanow a recommandé un pacte de la santé pour définir les responsabilités et les droits des patients. Jusqu'à maintenant, les gouvernements ne se sont aucunement engagés à donner suite à de telles propositions. On a présenté, dans un certain nombre de provinces, des propositions portant sur les chartes de la santé ou du patient dont certaines demeurent au stade de la promesse électorale, tandis que d'autres arrivent à celui de l'avant-projet de loi. Une étude récente de l'OCDE et l'étude sur les points de vue des intervenants de quatre pays commandée par l'AMC émettent un bémol sur adoption des garanties de soin.

Peu importe la démarche stratégique que l'on suivra, l'écart clé qui persiste consiste à déterminer les périodes d'attente acceptables sur les plans public et clinique, selon les intervenants et les patients pour lesquels l'urgence varie. C'est alors seulement que l'on pourra aborder la question de la forme précise des normes de soin en temps opportun et de leur exécutabilité.

#### **V RÉPERCUSSIONS STRATÉGIQUES DE L'AMÉLIORATION DE LA MESURE, DU CONTRÔLE ET DE LA GESTION DES PÉRIODES D'ATTENTE**

La question de savoir comment assurer un accès en temps opportun aux soins de santé au Canada ne se résoudra pas du jour au lendemain. Il y a eu des événements prometteurs en ce qui concerne la gestion des temps d'attente pour des services de chirurgie et de diagnostic, mais il

faut tenir compte aussi de la réalité que constituent la capacité limitée du système et la possibilité de voir des tribunaux imposer des solutions.

Le point en 10 plans qui suit contribuerait à produire une réponse ordonnée aux temps d'attente au Canada :

### **1. Établir les priorités à partir d'une vaste consultation**

Attribuer, avec la contribution du public et des intervenants, une priorité aux problèmes ou aux services sur lesquels on se penchera, en commençant par ceux qui ont le plus d'importance clinique et dont la longueur des délais d'attente est reconnue, et attribuer graduellement une priorité à tous les services.

### **2. Répondre aux attentes des patients et du public en communiquant de façon transparente**

Informers les patients et le public au sujet du rôle que les listes d'attente et les délais d'attente jouent dans la gestion des services de santé. Assurer la transparence et améliorer la confiance dans le système de santé en indiquant aux patients pendant combien de temps ils devront attendre et comment on fixe leur priorité par rapport à d'autres patients figurant sur la liste.

### **3. Comblers les lacunes de ressources humaines en santé et de capacité du système**

S'engager à suivre des stratégies agressives de recrutement et de maintien des effectifs afin de combler les lacunes dans les cas où la rareté des ressources humaines de la santé constitue la grande cause de périodes d'attente excessives. Adopter une politique d'autosuffisance accrue en ce qui a trait à la production de professionnels de soins de santé au Canada. Élaborer un cadre de planification fondé sur les besoins afin d'assurer que l'on investit dans la capacité en ressources physiques et humaines là où le besoin est le plus important.

### **4. Améliorer la collecte de données en investissant en systèmes d'information**

Poursuivre le développement de systèmes prospectifs de collecte de données à l'échelon provincial fondés sur des définitions de données normalisées. Agréger les données sur les périodes d'attente détenues par les médecins ou les établissements en systèmes de réservation centralisés plus efficaces desservant un groupe de médecins et d'établissements. Collaborer avec l'Inforoute santé du Canada Inc. afin d'étendre l'utilisation de la technologie de l'information comme moyen d'améliorer la coordination entre les prestataires de soins de santé et les établissements.

### **5. Établir des repères de périodes d'attente fondés sur un consensus clinique et public**

Établir des normes comparatives incorporant des critères cliniques et des préférences du public. Afin d'accélérer la mise au point d'outils d'établissement de priorités et de paramètres sur l'accès en temps opportun pour tout un éventail de traitements, le gouvernement fédéral pourrait s'inspirer de la réussite du Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada et créer un réseau de centres d'excellence en gestion des périodes d'attente d'un bout à l'autre du Canada.

## **6. Renforcer l'imputabilité par les rapports publics**

Produire des rapports publics significatifs sur les périodes d'attente. À l'échelon national, s'engager à améliorer la production de rapports publics portant sur des comparaisons interprovinciales des périodes d'attente par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé et du Conseil de la santé du Canada. Étendre l'utilisation des registres sur les listes d'attente en ligne, afin de produire des renseignements à jour des périodes d'attente dans les régions et les établissements.

## **7. Maximiser l'efficacité en harmonisant les incitations**

Accroître la collaboration interprovinciale afin de partager la capacité et de créer des centres d'excellence en soins hautement spécialisés appuyés de réseaux pan-canadiens de consultation médicale. Réformer le financement des hôpitaux en effectuant le virage vers le financement fondé sur les activités pour assurer que des plafonds budgétaires n'entravent pas artificiellement la prestation de services et que celle-ci peut prendre de l'ampleur ou se contracter au besoin. S'assurer que les médecins connaissent les guides de pratique.

## **8. S'attaquer aux pressions en amont et en aval en investissant dans la continuité des soins**

S'attaquer aux points de pression dans d'autres domaines connexes du système de santé en suivant une stratégie « systémique globale ». Appuyer l'élaboration de stratégies de prise en charge de maladies à l'échelle des régions régionales de la santé afin de permettre la prestation de services coordonnés entre la prévention, les soins primaires, les soins actifs, les soins à domicile, les soins de réadaptation et les soins de longue durée.

## **9. Améliorer la transférabilité des soins en élargissant les choix de soins à l'extérieur du réseau provincial**

Offrir plus d'options aux patients lorsque des soins ne sont pas disponibles en temps opportun sur la scène locale. Revoir les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui ont trait à la transférabilité au Canada et à l'étranger, les accords interprovinciaux sur la facturation réciproque, ainsi que les lois provinciales sur l'assurance-maladie afin de rationaliser le processus permettant aux patients de chercher à se faire traiter ailleurs lorsque des soins en temps opportun ne sont pas disponibles dans leur province de résidence. Créer un fonds fédéral-provincial à frais partagés, le Fonds canadien d'accès à la santé, afin de mieux appuyer les patients et leur famille lorsque les soins sont dispensés en dehors du réseau provincial.

## **10. S'engager à la quête des meilleures pratiques en mettant l'accent sur la recherche et l'évaluation**

S'engager à appliquer un programme rigoureux de recherche et d'évaluation continues par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tirer des leçons des réussites et des pratiques exemplaires. À mesure que les données deviennent de plus en plus solides pour les services individuels, étendre les efforts de recherche sur les méthodes pour attribuer la priorité aux patients qui attendent pour différents types de services.

La gestion des périodes d'attente au Canada soulève un problème systémique qui ne sera pas réglé à court terme. Les politiques concernant la mesure, la surveillance et la gestion des temps d'attente évoluent. Ainsi, chacune des directives susmentionnée sera étudiée plus en profondeur au cours des prochains mois.



# Introduction

Le concept selon lequel une personne doit pouvoir avoir accès aux services de santé au moment et dans la mesure où elle en a besoin, sans avoir à surmonter d'obstacles financiers ou autres, constitue le pilier du système d'assurance-maladie universel financé par l'État au Canada. Avec l'avènement de l'assurance universelle pour les services hospitaliers et médicaux au cours des années 1960 et 1970, le Canada a réalisé des progrès importants vers l'élimination des obstacles financiers aux soins médicaux et hospitaliers. Il faut toutefois faire beaucoup plus pour assurer l'accessibilité des services de santé.

Les 15 dernières années ont été l'une des périodes les plus tumultueuses de l'histoire des politiques de santé au Canada, à commencer par les compressions et le repli budgétaires au début des années 1990, la dissension croissante entre les gouvernements et le désenchantement croissant du public. Les patients ont de plus en plus de difficulté à trouver un médecin de famille<sup>1</sup>, les urgences des hôpitaux sont engorgées<sup>2</sup> et, dans certaines régions du pays, les temps d'attente pour consulter un spécialiste, obtenir des services de diagnostic avancés et des services de soins actifs s'allongent. Un grand nombre de ces problèmes ont attiré beaucoup d'attention des médias. Depuis quelque temps, les réinvestissements et un climat de coopération renouvelée offrent une lueur d'espoir. La confiance du public dans le système de santé ne s'est pas encore rétablie complètement.

Le Canada n'est pas le seul à s'inquiéter des temps d'attente pour obtenir des services de santé. La question préoccupe beaucoup de pays industrialisés. Les expériences internationales à l'égard de la gestion des périodes d'attente sont riches de leçons précieuses pour les prestataires de soins de santé et les responsables des politiques au Canada. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a publié récemment une étude pionnière sur les stratégies de gestion des listes d'attente dans ses pays membres<sup>3</sup>. En outre, l'Association médicale canadienne vient tout juste de terminer une étude sur les points de vue des intervenants au sujet de la gestion des périodes d'attente dans quatre pays, soit en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Suède et au Royaume-Uni<sup>4</sup>.

Le Canada a une expérience riche mais relativement récente de la mesure, du contrôle et de la gestion des périodes d'attente. Ce document de travail résume ce qui s'est passé dans ce domaine au Canada depuis 15 ans. La Section I établit un cadre et fait le point sur les connaissances actuelles relatives à l'état des périodes d'attente dans le système de santé du Canada. La Section II présente un tour d'horizon de stratégies de mesure, de contrôle et de gestion des périodes d'attente. La Section III porte sur les enjeux liés à la suffisance des ressources humaines et matérielles. Dans la Section IV, on cherche à déterminer s'il est souhaitable et pratique d'en arriver au droit à des soins en temps opportun. On tire enfin, dans la Section V, des conclusions sur les répercussions stratégiques d'une amélioration de la gestion des périodes d'attente pour les patients, les prestataires de soins de santé, les établissements et les gouvernements.

## I. Délimitation des enjeux et analyse du problème

*«Les professionnels de la santé, les autorités régionales de la santé et les hôpitaux essaient de soutenir le rythme croissant de la demande. Le nombre d'interventions chirurgicales, de traitements et de tests augmente, mais souvent, la demande dépasse la capacité de dispenser les services nécessaires en temps utile<sup>5</sup>».*

Roy Romanow

### Le phénomène des délais d'attente dans les systèmes de santé

Les systèmes de santé constituent l'une des formes d'organisation les plus complexes dans les sociétés modernes. Dans tous les pays industrialisés, les services de santé représentent un pourcentage important et croissant de l'activité économique totale. Chaque fois qu'un patient se présente avec un problème de santé, cette démarche fait intervenir un réseau complexe de praticiens indépendants, de cliniques communautaires, d'hôpitaux, d'établissements de soins de longue durée, de laboratoires, de pharmacies, de fournisseurs de produits pharmaceutiques et d'appareils médicaux.

Dans tout système de santé, il est normal d'attendre pour recevoir des traitements. Face à des désirs et des besoins sans limite, la rareté est automatique. Aucun pays ne dispose de suffisamment de ressources pour créer une capacité excédentaire permettant de répondre sans délai à tous les besoins dans le domaine de la santé, peu importe le degré d'urgence clinique. Même dans les systèmes de santé où il existe une importante capacité financée par le secteur privé, les temps d'attente pour obtenir des soins de santé constituent une réalité dans un monde dominé par les organisations de gestion des soins telles que les HMO américaines. Aux États-Unis, par exemple, on estime que 45 millions de personnes sont sous-desservies ou sans assurance.

Dans certains cas, l'attente pour obtenir des soins de santé peut constituer la meilleure option pour un patient : tout dépend des symptômes et de la capacité fonctionnelle de la personne. Le bon vieux traitement consistant à «attendre et surveiller» découle de l'observation selon laquelle pour beaucoup de patients, la meilleure solution consiste à voir comment leur état évoluera. Parfois, le problème se résorbe naturellement. Dans d'autres cas, le besoin d'une intervention médicale devient plus clair et plus pressant.

Les périodes d'attente ne sont pas homogènes – elles varient d'une région à l'autre au Canada et selon le service ou l'intervention. Leur répartition varie aussi considérablement – tout le monde n'attend pas longtemps pour subir une certaine intervention. Une interdépendance complexe entre les facteurs de la demande, de l'offre et de la productivité ou de l'efficacité contribue aux périodes d'attente. Compte tenu de la disponibilité limitée de données comparables sur les délais d'attente, il est difficile de documenter les perceptions face à la réalité.

La figure A illustre la chaîne de décisions à prendre lorsqu'il s'agit de dispenser des soins médicaux à des patients, ainsi que les nombreux objectifs et facteurs stratégiques qui jouent sur la détermination des périodes d'attente à divers points du système. On trouve au sommet le bassin de patients éventuels qui peuvent entrer dans le système. Cette «demande» initiale de services de santé est régie par les principes de l'universalité et de l'accessibilité, et elle est tributaire de nombreux facteurs comme les déterminants non médicaux de la santé, les caractéristiques démographiques, l'évolution de la technologie, l'apparition de nouvelles tendances morbides et les attentes des patients.

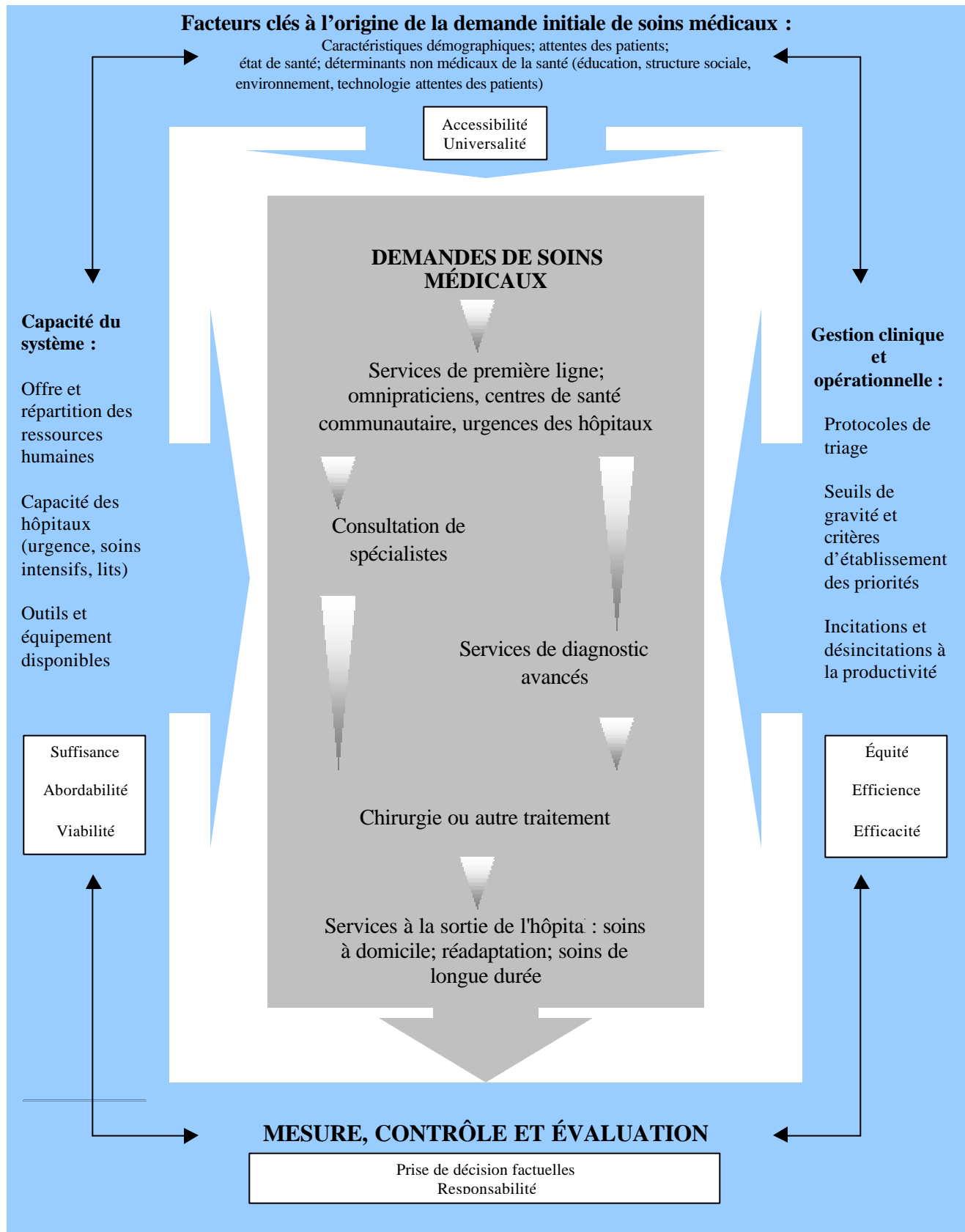
Les points de service clés du système de soins de santé – services de première ligne, spécialistes, services avancés de diagnostic, chirurgies, traitements et services consécutifs à la déshospitalisation – sont reliés par une série de protocoles décisionnels ou filtres qui déterminent quels patients passeront au niveau suivant et dans quel ordre ils le feront. On retrouve à la base du schéma les fonctions clés, soit la mesure, la surveillance et l'évaluation, qui produisent les données factuelles nécessaires à la prise de décisions sur la capacité du système et sa gestion.

Pour chaque service de la chaîne, il existe un certain nombre de facteurs interdépendants reliés au système, à sa capacité et à sa gestion. On entend par capacité les ressources humaines, le matériel et l'infrastructure physique nécessaires pour dispenser les soins de santé, ce qui est fixe à tout moment dans le temps. Les décisions sur la capacité du système reposent sur des facteurs liés à la suffisance, à l'abordabilité et à la viabilité. Les facteurs de gestion comprennent les pratiques cliniques et administratives qui ont un effet sur l'utilisation de la capacité existante du système, y compris la prise de décisions cliniques, la coordination et la répartition des ressources, et les incitations et désincitations au rendement. Les objectifs clés des politiques dans ce domaine comprennent l'équité, l'efficacité et l'efficacités. Tous ces facteurs évoluent constamment et leurs effets les uns sur les autres déterminent pendant combien de temps les patients doivent attendre pour franchir chaque étape du système.

### **Trop longtemps, c'est combien de temps?**

Il est naturel d'attendre pour recevoir des soins dans le vécu des soins de santé normaux non urgents, mais il y a un point au-delà duquel, comme on l'a démontré dans le cas du pontage aortocoronarien<sup>6</sup> ou de l'arthroplastie de la hanche<sup>7</sup>, l'attente devient excessive et peut nuire à l'état de santé<sup>8</sup> et au mieux-être du patient. Des temps d'attente excessifs peuvent avoir d'importantes répercussions sur la santé et sur l'économie. Les effets indésirables sur la santé comprennent l'évolution moins bonne de l'état de santé après l'intervention, y compris le risque de décès et une baisse de la qualité de vie pendant la période d'attente. Les répercussions économiques comprennent une augmentation des dépenses de santé avant et après l'intervention chirurgicale, une augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance nécessaires pour contrôler l'état du patient pendant qu'il attend une intervention, la perte de revenu personnel ou l'augmentation des dépenses publiques consacrées au soutien du revenu, et la perte de capacité dans la société. Les professionnels de la santé ressentent eux aussi les effets indésirables des longs délais d'attente pour obtenir des services, dont la frustration croissante causée par l'incapacité de dispenser les soins de la qualité qu'ils savent appropriée<sup>9</sup>.

**Figure A : Cadre de prestation des soins médicaux.**



Dans un système financé par l'État où la capacité est limitée et où de nombreux demandeurs cherchent simultanément à s'arracher les ressources, il est crucial de comprendre de la même façon les périodes d'attente appropriées face aux délais excessifs. Il est clair que les patients perçoivent la durée d'attente acceptable en fonction de leur vécu personnel (c.-à-d. différence entre les désirs et les besoins). Les cliniciens évaluent les périodes d'attente en fonction de leur expérience clinique et de publications ou guides de pratique disponibles. Les gouvernements ont tendance à évaluer les périodes d'attente en fonction du coût et des demandes rivales auxquelles sont soumises les ressources publiques<sup>10</sup>. En l'absence d'une base de compréhension commune, il est impossible d'assurer que le système traite les patients en fonction de leurs besoins de santé relatifs ou de savoir si le système dispose de ressources suffisantes pour dispenser des soins en temps opportun.

Dans certains domaines clés comme les soins cardiaques et la radiothérapie, il a été relativement simple de dégager, entre les cliniciens, un consensus au sujet des seuils de gravité parce que si les soins ne sont pas dispensés en temps opportun, tout retard peut avoir des conséquences catastrophiques. En chirurgie cardiaque, on a en outre la chance de disposer de données quantifiables et objectives (par exemple le pourcentage de sténose du vaisseau sanguin), qui permettent de classer les patients<sup>11</sup>. Dans d'autres domaines comme la chirurgie orthopédique, où l'on associe plus souvent les conséquences d'une intervention retardée à une baisse de qualité de vie – état subjectif – qu'à la mort, il s'est révélé plus difficile de dégager un consensus sur les délais d'attente excessifs.

Il y a en outre d'autres points de vue sur les périodes d'attente appropriées ou excessives qui importent. Les patients et les membres de leur famille, qui doivent en bout de ligne supporter les conséquences de l'attente, peuvent être d'avis que le traitement devrait être dispensé beaucoup plus rapidement que ne l'indiquerait le consensus clinique. Les employeurs préoccupés par la perte de travailleurs productifs peuvent aussi souhaiter que l'on traite leurs employés plus rapidement. Les administrateurs chargés de répartir les ressources de la santé peuvent avoir tendance à orienter des ressources vers les services d'urgence, et par conséquent d'allonger les périodes d'attente pour des chirurgies électives. Préoccupés par la montée des coûts des services de santé, les contribuables peuvent être disposés collectivement à tolérer de plus longs délais dans le système de santé afin d'éviter des hausses d'impôt, à condition de ne pas être touchés eux-mêmes par l'attente.

Il s'agit fondamentalement d'une question de points de vue et de valeurs. En dépit de ces nombreux défis, on a réalisé des progrès pour rendre les processus d'attente plus transparents et redditionnels. On comprend maintenant mieux la terminologie de l'attente. Priorité équivaut à urgence, thème qui signifie gravité en plus des facteurs reliés aux avantages attendus et à l'évolution naturelle de la maladie<sup>12</sup>. On a mis au point des moyens pour créer des systèmes d'évaluation des priorités dans le cas d'un certain nombre de problèmes cliniques en intégrant l'avis d'experts, des données factuelles tirées des publications et l'opinion publique<sup>13</sup>.

## Évaluation du problème

Il y a de nombreuses façons de mesurer les temps d'attente : sondages auprès des médecins et des patients, analyse de données administratives, systèmes d'inscription des hôpitaux, registres et systèmes d'attribution de priorités. Chacun de ces moyens comporte ses limites et ses avantages inhérents qui sont bien documentés<sup>14</sup>.

Les sondages produisent souvent un instantané utile des perceptions des patients et des médecins, mais ils sont vulnérables à la déviation systématique des réponses qui dépend des questions posées, du moment où elles le sont (c.-à-d. problèmes de mémoire), de la taille de l'échantillon et du taux de réponse. L'analyse des données administratives produites par les demandes de paiement des hôpitaux et des médecins est relativement peu coûteuse, mais elle sert seulement à surveiller les délais d'attente dans le cas des interventions consignées. Les systèmes d'inscription des hôpitaux peuvent suivre la durée des périodes d'attente pour des fins précises à l'intérieur d'un établissement, mais ils ne fournissent généralement pas d'information sur la priorité attribuée aux patients, ni sur l'urgence relative de leur cas. Les registres centraux et les systèmes d'attribution de priorités comme le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario permettent de mesurer les temps d'attente et d'en faire rapport avec plus de rigueur, mais ils coûtent plus cher à établir et à maintenir.

Les sondages auprès des médecins et des patients demeurent la principale source d'information disponible pour évaluer les périodes d'attente. Plusieurs provinces ont investi dans des registres centralisés et la production de rapports de rendement s'est améliorée aux échelons provincial et national, mais il y a jusqu'à maintenant peu de données concrètes disponibles pour permettre d'évaluer objectivement les périodes d'attente.

## Perceptions du public et des médecins face aux périodes d'attente

Depuis le début des années 1990, des sondages réalisés auprès des patients et des médecins servent à suivre les perceptions et les attitudes au sujet des périodes d'attente au Canada. Même si ces méthodes n'ont pas la rigueur offerte par les bases de données administratives pour lesquelles la collecte des données est normalisée, elles donnent néanmoins une bonne idée de la capacité du système de santé à assurer la prestation des services en temps opportun. Les contributions clés comprennent les suivantes :

- Entre 1989 et 2001, le Berger Health Monitor a constaté que le pourcentage des Canadiens qui ont signalé être incapables d'obtenir des services de santé nécessaires était passé de 2 % à 15 %<sup>15</sup>.
- L'AMC a incorporé des questions sur les temps d'attente dans un certain nombre de sondages réalisés au fil des ans. Au cours des trois dernières années, le Bulletin national annuel de l'AMC sur la santé<sup>16</sup> a révélé qu'en dépit d'améliorations dans certains secteurs du système, les Canadiens accordent toujours une note médiocre à l'accès aux spécialistes et au matériel de diagnostic.

- Dans un sondage réalisé récemment par Ipsos-Reid pour le compte de l'AMC<sup>17</sup>, les quatre principales préoccupations signalées par les Canadiens à l'égard des soins de santé étaient la longueur des temps d'attente pour avoir accès à des spécialistes, la pénurie de professionnels de la santé partout au Canada, la longueur des périodes d'attente à l'urgence et la longueur des délais d'attente pour obtenir des services de diagnostic. Deux tiers des Canadiens ont indiqué qu'un membre de leur famille ou eux-mêmes avaient dû attendre plus longtemps qu'ils le jugeaient raisonnable pour obtenir des services médicaux au cours de l'année écoulée et 48 % de ceux qui ont signalé des périodes d'attente excessives ont vu leur état se détériorer ou leur stress et leur inquiétude s'alourdir. L'augmentation de la douleur (12 %), la dégradation de leur état (7 %) et la mort (2 %) sont au nombre des effets indésirables mentionnés par les répondants qui ont signalé des délais d'attente excessifs.
- L'Institut Fraser publie un rapport annuel sur les listes d'attente dans les hôpitaux depuis 1993. Ces rapports sont fondés sur un sondage réalisé auprès de médecins, à qui l'on demande d'estimer, dans le cas de nouveaux patients, le temps prévisible de l'attente pour obtenir divers services chirurgicaux et diagnostics. L'enquête a révélé que les perceptions des médecins à l'égard des périodes d'attente se sont détériorées considérablement chaque année depuis le début des années 1990 et que dans la grande majorité des spécialités, les délais réels d'attente dépassent les périodes que les médecins jugent raisonnables sur le plan clinique<sup>18</sup>.
- La Colombie-Britannique a entrepris, en 1998, deux études sur les listes d'attente fondées sur un sondage réalisé auprès des spécialistes en Colombie-Britannique<sup>19,20</sup>. Dans la première, soit un rapport de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, on a étudié les périodes d'attente en cardiologie, orthopédie, ophtalmologie et services de diagnostic. Le deuxième rapport publié par le ministère de la Santé portait avant tout sur l'urgentologie, la neurochirurgie, la chirurgie générale et le diagnostic. Les rapports ont indiqué que les périodes médianes d'attente dans le cas de la plupart de ces spécialités étaient beaucoup plus longues que celles que les médecins jugent raisonnables.

En 2001, Statistique Canada a réalisé la première enquête nationale sur l'accès aux soins de santé<sup>21</sup>. Cette enquête a porté sur l'expérience des répondants qui avaient besoin de soins de spécialistes, d'interventions chirurgicales non urgentes et d'examens de diagnostic. Les questions sur leurs expériences ont porté sur des aspects comme la période pendant laquelle ils ont dû attendre pour avoir accès aux services, l'acceptabilité du temps d'attente et l'impact de l'attente sur le répondant.

Une deuxième enquête de ce type fut réalisé en 2003, et les résultats furent dévoilés par Statistique Canada en juin 2004<sup>22</sup>. Les principales constatations tirées de l'enquête comprennent les suivantes :

- Parmi ceux qui ont eu recours aux services de première ligne, 16% ont eu de la difficulté à avoir accès aux soins de routine et à des conseils ou renseignements sur la santé, alors que 24% ont indiqué avoir eu de la difficulté à avoir accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur.

- En ce qui a trait aux services spécialisés, 21% de ceux qui ont eu accès à des services de spécialiste ont indiqué avoir éprouvé de la difficulté à obtenir ces services, contre 13% de ceux qui ont subi une chirurgie non-urgente, et 16% de ceux qui ont eu accès à des tests diagnostiques.
- Bien que la plupart des patients ont attendu trois mois ou moins pour avoir accès à des services spécialisés, quelque 17% ont attendu plus que 3 mois (le taux par province variant de 10% à Terre-Neuve jusqu'à 29% en Saskatchewan).
- Un temps d'attente dépassant plus de 3 mois fut rapporté par 13% de ceux qui attendaient une chirurgie cardiaque ou une chirurgie liée au cancer, 26% de ceux qui attendaient une arthroplastie ou une opération de la cataracte, et 16% de ceux qui attendaient un autre type de chirurgie.
- Le pourcentage de patients ayant indiqué que le temps d'attente était inacceptable se chiffre à 17% de ceux qui ont attendu pour subir une intervention chirurgicale non urgente, 21% de ceux qui ont attendu pour un test diagnostique, et 29 % de ceux qui ont attendu pour consulter un spécialiste.
- Le proportion de patients ayant vécu de l'inquiétude, du stress et de l'anxiété, de la douleur, ou ayant indiqué que leur état de santé s'est détérioré pendant la période d'attente se chiffre à 10% de ceux qui ont attendu pour subir une intervention chirurgicale non urgente, 14% de ceux qui ont attendu pour un test diagnostique, et 19 % de ceux qui ont attendu pour consulter un spécialiste.

## Indicateurs de rendement pancanadiens

En septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont publié un communiqué sur la santé<sup>23</sup> dans lequel ils convenaient de produire des rapports clairs aux Canadiens à compter de septembre 2002. Les ministres de la Santé ont créé un Comité fédéral-provincial-territorial, le Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats (CRIR), afin de dégager une entente sur la production de rapports comparables par toutes les administrations fédérales, provinciales et territoriales dans les 14 domaines déterminés par les premiers ministres. Chaque administration doit publier un rapport distinct qui contient de l'information sur les indicateurs.

On a mis au point des indicateurs communs pour 14 aspects de l'état de santé, de son évolution et de la qualité des services de soins de santé. Les «temps d'attente pour obtenir des services de diagnostic et de traitement clés» constituent une des catégories du thème qualité des services de santé. Cette catégorie est subdivisée en trois domaines de traitement : chirurgie cardiaque, arthroplastie de la hanche et du genou et radiothérapie. Dans chaque domaine, les administrations ont convenu de produire un rapport sur le temps nécessaire pour quitter la liste d'attente, la durée médiane des délais d'attente et la répartition des périodes d'attente.

Les premiers rapports provinciaux et fédéraux sur le rendement du système de santé ont été produits comme promis en septembre 2002. Même si la qualité et l'intégralité des rapports étaient importantes dans la plupart des autres domaines, le tableau ci-dessous montre que les

rapports sur les indicateurs relatifs aux délais d'attente étaient en général sibyllins ou inexistantes, sauf dans le cas des soins cardiaques. Le manque de rapports détaillés ne permet pas d'établir de comparaisons interprovinciales appropriées. En outre, pour compenser l'absence de données concrètes sur les délais d'attente dans le cas des spécialistes, des examens de diagnostic et des interventions chirurgicales, les provinces ont utilisé les temps d'attente signalés par l'Enquête sur l'accès aux services de santé de Statistique Canada. Conformément à l'Accord sur la santé<sup>24</sup> de février 2003, on prépare actuellement un ensemble élargi d'indicateurs pour la prochaine série de rapports de rendement fédéraux et provinciaux qui doivent être publiés en septembre 2004.

**Tableau 1 : Rapports provinciaux sur les indicateurs des périodes d'attente**

	BC	AB	SK	MB	ON	QU	NB	NS	PEI	NF
<b>Périodes d'attente pour les chirurgies cardiaques</b>										
<i>Temps pour quitter la liste d'attente</i>	++	++	-	++	++	-	++	++	-	++
<i>Période d'attente médiane</i>	++	-	++	++	++	-	++	++	-	++
<i>Distribution</i>	++	-	++	++	++	-	++	++	-	++
<b>Périodes d'attente pour arthroplastie</b>										
<i>Temps pour quitter la liste d'attente</i>	++	++	-	++	-	-	-	-	-	-
<i>Période d'attente médiane</i>	++	++	++	++	-	-	-	-	-	-
<i>Distribution</i>	++	-	++	++	-	-	-	-	-	-
<b>Périodes d'attente pour radiothérapie</b>										
<i>Temps pour quitter la liste d'attente</i>	++	++	-	++	-	-	-	++	-	++
<i>Période d'attente médiane</i>	-	-	-	++	-	-	-	++	-	++
<i>Distribution</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Période d'attente autodéclarée pour les visites chez les spécialistes, certains tests diagnostiques et les chirurgies non-urgentes</b>										
<i>Période d'attente médiane</i>	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+
<i>Distribution</i>	+	+	+	-	-	+	-	-	+	+

**Legende**

Données provinciales	++
Données de l'enquête sur l'accès aux services de santé de Statistique Canada	+
Données non disponibles	-

## 2. Stratégies à suivre pour gérer les périodes d'attente et assurer un accès en temps opportun

*«Dans de rares exceptions, les listes d'attente au Canada, comme dans la plupart des pays, sont non standardisées, organisées de façon capricieuse, mal contrôlées et (selon des observateurs très bien renseignés) ont grand besoin de réaménagement. [...] En conséquence, il y a un besoin urgent d'investissement national dans la conception et le développement de systèmes d'information et de gestion qui peuvent fournir au public une plus grande confiance pour ce qui est de l'accès et de la qualité des soins<sup>25</sup>.»*

*P. McDonald, S. Shortt, C. Sanmartin, et. al.*

C'est la sombre évaluation de la gestion des périodes d'attente au Canada que l'on trouve dans une étude clé commandée par Santé Canada à la fin des années 1990. L'AMC a publié, en 1999, sa propre politique sur les «Principes opérationnels de mesure et de gestion des listes d'attente» afin de déterminer la meilleure façon de s'attaquer à ces faiblesses (voir Annexe A).

La situation a-t-elle changé? Nous passons en revue dans cette section les événements clés survenus au Canada en ce qui concerne la mesure, la surveillance et la gestion des périodes d'attente.

### Tour d'horizon des initiatives provinciales

**Colombie-Britannique** – Le ministère des Services de santé tient le Registre des listes d'attente en chirurgie afin de suivre les périodes pendant lesquelles il faut attendre pour subir un vaste éventail d'interventions chirurgicales dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique. Les services d'oncologie et de chirurgie cardiaque sont suivis dans des registres distincts. Les délais d'attente pour des interventions chirurgicales et des services spécialisés en hôpital dans 19 catégories différentes sont suivis, surveillés et mis à jour une fois par mois. L'information contenue dans le Registre des listes d'attente en chirurgie provient directement des hôpitaux participants. L'exactitude et la fiabilité du Registre sont entièrement tributaires des données présentées par les hôpitaux. Certains hôpitaux sont en train de changer leurs systèmes informatiques, ce qui retarde la production de leur Rapport sur les délais d'attente. La base de données<sup>26</sup> prendra de l'ampleur à mesure qu'ils termineront la mise à niveau de leurs systèmes et que plus d'hôpitaux participeront au Registre du gouvernement.

**Alberta** – Au cours de l'été 2003, on a lancé un registre en ligne des listes d'attente afin de divulguer les temps d'attente pour des interventions chirurgicales et des examens de diagnostic effectués par certains chirurgiens professionnels de la santé en particulier dans certains hôpitaux de l'Alberta. Le registre doit aider les patients et les médecins à planifier où trouver le meilleur accès à des services de chirurgie et de diagnostic. Santé et Mieux-être Alberta utilise aussi le registre afin de surveiller les délais d'attente pour tout un éventail d'interventions chirurgicales et d'examens de diagnostic aux hôpitaux participants de l'Alberta. Toutes les régions devraient entrer en ligne en 2004<sup>27</sup>.

**Saskatchewan** – Créé en mars 2002, le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan (SSCN) collabore avec des partenaires clés du secteur de la santé afin d'améliorer l'efficacité, l'organisation et l'efficience du système de santé pour que les patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale puissent la subir dans des délais appropriés. Le réseau surveille la création et la mise en œuvre d'une liste d'attente provinciale informatisée des patients en chirurgie. Les régies régionales de la santé, les médecins et Santé Saskatchewan utiliseront les renseignements tirés de ces registres pour prendre des décisions au sujet d'enjeux reliés aux délais d'attente et des besoins en capacité<sup>28</sup>.

**Manitoba** – Le Plan manitobain de réduction des périodes d'attente<sup>29</sup> émane du Rapport publié en 1998 par le Centre manitobain des politiques en matière de santé. Le site web Services de santé – Informations sur les délais d'attente fournit de l'information sur la période pendant laquelle un patient peut prévoir attendre pour subir des examens de diagnostic aux hôpitaux du Manitoba ou une radiothérapie à Action Cancer Manitoba. On ajoutera éventuellement de l'information sur les délais d'attente pour d'autres interventions de diagnostic. Une deuxième initiative, le Programme des listes d'attente en chirurgie de la cataracte au Manitoba, utilise une base de données centralisée afin de suivre les patients qui attendent une chirurgie de la cataracte et de leur attribuer une priorité<sup>30</sup>.

**Ontario** – Créé en 1990, le Réseau de soins cardiaques (RSC) de l'Ontario est un des premiers et des meilleurs exemples canadiens de partenariats entre le secteur public, les médecins et les hôpitaux afin de planifier, coordonner et surveiller la prestation de services en temps opportun. Le registre des patients du RSC est généralement reconnu comme un moyen efficace de faciliter et de surveiller l'accès à la chirurgie cardiaque. À la suite de cette réussite, l'expansion du registre a commencé en 2000 et l'on y a inclus des interventions de cathétérisme (cathétérisme cardiaque et angioplastie/stents). On a commencé à produire des rapports publics sur l'accès aux interventions de cathétérisme en mai 2002. On suivra et analysera les données des laboratoires de cathétérisme tout comme les données chirurgicales afin d'aider les patients à avoir accès à ces services de façon opportune, équitable et appropriée<sup>31</sup>.

**Québec** – Avant la mise en œuvre d'un programme informatisé de surveillance et de suivi des délais d'attente, chaque hôpital du Québec tenait sa propre liste d'attente et les temps d'attente en chirurgie variaient considérablement selon les établissements. Les délais d'attente sont maintenant affichés en ligne. (Les temps d'attente pour la chirurgie cardiaque sont affichés séparément et suivis par le «Réseau québécois de cardiologie tertiaire».) On a investi des sommes considérables pour raccourcir les listes et les délais d'attente. Avec la mise en service de nouveaux outils de collecte et de gestion des données, on a l'intention de mettre à jour quatre fois par mois les listes d'attente pour les diverses interventions chirurgicales pratiquées dans les établissements de santé du Québec<sup>32</sup>.

**Nouvelle-Écosse** – Afin de répondre au besoin de saisir des données provinciales fiables et significatives sur les périodes d'attente, on a annoncé un plan visant à normaliser la collecte de données sur les délais d'attente et leur surveillance en Nouvelle-Écosse. Le comité directeur du projet provincial de surveillance des délais d'attente a été chargé de présenter au gouvernement des recommandations portant avant tout sur trois domaines principaux : services chirurgicaux, services de diagnostic et présentation par des omnipraticiens à des spécialistes.

Le Comité a recommandé notamment de recueillir dans toute la province, et non seulement dans le district de santé de la Capitale, des données sur les délais d'attente en orthopédie. Le Comité a aussi recommandé d'intégrer les délais d'attente en tomодensitométrie et IRM dans la mise en œuvre du système d'information sur la santé de la Nouvelle-Écosse, qui devrait être en service en 2005<sup>33</sup>.

L'Annexe B présente des renseignements détaillés sur les initiatives provinciales relatives aux délais d'attente, y compris les interventions surveillées, la collecte de données et les normes, les critères et les outils d'établissement de priorités, le financement d'initiatives ou de capacité et l'accessibilité en ligne de l'information. Le tableau qui suit résume ces renseignements. Il est clair que même si certaines provinces n'ont pas encore commencé à gérer les délais d'attente, beaucoup d'entre elles ont réalisé des progrès remarquables en créant des outils d'évaluation objective des priorités, en fixant des délais d'attente cibles et en rendant ces renseignements disponibles sur support électronique. On constate une tendance claire à l'adoption d'outils d'évaluation des priorités dans les provinces de l'Ouest, ce qui est attribuable en grande partie au travail réalisé dans le contexte du Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada. La Nouvelle-Écosse prévoit adopter des outils d'évaluation des priorités en 2004. On a établi des objectifs relatifs aux délais d'attente, ou on le fera bientôt, dans cinq provinces, soit deux provinces de l'Ouest, deux du centre du Canada et une province maritime. Trois provinces ont créé ou créeront des entités consultatives de l'extérieur afin de surveiller leurs initiatives. Les niveaux de compétence qui ont lancé des initiatives afin de gérer, surveiller ou mesurer les délais d'attente offrent des registres en ligne.

**Tableau 2 : Survol des initiatives provinciales en matière de gestion des périodes d'attente**

Province	Interventions surveillées	Outils d'évaluation des priorités	Objectifs relatifs aux délais d'attente	Entité consultative de l'extérieur	Registre en ligne
Terre-Neuve-et-Labrador					
Île-du-Prince-Édouard					
Nouvelle-Écosse	3	✓ <sup>1</sup>	✓ <sup>2</sup>	✓	✓ <sup>3</sup>
Nouveau-Brunswick					
Québec	9+		✓		✓
Ontario	2	✓	✓	✓	✓
Manitoba	7	✓			✓
Saskatchewan	10	✓	✓	✓	✓
Alberta	17	✓	✓		✓
Colombie-Britannique	19		✓		✓

<sup>1</sup> En cours.

<sup>2</sup> En cours.

<sup>3</sup> En cours.

## Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada

Lancé en novembre 1998, le PLAOC<sup>34</sup> est un effort de collaboration qui réunit 20 partenaires : quatre associations médicales, quatre ministères provinciaux de la Santé et Santé Canada, sept régies régionales de la santé et quatre centres de recherche en santé. Le projet se démarque par la nature multidisciplinaire de sa composition et l'envergure du travail qu'il a entrepris.

La phase 1 du projet vise à combler d'importantes lacunes en information dans le système de santé et à le rendre plus équitable afin que les Canadiens puissent avoir un accès raisonnable à des services médicaux appropriés et efficaces. Pour atteindre ces buts, le partenariat du PLAOC a créé des outils d'établissement de priorités qui doivent être valides, fiables, pratiques et transparents sur le plan clinique afin d'aider à gérer les listes d'attente dans le cas d'une liste claire d'interventions. Le PLAOC a concentré son attention sur les cinq domaines cliniques suivants : chirurgie de la cataracte, interventions chirurgicales générales, arthroplastie de la hanche et du genou; IRM et santé mentale des enfants. On a choisi ces domaines parce qu'ils représentent tout un éventail d'interventions reliées aux marches à suivre, aux diagnostics et aux consultations, ce qui permet de soumettre à une évaluation détaillée les enjeux relatifs aux listes d'attente qui ont trait à l'établissement de priorités dans un vaste éventail de cas.

Après avoir créé un partenariat efficace, on a ensuite commencé à créer des outils de détermination des critères de priorité fondés sur l'urgence. On a choisi ensuite les éléments des critères et déterminé les poids que les partenaires y attribueraient afin d'établir les priorités pour les listes d'attente. On a créé des groupes de cliniciens pour recommander ces critères et ces poids et assurer la fiabilité et la validité de l'outil final dans l'optique des patients et des cliniciens. Après avoir établi les outils et les critères de mesure, le PLAOC a entrepris ses essais pilotes et ses travaux de validation. Les étapes ultérieures ont porté sur la vérification de la viabilité, le raffinement des critères et des facteurs de pondération, la conception d'outils supplémentaires et l'évaluation de leur acceptabilité dans le public, ainsi que les obstacles à leur utilisation. À cette fin, on a procédé à une analyse contextuelle des régies régionales de la santé.

Quatre des cinq outils créés au cours de cet exercice – les outils pour la chirurgie de la cataracte, interventions chirurgicales générales; arthroplastie de la hanche et du genou; santé mentale des enfants – étaient valides à prime abord et les formulaires se sont révélés pratiques en contexte clinique réel. L'outil sur l'IRM n'avait pas la robustesse nécessaire et l'on envisage de le refaire. Les représentants des régies régionales de la santé que l'on a consultés dans le contexte du projet souhaitaient vraiment poursuivre l'élaboration des outils afin d'appuyer la prise de décision par les professionnels des régies de la santé. Les membres du public qui ont participé aux groupes de discussion du PLAOC étaient aussi d'avis que les outils créés pour faciliter l'attribution de priorités sur les listes d'attente constituaient une amélioration du système de santé.

Il faut créer des démarches et des outils normalisés pour attribuer une priorité aux patients à servir – travail que fait le PLAOC – afin d'améliorer la gestion des listes d'attente et, par conséquent, l'accessibilité. Outre ce travail nécessaire, le PLAOC a toutefois conclu qu'il faut envisager sérieusement d'élaborer des recommandations sur la période d'attente maximale acceptable pour les patients à n'importe quel niveau de priorité.

Le deuxième volet du projet a commencé en 2002 et devrait se poursuivre jusqu'à la fin de 2004. Les principaux produits attendus de ce volet comprennent la mise en œuvre et l'évaluation d'outils de gestion des listes d'attente, l'établissement de périodes d'attente maximales acceptables normalisées reliées aux résultats produits par les outils du PLAOC et l'adaptation de ceux-ci pour que les prestataires de soins primaires puissent s'en servir.

Le PLAOC a fourni aux responsables des politiques un modèle fructueux de coopération entre les disciplines professionnelles et les lignes de démarcation qui séparent habituellement différents niveaux de compétence sur le plan politique. Une telle coopération est indispensable si nous voulons revitaliser les systèmes de santé du Canada. Ces efforts ont toutefois démontré qu'il faut énormément de temps et de ressources, même dans un secteur d'activité très convergent. L'adoption d'outils d'évaluation des priorités par les gouvernements provinciaux et les régies régionales de la santé demeure toutefois inégal : il faudra donc consacrer encore plus d'efforts au transfert de connaissances et à la création de capacité d'adoption. Nonobstant ces obstacles, il s'agit là d'un des meilleurs exemples de stratégie intégrale à jour et multidimensionnelle à suivre pour améliorer la qualité de la gestion des périodes d'attente au Canada.

### **Autres initiatives sur les temps d'attente**

Bien que les initiatives de gestion des périodes d'attente ont surtout porté sur les services non-urgents, certains progrès ont été réalisés dans la gestion des temps d'attente pour les services d'urgence. Par exemple, l'Association canadienne des médecins d'urgence ont mis sur pieds *l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ETG), actuellement en usage dans 80 p. cent des départements d'urgence au Canada. L'ETG comporte cinq niveaux de triage et un délai d'attente maximal pour les patients assignés à chacun des niveaux de triage<sup>35</sup>. Ce ne sont que des lignes directrices, puisqu'il n'existe pas de normes minimales de performance dont l'application est obligatoire.

Outre les activités nationales et provinciales, on retrouve des centres d'innovation en gestion des listes d'attente à l'échelon régional et local. Le projet APPROACH<sup>36</sup>, par exemple, est une initiative de collecte continue de données prospectives lancée en Alberta en janvier 1995. Dans ce contexte, on saisit les données sur la cohorte de patients qui subissent un cathétérisme cardiaque en Alberta. Le suivi longitudinal des patients sert à déterminer les résultats cliniques, économiques et reliés à la qualité de vie à court et à long termes. Les chercheurs se fondent sur des données tirées de la base de données du système APPROACH pour étudier les facteurs socio-démographiques qui peuvent agir sur l'accès aux services de soins cardiovasculaires.

Une initiative de l'Hôpital General de Kingston constitue un autre bon exemple d'innovation locale. Financé conjointement par l'hôpital et une subvention de la Change Foundation de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, le projet vise à créer un site web sur les périodes d'attente par médecin et service auquel pourront avoir accès des patients éventuels et des médecins traitants. Le projet repose sur le fait qu'on croit que les bureaux de médecins fourniront des données exactes si cela mène à une gestion plus efficace de leur cabinet. Jusqu'à maintenant, on a mobilisé les secteurs de la chirurgie vasculaire, générale et orthopédique et une évaluation diagnostique achève. Le projet déménagera sous peu de l'Intranet de l'hôpital sur Internet et l'on prépare actuellement le logiciel pour la distribution commerciale à d'autres hôpitaux<sup>37</sup>.

Les 31 mars et 1<sup>er</sup> avril 2004, les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques ont accueilli Maîtriser les files d'attente : Mesure, contrôle et gestion des périodes d'attente, colloque parrainé par l'AMC, l'ICIS, les IRSC, Santé Canada et l'ACISU et qui a réuni des établissements d'enseignement et de recherche, des prestataires de soins de santé et des dirigeants gouvernementaux. Le colloque avait un triple objectif : explorer les facteurs qui sous-tendent les temps d'attente pour des services de santé; mettre en commun la recherche et les expériences qui ont trait à la mesure, au contrôle et à la gestion des périodes d'attente dans un vaste échantillon transversal d'intervenants; définir les répercussions stratégiques de l'amélioration de la mesure, de la surveillance et de la gestion des périodes d'attente du point de vue des payeurs, des prestataires et des patients. Plus de 80 participants ont passé deux jours à étudier les initiatives canadiennes et internationales et à discuter de ce qui doit se produire ensuite au Canada pour qu'on puisse mieux mesurer, contrôler et gérer les périodes d'attente.<sup>38</sup>

Même si le catalogage de l'éventail complet des initiatives locales ou régionales échappe à la portée du présent document, il importe de souligner la contribution que ces initiatives apportent à l'amélioration de la gestion des périodes d'attente.

### **3. Ressources humaines et outils : Pour assurer que la capacité du système suffit**

*Dans un domaine aussi dynamique que les services de santé où les nouvelles découvertes sont presque monnaie courante, les prévisions doivent être provisoires. Il est néanmoins essentiel de planifier pour fournir efficacement des services de santé et établir les budgets d'immobilisations et de fonctionnement de la vaste industrie qui répond aux besoins dans le domaine de la santé. Attendre des réponses définitives à tous les problèmes existants signifierait toutefois la disparition des avantages à tirer des connaissances existantes<sup>39</sup>.*

*Emmett Hall*

#### **Le lien entre la capacité du système de santé et les périodes d'attente**

La planification relative aux besoins en soins de santé de 31 millions de Canadiens constitue un défi toujours changeant mais important. Il n'y a aucune formule qui impose le nombre d'infirmières, de médecins, de lits d'hôpitaux, ainsi que le type d'équipement de haute technologie, nécessaires pour assurer que les patients reçoivent en temps opportun des services de santé de qualité. Les objectifs mouvants sont nombreux, à la fois sur le plan de la demande – attentes des patients, caractéristiques démographiques et évolution des tendances des maladies – et de l'offre – normes de soin qui changent, variations des tendances de la pratique et modèles de prestation des services de santé. Il y a encore relativement peu d'information sur les résultats de beaucoup d'interventions dans les services de santé, sur lesquels devrait s'appuyer tout exercice de planification, ce qui complique encore davantage la situation. Il y a des administrations qui consacrent relativement peu d'argent aux soins de santé, où la capacité du système est plus faible, mais qui obtiennent des résultats relativement bons sur le plan de la santé, tout comme il y en a d'autres qui dépensent relativement peu, dont le système a une plus grande capacité, mais qui obtiennent des résultats plus médiocres sur le plan de la santé.

Au-delà du lien intrigant entre les ressources consacrées aux soins de santé et les résultats, il est certain que la disponibilité de ressources a un effet sur l'opportunité et l'accessibilité des services de santé. Les auteurs d'un document publié récemment par l'OCDE, Jeremy Hurst et Luigi Siciliani, ont étudié le lien entre la capacité du système et l'ampleur des problèmes posés par les délais d'attente dans des pays de l'OCDE<sup>40</sup>.

Dans les pays qui ont des problèmes de délais d'attente, la disponibilité de médecins constitue le facteur le plus important qu'on associe aux périodes d'attente. Les auteurs ont constaté qu'on établit un lien entre une augmentation d'à peine 0,1 médecin actif et spécialiste (pour 1000 habitants) et une réduction des temps d'attente moyens de 8,3 et 6,4 jours (à la moyenne de l'échantillon) et une réduction des délais d'attente médians de 7,6 et 8,9 jours pour toutes les interventions visées par l'étude. On a aussi constaté que le niveau des dépenses de santé constitue un important facteur et l'on a établi un lien avec chaque tranche de 100 \$ d'augmentation des dépenses totales de santé par habitant et une réduction des délais d'attente moyens de 6,6 jours et des délais d'attente médians de 6,1 jours.

En comparant les pays qui ont des problèmes de délais d'attente et ceux qui n'en ont pas, les auteurs ont constaté qu'il y a un lien solide entre la faible disponibilité de lits de soins actifs et l'existence de délais d'attente. Ils ont aussi constaté que les pays où les spécialistes sont rémunérés à l'acte plutôt que salariés ont tendance à ne pas avoir de problèmes de délais d'attente et que le financement des hôpitaux fondé sur l'activité peut aussi aider à raccourcir les temps d'attente.

## **Retour sur l'expérience du Canada au cours des années 1990**

Le tableau 3 compare la disponibilité des ressources de santé en 1990 et 2000 au Canada et dans des pays du G-7, soit la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis.

Dans le domaine des effectifs médicaux, le Canada a terminé la décennie exactement là où il l'a commencée, soit avec quelque 2,1 médecins pour 1000 habitants. Pendant cette période, tous les autres pays du G-7 ont haussé leur ratio médecin:habitants de telle façon qu'en 2000, l'écart entre l'offre des médecins au Canada et la moyenne du G-7 s'était creusé de 0,4 à 0,7 médecins pour 1000 habitants. On avait réduit les inscriptions dans les facultés de médecine au Canada au début des années 90, mais l'effet de ces réductions commençait à peine à se faire sentir en 2000. Même si les gouvernements ont maintenant fait volte-face, il sera difficile d'augmenter considérablement la capacité médicale à brève échéance<sup>75</sup> à cause de la chute du nombre de diplômés de facultés de médecine survenue au cours des années 90, conjuguée à l'évolution de la démographie et des tendances de la pratique dans la profession médicale.

Sur le plan de la capacité en soins actifs, les pays du G-7 ont vu diminuer le nombre de lits pour 1000 habitants, reflet d'une tendance, qui se maintient, à la réduction de la durée des séjours, à l'augmentation du recours à la chirurgie de jour et au transfert de la prestation des services de santé des hôpitaux vers la communauté. Au Canada, le ratio est tombé de 4 à 3,2 lits pour 1000 habitants, comparativement à un recul de 5,7 à 4,6 lits en moyenne pour 1000 habitants dans le cas du G-7. Dans ce domaine, l'écart entre le Canada et le G-7 s'est refermé légèrement, mais le Canada a quand même terminé la décennie avec une capacité en lits très inférieure à celle de ses principaux partenaires commerciaux.

Sur le plan des outils et de l'équipement, l'écart entre le Canada et d'autres pays du G-7 s'est creusé considérablement au cours des années 90. La capacité du Canada dans le domaine de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), par exemple, atteignait environ le tiers de la moyenne du G-7 en 1990 et même si l'on a plus que triplé le nombre d'appareils au cours de la décennie, le Canada est demeuré au même niveau, soit à peu près au tiers de la moyenne du G-7 en 2000. En vertu des accords sur la santé à la fois de 2000<sup>41</sup> et de 2003<sup>42</sup>, le gouvernement fédéral a fourni du financement supplémentaire pour appuyer une augmentation des investissements des provinces en équipement diagnostic et médical.

La dernière colonne du tableau illustre l'investissement moyen en immobilisations au cours des années 90 comme part du total des dépenses de santé. Cette catégorie de dépenses inclut les investissements des secteurs public et privé dans les immobilisations des établissements de santé. Là encore, le Canada n'atteint pas la moyenne des pays du G-7.

**Tableau 3: Capacité du système de santé dans des pays du G-7<sup>43</sup>.**

Pays du G-7	Médecins actifs pour 1000 habitants		Lits de soins actifs pour 1000 habitants		Appareils d'IRM par tranche d'un million d'habitants		Immobilisations moyennes en pourcentage des dépenses de santé
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	
<b>Canada [rang]</b>	2,1 [5 <sup>e</sup> ]	2,1 [5 <sup>e</sup> ]	4,0 [4 <sup>e</sup> ]	3,2 [5 <sup>e</sup> ]	0,7 [7 <sup>e</sup> ]	2,5 [7 <sup>e</sup> ]	3,1 % [4 <sup>e</sup> ]
<b>France</b>	3,1	3,3	8,5	6,7	0,8	2,6	2,5 %
<b>Allemagne</b>	2,8	3,3	7,5	6,4	1,9	6,2	3,1 %
<b>Italie</b>	3,8	4,1	6,2	4,3	1,3	7,5	5,4 %
<b>Japon</b>	1,7	1,9	-	-	6,1	23,2	5,0 %
<b>Royaume-Uni</b>	1,5	2,0	-	3,9	1,0	4,6	5,2 %
<b>États-Unis</b>	2,4	2,7	3,7	2,9	3,7	8,1	1,7 %
<b>Moyenne du G-7</b>	2,5	2,8	5,7	4,6	2,2	7,8	3,7 %
<b>Écart au Canada G-7</b>	-0,4	-0,7	-1,7	-1,4	-1,5	-5,3	-0,6 %

## Optimiser la capacité existante tout en planifiant un système de santé *viable*

Qu'il y ait ou non de la capacité nouvelle ou supplémentaire, on a beaucoup à gagner en améliorant la qualité de la gestion des ressources existantes. Les systèmes de réservation centralisés peuvent assurer qu'on utilise de façon aussi efficiente que possible la capacité disponibles dans une région. Conjuguée à une technologie de l'information améliorée, l'amélioration de la coordination et du travail d'équipe entre les prestataires de soins de santé peut aider à réduire les retards inutiles entre différentes étapes du traitement.

Les guides de pratique clinique et les outils d'établissement des priorités peuvent aider à ralentir la demande de soins et à assurer que les ressources disponibles sont utilisées judicieusement. On peut aussi recourir au financement ciblé pour accroître la productivité des prestataires. Les incitations financières ont un rôle important à jouer à cet égard. Sans incitation, le système de santé perd la capacité de donner et de recevoir les signaux nécessaires pour harmoniser l'offre et la demande de services de santé.

La planification de la prestation de soins factuels fondée sur les besoins et la dotation en ressources viables sont les éléments clés de la planification de solutions à long terme aux problèmes posés par les délais d'attente. L'augmentation ponctuelle des ressources pour «régler» les crises causées par les temps d'attente pour des services en particulier ne s'est pas révélée efficace. De nombreux rapports du Royaume-Uni, de l'Australie ou des États-Unis portent sur des initiatives d'amélioration des ressources qui n'ont pas réussi à réduire les temps d'attente<sup>44,45,46,47</sup>. Il faut réserver un financement viable à long terme pour raccourcir les périodes d'attente afin de permettre une planification appropriée.

## 4. Droits aux soins en temps opportun – Où tirer la ligne?

*«Par conséquent, le Comité estime que l'incapacité du système public de soins de santé à fournir les soins en temps opportun, démontrée par les longues listes d'attente pour l'obtention des services, ouvre vraisemblablement la porte à une contestation judiciaire en vertu de la Charte; cette contestation pourrait réussir à abroger les lois qui empêchent ou dissuadent les Canadiens de payer personnellement pour obtenir, au Canada, des services jugés nécessaires sur le plan médical, même quand ces derniers sont couverts par le régime public d'assurance santé<sup>48</sup>.»*

*Comité permanent du Sénat sur les affaires sociales,  
les sciences et la technologie*

### Que prévoient les lois fédérale et provinciales en vigueur au sujet de l'accès en temps opportun?

La Loi canadienne sur la santé établit les cinq conditions – universalité, intégralité, accessibilité, transférabilité et administration publique – auxquelles les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie doivent satisfaire pour avoir droit aux transferts fédéraux au titre de la santé. La loi a pour objectif «[...] de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre<sup>49</sup>»

Le critère d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* vise à assurer que les habitants d'une province ou d'un territoire ont un accès satisfaisant à des services assurés et à des conditions uniformes, sans obstacle ou empêchement imposé directement ou indirectement par des frais (frais d'utilisation ou surfacturation) ou autrement (p. ex., discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière). Le concept de «l'accès satisfaisant» ne visait donc pas celui de l'accès en temps opportun.

Pour ce qui est de la disponibilité physique de services médicalement nécessaires, on a interprété «l'accès satisfaisant» en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* en se fondant sur la règle dite de la «disponibilité». Autrement dit, les habitants d'une province ou d'un territoire ont le droit d'avoir accès, à des conditions uniformes, à des services de santé assurés, «là où les services sont dispensés» et «de la façon dont ils sont disponibles» à l'endroit en question<sup>50</sup>.

Chaque province et territoire a sa propre loi sur l'assurance-maladie qui fixe les grands paramètres des services d'assurance-maladie offerts à sa population. Ces lois, qui ressemblent à la *Loi canadienne sur la santé*, contiennent de nombreuses dispositions visant à assurer que les patients n'ont pas à surmonter des obstacles financiers pour avoir accès aux services de santé assurés, mais elles ne contiennent à peu près aucune disposition sur l'accès en temps opportun. Toutes ces mesures reposent sur le principe d'«exclusion» de l'assurance sociale, c.-à-d. que tous les services médicalement nécessaires devraient être couverts à l'exception de ceux qui sont spécifiquement exclus (p. ex., interventions de chirurgie esthétique).

La transférabilité des services est un domaine de la législation fédérale et provinciale qui peut jouer un rôle important pour garantir l'accès en temps opportun. Il devrait en principe y avoir des mécanismes pour permettre aux personnes incapables de recevoir des soins en temps opportun sur la scène locale d'avoir accès aux services dans une autre région tout en bénéficiant d'une couverture complète par le secteur public. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie sont tenus de couvrir les résidents de leur province ou territoire lorsque ceux-ci s'absentent temporairement de leur province ou territoire de résidence, tant au Canada qu'à l'étranger. Afin d'accélérer le traitement des demandes relatives aux services hospitaliers et médicaux hors province ou territoire, les provinces et les territoires ont signé des accords bilatéraux. Le Québec ne souscrit pas à ces ententes bilatérales pour les services médicaux hors province, quoiqu'il existe une entente avec l'Ontario dans certaines zones frontalières.

Le critère de transférabilité vise toutefois les absences temporaires et les services d'urgence, et non les services que l'on choisit d'obtenir ailleurs. La plupart des provinces et territoires exigent que leur régime d'assurance-maladie approuve au préalable tout service obtenu à l'extérieur de la province autre que des soins d'urgence et ces services sont habituellement réservés aux traitements qui ne sont pas disponibles du tout (par opposition à disponibles, mais pas en temps opportun) dans la province ou le territoire de résidence. Certaines provinces ont des tribunaux administratifs devant lesquels les patients peuvent interjeter appel pour obtenir de l'assurance pour des soins obtenus à l'étranger lorsque des soins en temps opportun ne sont pas disponibles sur la scène locale. On a toutefois fixé la barre très haut : par exemple, la Commission d'appel et d'étude des services de santé de l'Ontario exige des preuves démontrant que le retard «causerait la mort ou des dommages tissulaires irréversibles et médicalement importants». Dans un cas jusqu'à maintenant, soit *Stein c. Québec*, un patient a réussi à contester la décision d'un régime provincial d'assurance-maladie qui avait refusé de couvrir à l'étranger un traitement non disponible en temps opportun dans la province<sup>51</sup>.

## **La Charte prévoit-elle un droit aux soins de santé en temps opportun?**

Des chercheurs des milieux juridiques ont étudié la question de savoir si la Charte canadienne des droits et libertés prévoit un droit à des soins en temps opportun<sup>52</sup>. Il s'agit de savoir si l'article 7 de la Charte, qui garantit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, inclut un droit à l'accès aux services de santé en temps opportun. Jusqu'à maintenant, les tribunaux ont toutefois hésité à interpréter cet article de la Charte en affirmant que les gouvernements sont tenus de garantir l'accès en temps opportun aux services de santé financés par l'État.

Comme semble l'indiquer la citation ci-dessus tirée d'un récent rapport d'un Comité du Sénat, les observateurs sont d'avis que les tribunaux interviendront tôt ou tard dans le débat sur les périodes d'attente et l'accès au système de santé public du Canada. La décision de la Cour suprême du Canada d'entendre un appel dans l'affaire *Chaoulli c. Québec* est un exemple intéressant. L'intervention vise à déterminer si les dispositions de la loi sur l'assurance-maladie publique du Québec qui interdisent d'acheter de l'assurance privée pour des services de santé assurés par l'État et le paiement privé de services hospitaliers sont anticonstitutionnelles et si elles violent l'article 7 de la Charte.

Afin d'établir qu'il y a violation, la Cour exigera que le gouvernement ait privé un citoyen d'un ou de plusieurs des droits à «la vie, la liberté ou la sécurité de la personne» protégés par l'article 7. Il faut ensuite démontrer que ce refus contrevient aux principes de la justice fondamentale. Il faut enfin que l'on ne puisse défendre le refus en vertu de l'article 1 qui prévoit qu'une violation des droits peut se justifier si elle repose sur des raisons acceptables dans une société libre et démocratique<sup>53</sup>. On prévoit que la cour rendra sa décision dans l'affaire Chaoulli au cours de l'hiver 2005.

Ces événements démontrent que l'on perçoit de plus en plus l'accès aux soins de santé en temps opportun comme un droit du citoyen, du moins dans l'esprit du public, sinon devant la loi. Les enjeux sont en fait très importants pour le système de santé public du Canada : si les tribunaux décident que les gouvernements ne peuvent interdire aux patients d'acheter des soins de santé pour les recevoir en temps opportun, ils remettront en question le principe fondamental de l'assurance-maladie. Par ailleurs, si les gouvernements peuvent démontrer par leurs interventions qu'ils sont déterminés à garantir une norme acceptable de prestation des soins en temps opportun, la probabilité d'une contestation fructueuse de la Charte diminue.

### **Normes sur l'accès en temps opportun – Qu'est-ce qui est possible?**

Il existe, quelque part entre le statu quo et la reconnaissance des droits prévus à la Charte, une solution stratégique réaliste qui permet d'assurer la prestation de soins de santé dans des délais acceptables sur le plan clinique.

Un peu partout au Canada, il est question de chartes des patients et de garanties de soin. À l'échelon national, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie et l'AMC ont tous deux préconisé l'établissement de garanties de soin fondées sur des paramètres factuels d'accès aux soins en temps opportun<sup>54</sup>. La Commission Romanow<sup>55</sup> a recommandé pour établir les responsabilités et les droits des patients un pacte sur la santé semblable à la Charte de la santé proposée par l'AMC<sup>56</sup>, mais elle a rejeté les garanties de soin comme solution viable. Les gouvernements n'ont toutefois pris aucun engagement de donner suite à ces propositions dans l'Accord sur la santé de 2003<sup>57</sup>. Pendant l'élection fédérale de 2004, le parti Libéral s'est engagé à identifier des délais d'attente médicalement appropriés, et à fixer des cibles pour réduire les délais d'attente dans cinq domaines importants : les interventions liées au cancer et celles liées aux maladies coronariennes, les diagnostics par imagerie, les remplacements d'articulations et la restauration de la vision.<sup>58</sup>

Sur la scène provinciale, en Alberta, le Conseil consultatif du premier ministre sur la santé<sup>59</sup> présidé par Don Mazankowski a recommandé une garantie de soin intégrée de 90 jours pour certains services. On a créé un groupe consultatif d'experts pour élaborer un plan de mise en œuvre, mais celui-ci s'est prononcé plutôt contre l'adoption d'une garantie de soin rigide et en faveur d'une définition plus souple de l'accès raisonnable à des soins en temps opportun fondé sur des données factuelles particulières aux interventions en cause.

On a proposé une charte de la santé ou du patient dans de nombreuses provinces : certaines propositions demeurent au stade des promesses électorales, tandis que d'autres atteignent celui de l'avant-projet de mesure législative. Au cours de la campagne électorale de 2003, le Parti libéral du Québec a promis de créer une charte des droits et des responsabilités des patients qui

garantirait l'accès à des soins de santé dans des délais recommandés par les médecins. Le gouvernement de l'Ontario<sup>60</sup> a aussi promis de mettre en œuvre une charte des patients qui préciserait à quoi les patients ont le droit de s'attendre de leur système de santé. Aucune de ces propositions n'a été mise en œuvre jusqu'à maintenant. Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador s'est engagé à créer une charte de la santé<sup>61</sup> et a entrepris des consultations publiques. Une mesure législative visant à créer une charte du patient a été présentée au Nouveau-Brunswick<sup>62</sup> et en Alberta<sup>63</sup>, mais les deux projets de loi sont morts au feuillet.

L'expérience des temps d'attente garantis dans d'autres pays, qui a été documentée par une étude de l'OCDE<sup>64</sup> et par l'étude de l'AMC sur les points de vue des intervenants de quatre pays<sup>65</sup>, constitue un avertissement. En Grande-Bretagne, même si elle a réduit les périodes d'attente pour certains patients, la stratégie n'a raccourci les périodes d'attente moyennes pour les patients admis en chirurgie. La Norvège et la Suède ont toutes deux laissé tomber les garanties. Les périodes d'attente garanties représentent pour les médecins un conflit entre une politique qui consiste à traiter en fonction du besoin clinique et le traitement fondé simplement sur la durée de l'attente. De plus, pour mettre en place avec succès des garanties, il faut les conjuguer à des incitations visant à améliorer le volume du service ou à réduire la demande<sup>66</sup>. L'expérience des garanties en Australie et en Nouvelle-Zélande est encore mal documentée<sup>67</sup>.

Peu importe le pays et quelle que soit la stratégie adoptée, il reste une lacune clé à combler, soit la détermination des temps d'attente acceptables par le public et sur le plan clinique pour diverses interventions et divers patients lorsque le degré d'urgence varie. Le Canada est bien placé par rapport à d'autres pays pour exceller dans ce domaine grâce au travail effectué par le Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada, le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario et d'autres initiatives décrites dans le présent document. Lorsqu'on aura franchi ce Rubicon, il sera plus facile de savoir quelle forme doivent prendre les normes de soin et quelle doit être leur applicabilité.

## 5. Répercussions stratégiques de l'amélioration de la mesure, du contrôle et de la gestion des périodes d'attente

*«Le temps d'attente exigé pour établir un diagnostic important ou recevoir un traitement qui s'impose constitue l'épreuve décisive pour mesurer la qualité de notre système de soins de santé. Le temps d'attente doit être réduit. Cela exigera une réforme et une amélioration fondamentales des installations et des procédures de tout le système de soins<sup>68</sup>».*

*Adrienne Clarkson, Gouverneure-générale du Canada*

Le problème des périodes d'attente au Canada a mis des années à prendre forme et ne se résorbera pas du jour au lendemain. De nombreux événements prometteurs d'un bout à l'autre du pays révèlent des améliorations importantes de la gestion des périodes d'attente et de la prestation des soins en temps opportun. Il y a aussi lieu de se préoccuper à court terme de la capacité limitée du système, car elle limite les possibilités de réduire les délais d'attente. Par ailleurs, le contexte juridique est mouvant et la Cour suprême a été saisie d'au moins un cas qui pourrait avoir des répercussions importantes sur la gestion des périodes d'attente partout au Canada.

Dans un système financé par l'État comme celui du Canada, qui n'offre aucune option parallèle dans le secteur privé, l'attente témoigne d'un engagement d'équité à partir duquel c'est le besoin clinique plutôt que la situation socioéconomique qui détermine l'accès au service<sup>69</sup>. On associe en fait couramment les listes d'attente à l'universalité de l'accès aux soins caractéristique des systèmes financés par l'État. Face à la demande croissante et aux ressources limitées, le défi consiste à maintenir un engagement d'équité<sup>70</sup> tout en garantissant la prestation de services en temps opportun. La plupart des Canadiens reconnaîtront que l'accès entièrement aléatoire au service n'atteint pas ce but. La file d'attente fondée sur l'ordre d'arrivée peut présenter plus d'attrait, mais elle ne tient pas compte de l'urgence clinique. On pourrait répartir les services en fonction des caractéristiques des patients comme le statut d'emploi ou l'âge, mais cela semble aussi contraire au concept accepté d'équité. La plupart des Canadiens préféreraient sans aucun doute une quatrième façon de structurer les files d'attente, soit le service fondé sur le besoin clinique relatif<sup>71</sup>. L'atteinte de ce but devient donc le défi fondamental que pose la gestion des périodes d'attente.

Comment relever ce défi? Le point en 10 plans qui suit contribuerait à produire une réponse efficace et ordonnée aux temps d'attente au Canada :

### 1. Établir les priorités à partir d'une vaste consultation

Attribuer, avec la contribution du public et des intervenants, une priorité aux problèmes ou aux services sur lesquels on se penchera, en commençant par ceux qui ont le plus d'importance clinique et dont la longueur des délais d'attente est reconnue, et attribuer graduellement une priorité à tous les services.

## **2. Répondre aux attentes des patients et du public en communiquant de façon transparente**

Informers les patients et le public au sujet du rôle que les listes d'attente et les délais d'attente jouent dans la gestion des services de santé. Assurer la transparence et améliorer la confiance dans le système de santé en indiquant aux patients pendant combien de temps ils devront attendre et comment on fixe leur priorité par rapport à d'autres patients figurant sur la liste.

## **3. Comblers les lacunes de ressources humaines en santé et de capacité du système**

S'engager à suivre des stratégies agressives de recrutement et de maintien des effectifs afin de combler les lacunes dans les cas où la rareté des ressources humaines de la santé constitue la grande cause de périodes d'attente excessives. Adopter une politique d'autosuffisance accrue en ce qui a trait à la production de professionnels de soins de santé au Canada. Élaborer un cadre de planification fondé sur les besoins afin d'assurer que l'on investit dans la capacité en ressources physiques et humaines là où le besoin est le plus important.

## **4. Améliorer la collecte de données en investissant en systèmes d'information**

Poursuivre le développement de systèmes prospectifs de collecte de données à l'échelon provincial fondés sur des définitions de données normalisées. Agréger les données sur les périodes d'attente détenues par les médecins ou les établissements en systèmes de réservation centralisés plus efficaces desservant un groupe de médecins et d'établissements. Collaborer avec l'Inforoute santé du Canada Inc. afin d'étendre l'utilisation de la technologie de l'information comme moyen d'améliorer la coordination entre les prestataires de soins de santé et les établissements.

## **5. Établir des repères de périodes d'attente fondés sur un consensus clinique et public**

Établir des normes comparatives incorporant des critères cliniques et des préférences du public. Afin d'accélérer la mise au point d'outils d'établissement de priorités et de paramètres sur l'accès en temps opportun pour tout un éventail de traitements, le gouvernement fédéral pourrait s'inspirer de la réussite du Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada et créer un réseau de centres d'excellence en gestion des périodes d'attente d'un bout à l'autre du Canada.

## **6. Renforcer l'imputabilité par les rapports publics**

Produire des rapports publics significatifs sur les périodes d'attente. À l'échelon national, s'engager à améliorer la production de rapports publics portant sur des comparaisons interprovinciales des périodes d'attente par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé et du Conseil de la santé du Canada. Étendre l'utilisation des registres sur les listes d'attente en ligne, afin de produire des renseignements à jour des périodes d'attente dans les régions et les établissements.

## **7. Maximiser l'efficacité en harmonisant les incitations**

Accroître la collaboration interprovinciale afin de partager la capacité et de créer des centres d'excellence en soins hautement spécialisés appuyés de réseaux pan-canadiens de consultation médicale. Réformer le financement des hôpitaux en effectuant le virage vers le financement fondé sur les activités pour assurer que des plafonds budgétaires n'entravent pas

artificiellement la prestation de services et que celle-ci peut prendre de l'ampleur ou se contracter au besoin. S'assurer que les médecins connaissent les guides de pratique.

**8. S'attaquer aux pressions en amont et en aval en investissant dans la continuité des soins**

S'attaquer aux points de pression dans d'autres domaines connexes du système de santé en suivant une stratégie «systémique globale». Appuyer l'élaboration de stratégies de prise en charge de maladies à l'échelle des régions régionales de la santé afin de permettre la prestation de services coordonnés entre la prévention, les soins primaires, les soins actifs, les soins à domicile, les soins de réadaptation et les soins de longue durée.

**9. Améliorer la transférabilité des soins en élargissant les choix de soins à l'extérieur du réseau provincial**

Offrir plus d'options aux patients lorsque des soins ne sont pas disponibles en temps opportun sur la scène locale. Revoir les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui ont trait à la transférabilité au Canada et à l'étranger, les accords interprovinciaux sur la facturation réciproque, ainsi que les lois provinciales sur l'assurance-maladie afin de rationaliser le processus permettant aux patients de chercher à se faire traiter ailleurs lorsque des soins en temps opportun ne sont pas disponibles dans leur province de résidence. Créer un fonds fédéral-provincial à frais partagés, le Fonds canadien d'accès à la santé, afin de mieux appuyer les patients et leur famille lorsque les soins sont dispensés en dehors du réseau provincial.

**10. S'engager à la quête des meilleures pratiques en mettant l'accent sur la recherche et l'évaluation**

S'engager à appliquer un programme rigoureux de recherche et d'évaluation continues par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tirer des leçons des réussites et des pratiques exemplaires. À mesure que les données deviennent de plus en plus solides pour les services individuels, étendre les efforts de recherche sur les méthodes pour attribuer la priorité aux patients qui attendent pour différents types de services.

La gestion des périodes d'attente au Canada pose un défi global qui ne se résorbera pas dans le court terme. Les politiques gouvernementales sur la mesure, le contrôle et la gestion des périodes d'attente étant en évolution, chacune des directives ci-haut mentionnées fera l'objet d'un examen plus détaillé dans les mois qui suivent.

## **Annexe A : Principes opérationnels de mesure et de gestion des listes d'attente**

Le projet de l'AMC sur l'accès à des soins de santé de qualité a produit à ce jour des objectifs et principes en matière d'accès à des soins de qualité, ainsi que le document «Principes opérationnels de mesure et de gestion des listes d'attente». L'élaboration de ces principes a été pilotée par un Groupe consultatif de projet, qui a procédé à des sondages d'opinion publique et à des consultations auprès de divers groupes d'intervenants, y compris les conseils et comités principaux de l'AMC et ses divisions et sociétés affiliées.

### ***Buts :***

- Préserver ou améliorer la qualité de vie et l'état de santé des patients par l'élaboration et la gestion efficaces de listes d'attente.
- Veiller à ce que l'élaboration et la gestion des listes d'attente reposent sur les meilleures données probantes disponibles au sujet de la pertinence clinique, ainsi que sur l'efficacité clinique, l'utilisation rationnelle des ressources, le besoin clinique et la qualité de vie.

### ***Principes :***

#### **A. Participation des intervenants<sup>4</sup>**

Les médecins en pratique clinique doivent jouer un rôle de leadership, c'est-à-dire :

- établir par consensus les éléments de données pertinents au niveau clinique;
- élaborer des définitions et des mesures types pour établir les priorités dans les listes d'attente;
- fixer des périodes d'attente repères.

Les fournisseurs de soins de santé et autres intervenants devraient participer à l'élaboration, à la mise à jour, à la surveillance, à la gestion et à l'évaluation de systèmes de listes d'attente.

#### **B. Systèmes d'élaboration et de gestion de bases de données**

Les systèmes d'élaboration et de gestion des listes d'attente doivent recevoir des données et des renseignements fiables, courants, utiles et valides et être en mesure de fournir ces mêmes données.

L'élaboration des bases de données et la gestion des listes d'attente doivent faire appel à des groupes pluridisciplinaires.

---

<sup>4</sup> Patients, public, fournisseurs, payeurs.

Les systèmes de gestion des listes d'attente devraient :

- fournir de façon rentable et en temps réel des données précises, fiables, opportunes et accessibles au public;
- réunir et évaluer des données sur le besoin, la qualité de vie et les résultats pour la santé;
- être souples et dynamiques afin de pouvoir s'adapter aux nouvelles technologies et méthodes de traitement;
- être encadrés par des politiques et des procédures destinées à protéger les renseignements et la vie privée des patients et des fournisseurs.

### **C. Investissement**

Les systèmes de gestion des listes d'attente nécessitent un investissement initial et soutenu dans des ressources humaines spécialisées, des systèmes d'information perfectionnés et une infrastructure informatique.

### **D. Imputabilité**

Les parties s'occupant de la gestion des listes d'attente doivent accepter leurs responsabilités et obligations les uns envers les autres et envers le public.

Il importe de respecter la vie privée et de protéger les renseignements des patients et des fournisseurs.

Il faudrait largement faire connaître les systèmes, les procédés et les résultats nécessaires à la gestion des listes d'attente afin d'obtenir la participation et l'appui des intervenants.

### **E. Évaluation**

Les systèmes de gestion des listes d'attente doivent :

- faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation constantes afin de déterminer les possibilités d'amélioration;
- faire l'objet d'évaluations et de vérifications indépendantes et régulières du processus et des résultats.

### **F. Gouvernance**

Une organisation non gouvernementale indépendante composée d'intervenants et dotée d'un comité consultatif devrait être chargée de superviser et d'administrer les systèmes de gestion des listes d'attente.

Approuvé par le Conseil d'administration de l'AMC, le 27 novembre 1999.

## Annexe B : Initiatives provinciales sur les périodes d'attente

	Interventions surveillées	Méthodes de collecte de données	Normes de mesure	Établissement des priorités	Structure de gouvernance	Info en ligne?
<b>CB</b>	Traitement du cancer; chirurgie cardiaque; endartérectomie carotidienne; chirurgie de la cataracte; transplantation de cornée; chirurgie dentaire, chirurgie ORLO; chirurgie oculaire; cholécystectomie; chirurgie générale; chirurgie gynécologique; arthroplastie de la hanche; arthroplastie du genou; neurochirurgie; transplantation d'organes; chirurgie orthopédique; chirurgie esthétique; chirurgie urologique; chirurgie vasculaire.	Le ministre des Services de santé tient le Registre des listes d'attente en chirurgie afin de suivre les temps d'attente pour un vaste éventail d'interventions chirurgicales dans les hôpitaux de la C.-B. Les services de cancérologie et de chirurgie cardiaque sont suivis dans des registres distincts.	Les périodes d'attente médianes provinciales et les temps d'attente indiqués pour chaque hôpital et chirurgien sont calculés à partir des périodes d'attente pour des interventions chirurgicales et des interventions réalisées au cours des trois mois précédents.	On a établi des normes pour quelques services comme la chirurgie pédiatrique.  Chaque médecin détermine l'urgence de la chirurgie ou du traitement dont chaque patient a besoin.	Le ministère des Services de santé finance et régit la gestion de l'information et des registres sur les périodes d'attente en chirurgie en Colombie-Britannique.	Oui
<b>Alberta</b>	Arthroplasties de la hanche/du genou; ablation de cataracte; chirurgie cardiaque; IRM; tomographie; scintigraphie; radiothérapie; chimiothérapie; chirurgie ORLO; cholécystectomie; chirurgie générale, chirurgie gynécologique; neurochirurgie;	Santé et Mieux-être Alberta compile des données présentées par les hôpitaux urbains et ruraux et les cliniques de diagnostic. Ces établissements recueillent de l'information des médecins et d'autres prestataires de soins de santé qui réalisent les interventions prévues au registre.	Chaque établissement utilise la même méthode de production de rapports afin que l'information contenue dans le registre soit uniforme dans toute la province. Les délais d'attente soumis au registre par les hôpitaux proviennent directement des médecins. On a établi des périodes d'attente cibles pour certains services.	Chaque médecin détermine l'urgence de la chirurgie ou du traitement dont chaque patient a besoin. Il y a trois niveaux de priorité auxquels pourraient correspondre les patients : normale, urgente ou émergente (aucune attente).	Santé et Mieux-être Alberta finance et régit la gestion de l'information et des registres sur les périodes d'attente dans la province.	Oui

	Interventions surveillées	Méthodes de collecte de données	Normes de mesure	Établissement des priorités	Structure de gouvernance	Info en ligne?
	chirurgie orthopédique; chirurgie esthétique; chirurgie urologique					
<b>Sask.</b>	Chirurgie cardiovasculaire; chirurgie dentaire; chirurgie générale; neurochirurgie; obstétrique et gynécologie; ophtalmologie; chirurgie ORLO; chirurgie esthétique; chirurgie urologique; chirurgie oncologique	Actuellement, seuls Saskatoon et Regina Qu'Appelle recueillent des données sur les listes d'attente en chirurgie et en font rapport. Le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan surveille toutefois un certain nombre d'initiatives qui visent à améliorer l'information sur les listes d'attente fournies aux patients, aux prestataires de soins de santé, aux médecins, aux régions régionales de la santé et à Santé Saskatchewan.	Un nouvel outil d'évaluation des patients assure que tous les spécialistes évaluent les patients et leur attribuent une priorité en suivant le même processus et en utilisant des outils normalisés.  Les régions de santé, les médecins et le ministère utiliseront la même terminologie lorsqu'ils discuteront de questions du système de choix chirurgicaux. On a établi des périodes d'attente cibles.	On a établi une table de classification des priorités qui attribue une priorité (I à VI) et redéfinit les termes «émergent», «urgent» et «électif» antérieurs. Ces niveaux de priorité représentent le délai optimal en deçà duquel le patient reçoit le service de santé.	Le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan est un comité consultatif d'experts nommés par Santé Saskatchewan pour surveiller les améliorations du système chirurgical de la Saskatchewan.	Oui
<b>Manitoba</b>	Interventions d'imagerie diagnostique (IRM, tomographie, échographie, MIBI à l'effort et densité osseuse) et radiothérapie oncologique.	Les personnes qui ont besoin d'examen de diagnostic ou d'une intervention chirurgicale non urgents sont inscrites sur des listes d'attente. Les personnes qui ont besoin d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement d'urgence le reçoivent sans tarder. Elles ne sont pas inscrites sur une liste d'attente.	Les normes relatives à la mesure des périodes d'attente varient. Dans certains cas, le délai d'attente indiqué reflète le temps écoulé entre la date à laquelle l'intervention est inscrite à l'horaire et celle à laquelle elle doit avoir lieu. Dans d'autres cas, le délai d'attente indiqué reflète la période pendant laquelle les patients qui ont subi récemment l'intervention ont dû attendre, que l'on considère comme une indication de la période pendant laquelle les patients qui attendent encore une intervention peuvent prévoir attendre.	Attribution de priorités en fonction de la gravité de l'état du patient, du spécialiste auquel l'OP se sent à l'aise d'envoyer son patient, des changements de la capacité d'hôpitaux de régions en particulier d'exécuter l'intervention.	Le Plan manitobain de réduction des délais d'attente est financé et régi directement par Santé Manitoba.	Oui

	<b>Interventions surveillées</b>	<b>Méthodes de collecte de données</b>	<b>Normes de mesure</b>	<b>Établissement des priorités</b>	<b>Structure de gouvernance</b>	<b>Info en ligne?</b>
Programme des listes d'attente pour chirurgie de la cataracte du Manitoba	Chirurgie de la cataracte	Une base de données centralisée suit tous les patients qui attendent une chirurgie de la cataracte et leur attribue une priorité.	Les formulaires de demande de réservation sont soumis à l'hôpital au moment où l'on décide de procéder à l'intervention chirurgicale. Un registre des interventions pratiquées est envoyé de la salle d'opération au personnel du Programme. Les données provenant de la liste d'attente au complet sont produites une fois par mois et analysées en profondeur deux fois par année.	Le système d'évaluation est pondéré lourdement par le degré d'incapacité fonctionnelle relié à la cataracte. Un indice de fonctionnement visuel de 14 éléments mesure la gravité du déficit fonctionnel fondé sur les systèmes de patients communs et leur gravité. Les difficultés au travail attribuables au déficit visuel et la perte possible du permis de conduire jouent aussi un rôle dans l'attribution d'une priorité pour chirurgie de la cataracte.	Le programme a été créé à la suite d'une entente contractuelle survenue entre le Centre de santé Misericordia et Santé Manitoba en 1993.	
<b>Réseau de soins cardiaques de l'Ontario</b>	Chirurgie cardiaque; pontages	Tous les patients acceptés pour une chirurgie cardiaque ou un pontage sont inscrits dans le système informatique du Réseau de soins cardiaques.	Les périodes d'attente n'incluent pas le temps consacré à l'investigation de l'état du patient avant qu'un cardiologue traitant accepte de le traiter. <u>Les périodes d'attente</u> comptent à partir de la date à laquelle un cardiologue traitant accepte de traiter un patient. Le cardiologue traitant de chaque patient décide quand prévoir l'intervention, en collaboration avec le médecin traitant, et prend des arrangements avec le patient. Les périodes d'attente peuvent varier selon le cardiologue dans les centres hospitaliers de cardiologie. On a établi des périodes d'attente cibles.	On utilise un système d'évaluation uniforme pour regrouper les patients en fonction de la gravité de leur état médical (urgent, semi-urgent ou électif). Les patients qui ont le plus besoin de soins doivent subir une intervention en premier.	Le RSC est un organe consultatif du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario qui est voué à améliorer la qualité de la prestation des services de cardiologie en Ontario, leur efficacité, leur accès et leur équité.  Le RSC est financé par le MDSSLD de l'Ontario.	Oui

	<b>Interventions surveillées</b>	<b>Méthodes de collecte de données</b>	<b>Normes de mesure</b>	<b>Établissement des priorités</b>	<b>Structure de gouvernance</b>	<b>Info en ligne?</b>
<b>Québec</b>	<i>Interventions surveillées</i> – chirurgie cardiaque; cathétérisme diagnostique; angioplastie; radiothérapie; chirurgie du cancer; chirurgie de la cataracte; arthroplastie de la hanche et du genou; chirurgie de jour; autres chirurgies nécessitant une hospitalisation.	On recueille les données trimestriellement. Pour la plupart des établissements, les données sont ventilées mensuellement en fonction de la date de référence du patient et de la longueur de la période d'attente. Quelques établissements seulement fournissent des données qui ne sont pas ventilées. On prépare actuellement des méthodes de normalisation.	La période d'attente commence au moment où le médecin signe la demande de traitement et l'envoi au bureau d'admission de l'établissement. Elle se termine habituellement avec la prestation du service. On a établi des périodes d'attente cibles pour un certain nombre d'interventions.	Les lignes directrices assureront que tous les patients sont traités en fonction des mêmes critères. En 2003, le Québec a commencé à calculer le nombre de patients dont l'attente pour une intervention chirurgicale a «dépassé les délais prescrits» et a été jugée médicalement inacceptable par des experts.	La gestion des listes d'attente est régie, gérée, assurée et financée par le <i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i> .	Oui
<b>Nouvelle-Écosse</b>	<i>Interventions surveillées</i> – Chirurgie orthopédique (actuellement); densitométrie et IRM (à venir).	On étendra la base de données fonctionnant sur Microsoft Access pour inclure tous les centres de chirurgie orthopédique de la province. Il est <i>proposé</i> de tester un système d'ordonnancement qu'on est en train de mettre en œuvre dans le contexte des SI des hôpitaux de la N.-É. afin d'en évaluer la faisabilité comme solution à long terme pour saisir des données chirurgicales. On propose à long terme de mettre en œuvre dans toute la province un logiciel de gestion des salles d'opération.	Proposé : À l'exception des services chirurgicaux, les périodes d'attente commencent au moment de la présentation par le spécialiste ou le département et se terminent lorsque l'intervention est réalisée. Les délais d'attente en chirurgie commencent lorsque le patient et le chirurgien conviennent qu'une intervention chirurgicale est justifiée et se termine lorsque l'intervention est pratiquée.	Les chirurgiens attribuent un écart fondé sur une échelle analogue visuelle simple au moment de la réservation afin d'attribuer une priorité au patient. L'EAV est simple, rapide et semble constituer un outil valide d'établissement de priorités. Une validation plus poussée s'impose.	Le gouvernement de la N.-É. a considéré comme une priorité les délais d'attente pour des services de soins de santé en 2003.  En novembre 2003, la province a annoncé 15 millions de dollars pour l'achat de nouveau matériel médical qui accélérerait l'accès aux examens médicaux, aux traitements et aux soins. L'argent provient de l'Accord des premiers ministres.  En janvier 2004, le gouvernement s'est engagé à améliorer sur-le-champ les services au CSS RE2 et a convenu d'améliorer l'accès aux lits de soins de longue durée.	Non

## GLOSSAIRE

**Accès en temps opportun aux soins de santé** – s’entend de la prestation de soins dans un délai approprié sur le plan médical.

**Accessibilité** aux services de santé – s’entend de la facilité avec laquelle il est possible d’obtenir des services de soins de santé nécessaires, cette facilité dépendant en retour d’un éventail de facteurs, y compris la disponibilité de prestataires et d’établissements de soins de santé, les distances à parcourir jusqu’au point de service et ce qu’il en coûte financièrement aux patients pour utiliser les services.

**Besoin** – peut équivaloir raisonnablement à l’urgence. La capacité de bénéficier des soins constitue un élément clair et non controversé du besoin réputé de soins de santé<sup>72</sup>.

**Délai d’attente** – s’entend de la période totale pendant laquelle une personne doit attendre pour recevoir des soins une fois qu’on a diagnostiqué un problème de santé. Peut aussi désigner la période pendant laquelle il faut attendre pour avoir accès au premier point de service du système de santé, par exemple un médecin de famille, un centre de santé communautaire ou l’urgence d’un hôpital.

**Garanties de soin** – garantissent aux patients qu’ils auront accès aux traitements dont ils ont besoin dans un délai précis. Si les patients achèvent ou ont dépassé le temps d’attente maximal permissible, ils peuvent avoir le droit de chercher à se faire traiter dans une autre région ou à l’étranger tout en bénéficiant d’une assurance publique complète. On a mis en œuvre des garanties de soin de diverses façons dans un certain nombre de pays. Dans certains cas, la garantie est *inconditionnelle*, ce qui signifie que tous les patients ont le droit de recevoir des soins dans le délai prescrit. Les garanties de soin peuvent aussi être *conditionnelles*, en ce sens que seuls les patients qui ont le besoin le plus important ou un certain pourcentage de patients sont visés par le délai d’attente maximal permissible.

**Gestion centralisée des périodes d’attente** – s’entend des systèmes mis en œuvre à l’échelon national, infranational ou régional pour coordonner l’accès entre les hôpitaux et les prestataires de soins de santé et assurer que les patients qui en ont le plus besoin sont traités en priorité.

**Listes d’attente** – sont une caractéristique de la plupart des systèmes de santé financés par l’État. Une liste d’attente contient les noms des personnes qui attendent des services de diagnostic ou de traitement. Les listes d’attente peuvent être tenues par des médecins, des établissements ou des autorités gouvernementales.

**Période d’attente maximale acceptable** – peut être un seuil arbitraire ou un paramètre fondé sur des éléments cliniques qui varient selon le type de traitement et la gravité de l’état du patient en cause.

**Période d’attente médiane** – s’entend de la période d’attente à laquelle la moitié des patients ont attendu moins longtemps et l’autre moitié, plus longtemps.

**Période d'attente moyenne** – s'entend de la moyenne arithmétique des périodes d'attente pour traitement.

**Priorité relative** – peut représenter le caractère urgent, compte tenu ou non de facteurs sociaux<sup>73</sup>.

**Registres** – suivent les patients qui attendent de subir une intervention donnée entre les hôpitaux d'une région ou d'une province. L'information consignée dans les registres comprend les caractéristiques démographiques du patient, la gravité de sa maladie et la durée de la période d'attente.

**Systèmes d'attribution de priorités** – fournissent des outils d'aide à la décision que les prestataires de soins de santé peuvent utiliser pour évaluer l'urgence relative et inscrire les patients dans une base de données ou un registre centralisé.

**Urgence** – s'entend de la mesure dans laquelle une intervention clinique immédiate s'impose. On tient aussi compte de l'avantage escompté et de l'évolution naturelle de l'état de santé du patient<sup>74</sup>.

# RÉFÉRENCES

---

- <sup>1</sup> Du débat à l'action : Message aux premiers ministres...Il est temps de faire passer la santé des Canadiens d'abord. Association médicale canadienne. Janvier 2003.
- <sup>2</sup> Drummond AJ. No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments. *Can J Emerg Med* 2002;4(2):91-7.
- <sup>3</sup> Siciliani L, Hurst J. *Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD Countries*. Document de travail sur la santé de l'OCDE. 2003.
- <sup>4</sup> Ipsos-Reid Ottawa Public Affairs and Global International Services. *Stakeholder Perspectives on Wait List Management in Four Countries: Draft Report*. 2004.
- <sup>5</sup> Romanow R. *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Novembre 2002.
- <sup>6</sup> Samplis J, Boukas S, Liberman M, et al. *Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting*. *JAMC* 2001; 165: 429-33.
- <sup>7</sup> Mahon JL, Boourne RB, Rorabeck CH, et al. *Health-related quality of life and morbidity of patients awaiting elective total hip arthroplasty: a prospective study*. *JAMC* 2002; 167:1115-21.
- <sup>8</sup> Sobolev B, Mercer D, Brown P, FitzGerald M, Jalink D, Shaw R. "Risk of emergency admission while awaiting elective"cholecystectomy. *JAMC* 2003;169(7):662-5
- <sup>9</sup> Katz SJ, Mizgala HF, Welch G. *British Columbia sends patients to Seattle for coronary artery surgery*. *JAMA* 1991; 266: 1108-11.
- <sup>10</sup> Sanmartin C. *Establishing acceptable waiting times for medical services: a review of the evidence and proposed methods*. Document de travail dans les annexes : *Western Canada Wait List Project Final Report- From chaos to order: making sense of waiting lists in Canada*. 2001.
- <sup>11</sup> Natarajan MK, Mehta SR, Holder DH et al. *The risks of waiting for cardiac catheterization: a prospective study*. *JAMC* 2002; 167:1233-40.
- <sup>12</sup> Hadorn DC et Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. *Setting priorities for waiting lists: defining our terms*. *JAMC* 2000. 163:857-60.
- <sup>13</sup> Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC, et al. *Waiting for scheduled services in Canada: development of priority setting scoring systems*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2003; 9:23-31.
- <sup>14</sup> DeCoster C. *Mesurer et gérer les délais d'attente : Que peut-on faire?* Forum Gestion des soins de santé 2002; 15(2): 46-50.
- <sup>15</sup> The Berger Health Monitor. 1989, 2000, 2001 cité dans Mendelsohn, M. *Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation*. Rapport présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Juin 2002.
- <sup>16</sup> Ipsos-Reid. *Troisième bulletin national annuel sur la santé*. Association médicale canadienne. 2003.
- <sup>17</sup> Ipsos-Reid Ottawa Public Affairs and Global International Services. *Stakeholder Perspectives on Wait List Management in Four Countries: Draft Report*. 2004.

- 
- <sup>18</sup> Esmail N, Walker M. *Waiting your turn: hospital waiting lists in Canada (13<sup>th</sup> Edition)*. Vancouver (Colombie-Britannique) : The Fraser Institute. 2003.
- <sup>19</sup> Association médicale de la Colombie-Britannique. *Waiting list report II*. Décembre 1998.
- <sup>20</sup> Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *Waiting list report*. Victoria : ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et ministère responsable des Personnes âgées. 1997.
- <sup>21</sup> Berthelot JM, Houle C, Sanmartin C, White K. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Statistique Canada; 2002.
- <sup>22</sup> Sanmartin C, Gendron F, Berthelot JM, Murphy K. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2003*. Statistique Canada; 2004.
- <sup>23</sup> *Communiqué des premiers ministres sur la santé*. Ottawa (Ontario). 11 septembre 2000. Disponible à : [http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html)
- <sup>24</sup> *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Février 2003. Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html>
- <sup>25</sup> McDonald P, Shortt S, Sanmartin C, et al. *Listes d'attente et temps d'attente pour des soins de santé au Canada : Plus de gestion!!! Plus d'argent??* Rapport sommaire. Juillet 1998. Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/listatt.html>
- <sup>26</sup> Ministère des Services de santé. *Surgical Wait Times* [en ligne]. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Disponible à : <http://www.hlth.gov.bc.ca/waitlist/>
- <sup>27</sup> Santé et Mieux-être. *Alberta Wait List Registry* [en ligne]. Gouvernement de l'Alberta. Disponible à : <http://www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp>
- <sup>28</sup> Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan. *Wait List Information* [en ligne]. Gouvernement de la Saskatchewan. Disponible à : <http://www.sasksurgery.ca/wait-list-info.html>
- <sup>29</sup> Santé Manitoba. *Services de santé – Informations sur les délais d'attente : Plan manitobain de réduction des délais d'attente* [en ligne]. Gouvernement du Manitoba. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/plan.fr.html>
- <sup>30</sup> Bellan L, Mathen M. *The Manitoba Cataract Waiting List Program*. JAMC 2001; 164 (8): 1177-80.
- <sup>31</sup> Réseau de soins cardiaques. *Patient Access to Care* [en ligne]. Disponible à : [www.ccn.on.ca](http://www.ccn.on.ca)
- <sup>32</sup> Santé et Services sociaux. *Listes d'attente pour des chirurgies ou des traitements* [en ligne]. Gouvernement du Québec. Disponible à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/listesdattente/index.html>
- <sup>33</sup> Ministère de la Santé. *Report of the Provincial Wait Time Monitoring Project Steering Committee* [en ligne]. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Disponible à : [http://www.gov.ns.ca/health/wait\\_times/default.htm](http://www.gov.ns.ca/health/wait_times/default.htm)
- <sup>34</sup> *Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada* [en ligne]. Calgary (Alberta). Disponible à : <http://www.wcwl.org>
- <sup>35</sup> Canadian emergency department triage and acuity scale: implementation guidelines. *Can J Emerg Med* 1999;1(3) supplement.
-

- 
- <sup>36</sup> Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease [en ligne]. Disponible à : <http://www.approach.org/about.htm>
- <sup>37</sup> Kingston General Hospital, Hotel Dieu Hospital, Queen's Health Policy Research Unit. *Waiting for medical services at Kingston acute care hospitals: a proposal for innovation in accountability*. 2003.
- <sup>38</sup> Fooks K *The Taming of the Queue: Wait Time Measurement, Monitoring and Management*. Rapport de colloque. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. 2004.
- <sup>39</sup> Hall, E. *Commission royale d'enquête sur les services de santé*. 1964. Volume 1: 521.
- <sup>40</sup> Siciliani L, Hurst J. *Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD Countries*. 2003. Document de travail sur la santé de l'OCDE, 7:1-72.
- <sup>41</sup> *Accord des premiers ministres de 2000 sur le renouvellement des soins de santé : Nouvelle ordonnance pour le système de santé canadien*. Septembre 2000.
- <sup>42</sup> *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Février 2003.
- <sup>43</sup> OCDE. *Éco-Santé OCDE*. 2003.
- <sup>44</sup> Falcone D, Bolda E, Leak SC. *Waiting for placement: an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients*. Health Services Research. 1997; 26: 339-74.
- <sup>45</sup> Lazarus R, Gray L. *Perceptions on nursing home placement: towards an analytical model*. Australian Health Review. 1987; 10:273-281.
- <sup>46</sup> Goldacre M, Lee A, Don B. *Waiting list statistics: I: Relation between admissions from waiting list and length of waiting list*. British Medical Journal (Clinical Research Edition). 1989; 295: 1105-08.
- <sup>47</sup> Storrow T, Wilman D, Preston F. *Cutting ophthalmology outpatients waiting time*. Health Services Management. 1989; 71-79.
- <sup>48</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens – le rôle du gouvernement fédéral : Rapport final et recommandations – Volume 6*. Octobre 2002. Disponible à : <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repoct02vol6-f.htm>
- <sup>49</sup> L.R. 1985. c. C-6. *Loi canadienne sur la santé*. Ottawa (Ontario). 1985. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/homef.htm>
- <sup>50</sup> L.R. 1985. c. C-6. *Loi canadienne sur la santé*. Ottawa (Ontario). 1985. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/homef.htm>
- <sup>51</sup> Flood C, Epps T. *Can a patients' bill of rights address concerns about waiting lists?* Projet de document de travail. Groupe du droit de la santé, Faculté de droit, Université de Toronto. 2001.
- <sup>52</sup> Association du Barreau canadien. *Un droit à la santé?* Ottawa (Ontario). 1994.
- <sup>53</sup> Hartt SH, Monahan PJ. *The Charter and health care: Guaranteeing timely access to health care for Canadians*. C.D. Howe Commentary. The Health Papers. Mai 2002. N° 164.
- <sup>54</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral : Rapport final et recommandations*. 2002.

- 
- <sup>55</sup> Romanow R. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Novembre 2002.
- <sup>56</sup> Association médicale canadienne. *Ordonnance pour la viabilité*. Juin 2002.
- <sup>57</sup> *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Février 2003.
- <sup>58</sup> *Aller droit devant – le plan de Paul Martin pour atteindre nos buts*. Parti Libéral du Canada. Juin 2004.
- <sup>59</sup> Mazankowski D. *A Framework for Reform*. Comité consultatif du premier ministre sur la santé. Décembre 2001.
- <sup>60</sup> Clement T. *Déclaration à l'Assemblée législative : Tenir l'ensemble du secteur public responsable devant les contribuables*. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 30 avril 2001.
- <sup>61</sup> Smith G. *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*. Ministère de la Santé et des Services communautaires; gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. 2001.
- <sup>62</sup> *Renouvellement du système de santé*. Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Janvier 2002. 7:78-95.
- <sup>63</sup> Committee on Collaboration and Innovation. *Going Further: Building on a Framework for Reform*. Septembre 2002.
- <sup>64</sup> Siciliani L, Hurst J. *Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD Countries*. Document de travail sur la santé de l'OCDE. 2003. 7:1-72.
- <sup>65</sup> Ipsos-Reid Ottawa Public Affairs and Global International Services. *Stakeholder Perspectives on Wait List Management in Four Countries: Draft Report*. 2004.
- <sup>66</sup> Siciliani L, Hurst J. *Explaining waiting times for elective surgery across OECD countries*. Document de travail sur la santé de l'OCDE n° 7. 2003. 42-47.
- <sup>67</sup> Sanmartin C. *Establishing acceptable waiting times for medical services: a review of the evidence and proposed methods*. Document de travail dans les annexes : *Western Canada Wait List Project Final Report- From chaos to order: making sense of waiting lists in Canada*. 2001.
- <sup>68</sup> Gouverneure générale Clarkson, A. *Discours du trône ouvrant la troisième session de la trente-septième législature du Canada*. 2 février 2004.
- <sup>69</sup> Shortt SED, Shaw RA. *Equity in Canadian health care; does socioeconomic status effect waiting times for elective surgery?* JAMC 2003. 168:413-416.
- <sup>70</sup> Lewis S, Sanmartin C. *Managing waiting lists to achieve distributive justice*. Document de travail dans les annexes, *Western Canada Wait List Project Final Report- From chaos to order: Making sense of waiting lists in Canada*. 2001.
- <sup>71</sup> Petrie JF, Cox JL, Teskey RJ, Campbell LB, Johnstone DE. *Preliminary assessment of patients' opinions of queuing for coronary artery bypass graft surgery at one Canadian centre*. Quality in Health Care. 1996. 5:166-171.
- <sup>72</sup> Hadorn DC et Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. *Setting priorities for waiting lists: defining our terms*. JAMC 2000. 163:857-60.
- <sup>73</sup> Hadorn DC et Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. *Setting priorities for waiting lists: defining our terms*. JAMC 2000. 163:857-60.

---

<sup>74</sup> Hadorn DC et Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. *Setting priorities for waiting lists: defining our terms*. JAMC 2000. 163:857-60.

<sup>75</sup> Pour une discussion de la question de l'offre de personnel infirmier, voir aussi Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections*, juin 2002.