

# **P**lus jamais d'attente!

Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires



**RAPPORT PROVISOIRE DE L'ALLIANCE  
SUR LES TEMPS D'ATTENTE**



Photos: Jupiterimages

# **Plus jamais d'attente!**

**Pour une meilleure gestion des temps d'attente  
grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires**

**Rapport provisoire de l'Alliance sur les temps d'attente**

**Mars 2005**

## Table des matières

<b>Remerciements.....</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduction et raison d’être de l’Alliance.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Anatomie des engagements de 2004 des premiers ministres pour les temps d'attente.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Premiers principes sur des points de repère médicalement acceptables pour les temps d'attente.....</b>	<b>14</b>
<b>4. Fondés sur les preuves et non liés par les preuves: rapport sur les points de repère par spécialité....</b>	<b>15</b>
<b>5. Facteurs habilitants .....</b>	<b>26</b>
<b>6. Conclusion et étapes suivantes.....</b>	<b>28</b>
<b>Annexe A : Glossaire.....</b>	<b>30</b>
<b>Annexe B : Rapports des spécialités.....</b>	<b>32</b>
Association canadienne des radiologistes.....	32
Association canadienne de médecine nucléaire.....	36
Comité sur les normes nationales de l’Association canadienne d’orthopédie.....	43
Association canadienne des radio-oncologues.....	56
Société canadienne d’ophtalmologie.....	57
Société canadienne de cardiologie.....	59
<b>Annexe C : Cibles et points de repère actuels au Canada et dans d’autres pays.....</b>	<b>63</b>
<b>Références.....</b>	<b>66</b>

## **Remerciements**

Ce document a été préparé par l'Association médicale canadienne et l'Alliance sur les temps d'attente.

Nous tenons à remercier de leur travail les membres des groupes experts de l'Alliance sur les temps d'attente dont les rapports sont incorporés au présent document.

Les membres de l'Alliance sur les temps d'attente :

Association canadienne de médecine nucléaire

Association canadienne des radiologistes

Association canadienne des radio-oncologues

Association canadienne d'orthopédie

Association médicale canadienne

Société canadienne de cardiologie

Société canadienne d'ophtalmologie

## *Sommaire*

### **Contexte**

L'accès en temps opportun aux soins de santé demeure l'une des grandes préoccupations de la population canadienne. L'Alliance sur les temps d'attente, qui réunit six sociétés médicales de spécialité, émane de la préoccupation que soulève chez les médecins l'accès aux soins de santé pour les Canadiens et de leur volonté de collaborer avec toutes les parties en cause pour fixer des temps d'attente médicalement acceptables dans cinq domaines prioritaires (soins cardiaques, oncologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vision), conformément au plan décennal de renforcement du système de santé adopté en 2004 par les premiers ministres. La création de l'Alliance est importante, car elle représente un effort sans précédent de collaboration de plusieurs groupes nationaux de spécialité médicale dont les membres participent directement à la prestation des soins dans les cinq domaines prioritaires définis par les premiers ministres.

L'Alliance a pour objectif de donner aux gouvernements et au public de l'expertise médicale sur les temps d'attente médicalement acceptables, particulièrement en ce qui a trait à la mise en œuvre des engagements relatifs aux temps d'attente contenus dans le plan décennal des premiers ministres. Ce rapport provisoire vise à expliquer le travail effectué jusqu'à maintenant par l'Alliance sur les temps d'attente afin de fixer des points de repère factuels pour établir des temps d'attente médicalement acceptables dans les cinq domaines prioritaires.

L'Alliance a d'abord rédigé un glossaire des termes communs et conclu une entente sur un certain nombre de «principes premiers» devant présider à l'élaboration de tout point de repère médicalement acceptable. Ces principes sont notamment les suivants : les points de repère doivent être pancanadiens, factuels et dérivés de données cliniques; la démarche de réduction des temps d'attente pour les cinq domaines prioritaires doit être transparente et axée sur les patients, et ne doit pas donner lieu à une augmentation de l'attente dans d'autres domaines de soins.

### **Points de repère par spécialité**

L'Alliance est d'avis que les données de recherche constituent un facteur important pour déterminer les points de repère, mais qu'il faut éviter de se «confiner aux données». Le jugement clinique fondé sur l'interaction entre les cliniciens et leurs patients constitue un élément d'égale importance. Dans bien des cas, même s'il existe peu de résultats de recherche, il faut quand même prendre des décisions clés d'affectation de ressources.

Dans plusieurs cas, des sociétés nationales de spécialité avaient déjà entrepris de dégager un consensus clinique sur les temps d'attente médicalement acceptables, après avoir passé en revue les données probantes existantes sur les temps d'attente et les lignes directrices cliniques en place concernant le caractère approprié. Certains groupes ont terminé le travail, dont les résultats sont inclus dans le présent rapport, tandis que d'autres ont fourni un rapport d'étape sur leurs travaux à ce jour, et visent à publier leurs résultats dans le rapport définitif de l'Alliance. Le Tableau 1 résume les points de repère établis jusqu'ici dans les rapports des spécialités.

**Tableau 1 : Sommaire provisoire des points de repère par degré de priorité  
(à moins d'indication contraire, les durées sont en journées civiles).**

<b>Spécialité et intervention</b>	<b>Cas d'urgence immédiate*</b>	<b>Cas urgents et semi-urgents*</b>	<b>Cas de routine*</b>
<b>Imagerie diagnostique : radiologie</b> CT et IRM	Dans les 24 heures	Urgent : dans les 7 jours Semi-urgent : dans les 30 jours	Dans les 7 jours de la date prévue lorsqu'une imagerie de suivi est nécessaire
<b>Imagerie diagnostique : médecine nucléaire</b> Perfusion du myocarde avec soit TMPE ou TEP; scintigraphie osseuse; tomographie par émission de positons au F-fluorodéoxyglucose (FDG-PET)	Dans les 24 heures	Urgent : dans les 7 jours Semi-urgent : dans les 30 jours	Dans les 7 jours de la date prévue lorsqu'une imagerie de suivi est nécessaire
<b>Remplacement des articulations</b> Chirurgie de remplacement de la hanche et du genou	Dans les 24 heures	Dans les 30 à 90 jours	9 mois : - dans les 3 mois pour la consultation - dans les 6 mois pour la chirurgie
<b>Cancer</b> Radiothérapie	Dans les 24 heures	Soins personnalisés selon les besoins de chaque patient	Dans les 10 jours ouvrables
<b>Rétablissement de la vue</b> Chirurgie des cataractes	s.o.	Les cas davantage prioritaires reçoivent la chirurgie rapidement, proportionnellement au degré relatif de priorité	Dans les 4 mois
<b>Soins cardiaques**</b> Pontage aortocoronarien	De immédiat à 48 h	De 3 à 56 jours	De 42 à 180 jours

\*Consulter le glossaire pour les définitions.

\*\*La gamme des points de repère reflète les différentes terminologies utilisées par les divers programmes provinciaux au pays ainsi que les différentes définitions pour chaque catégorie.

Note : CT = tomographie assistée par ordinateur; IRM = imagerie par résonance magnétique; s.o. = sans objet; TEP = tomographie par émission de positons; TMPE = tomographie monophotonique d'émission.

L'imagerie diagnostique a été considérée comme un cas spécial pour ce qui est des points de repère médicalement acceptables, car elle se répercute sur les temps d'attente dans de nombreuses autres spécialités. Le présent rapport provisoire amorce une réflexion sur la notion de l'imagerie diagnostique à l'appui des autres interventions prioritaires cernées par les premiers ministres.

Les cinq secteurs prioritaires, de même que de nombreuses autres interventions médicales, se livrent une continuelle concurrence pour obtenir des ressources fixes : temps de salle d'opération, anesthésie, soins infirmiers, etc. Ainsi, l'urgence relative des interventions doit inévitablement être prise en compte dans les décisions. Bien que le travail de l'Alliance ait porté initialement sur les points de repère pour des interventions précises, des outils de prise de décisions seront requis pour comparer les degrés d'urgence d'une intervention à l'autre et aider à l'affectation des ressources. En outre, il est à la fois possible et souhaitable de promouvoir les meilleures pratiques de mesure, surveillance et gestion des temps d'attente dans toutes les interventions. Cet aspect fera l'objet de discussions plus poussées dans le rapport définitif de l'Alliance.

## Observations

Une étude des six rapports révèle plusieurs aspects communs. Tout d'abord, la plupart des spécialités signalent une absence de points de repère nationaux pour leur spécialité, aussi bien au Canada qu'à l'étranger. En dépit de cet obstacle, les six groupes de spécialité ont établi des points de repère sur les temps d'attente ou sont en train de le faire. Aucun groupe n'a déclaré que le défi est impossible à relever ou n'a refusé de le faire.

Les rapports ont un autre trait commun, soit qu'aucun des organismes n'a établi de temps d'attente acceptables de plus de six mois. Il faut donc se demander s'il devrait y avoir un temps d'attente maximal au-delà duquel un patient qui a besoin de n'importe quel type de soins médicaux (lorsque la pertinence de l'intervention est clairement établie) ne devrait pas avoir à attendre. Plusieurs pays industrialisés, et principalement le Royaume-Uni, ont adopté cette approche.

Les membres de l'Alliance souhaitent tous que l'attention accordée à ces cinq spécialités et à un ensemble précis d'interventions ne soit pas au détriment des temps d'attente pour d'autres interventions, ni de la coordination des soins dispensés par d'autres professionnels de la médecine.

La détermination de temps d'attente médicalement appropriés constitue un processus fluide et continu. Les progrès de la technologie médicale et l'adoption de nouvelles stratégies fondées sur les résultats de recherche modifient continuellement le paysage du diagnostic et du traitement. Voilà pourquoi la détermination du processus d'élaboration et d'amélioration des points de repère peut être plus important à long terme que le niveau d'un point de repère précis à un moment donné.

Les rapports des spécialités ont cerné un certain nombre de facteurs pouvant affecter l'élaboration et la mise en application de points de repère médicalement acceptables. Ces facteurs sont notamment les suivants :

- Les ressources humaines de la santé (à tous les niveaux).
- La disponibilité du matériel et des technologies.
- La coordination du système.
- La pertinence (besoin de veiller à ce que les ressources médicales limitées ne soient pas utilisées indûment et que l'accès soit disponible afin que les médecins n'effectuent pas de sous-référence à l'égard d'un service ou n'utilisent pas un service moins efficient ou efficace comme solution de rechange).
- Les attentes des patients, des prestataires et des bailleurs de fonds.

La plupart des spécialités indiquent dans leur rapport qu'il faut plus de ressources pour recueillir et suivre régulièrement les données relatives aux temps d'attente et les diffuser à la fois au public et aux chercheurs, surtout à l'échelon national.

## Recommandations et étapes suivantes

Le présent rapport constitue un point de départ qui permettra de mieux comprendre le problème des temps d'attente et de dégager un consensus sur des temps d'attente médicalement acceptables. Les points de repère proposés tiennent compte de la contribution de cliniciens experts d'un bout à l'autre du Canada et font partie d'un processus continu qui vise à mobiliser les milieux médicaux. L'Alliance reconnaît en outre que l'on a encore besoin, au sujet des temps d'attente acceptables, des commentaires d'autres prestataires de soins de santé, des patients et de la population et elle a hâte de collaborer avec d'autres intervenants dans cet exercice.

Dans la prochaine étape de son travail, l'Alliance sur les temps d'attente s'attachera aux questions de mise en oeuvre, notamment les répercussions sur les ressources, la normalisation des systèmes de mesure et de surveillance et l'établissement de cibles de réduction des temps d'attente. L'Alliance souhaite en outre se pencher particulièrement sur les interrelations entre les points de repère dans les cinq domaines prioritaires de soins à la fois en termes d'établissement des priorités et d'affectation des ressources.

L'Alliance propose les mesures suivantes aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils les étudient et y donnent suite :

1. *Création d'un comité directeur de la stratégie sur les temps d'attente* – Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux devraient créer sans tarder un comité directeur de la stratégie sur les temps d'attente en s'inspirant du travail de l'Alliance comme l'un des intrants clés. Une telle démarche ressemblerait à celle du Comité directeur sur la sécurité des patients, qui s'est révélée très fructueuse. Le comité directeur rendrait compte à la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et regrouperait des membres de groupes d'intervenants clés, ainsi que des représentants régionaux des gouvernements. On établirait cinq tables d'experts distinctes coiffées par le comité directeur. Ces tables seraient chargées d'établir des points de repère sur les temps d'attente qui refléteraient les cinq domaines prioritaires du plan décennal des premiers ministres. Ce travail se déroulerait au cours des prochains mois et viserait à respecter l'engagement pris dans l'accord au sujet du délai de décembre 2005.
2. *Élaboration d'une approche pancanadienne pour la collecte des données sur les temps d'attente* – En ce qui concerne l'élaboration d'indicateurs comparables sur l'accès et les temps d'attente, l'Institut canadien d'information sur la santé devrait travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à mettre au point une démarche pancanadienne pour recueillir des données sur les temps d'attente afin d'assurer qu'on fait un effort uniforme de mesure et de surveillance des temps d'attente d'un bout à l'autre du pays. Il s'impose aussi de faire appel à la contribution immédiate et continue d'organisations de prestataires de soins de santé (contrairement à ce qui s'est fait dans le processus d'établissement des indicateurs suivi pour les accords de 2000 et de 2003 sur la santé).
3. *Établissement de cibles réalistes pour atteindre les points de repère* – À la suite de l'établissement de temps d'attente médicalement acceptables et reposant sur les contributions de tous les interlocuteurs clés, il faudrait fixer dès que possible des cibles éloignées réalistes d'atteinte des points de repère pour les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires. Les gouvernements devraient ensuite affecter des ressources supplémentaires provenant du Fonds de réduction des temps d'attente afin de commencer à réduire les temps d'attente à un rythme mesuré et de façon équilibrée pour tous les degrés d'urgence.



4. *Suivi des progrès de la réduction des temps d'attente* – Afin d'assurer que les efforts visant à réduire les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires ne jouent pas au détriment de l'accès à d'autres services médicaux, le Conseil de la santé du Canada, avec l'appui des gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait suivre les progrès de la réduction des temps d'attente d'un bout à l'autre du pays. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient aussi élaborer des points de repère pour d'autres services médicaux afin d'assurer aux Canadiens l'accès à tous les soins médicalement nécessaires.
  
5. *Création d'un programme ciblé de recherche sur les services de santé* – Afin de créer de la capacité et d'appuyer l'élaboration continue des politiques dans ce domaine, le gouvernement fédéral devrait affecter d'importantes nouvelles ressources à un programme complet de recherche appliquée sur les questions d'accès et les temps d'attente, sous l'auspice des Instituts de recherche en santé du Canada. Il faudrait aussi que du financement soit disponible pour assurer que les initiatives interprovinciales telles que le Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada puissent se poursuivre et continuent à offrir leadership et orientation dans la mesure, le suivi et la gestion des temps d'attente.

Le rapport définitif de l'Alliance sur les temps d'attente devrait être publié en fin d'été 2005.

## **1. Introduction et raison d'être de l'Alliance**

L'accès en temps opportun aux soins de santé demeure une des grandes préoccupations de la population canadienne. Beaucoup de Canadiens signalent avoir vécu des périodes d'attente inacceptables, qui ont aggravé leur douleur et alourdi leur inquiétude pendant qu'ils attendaient pour obtenir des services de soins de santé<sup>1</sup>. Ils sont de moins en moins convaincus que le système de soins de santé sera là lorsqu'ils en auront le plus besoin<sup>2</sup>.

Depuis quelques années, les médecins du Canada exhortent le gouvernement à agir face aux preuves qui s'accumulent sur la réduction de l'accès aux services de santé et l'allongement des temps d'attente. Dans *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*<sup>3</sup>, qu'ils ont adopté en septembre 2004, les premiers ministres ont reconnu le problème et présenté un cadre d'intervention afin d'améliorer l'accès et de réduire les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires d'abord : soins cardiaques, oncologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vision. Dans le plan, les gouvernements s'engagent notamment à établir des indicateurs comparables de l'accès, soit des points de repère factuels sur les temps d'attente médicalement acceptables et des objectifs pluriannuels dans les cinq domaines prioritaires, appuyés par un Fonds ciblé de réduction des temps d'attente de 5,5 milliards de dollars.

L'Alliance sur les temps d'attente émane de la préoccupation que soulève chez les médecins l'accès aux soins de santé et de leur volonté de collaborer avec les intervenants, y compris les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, à fixer des points de repères factuels permettant d'établir des temps d'attente médicalement acceptables, conformément au plan décennal des premiers ministres. La création de l'Alliance est importante, car elle représente un effort sans précédent de collaboration entre plusieurs groupes nationaux de spécialité médicale dont les membres participent directement à la prestation de soins dans les domaines prioritaires définis par les premiers ministres (voir l'encadré).

### **L'Alliance sur les temps d'attente**

L'Alliance sur les temps d'attente regroupe l'Association canadienne des radiologistes, l'Association canadienne de médecine nucléaire, l'Association canadienne des radio-oncologues, la Société canadienne de cardiologie, la Société canadienne d'ophtalmologie et l'Association canadienne d'orthopédie. Chacune de ces organisations a mobilisé des chefs de file cliniques de sa spécialité pour présenter les données probantes sur «les temps d'attente médicalement acceptables». L'AMC est aussi membre de l'Alliance, à laquelle elle fournit des services stratégiques et de soutien à la recherche.

Dans chacun des cinq domaines prioritaires, l'Alliance veut

- a) définir des indicateurs cliniquement acceptables sur l'accès et les temps d'attente;
- b) apporter une perspective médicale à l'élaboration de points de repère factuels sur les temps d'attente médicalement acceptables;
- c) donner des conseils sur la mise en œuvre de stratégies de réduction des temps d'attente.

L'Alliance a pour objectif de donner au gouvernement et au public de l'expertise médicale sur les temps d'attente médicalement acceptables, particulièrement en ce qui a trait à la mise en œuvre des engagements relatifs aux temps d'attente contenus dans le plan décennal des premiers ministres. Ce

rapport provisoire vise à expliquer le travail effectué jusqu'à maintenant par l'Alliance sur les temps d'attente pour cerner des points de repère factuels pouvant servir à établir les temps d'attente médicalement acceptables dans les cinq domaines prioritaires. L'Alliance reconnaît qu'il faudra faire appel à d'autres intervenants clés, y compris les patients, le public et les bailleurs de fonds, pour dégager un consensus sur les temps d'attente.

## **2. Anatomie des engagements relatifs aux temps d'attente pris par les premiers ministres en 2004**

L'Alliance reconnaît qu'il importe d'assurer que sa contribution concorde avec le cadre convenu dans le plan décennal des premiers ministres. Ce cadre d'amélioration de l'accès et de réduction des temps d'attente comprend des interventions prioritaires, des produits à livrer en fonction de calendriers, un organe de financement et un mécanisme de production de rapports sur le rendement (voir l'encadré). Ces engagements ont fait l'objet de négociations intenses entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et constituent le seul document public sur les décisions prises, qui prètent toutefois à une certaine interprétation.

### **Engagements pris par les premiers ministres dans leur plan décennal<sup>3</sup>**

Les premiers ministres s'engagent à réduire substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue d'ici le 31 décembre 2007, en tenant compte des différents points de départ, priorités et stratégies des provinces et des territoires.

Le Fonds pour la réduction des temps d'attente apportera un complément aux investissements que les provinces et les territoires ont effectués dans la réduction des temps d'attente et les aidera à mener leurs diverses initiatives. Ils devront utiliser ces fonds surtout pour répondre à leurs priorités comme former et embaucher plus de professionnels de la santé, éliminer les arriérés, préparer le terrain pour exploiter des centres régionaux d'excellence, élargir les programmes appropriés de soins ambulatoires et/ou instaurer des instruments pour gérer les temps d'attente.

Les premiers ministres conviennent de fournir à la population canadienne des informations cohérentes sur les progrès accomplis en vue de réduire les temps d'attente :

- Chaque province et chaque territoire convient d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement, d'ici le 31 décembre 2005, et d'en rendre compte à ses citoyens.
- Les points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue seront établis d'ici le 31 décembre 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.
- Chaque province et chaque territoire établira d'ici le 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère.

Les provinces et les territoires remettront chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente.

L'Institut canadien d'information sur la santé rendra compte des progrès réalisés pour réduire les temps d'attente.

## **Portée des engagements**

Même si le plan décennal laisse aux gouvernements provinciaux et territoriaux amplement de flexibilité pour donner suite à leurs propres priorités, on reconnaît qu'il faudrait s'attaquer sur-le-champ aux temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, car c'est dans ces domaines qu'on a documenté d'importants problèmes d'accès. Il est toutefois clair qu'il faudra étendre les efforts au-delà de ces cinq domaines afin d'assurer une stratégie équilibrée de réduction des temps d'attente dans tout le système de santé. Plus particulièrement, on a soulevé des préoccupations légitimes sur l'impact du succès dans les domaines prioritaires, craignant qu'il se produisent au prix d'un allongement des temps d'attente dans d'autres secteurs importants.

## **Indicateurs comparables**

Comme on l'indique ci-dessus, le plan décennal prévoit que *chaque province et chaque territoire* établira les indicateurs *comparables* (c.-à-d. non identiques ou communs) de l'accès à des professionnels de la santé, à des services de diagnostic et de traitement, d'ici le 31 décembre 2005. Le Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats (CRIR), qui rend compte à la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, a déjà établi des indicateurs comparables de l'accès aux services de santé en vertu des accords sur la santé de 2000 et 2003. Jusqu'ici, le processus a été assez exclusif et a offert peu de possibilités d'apporter des éléments cliniques ou des conseils. Afin de respecter les engagements relatifs aux temps d'attente, on s'attend à ce que le CRIR soit chargé de dégager un consensus sur une liste plus longue d'indicateurs d'ici à décembre 2005.

## **Temps d'attente médicalement acceptables : des points de repère fondés sur des preuves**

Le plan décennal engage les provinces et les territoires à élaborer des points de repère *factuels* au sujet des temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par les soins cardiaques, l'oncologie, l'imagerie diagnostique, l'arthroplastie et le rétablissement de la vision, qui seront établis d'ici à décembre 2005 dans le cadre d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. «Fondé sur des preuves» s'entend de points de repère basés sur les meilleures données disponibles. «Médicalement acceptable» sous-entend que les milieux des soins de santé jugeront les points de repère acceptables.

Même si ce n'est pas énoncé clairement dans le plan décennal, beaucoup d'intervenants comprennent que cet engagement à élaborer des points de repère sous-entend l'élaboration d'une norme clinique pancanadienne sur l'accès en temps opportun aux soins dans chacun des cinq domaines prioritaires. Il y a toutefois litige en l'occurrence, car des administrations affirment que l'accord ne prévoit pas de points de repère pancanadiens et permet à chaque province et territoire d'adopter les siens.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont annoncé récemment qu'ils lanceront, au cours de la prochaine année, une recherche portant sur des points de repère relatifs aux temps d'attente utilisés dans les cinq domaines prioritaires et sur les données probantes qui les appuient. Les sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé doivent utiliser ce travail, dont une partie doit être terminée au plus tard le 15 octobre 2005, pour établir des points de repère fondés sur des preuves en ce qui concerne les temps d'attente médicalement acceptables.

## **Cibles pluriannuelles à viser pour atteindre les points de repère dans les domaines prioritaires**

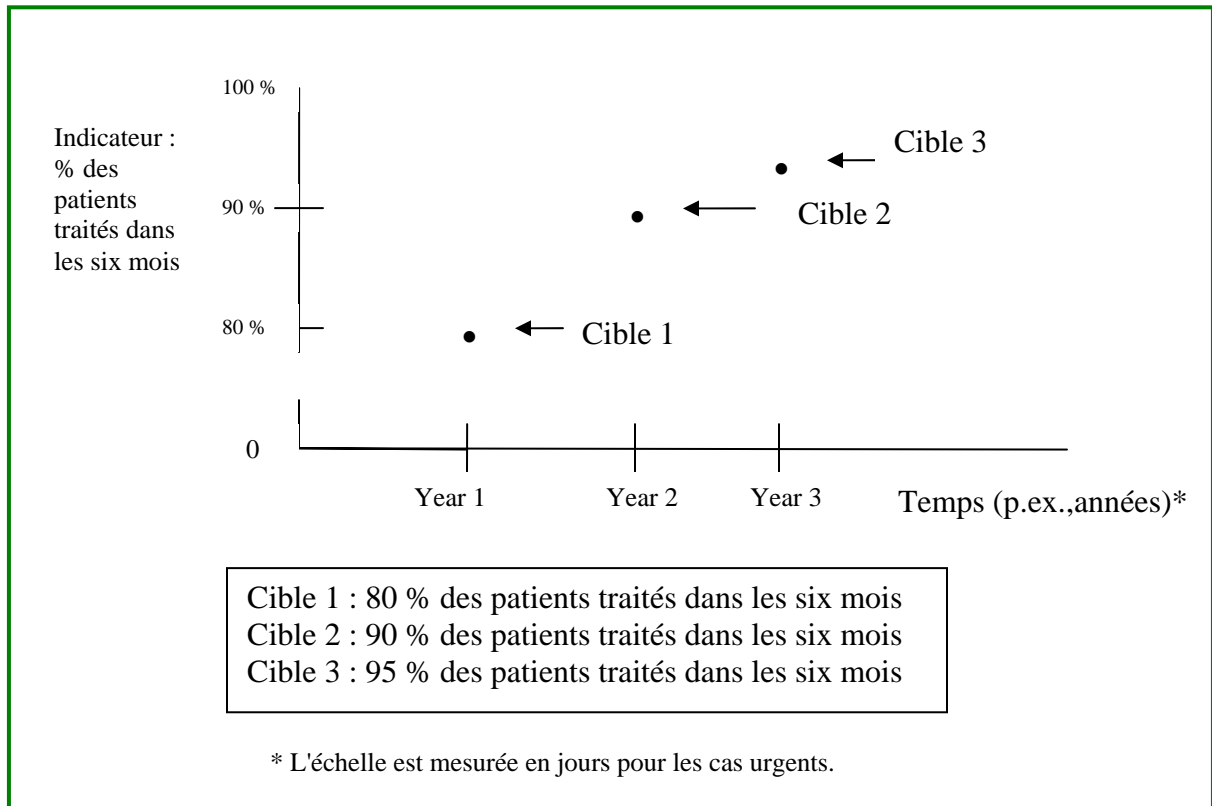
Lorsqu'on aura arrêté des points de repère sur les temps d'attente, le plan décennal prévoit que les provinces et les territoires établiront des cibles pluriannuelles pour y parvenir d'ici à décembre 2007. Même si le plan ne définit pas le mot «cible», on reconnaît en général qu'il signifie que les provinces et les territoires s'engageront à atteindre, dans un délai déterminé, des points de repère sur les temps d'attente pour un pourcentage donné de la population. Ainsi, on pourrait s'attendre à ce que les cibles varient d'une région à l'autre en fonction des ressources disponibles.

La Figure 1 illustre les liens entre les indicateurs, les points de repère et les cibles. Dans cet exemple, l'indicateur est le pourcentage des patients traités dans les six mois prévus par les points de repère. Les cibles sont illustrées par les étapes à franchir dans le temps pour traiter graduellement de plus en plus de patients dans les limites du point de repère pour le temps d'attente.

## **Fonds de réduction des temps d'attente**

Pour appuyer les engagements pris dans le plan décennal au sujet des temps d'attente, le gouvernement fédéral a réservé 5,5 milliards de dollars en 10 ans dans un Fonds de réduction des temps d'attente. Le plan décennal des premiers ministres prévoit que les provinces et les territoires pourront utiliser le Fonds de réduction des temps d'attente comme ils le voudront pour recruter et former des ressources humaines de la santé, éliminer les arriérés, préparer le terrain pour exploiter des centres régionaux d'excellence, élargir les programmes appropriés de soins ambulatoires et créer des instruments de gestion des temps d'attente. (Le fonds sera enchâssé dans une mesure législative (projet de loi C-39) et 4,25 milliards de dollars seront versés à une fiducie pour le compte des provinces. La tranche restante de 1,5 milliard sera virée aux provinces à raison de 250 millions par année à compter de 2009-2010 jusqu'en 2014-2015<sup>4</sup>.)

**Figure 1** : Pourcentage des patients traités dans les six mois prévus comme temps d'attente repère pour la procédure élective X.



### **3. Premiers principes sur des points de repère pour des temps d'attente médicalement acceptables**

Dans ce premier volet du travail, l'Alliance a défini un certain nombre de premiers principes qui régiront son travail d'élaboration de points de repère pour des temps d'attente médicalement acceptables :

1. Les points de repère pour des temps d'attente médicalement appropriés devraient être *pancanadiens* de façon à éviter le double emploi et à maximiser les économies d'échelle. Les points de repère devraient non pas être liés à la géographie, mais reposer plutôt sur des preuves.
2. Les points de repère pour les temps d'attente doivent être cliniquement indiqués et émaner d'*un processus continu* de dégagement de consensus cliniques fondés sur les meilleures données probantes disponibles. Le financement prévu dans l'Accord sur les soins de santé tient compte de ce besoin d'évaluation, d'actualisation et d'amélioration continues des points de repère.
3. La contribution précoce, continue et *significative des milieux de la pratique* est essentielle à l'élaboration et à la mise en œuvre réussies de points de repère sur les temps d'attente.
4. *L'imputabilité publique et la transparence* sont excessivement importantes et la population canadienne doit voir des résultats concrets sur le plan de la réduction des temps d'attente pour obtenir des services de santé dans les cinq domaines prioritaires. Il faut à cette fin suivre une stratégie axée sur les patients qui tient compte du champ complet du processus de soins, p. ex., afin d'assurer que les réductions des temps d'attente pour obtenir des services de diagnostic ne prolongent pas les temps d'attente pour obtenir des traitements.
5. Les points de repère sur les temps d'attente et les cibles provinciales connexes à viser pour les réduire doivent être *viables*. Il faudra à cette fin engager un financement ciblé continu par l'entremise du Fonds de réduction des temps d'attente, suivre des stratégies visant à promouvoir l'utilisation appropriée des services de santé et assurer une surveillance attentive pour veiller à ce que les réductions significatives des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires ne se fassent pas au détriment d'une réduction de l'accès à d'autres services de santé.

Comme on le verra dans la prochaine section, les membres de l'Alliance sont déterminés à intégrer ces principes dans leur travail sur les points de repère. Il faudra toutefois, à un moment donné, solliciter la contribution des patients et du public afin de déterminer si les points de repère relatifs aux temps d'attente sont acceptables pour eux.

#### **4. Fondés sur les preuves et non liés par les preuves : rapport sur les points de repère par spécialité**

Cette section présente un aperçu du rapport de six spécialités médicales sur les cinq domaines prioritaires définis par les premiers ministres dans leur plan décennal. Elles proposent dans chaque rapport des temps d'attente médicalement acceptables, c.-à-d. le temps d'attente seuil et le niveau de gravité au-delà desquels les meilleures données probantes disponibles et le consensus clinique indiquent que la santé du patient risque de subir des répercussions indésirables.

L'Alliance est d'avis que les données de recherche constituent un facteur important pour déterminer les points de repère, mais qu'il faut éviter de se «confiner aux données». Le jugement clinique fondé sur l'interaction entre les cliniciens et leurs patients constitue un élément d'égale importance. Dans bien des cas, même s'il existe peu de résultats concluants de recherche, il faut quand même prendre des décisions clés d'affectation de ressources. Cette pénurie de données de recherche et l'importance du jugement clinique sont les raisons pour lesquelles l'Alliance juge que l'établissement de points de repère doit se fonder sur les données probantes, mais non y être lié. La prise de décisions à partir d'une seule source d'information, comme des données de recherche limitées, peut conduire à d'autres problèmes, comme on le constate en contexte de soins dirigés aux États-Unis.

#### **Méthodes**

Les membres de l'Alliance ont reconnu qu'il fallait créer un glossaire pour assurer que l'on comprend de la même façon les concepts de l'analyse des temps d'attente (voir Annexe A).

On a entrepris d'examiner les efforts d'établissement de points de repère en cours dans les provinces, y compris le travail du Réseau sur les soins cardiaques de l'Ontario, le Réseau sur les soins chirurgicaux de la Saskatchewan et le Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada<sup>5</sup>, et particulièrement son travail d'élaboration de points de repère pour les temps d'attente en chirurgie des cataractes et en remplacement de la hanche et du genou. Dans un récent rapport, le PLAOC a documenté son travail de pionnier sur l'élaboration de temps d'attente maximaux acceptables combinant l'apport de cliniciens, de patients et du public aux données de recherche.

Dans le contexte de cette initiative, chaque spécialité médicale membre de l'Alliance a cherché à dégager un consensus clinique sur les temps d'attente médicalement acceptables (l'Annexe B contient les rapports de chaque groupe et une description des méthodes qu'ils ont utilisées). Dans plusieurs cas, des sociétés nationales de spécialité avaient déjà entrepris des travaux à cet égard. Certaines ont terminé le travail, dont les résultats sont inclus dans le présent rapport provisoire, tandis que d'autres ont fourni un rapport d'étape et présenteront leurs points de repère dans le rapport final de l'Alliance.



Même s'il existe des variations entre les spécialités, les groupes de travail constitués de cliniciens experts ont dérivé des points de repère sur les temps d'attente pour chaque spécialité en se fondant sur les intrants suivants :

- une étude des données probantes tirées des évaluations cliniques ou épidémiologiques disponibles sur les temps d'attente médicalement acceptables;
- une évaluation des normes existantes disponibles sur l'accès aux échelons régional, provincial et national, ainsi que sur la scène internationale.

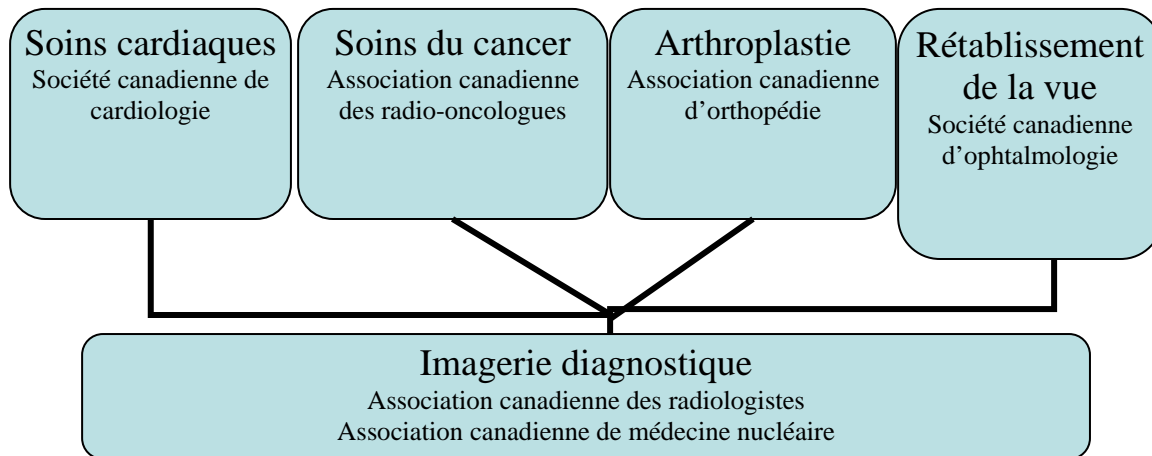
Des groupes de spécialité ont analysé des guides de pratique clinique existants portant sur la pertinence et d'autres ont analysé des outils d'établissement des priorités qu'utilisent actuellement d'autres administrations.

Les points de repère médicaux utilisés de façon générale sont peu nombreux et l'on manque de données probantes sur les temps d'attente maximaux acceptables dans le cas de nombreuses interventions. Il s'ensuit que dans de nombreux cas, on a dégagé un consensus entre praticiens pour établir les points de repère.

La Figure 2 illustre les liens entre les cinq domaines prioritaires et les diverses sociétés de spécialité qui ont participé au travail de l'Alliance. Comme on peut le voir, l'imagerie diagnostique appuie les quatre autres domaines prioritaires, car elle constitue un des principaux intrants dans la décision de traiter. Les efforts réalisés à ce jour pour créer des outils d'établissement des priorités pour l'imagerie diagnostique ont été portés à voir ce domaine dans l'abstrait, sans référence aux prestataires véritables ou à l'apprentissage «fondé sur les problèmes». Ce rapport entreprend l'élaboration du concept de l'imagerie diagnostique comme soutien des autres interventions prioritaires visées par les premiers ministres.

Les cinq secteurs prioritaires, de même que de nombreuses autres interventions médicales, se livrent une continuelle concurrence pour obtenir des ressources fixes : temps de salle d'opération, anesthésie, soins infirmiers, etc. Comment les cotes d'urgence peuvent-elles se comparer d'une intervention spécialisée à l'autre? Est-il possible de le faire? Ainsi, dans le monde réel, l'urgence relative des interventions doit inévitablement être prise en compte dans les décisions. Bien que le travail de l'Alliance ait porté initialement sur les points de repère pour des interventions précises, des outils de prise de décisions seront requis pour comparer les degrés d'urgence d'une intervention à l'autre et aider à l'affectation des ressources. En outre, il est à la fois possible et souhaitable de promouvoir les meilleures pratiques de mesure, de surveillance et de gestion des temps d'attente dans toutes les interventions. Cet aspect fera aussi l'objet de discussions plus poussées dans le rapport définitif de l'Alliance.

**Figure 2 : Structure organisationnelle du projet.**



L'Alliance est d'avis qu'il faut accorder de l'attention aux recherches qui examinent ces interactions complexes. (Nous notons que l'actuel appel de proposition des IRSC sur les points de repère pour les temps d'attente traitent les cinq domaines prioritaires comme des entités distinctes.)

## Rapports des spécialités

Cette section présente un aperçu des rapports des six spécialités. L'Annexe B contient la version intégrale de leur rapport. Le Tableau 1 résume les points de repère établis dans les rapports des spécialités, que nous présentons dans cette section.

**Tableau 1 : Sommaire provisoire des points de repère par degré de priorité  
(à moins d'indication contraire, les durées sont en journées civiles).**

Spécialité et intervention	Cas d'urgence immédiate*	Cas urgents et semi-urgents*	Cas de routine*
<b>Imagerie diagnostique : radiologie</b> CT et IRM	Dans les 24 heures	Urgent : dans les 7 jours Semi-urgent : dans les 30 jours	Dans les 7 jours de la date prévue lorsqu'une imagerie de suivi est nécessaire
<b>Imagerie diagnostique : médecine nucléaire</b> Perfusion du myocarde avec soit TMPE ou TEP; scintigraphie osseuse; tomographie par émission de positons au F-fluorodéoxyglucose (FDG-PET)	Dans les 24 heures	Urgent : dans les 7 jours Semi-urgent : dans les 30 jours	Dans les 7 jours de la date prévue lorsqu'une imagerie de suivi est nécessaire
<b>Remplacement des articulations</b> Chirurgie de remplacement de la hanche et du genou	Dans les 24 heures	Dans les 30 à 90 jours	9 mois : - dans les 3 mois pour la consultation - dans les 6 mois pour la chirurgie
<b>Cancer</b> Radiothérapie	Dans les 24 heures	Soins personnalisés selon les besoins de chaque patient	Dans les 10 jours ouvrables
<b>Rétablissement de la vue</b> Chirurgie des cataractes	s.o.	Les cas davantage prioritaires reçoivent la chirurgie rapidement, proportionnellement au degré relatif de priorité	Dans les 4 mois
<b>Soins cardiaques**</b> Pontage aortocoronarien	De immédiat à 48 h	De 3 à 56 jours	De 42 à 180 jours

\*Consulter le glossaire pour les définitions.

\*\*La gamme des points de repère reflète les différentes terminologies utilisées par les divers programmes provinciaux au pays ainsi que les différentes définitions pour chaque catégorie.

Note : CT = tomographie assistée par ordinateur; IRM = imagerie par résonance magnétique; s.o. = sans objet; TEP = tomographie par émission de positons; TMPE = tomographie monophotonique d'émission.

### *Imagerie diagnostique*

Comme on l'a indiqué ci-dessus, l'imagerie diagnostique joue un rôle clé dans la détermination de l'accès aux quatre autres domaines, car il faut des études d'imagerie avant et après le traitement dans les cas de chirurgie cardiaque, d'arthroplastie de la hanche et du genou et de traitement du cancer. Dans ces domaines, la capacité des listes d'attente est tributaire de celle des services d'interventions de diagnostic. Deux membres de l'Alliance fournissent des services d'imagerie diagnostique : l'Association canadienne des radiologistes (CAR) et l'Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN).

La CAR a étudié des points de repère pour la tomодensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) conformément au plan décennal adopté par les premiers ministres en 2004. Il n'y a pas de points de repère publiés sur les temps d'attente dans le cas de l'imagerie diagnostique. Les membres de la CAR ont participé aux travaux de trois groupes d'experts provinciaux sur les points de repère pour l'imagerie diagnostique et ont étudié les lignes directrices en vigueur dans d'autres pays.

La médecine nucléaire est une spécialité qui utilise des radionucléides pour diagnostiquer et traiter des maladies. L'ACMN a choisi d'établir des points de repère sur les temps d'attente pour trois interventions :

- Imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophotonique (TEM) ou tomographie par émission de positrons (TEP) utilisée pour diagnostiquer la coronaropathie et évaluer les patients chez lesquels on en a diagnostiquée une.
- Scintigraphie osseuse par radionucléides : À quelques limitations près (myélomes multiples et histiocytose X), la scintigraphie osseuse par radionucléides constitue la principale technique d'examen par imagerie utilisée pour détecter la présence de métastases osseuses. La technique est plus sensible que la radiographie simple et offre l'avantage de permettre d'analyser le squelette au complet.
- Tomographie par émission de positrons au fluorodésoxyglucose (TEP-FDG) : Cette technique, qui sert à produire des images du cancer, repose sur le fait que beaucoup de tumeurs hypermétabolisent le glucose. La TEP-FDG est une nouvelle technologie qui a fait son apparition il y a une dizaine d'années et est maintenant acceptée et financée sur le plan clinique dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE) pour l'évaluation de nombreuses tumeurs.

Les temps d'attente pour obtenir ces services varient considérablement et il existe des problèmes d'accès dans le cas des interventions générales en médecine nucléaire, comme la scintigraphie osseuse, des interventions de médecine nucléaire en cardiologie et de mesure de la teneur minérale de l'os. Il n'y a pas de points de repère publiés pour les temps d'attente dans le cas de ces interventions diagnostiques.

Les deux organisations ont coordonné leurs efforts et ont produit un cadre commun de points de repère sur le «temps d'attente maximal acceptable» ou TAMA. Ces points de repère reposent sur des données solides qui ont trait à l'utilisation appropriée de ces interventions diagnostiques. Les cliniciens les jugent en outre acceptables.

**Urgence immédiate :** Situations où, si l'on retarde davantage l'examen, il en découle un risque de mortalité ou de morbidité permanente. Accès repère : dans les 24 heures.

**Cas urgent :** Situations instables qui pourraient se détériorer, et où l'on préfère attendre l'examen d'imagerie diagnostique pour commencer le traitement. Accès repère : dans les sept jours.

**Cas semi-urgent :** Situations qui causent de la douleur, un dysfonctionnement et une incapacité stables et non susceptibles d'être traitées rapidement. Accès repère : dans les 30 jours.

**Cas de routine :** Situations où l'on demande un examen d'imagerie de suivi dans un délai relatif. Accès repère : dans les sept jours du délai précis suggéré par le médecin traitant.

La CAR insiste sur le fait qu'il est essentiel de conjuguer les points de repère aux lignes directrices sur la pertinence afin d'assurer que les appareils d'imagerie diagnostique sont utilisés de la façon la plus efficace et opportune possible (on en discute plus en détail ci-dessous).

### ***Arthroplastie***

Le Comité sur les normes nationales de l'Association canadienne d'orthopédie (ACO) surveille le travail que l'Association a fait au sujet des points de repère sur les temps d'attente. Même si le comité s'est penché sur les temps d'attente dans le contexte de plusieurs interventions, ce rapport porte principalement sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

Pour les besoins de son travail, l'ACO a utilisé l'expression «temps d'attente maximal acceptable» (TAMA). Pour définir cette expression, l'ACO affirme que «si un patient attend pendant plus longtemps que le TAMA, il subit des effets nocifs importants ou son risque de les subir augmente considérablement».

La gravité de l'état d'un patient joue un rôle important dans l'étude de points de repère sur des temps d'attente acceptables et l'établissement de priorités. C'est pourquoi il faut un système d'évaluation de la gravité qu'il est possible d'appliquer de façon universelle et objective, particulièrement lorsque l'on organise l'intervention chirurgicale d'un patient inscrit sur une longue liste d'attente.

Jusqu'à maintenant, le comité a concentré son attention sur les interventions prévues, électives ou de routine chez les patients qui ne sont généralement pas hospitalisés immédiatement après la consultation (c.-à-d. ceux que l'on renvoie chez eux, mais pour qui on peut prévoir une intervention chirurgicale). Les problèmes urgents et émergents sont reportés à une étude future.

Le comité a aussi établi une distinction entre un TAMA pour une consultation (temps écoulé entre la référence et la consultation) et un TAMA pour une intervention chirurgicale (temps écoulé entre la décision d'opérer et la date de l'intervention même). Les deux points de repère concordent avec des publications nationales et internationales existantes dans cette spécialité.

Les points de repère sur le TAMA que l'on a établis sont les suivants :

- Consultation : dans les 90 jours (si l'on suppose que le patient a été dûment présélectionné et est prêt à subir une intervention chirurgicale)
- Intervention chirurgicale : dans les six mois suivant la date où l'on décide de procéder à n'importe quelle intervention orthopédique prévue.

Même s'il s'agit de points de repère pour des cas prévus, le comité a toutefois établi des priorités :

- Priorité 1 : Dans une situation qui pourrait se détériorer rapidement et entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans un TAMA de 30 jours.
- Priorité 2 : Dans une situation qui cause de la douleur et de l'incapacité, mais qui a peu de chance de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans les 90 jours.
- Priorité 3 : Dans une situation qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimale et qui a peu de chance de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans les six mois.

Ces points de repère concordent avec l'estimation publiée récemment du TAMA pour les arthroplasties du genou et de la hanche établie dans le cadre du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada<sup>5</sup>.

### ***Traitement du cancer***

Parmi les cinq domaines prioritaires, celui du cancer est peut-être le plus complexe à cause de l'éventail de ses multiples tests de diagnostic et de détermination du stade, ainsi que de diverses techniques de traitement qui mettent en cause de nombreux points d'accès et temps d'attente pour les patients<sup>6</sup>. Pour les besoins du présent projet, on a néanmoins décidé de concentrer l'attention sur la radio-oncologie, car beaucoup considèrent l'accès à ce traitement comme la plus grande préoccupation.

Il existe actuellement peu de résultats de recherche au sujet des TAMA dans le cas de la radio-oncologie et de leur incidence sur l'évolution de l'état de santé des patients. L'Association canadienne des radio-oncologues s'est donc fondée, pour dégager un consensus entre ses membres, sur le principe selon lequel les temps d'attente pour la radio-oncologie devraient être les plus courts qu'il soit raisonnablement possible d'atteindre (ALARA). On a envisagé d'autres sources d'information, y compris les pratiques internationales et le traumatisme psychologique que cause aux patients l'obligation d'attendre un traitement. Les points de repère présentés ci-dessous ont été élaborés à l'origine au début des années 1990 et ont été revus et adoptés par la suite en 2002.

- Les cas d'urgence immédiate devraient recevoir une radiothérapie le jour même du diagnostic. Les cas urgents devraient recevoir une thérapie en fonction des besoins de chaque patient.
- Les cas de routine comportent deux volets : consultation et radiothérapie. La consultation s'entend du temps écoulé entre la date de référence initiale en radio-oncologie et celle de la consultation. Le temps d'attente médicalement acceptable ne doit pas dépasser 10 jours ouvrables.

- Le temps d'attente pour une radiothérapie est l'intervalle écoulé entre la date de commande de la radiothérapie (qui tient compte de l'état de santé du patient, p. ex., guérison d'une intervention chirurgicale et capacité de recevoir une radiothérapie) et la date de la consultation, selon l'échéance la plus tardive, et le premier jour de la thérapie. Le temps d'attente médicalement acceptable pour une thérapie ne doit pas dépasser 10 jours ouvrables.

Dans le cas des traitements multimodaux (p. ex., radiothérapie plus chimiothérapie), le temps d'attente pour la radiothérapie s'entend de l'intervalle écoulé entre la date cible de début de la radiothérapie et le premier jour de la thérapie même.

*Autres services de traitement du cancer* : Étant donné l'envergure et la complexité des services d'oncologie, il sera essentiel de mettre à contribution d'autres spécialités pertinentes, y compris celle de la chirurgie générale, dans une discussion plus générale sur les points de repère relatifs aux temps d'attente dans le cas des services reliés au cancer. L'Association canadienne des agences provinciales du cancer devrait aussi participer à ces discussions.

Comme on le signale à l'Annexe C, le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan, comité consultatif de Santé Canada, a établi des délais cibles pour les soins en chirurgie, soit procéder à 95 % des interventions chirurgicales contre le cancer et la présence soupçonnée de cancer dans les trois semaines.

### ***Rétablissement de la vue***

La Société canadienne d'ophtalmologie a choisi de concentrer son attention sur les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte, problème qui touche le plus grand nombre de patients qui attendent une chirurgie de rétablissement de la vue.

Un groupe de travail sur l'ophtalmologie de la Société canadienne d'ophtalmologie a examiné les écrits scientifiques et les données probantes disponibles sur les points de repère pour les temps d'attente, y compris le travail du Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada. Le groupe de travail a dégagé un consensus selon lequel un délai de quatre mois représente un temps d'attente raisonnable (maximal) et médicalement acceptable pour une chirurgie de la cataracte de routine et il faut raccourcir le temps d'attente proportionnellement à la priorité relative. Ce point de repère est conforme au temps d'attente maximum acceptable estimatifs pour la chirurgie de la cataracte établis dans le cadre du Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada<sup>5</sup>.

Ce point de repère sur les temps d'attente correspond aux résultats de sondages antérieurs menés auprès de médecins canadiens au sujet de ce qui constituerait un temps d'attente raisonnable et est un peu plus long seulement que les temps d'attente acceptables tirés des sondages réalisés auprès des patients. Il s'agit aussi d'un chiffre raisonnable et atteignable fondé sur l'expérience collective du Canada. Le comité a reconnu que les publications ne contiennent pas de données empiriques qui définissent un temps d'attente optimal, mais que des données montrent une morbidité importante chez les patients qui attendent (risques accrus de chutes et de fractures de la hanche, risques plus élevés d'accidents de véhicules à moteur pendant que les intéressés attendent).

On a suggéré d'utiliser un outil normalisé de détermination des priorités à l'échelon provincial afin d'assurer que les cas plus prioritaires sont traités plus rapidement.

## Soins cardiaques

Les soins cardiovasculaires couvrent le continuum complet des soins, depuis l'accès jusqu'à la réadaptation et la prévention secondaire (p. ex., modification des habitudes de vie), en passant par la consultation d'un spécialiste et les interventions diagnostiques et thérapeutiques effractives et non effractives. Les patients en cardiologie peuvent en outre présenter de nombreux signes qui exigent l'attention des médecins, y compris la coronaropathie (p. ex., blocage d'une ou de plusieurs artères), la valvulopathie, la défaillance cardiaque ou l'arythmie (p. ex., indications associées à un rythme cardiaque anormal).

Au Canada, il n'existe pas de normes nationales d'accès aux services et interventions en soins cardiaques; de tout temps, le travail sur les normes et les temps d'attente s'est effectué à l'échelle provinciale. Plusieurs provinces, principalement l'Ontario, le Québec, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, ont investi d'importantes ressources dans l'élaboration et la mise en oeuvre de normes sur les temps d'attente pour certaines interventions clés : la chirurgie de pontage aortocoronarien en constitue un exemple frappant (voir le Tableau 2).

**Tableau 2 : Exemples de points de repère provinciaux pour intervention de pontage aortocoronarien au Canada**

Réseau de soins cardiaques de l'Ontario	Le Réseau québécois de cardiologie tertiaire	Santé et Mieux-être Alberta	Nouvelle-Écosse
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence immédiate : accès immédiat</li> <li>- Urgent : dans les 14 jours</li> <li>- Semi-urgent : dans les 42 jours</li> <li>- Intervention élective : dans les 180 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très urgent : 24 heures</li> <li>- Urgent : 72 heures</li> <li>- Semi-urgent : 2 semaines</li> <li>- Intervention semi-élective : 6 semaines</li> <li>- Intervention élective : 3 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence immédiate : dans les 24 à 48 heures</li> <li>- Urgent en service interne : 1 semaine</li> <li>- Urgent en service externe (avec réadmission prévue) : 2 semaines</li> <li>- Intervention planifiée en service externe : 6 semaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urgence immédiate : dans les 24 heures</li> <li>- Urgent en service interne &lt; 7 jours</li> <li>- Semi-urgent A &lt; 2 à 3 semaines</li> <li>- Semi-urgent B &lt; 6 à 8 semaines</li> <li>- Intervention élective : &lt; 3 mois</li> </ul>

Comme le montre le tableau, les catégories d'urgence varient énormément d'une province à l'autre. Par exemple, certaines normes provinciales se fondent sur des catégories (cas d'urgence immédiate, d'urgence et de semi-urgence, et cas électif), tandis que d'autres font la distinction principalement entre les patients hospitalisés et les autres. Même lorsque les noms des catégories se ressemblent, leurs définitions peuvent varier. En outre, avec le temps, des études cliniques ont révélé d'autres facteurs de risque liés au temps d'attente pour un PAC. En résultat, les normes albertaines (point de repère de 6 semaines pour les interventions prévues pour des patients externes), qui se fondent sur les recherches les plus récentes, sont notablement différentes des normes ontariennes (point de repère de 180 jours pour les interventions électives). Cette comparaison souligne la nécessité de revoir et de perfectionner les normes périodiquement afin d'assurer qu'elles continuent à tenir compte de la recherche la plus actuelle.



Ainsi que nous le soulignons ci-dessus, le PAC est une intervention bien établie. Dans le cas d'intervention plus nouvelles, par exemple, l'intervention coronarienne percutanée, ou angioplastie, et tout le domaine de l'électrophysiologie, n'ont que récemment produit les recherches nécessaires pour commencer à établir des normes factuelles permettant d'établir des temps d'attente médicalement acceptables.

Au printemps de 2004, la SCC a créé un Groupe de travail sur l'accès aux soins (le Groupe de travail), qu'elle a chargé de formuler des commentaires sur l'accès aux services de cardiologie dans une optique nationale.

Même si les temps d'attente en chirurgie cardiaque attirent l'attention générale des médias depuis 10 ans environ, tous les patients en cardiologie doivent avoir accès au continuum complet des soins pour tous les problèmes. Le Groupe de travail a donc défini huit domaines dans le continuum des soins et des problèmes clés qui exigent des normes nationales :

- Accès aux soins en situation d'urgence immédiate et d'urgence prioritaire
- Accès à la consultation de spécialistes
- Accès à des études de cardiologie non effractives (épreuve d'effort, écho)
- Accès aux services de cardiologie nucléaire
- Accès aux interventions de revascularisation et à d'autres interventions de chirurgie cardiaque
- Accès à des cliniques sur les défaillances cardiaques
- Accès aux services d'électrophysiologie
- Accès à la réadaptation cardiaque et à la modification des habitudes de vie en cardiosanté

Chaque sous-groupe procédera à une étude documentaire structurée et dégagera un consensus sur des normes appropriées relatives aux temps d'attente médicalement acceptables. Pendant cet exercice, on définira aussi des catégories de triage appropriées. Même si nous voulons établir des normes factuelles, nous savons que dans nombre de cas, il n'y a pas suffisamment de données probantes disponibles pour appuyer un tel niveau de confiance. Nous dégagerons au besoin un consensus parmi des experts. Chaque sous-groupe présentera son rapport final à un groupe d'étude secondaire afin de solliciter la contribution d'un plus grand nombre de spécialistes et d'autres intervenants.

Nous souhaitons au départ que le travail soit très avancé au cours des trois à cinq prochains mois.

### ***Observations***

Une étude des six rapports révèle plusieurs aspects communs. Tout d'abord, la plupart des spécialités signalent une pénurie de points de repère nationaux dans leur spécialité, que ce soit au Canada ou ailleurs (voir aussi, à l'Annexe C, une revue des points de repère et des cibles qui existent actuellement au Canada et à l'étranger). Il n'y a pas, par exemple, de normes nationales ni de cibles sur l'accès aux soins dans le cas des interventions cardiovasculaires ou des consultations.

En dépit de cet obstacle, les six groupes de spécialité ont établi des points de repère sur les temps d'attente ou sont en train de le faire. Aucun groupe n'a déclaré que le défi est impossible à relever ou n'a refusé de le faire. Le principal message en l'occurrence, c'est que les milieux médicaux peuvent établir des points de repère acceptables – ce n'est pas un obstacle au processus. Les membres de l'alliance appuient en outre la collecte et la divulgation de renseignements sur les temps d'attente.

Les rapports ont un autre trait commun, soit qu'aucun des organismes n'a établi de temps d'attente acceptables de plus de six mois. Il faut donc se demander s'il devrait y avoir un temps d'attente maximal au-delà duquel un patient qui a besoin de n'importe quel type de soins médicaux (lorsque la pertinence de l'intervention est clairement établie) ne devrait pas avoir à attendre. Plusieurs pays industrialisés, et principalement le Royaume-Uni, ont adopté cette approche.

Même si les groupes n'ont pas établi de définition commune globale de la priorité dans les cinq domaines prioritaires (ce qui peut être impossible à faire), la plupart ont établi deux à trois niveaux de priorité, ainsi que des points de repère pertinents.

Comme on l'a signalé précédemment, l'imagerie diagnostique représente un cas spécial sur le plan des points de repère relatifs aux temps d'attente médicalement acceptables, étant donné qu'elle a des répercussions sur les temps d'attente dans beaucoup d'autres spécialités (voir l'encadré ci-dessous).

#### **L'effet des temps d'attente pour des examens diagnostiques sur d'autres spécialités<sup>7</sup>**

On peut utiliser l'imagerie par perfusion myocardique (IPM) pour déterminer quels patients qui ont des syndromes coronariens instables devraient avancer de toute urgence sur la liste d'attente pour un cathétérisme cardiaque. S'il faut procéder à un cathétérisme d'urgence dans les huit jours, les temps d'attente pour les IPM urgentes doivent donc être de moins de huit jours si l'on veut que l'examen soit utilisé de la bonne façon. Par ailleurs, lorsqu'on utilise l'IPM pour déterminer le risque avant une intervention chirurgicale non cardiaque importante et si les temps d'attente dépassent trois mois dans le cas de l'intervention en question, un temps d'attente de routine de deux mois dans le cas de l'IPM serait alors acceptable.

Comme on l'indique dans le rapport de la spécialité médecine nucléaire, les points de repère appropriés en ce qui a trait aux temps d'attente pour subir des examens diagnostiques reposent sur les principes suivants :

- la rapidité avec laquelle l'information fournie est nécessaire pour planifier ou exécuter un traitement et c'est pourquoi l'information doit être reliée au signe clinique en cause;
- l'accessibilité limitée aux interventions diagnostiques ne doit pas empêcher de mettre en œuvre un plan de traitement dans les délais convenus<sup>7</sup>.

Les membres de l'alliance souhaitent tous que l'attention accordée aux cinq spécialités et à une série précise d'interventions ne le soit pas au détriment des temps d'attente pour d'autres interventions, ni de la coordination des soins dispensés par d'autres professionnels de la médecine. L'affectation de ressources supplémentaires à la chirurgie de la cataracte peut, par exemple, limiter l'accès pour d'autres problèmes importants comme le traitement du glaucome.

Il est évident que la détermination de temps d'attente médicalement appropriés constitue un processus fluide et continu. Les progrès de la technologie médicale et l'adoption de nouvelles stratégies fondées sur les résultats de recherche modifient continuellement le paysage du diagnostic et du traitement. Voilà pourquoi la détermination du processus d'élaboration et d'amélioration des points de repère peut être plus important à long terme que le niveau d'un point de repère en particulier l'est à un moment donné.

Enfin, tous les organismes ont défini plusieurs problèmes non médicaux qui ont une incidence sur les temps d'attente et varient des problèmes de ressources aux préférences des patients. Il en est question dans la section suivante.

## **5. Facteurs habilitants**

Dans cette section, nous résumons de nombreux facteurs qui peuvent avoir une incidence sur l'établissement et l'observation de points de repère relatifs aux temps d'attente médicalement acceptables.

### **Ressources humaines de la santé**

Les ressources humaines de la santé constituent peut-être le facteur le plus évident qui peut jouer sur les temps d'attente. Le problème est omniprésent à tous les niveaux. Dans son rapport, la Société canadienne d'ophtalmologie a signalé que l'on s'attend à ce que la pénurie actuelle d'ophtalmologistes s'aggrave parce que le nombre annuel de diplômés diminue depuis 20 ans en dépit de l'augmentation de la demande de services attribuable à l'évolution de la démographie et aux progrès de la technologie. Il y a en outre, dans beaucoup de spécialités, une pénurie de programmes de résidence capables d'accueillir de nouveaux diplômés.

Le manque de techniciens est un autre problème qui peut avoir de profondes répercussions sur les temps d'attente. L'ajout de l'équivalent temps plein (ETP) d'un technologue en médecine nucléaire à l'Île-du-Prince-Édouard entraînera, par exemple, une augmentation de 40 % de la disponibilité des examens d'ostéodensitométrie et devrait ramener les temps d'attente de 14 à 1 mois au cours de la prochaine année.

### **Matériel**

Certaines spécialités indiquent dans leur rapport que la disponibilité de matériel est une cause de temps d'attente excessifs. Le Canada a beaucoup de retard sur d'autres pays de l'OCDE en ce qui concerne l'utilisation de la TEP-FDG, comme dans le cas de l'IRM. L'incapacité d'utiliser le matériel à de forts pourcentages de capacité à cause du manque de fonds de fonctionnement peut contribuer aussi aux temps d'attente.

Une pénurie des intrants nécessaires au matériel ou à l'intervention peut aussi réduire la disponibilité. Par exemple, l'obtention du produit radiopharmaceutique utilisé le plus souvent en imagerie du cancer pose un problème<sup>7</sup>. Le nombre de transplantations de cornée varie d'un bout à l'autre du Canada parce qu'il y a moins de tissus disponibles dans certaines régions. Les efforts visant à promouvoir les dons de tissu et à optimiser les services de notification afin de permettre de prélever rapidement les tissus peuvent améliorer la situation.

### **Coordination du système**

Dans leur rapport, certaines spécialités signalent qu'une meilleure coordination du système de référence de la spécialité pourrait faire une différence. Les chirurgiens orthopédistes, par exemple, accueillent souvent des patients qui ne sont pas prêts à subir une intervention chirurgicale pour toutes sortes de raisons. Il est possible d'accroître les efficacités en améliorant le filtrage des patients et leur présélection pour consulter un chirurgien.

## **Pertinence**

Dans leur rapport, des spécialités soulèvent la question de la pertinence dans le contexte du besoin d'assurer que les ressources médicales limitées sont utilisées de façon aussi efficiente que possible. Cette pertinence joue dans les deux sens : il faut assurer que les ressources ne sont pas utilisées de façon indue et que l'accès est disponible afin que les médecins n'effectuent pas de sous-référence à l'égard d'un service ou n'utilisent pas un service moins efficient ou efficace comme solution de rechange. Selon l'Association canadienne des radiologistes : «On peut établir des listes d'attente notamment lorsque des médecins réfèrent indûment des patients parce qu'ils ne sont pas sûrs du meilleur examen ou que la longueur des listes d'attente pour l'examen qui convient le plus rend plus intéressant un examen moins approprié.» C'est pourquoi la CAR recommande d'utiliser les points de repère de concert avec des lignes directrices sur la pertinence (qu'elle a établies) afin d'assurer que le matériel d'imagerie diagnostique sert de la façon la plus efficace et opportune possible.

## **Attentes**

Les attentes des patients, des fournisseurs et des bailleurs de fonds peuvent toutes avoir une incidence sur les temps d'attente. Des patients peuvent choisir d'être traités par un spécialiste qu'ils préfèrent, ce qui a des répercussions sur les temps d'attente pour les services de l'intéressé. Les payeurs doivent par contre tenir compte de priorités divergentes qui peuvent finalement avoir une incidence sur les temps d'attente.

## **Collecte de données**

La plupart des spécialités indiquent dans leur rapport qu'il faut plus de ressources pour recueillir et suivre régulièrement les données relatives aux temps d'attente et les diffuser à la fois au public et aux chercheurs, surtout à l'échelon national. Il faudrait à cet égard prévoir du financement pour des recherches longitudinales visant à mesurer l'effet du ciblage de procédures en particulier où l'on veut réduire les temps d'attente, ainsi que les répercussions de ces efforts sur d'autres domaines cliniques. Des systèmes de technologie de l'information sont nécessaires pour appuyer ces activités.

## 6. Conclusion et étapes suivantes

*Un Plan décennal pour consolider les soins de santé*<sup>3</sup> a établi un cadre pour commencer à réduire, de façon mesurée et sensible, les temps d'attente pour des services de santé d'un bout à l'autre du Canada. Le présent rapport constitue un point de départ utile qui permettra de mieux comprendre le problème des temps d'attente et de dégager un consensus sur des temps d'attente médicalement acceptables. Les points de repère proposés tiennent compte de la contribution de cliniciens experts d'un bout à l'autre du Canada et font partie d'un processus continu qui vise à mobiliser les milieux médicaux. Les points de repère proposés dans le présent rapport sont toujours à l'étude par des membres de la profession médicale. L'alliance reconnaît en outre que l'on a encore besoin, au sujet des temps d'attente acceptables, des commentaires d'autres prestataires de soins de santé, de patients et du public et elle a hâte de collaborer avec d'autres intervenants dans cet exercice.

Dans la prochaine étape de son travail, l'Alliance sur les temps d'attente étudiera les questions liées à la mise en oeuvre, et notamment les répercussions sur les ressources, la normalisation des systèmes de mesure et de suivi, et l'établissement de cibles de réduction des temps d'attente. L'Alliance souhaite en outre examiner les interrelations des points de repère entre les cinq domaines prioritaires, à la fois du point de vue de l'établissement des priorités et de celui de l'affectation des ressources.

Entre-temps, l'alliance propose les prochaines étapes suivantes aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils les étudient et y donnent suite :

1. *Création d'un comité directeur de la stratégie sur les temps d'attente* – Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux devraient créer sans tarder un comité directeur de la stratégie sur les temps d'attente en s'inspirant du travail de l'Alliance comme l'un des intrants clés. Une telle démarche ressemblerait à celle du Comité directeur sur la sécurité des patients, qui s'est révélée très fructueuse. Le comité directeur rendrait compte à la Conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et regrouperait des membres de groupes d'intervenants clés, ainsi que des représentants régionaux des gouvernements. On établirait cinq tables d'experts distinctes coiffées par le comité directeur. Ces tables seraient chargées d'établir des points de repère sur les temps d'attente qui refléteraient les cinq domaines prioritaires du plan décennal des premiers ministres. Ce travail se déroulerait au cours des prochains mois et viserait à respecter l'engagement pris dans l'accord au sujet du délai de décembre 2005.
2. *Élaboration d'une approche pancanadienne pour la collecte des données sur les temps d'attente* – En ce qui concerne l'élaboration d'indicateurs comparables sur l'accès et les temps d'attente, l'Institut canadien d'information sur la santé devrait travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à mettre au point une démarche pancanadienne pour recueillir des données sur les temps d'attente afin d'assurer qu'on fait un effort uniforme de mesure et de surveillance des temps d'attente d'un bout à l'autre du pays. Il s'impose aussi de faire appel à la contribution immédiate et continue d'organisations de prestataires de soins de santé (contrairement à ce qui s'est fait dans le processus d'établissement des indicateurs suivi pour les accords de 2000 et de 2003 sur la santé).

3. *Établissement de cibles réalistes pour atteindre les points de repère* – À la suite de l'établissement de temps d'attente médicalement acceptables et reposant sur les contributions de tous les interlocuteurs clés, il faudrait fixer dès que possible des cibles éloignées réalistes d'atteinte des points de repère pour les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires. Les gouvernements devraient ensuite affecter des ressources supplémentaires provenant du Fonds de réduction des temps d'attente afin de commencer à réduire les temps d'attente à un rythme mesuré et de façon équilibrée pour tous les degrés d'urgence.
4. *Suivi des progrès de la réduction des temps d'attente* – Afin d'assurer que les efforts visant à réduire les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires ne jouent pas au détriment de l'accès à d'autres services médicaux, le Conseil de la santé du Canada, avec l'appui des gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait suivre les progrès de la réduction des temps d'attente d'un bout à l'autre du pays. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient aussi élaborer des points de repère pour d'autres services médicaux afin d'assurer aux Canadiens l'accès à tous les soins médicalement nécessaires.
5. *Création d'un programme ciblé de recherche sur les services de santé* – Afin de créer de la capacité et d'appuyer l'élaboration continue des politiques dans ce domaine, le gouvernement fédéral devrait affecter d'importantes nouvelles ressources à un programme complet de recherche appliquée sur les questions d'accès et les temps d'attente, sous l'auspice des Instituts de recherche en santé du Canada. Il faudrait aussi que du financement soit disponible pour assurer que les initiatives interprovinciales telles que le Projet sur les listes d'attente dans l'Ouest du Canada puissent se poursuivre et continuent à offrir leadership et orientation dans la mesure, le suivi et la gestion des temps d'attente.

***Le rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente devrait paraître en fin d'été 2005.***

## **Annexe A : Glossaire**

Pour que le travail de l'alliance soit clair et uniforme, il importe de s'entendre sur une série de termes communs que l'on peut utiliser le plus possible dans les cinq domaines prioritaires. Nous proposons les définitions suivantes.

### **Cas de routine**

Situation qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minime (aussi appelée intervention «prévue» ou «élective»).

### **Cas semi-urgent**

Situation qui cause de la douleur, une dysfonction et une incapacité, mais qui est stable et risque peu de se détériorer rapidement au point de devenir une urgence.

### **Cas urgent**

Situation instable qui peut se détériorer rapidement et entraîner une admission d'urgence.

### **Cible relative aux temps d'attente**

Temps d'attente cible pour un service de santé donné qui peut être égal au point de repère sur les temps d'attente médicalement acceptables pour un pourcentage donné de patients, ou le dépasser. Un temps d'attente cible est en vigueur pendant une période donnée et représente une étape du continuum qui vise à établir le temps d'attente médicalement acceptable pour tous les patients. Dans l'administration X, par exemple, on voudra que 70 % des patients qui ont besoin d'une arthroplastie de la hanche subissent l'intervention en-deçà du temps d'attente repère d'ici à 2007 et porter ce pourcentage à 90 % d'ici à 2009.

### **Indicateur des temps d'attente**

Mesure normalisée des temps d'attente pour un service de santé donné qui est comparable entre administrations et présente un tableau fidèle des temps d'attente dans le cas d'une cohorte de patients. Par exemple, le pourcentage des patients qui avaient besoin d'une arthroplastie primaire de la hanche et qui ont attendu plus d'un an pour subir l'intervention chirurgicale.

### **Point de repère sur les temps d'attente médicalement acceptables**

Temps d'attente seuil dans le cas d'un service de santé donné et niveau de gravité au-delà duquel les meilleures données probantes disponibles et le consensus clinique indiquent que la santé du patient risque de subir des effets indésirables. Par exemple, les patients dont le cas est le plus prioritaire qui attendent de subir une arthroplastie de la hanche ne doivent pas attendre plus de quatre semaines pour subir l'intervention chirurgicale.

### **Temps d'attente**

- Dans le cas des consultations, temps écoulé entre la référence effectuée par le médecin de famille et la première consultation du spécialiste.
- Dans le cas des spécialités et des examens de diagnostic, temps écoulé entre la décision et la prestation du service.
- Dans le cas des interventions thérapeutiques (y compris les interventions chirurgicales), temps écoulé entre la décision de traiter et l'intervention.



**Urgence immédiate**

Danger immédiat pour la vie ou la personne.

**Urgence prioritaire**

Mesure dans laquelle une intervention clinique immédiate s'impose à cause de la gravité de l'état du patient et de facteurs reliés aux résultats escomptés.

## **Annexe B : Rapports des spécialités**

### **Association canadienne des radiologistes**

#### **Introduction**

Dans l'Accord sur la santé de 2004, les premiers ministres se sont engagés à réduire considérablement les temps d'attente dans cinq domaines clés : traitement du cancer, chirurgie cardiaque, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vision.

L'imagerie diagnostique joue un rôle clé dans quatre de ces cinq domaines prioritaires, puisqu'il faut des examens d'imagerie avant et après le traitement dans le cas de la chirurgie cardiaque, de l'arthroplastie de la hanche et du genou, ainsi que du cancer. La capacité de traiter les listes d'attente dans ces disciplines dépend de celle de la radiologie diagnostique de leur fournir des services. Les patients ne sont en outre pas prêts à attendre longtemps pour avoir accès aux examens d'imagerie diagnostique dont leur médecin a besoin pour poser un diagnostic et arrêter un protocole de traitement.

L'imagerie diagnostique fait partie de l'information nécessaire pour redonner la santé à un patient. C'est le guichet d'entrée que ces patients doivent franchir pour avoir accès au reste du système de santé.

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) a participé à de nombreuses études sur les temps d'attente pour des interventions d'imagerie diagnostique au Canada et en a lancé un grand nombre. Toutes les études ont déterminé qu'il y avait des problèmes majeurs d'accès aux examens d'imagerie, et plus précisément aux services de tomodensitométrie, d'imagerie par résonance magnétique, de teneur minérale de l'os et d'échographie.

Contrairement à d'autres examens d'imagerie diagnostique, la tomodensitométrie peut produire une image combinée de tissus mous, d'os et de vaisseaux. La tomodensitométrie est particulièrement utile pour chercher des lésions, des tumeurs et des métastases et révèle non seulement le site d'une tumeur, mais aussi sa grosseur, l'endroit où elle se trouve et son étendue. La TMD est devenue le premier moyen d'évaluer ou de détecter de nombreux cancers ou cardiopathies. C'est pourquoi elle constitue vraiment une priorité dans le contexte du plan 5 en 5 du gouvernement.

L'utilisation de l'IRM pour l'investigation d'accidents vasculaires cérébraux et de l'angiographie par résonance magnétique (ARM) pour évaluer des anévrismes intracrâniens et des occlusions vasculaires pathologiques font de cette technique un outil de choix dans la prise en charge de tels cas. Les appareils d'IRM servent aussi à analyser des endroits comme les articulations et le cerveau pour définir un vaste éventail de problèmes. C'est très important dans le domaine de la chirurgie orthopédique, et en particulier de l'arthroplastie de la hanche et du genou. C'est pourquoi cette méthode d'examen constitue une priorité sur le plan de l'accès.

Comme l'Accord sur la santé vise spécifiquement les listes d'attente ou les services de TDM et d'IRM comme premières priorités, le groupe d'experts a décidé de limiter ses commentaires à ces deux techniques de recherche.

L'échographie est bien établie et utilisée dans de nombreux domaines de la médecine. Parmi ses applications courantes, mentionnons le diagnostic de calculs biliaires, de tumeurs du foie ou du rein, ainsi que la détermination du sexe, de la position et de la grosseur des bébés dans l'utérus. L'avènement de l'imagerie en 4D aux États-Unis permet maintenant aux cliniques de voir les mouvements, le comportement et l'anatomie de surface du fœtus, ce qui fera de l'échographie un outil de diagnostic clé. Si l'on ne réduit pas les problèmes actuels d'accès, une autre crise pourrait être imminente.

La même affirmation vaut pour la TMO. Les fractures constituent un problème de santé répandu chez les femmes âgées et une cause importante de morbidité, d'incapacité et de diminution de la qualité de vie.

L'ostéoporose prédispose les femmes aux fractures et la fracture de la hanche préoccupe particulièrement. Un examen de TMO aide à prévenir les fractures et les complications qui en découlent et évite ainsi des coûts importants pour le système de santé. Le problème des listes d'attente est donc très important et il faudrait s'y attaquer le plus tôt possible.

## **Méthodologie**

Dans le cas de chaque technique, nous avons extrait des publications au moyen d'une stratégie de recherche précise. Sur le système Dialog, et dans les bases de données Medline, Embase, Inspec, Biosis Previews et Pascal, on a effectué une recherche croisée en utilisant la fonction extraction en double. La stratégie de recherche incluait des descripteurs et des mots clés pour la TDM et l'IRM dans les domaines cardiovasculaire, thoracique et neurologique.

Le comité a utilisé des lignes directrices sur l'imagerie produites récemment par la CAR et l'on a cherché des guides d'utilisation appropriés dans les documents suivants :

1. Guides de pratique clinique de l'Infobanque AMC
2. Critères de pertinence de l'American College of Radiology (ACR)
3. Lignes directrices du Royal College of Radiologists

Le comité s'est aussi servi des travaux récents de comités provinciaux et de rapports sur le même sujet :

1. Rapport du Comité consultatif sur l'imagerie diagnostique de l'Alberta
2. Rapport du Comité sur les temps d'attente en imagerie diagnostique de la Nouvelle-Écosse
3. Rapport du Comité d'experts sur les listes d'attente en TDM/IRM de l'Ontario

On a adopté les principes suivants au sujet des temps d'attente, paramètres de comparaison des examens diagnostiques :

- Ils reposent sur la vitesse avec laquelle on tient compte de l'information pour planifier ou exécuter le traitement et il faut donc les relier à l'indication clinique précise.
- Il ne faut pas considérer l'accessibilité limitée à la technologie d'imagerie diagnostique comme un obstacle qui empêche de mettre en œuvre un plan de traitement convenu.

Une recherche supplémentaire d'information relative aux objectifs reliés aux temps d'attente effectuée sur le web a produit de nombreuses sources affichant les périodes pendant lesquelles il faut attendre actuellement pour avoir accès à des services de radiothérapie, de chirurgie orthopédique, de cathétérisme cardiaque, de pontage aortocoronarien, d'angioplastie cardiaque, de chirurgie vasculaire et de chirurgie orthopédique. On a utilisé ces données pour calculer des temps d'attente appropriés en fonction des principes ci-dessus.

Il faut des repères pour assurer que les patients ont accès en temps opportun aux examens d'imagerie diagnostique essentiels pour qu'ils reçoivent rapidement des traitements appropriés. L'utilisation de lignes directrices sur la pertinence joue toutefois un rôle clé en assurant que les patients sont référés comme il se doit. Comme on effectue 35 millions d'examens d'imagerie diagnostique par année et comme leur nombre augmente de 3 % par année, il est essentiel d'éviter les références inutiles et les coûts connexes qui en découlent pour le système de santé. On peut établir des listes d'attente notamment lorsque des médecins réfèrent indûment des patients parce qu'ils ne sont pas sûrs du meilleur examen ou que la longueur des listes d'attente pour l'examen qui convient le plus rend plus intéressant un examen moins approprié.

Un comité de la CAR a établi des lignes directrices sur la pertinence pour le recours aux services d'imagerie diagnostique. Les lignes directrices proposent un système d'évaluation à trois niveaux. Les données scientifiques indiquent que l'examen d'imagerie diagnostique coté «A» est le plus efficace pour évaluer un symptôme clinique donné, tandis qu'une cote «C4» indique qu'il y a le moins de preuves scientifiques à l'appui d'une référence.

## Repères

Il n'y a pas de points de repère publiés dans le cas des temps d'attente pour des examens d'imagerie diagnostique. Nous avons toutefois établi ces repères en fonction de données probantes solides sur utilisation appropriée de ces méthodes. Les cliniciens les jugent de plus acceptables.

Nous avons adopté les définitions suivantes :

Urgence :	Situation où, si l'on retarde davantage l'examen, il en découle un risque de mortalité ou de morbidité permanente. Accès repère : dans les 24 heures.
Cas urgent :	Situation instable qui pourrait se dégrader, et où l'on préfère attendre l'examen d'imagerie diagnostique pour commencer le traitement. Accès repère : dans les sept jours.
Cas semi urgent :	Situation qui cause de la douleur, un dysfonctionnement et une incapacité stable et non susceptible d'être traitée rapidement. Accès repère : dans les 30 jours.
Cas de routine :	Situation où l'on demande un examen d'imagerie de suivi dans un délai relatif (prévu). Accès repère : dans les sept jours du délai précis suggéré par le médecin traitant.

## Critères relatifs à la priorité

On entend par outils d'établissement des priorités une façon uniforme d'attribuer une priorité à un cas. Même s'ils peuvent être utiles pour déterminer les cas les plus urgents inscrits sur une courte liste de patients qui attendent d'avoir accès à des services de TDM ou d'IRM, les outils de détermination des priorités sont très difficiles à utiliser efficacement pour attribuer une priorité aux patients inscrits sur une longue liste d'attente. Il faudrait appliquer ces outils à la situation globale d'un patient – non seulement à certains aspects en particulier, puisqu'un patient qui a des symptômes limités pourrait être dans une situation critique.

Il y a un autre défi à relever : si un médecin peut déterminer l'évolution de l'état de santé d'un patient, cela indique qu'il peut avoir déjà posé un diagnostic et soulève des questions sur le besoin d'un examen d'imagerie diagnostique. Les efforts déployés pour créer des outils efficaces de détermination des priorités afin de gérer les listes d'attente indiquent qu'ils ont une valeur limitée. L'Initiative sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada, par exemple, a été incapable d'établir des critères de détermination des priorités pour une IRM du cerveau qui ont débouché sur des critères d'établissement des priorités utiles sur le plan clinique.

## Conclusion

Au cours de leur réunion sur l'avenir des soins de santé en septembre, les premiers ministres ont déterminé que l'imagerie diagnostique était un des cinq domaines clés où il fallait raccourcir les listes d'attente. La radiologie joue un rôle crucial dans le système de santé, comme précurseur des traitements pour les patients. Sans diagnostic, on ne peut traiter les patients et leur redonner la santé. Étant donné l'évolution rapide de la technologie et son incidence sur l'imagerie diagnostique, il est difficile de proposer des repères factuels. Trois groupes d'experts qui ont analysé indépendamment des données disponibles provenant du monde entier sont toutefois parvenus aux mêmes conclusions et ont formulé des recommandations semblables au sujet des repères. Ce sont les repères que l'Association canadienne des radiologistes propose d'utiliser comme repères nationaux pour les listes d'attente. Il est essentiel que l'on utilise des repères conjugués à des lignes directrices appropriées afin d'assurer que les appareils d'imagerie diagnostique sont utilisés de la façon la plus efficace et opportune possible.

## Association canadienne de la médecine nucléaire

### Introduction

Dans l'Accord de 2004 sur la santé, les premiers ministres se sont engagés à réduire considérablement significative les temps d'attente dans cinq domaines clés : traitement du cancer, chirurgie cardiaque, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vision. La médecine nucléaire est une spécialité qui utilise des radionucléides pour diagnostiquer et traiter la maladie. La majorité des interventions en médecine nucléaire mettent à contribution l'imagerie médicale. La médecine nucléaire joue un rôle dans quatre des cinq domaines clés définis par les ministres.

L'Association canadienne de la médecine nucléaire (ACMN) a lancé une étude sur les temps d'attente pour un certain nombre d'interventions en médecine nucléaire dans les provinces du Canada (les territoires n'offrent pas de services de médecine nucléaire). Jusqu'à maintenant, nous avons déterminé que les temps d'attente pour ces services varient considérablement, et qu'il y a des problèmes d'accès à des interventions générales de médecine nucléaire comme la scintigraphie osseuse, les interventions de médecine nucléaire en cardiologie et la teneur minérale de l'os. L'ACMN a choisi d'établir des repères pour les temps d'attente à l'égard de trois interventions en particulier.

La première est l'imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophotonique (TEM) ou tomographie par émission de positrons (TEP) utilisée pour diagnostiquer la coronaropathie et évaluer les patients chez lesquels on en a diagnostiqué une. L'examen est bien validé et son utilisation appropriée est décrite dans de nombreux guides de pratique consensuels (1-3).

À quelques limitations près (myélomes multiples et histiocytose X), la scintigraphie osseuse par radionucléides constitue la principale technique d'examen par imagerie utilisée pour détecter la présence de métastases osseuses. La technique est plus sensible que la radiographie simple et offre l'avantage de permettre d'analyser le squelette au complet. La scintigraphie osseuse peut aussi servir à évaluer l'efficacité du traitement et aide à déterminer quand une thérapie palliative aux radionucléides peut être indiquée(4;5).

Enfin, la tomographie par émission de positrons au <sup>18</sup>F-fluorodésoxyglucose (TEP-FDG) sert à produire des images du cancer. Cette technique utilise le fait que beaucoup de tumeurs hypermétabolisent le glucose. La TEP-FDG est une nouvelle technologie qui a fait son apparition il y a une dizaine d'années et est maintenant acceptée et financée sur le plan clinique dans la plupart des pays de l'OCDE pour l'évaluation de nombreuses tumeurs (tableau 1) (5-14). On a combiné récemment cette technique d'imagerie à la tomodensitométrie pour produire des images anatomiques (TDM) et fonctionnelles (métabolisme du glucose) fusionnées. Comme dans le cas de l'implantation de l'imagerie par résonance magnétique, le Canada a beaucoup de retard sur d'autres administrations pour ce qui est de l'implantation de cette technologie que l'on commence à peine à utiliser dans la pratique au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique.

### Méthodologie

#### *Établissement de points de repère*

Pour chacune des trois interventions en cause, on a cherché des guides d'utilisation appropriés dans les banques suivantes :

- Guides de pratique de l'Infobanque AMC (<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>)
- American College of Radiology (<http://www.acr.org>)
- The Royal College of Radiologists (<http://www.rcr.ac.uk/>)
- The American College of Cardiology (<http://www.acc.org/>)
- Société canadienne de cardiologie (<http://www.ccs.ca/>)
- Action Cancer Ontario (<http://www.cancercare.on.ca/>)

On a adopté les principes suivants au sujet de points de repère appropriés en ce qui a trait aux temps d'attente pour subir des examens diagnostiques :

- ils reposent sur la rapidité à laquelle l'information fournie est nécessaire pour planifier ou exécuter un traitement et c'est pourquoi l'information doit être reliée au signe clinique précis;
- l'accessibilité limitée aux interventions diagnostiques ne doit pas empêcher de mettre en œuvre un plan de traitement dans des délais convenus.

Une recherche d'information sur les objectifs relatifs aux temps effectuée sur Internet a produit de nombreuses sources indiquant pendant combien de temps il faut attendre actuellement pour avoir accès à des services de radiothérapie, de chirurgie orthopédique, de cathétérisme cardiaque, de pontage aortocoronarien, d'angioplastie cardiaque et de chirurgie vasculaire (15-21). Ces données ont servi à estimer les temps d'attente appropriés pour des interventions de médecine nucléaire connexes en fonction des principes ci-dessus.

### ***Intrant clinique***

Les points de repère proposés pour les temps d'attente relatifs aux services d'imagerie par perfusion myocardique ont été revus par des cliniciens par l'entremise de la Société canadienne de cardiologie et de la Société canadienne de cardiologie nucléaire. On a établi un lien entre les points de repère relatifs aux services TEP-FDG et ceux qu'on avait dérivés auparavant à la suite d'un mécanisme de révision des groupes de sites de maladies au Centre Juravinski de cancérologie à Hamilton (Ontario).

### ***Contribution des patients***

Jusqu'à maintenant, on n'a pas consulté officiellement de groupes de patients pour établir ces points de repère.

### ***Répercussions sur les ressources***

Le sondage réalisé auprès des établissements indique que dans les administrations où les temps d'attente pour avoir accès à des services d'imagerie par perfusion myocardique sont excessifs, il n'y a pas suffisamment d'appareils disponibles. Il faut aussi investir dans des instruments d'imagerie à TEP et des installations de radiochimie et des cyclotrons.

Un grand facteur qui limite la mise en œuvre de services d'imagerie TEP-FDG persiste en outre, car le FDG, agent radiopharmaceutique utilisé le plus souvent en imagerie du cancer, n'est pas approuvé au Canada. À cause de la brièveté de la période du produit (109 minutes), il faut le fabriquer dans des installations situées à proximité du centre d'imagerie. Au Canada, les sites de production actuels se trouvent tous dans des centres universitaires qui ont fait face à un fardeau réglementaire qui les menotte, leur impose des contraintes financières et limite la production universitaire. La DPBG accepte deux présentations de médicaments nouveaux pour étude accélérée, mais le ministère a du retard et l'on craint qu'il faille attendre jusqu'à trois ans pour que ces demandes soient étudiées.

### ***Points de repère***

Il n'y a pas de point de repère publié au sujet des temps d'attente pour des interventions diagnostiques. Nous avons toutefois établi ces points de repère en fonction de données solides sur l'utilisation appropriée dans le cas de ces interventions diagnostiques. Les cliniciens les jugent en outre acceptables. Nous avons adopté les définitions suivantes :

- Cas d'urgence – si l'on retarde encore l'examen, cela risque d'entraîner une mortalité ou une morbidité permanente. Accès repère : dans les 24 heures.
- Cas urgent – L'état du patient peut changer et l'on ne peut entreprendre le traitement (ou il ne faudrait pas le faire idéalement) avant de procéder à des études d'imagerie diagnostique. Accès repère : dans les sept jours.
- Cas semi urgent – L'état du patient cause de la douleur, une dysfonction ou une incapacité, mais il est stable. Accès repère : dans les 30 jours.
- Routine – Il faut procéder à des études d'imagerie pour gérer dûment les soins du patient. Le temps défini a été établi de façon à ce que l'on puisse respecter les repères cliniques établis. Accès repère : dans les sept jours du rendez-vous demandé par le médecin traitant.

### **Facteurs dont il faut tenir compte**

#### ***Assurer l'utilisation appropriée***

Un accès adéquat aux technologies d'imagerie aiderait à assurer que l'on procède en premier au meilleur examen capable de répondre au problème clinique, ce qui réduirait l'utilisation indue de services diagnostiques et pourrait réduire l'utilisation globale. Dans un environnement où le volume d'information augmente rapidement, il est toutefois difficile pour chaque praticien de demeurer à jour au sujet de l'information sur la pertinence. L'intégration d'outils d'aide à la décision dans les systèmes d'information d'hôpitaux et d'établissements (modules d'entrée des ordonnances) pourrait aider les médecins et d'autres praticiens à prendre des décisions appropriées sur le recours aux examens diagnostiques.

#### ***Surveillance du système***

La majorité des services de médecine nucléaire utilisent le Système d'information radiologique (SIR) de leur établissement pour réserver des études et produire et distribuer des rapports. On suit des paramètres comme les temps d'attente pour des interventions urgentes et de routine, le temps écoulé entre la réservation et la fin de l'examen, le temps écoulé entre la fin de l'examen et la production du rapport, et celui qui s'écoule entre la production du rapport et la transcription. Il devrait être possible de recueillir de façon routinière les données portant sur certaines études en particulier afin de suivre à la fois les temps d'attente et leurs tendances. Malheureusement, les données contenues dans le SIR sont souvent recueillies en fonction des grilles d'honoraires particulières à la province et ne sont pas comparables directement entre administrations. La création d'une procédure pancanadienne indiquant lesquelles on pourrait relier à des grilles d'honoraires particulières à la province permettrait de recueillir ces données de façon routinière. Il importe de recueillir des données exactes à la fois des hôpitaux et des établissements de santé autonomes qui, dans certaines administrations, exécutent un pourcentage important des tests de diagnostic.

### ***Impact sur d'autres services***

L'imagerie par perfusion myocardique (IPM) pourrait assurer que les patients font l'objet d'un triage approprié pour avoir accès à des services de cathétérisme cardiaque. L'utilisation de l'IPM s'est révélée rentable et réduit le risque pour les patients. (22)

On a démontré aussi que l'imagerie TEP-FDG réduit les coûts et améliore les soins. On a démontré, par exemple, que pour déterminer le stade du cancer du poumon, elle réduit le nombre de thoracotomies inutiles chez les patients qui ont un cancer du poumon au stade primitif (23), ce qui permet de dispenser les soins appropriés aux patients et en améliore la rentabilité.

### ***Quels seraient les effets de l'inobservation de ces points de repère?***

Les cliniciens et leurs patients s'attendent à avoir accès à des données diagnostiques assez rapidement pour pouvoir créer et mettre en œuvre un plan de traitement dans un délai acceptable. Lorsque les temps d'attente dépassent ces points de repère, les cliniciens utiliseront d'autres méthodes de détermination du stade pour accélérer les soins. Les autres méthodes de diagnostic peuvent être moins exactes, plus effractives ou plus coûteuses. De plus, tout délai d'attente de plus de quatre à six semaines (20 à 30 jours ouvrables) rendra difficile le maintien de la continuité des soins et posera en particulier des problèmes de rendez-vous au bureau du médecin.



***Avez-vous des suggestions (non financières) sur la façon de respecter ces paramètres?***

L'implantation de la technologie TEP-FDG dans le système de santé du Canada oblige Santé Canada à mettre en œuvre un processus, semblable à celui de la FDA, pour évaluer rapidement la présentation de nouveaux médicaments comme le 18F-fluorodésoxyglucose provenant de chacun des établissements de production.

**Tableau 1. Indications relatives à l'utilisation clinique du <sup>18</sup>F-FDG**

<b>Indication</b>	<b>États-Unis</b>	<b>Union européenne</b>	<b>Australie</b>
Cerveau			E
Sein	S,R,M		
Colorectal	D,S,R	E,M	S,R
Crâne et cou	D,S,R,	A	
Poumon	C,D,S,R	D,A,E	E,S
Lymphome	D,S,R	A,D	
Mélanome	D,S,R	A	E
Thyroïde	R		
Col			S
Oesophage	D,S,R		S
Ovaire			E
Estomac			S
Myocarde			
Viabilité	D	D	D

A = analyse  
C = caractérisation  
D = diagnostic

E = évaluation  
M = surveillance  
S = détermination du stade

R = nouvelle détermination du stade

## Bibliographie

- (1) Klocke FJ, et al. ACC/AHA/ASNC Guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2003;1-69. Disponible à : <http://www.acc.org>
- (2) Tanser et al. CCS guidelines for evaluation and management of chronic ischemic coronary artery disease. Journal canadien de cardiologie 1998;14(Suppl C).
- (3) Mowatt G, Vale L, Brazzelli M, Hernandez R, Murray A, Scott N et al. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness, and economic evaluation, of myocardial perfusion scintigraphy for the diagnosis and management of angina and myocardial infarction. Health Technology Assessment 2004;8(30).
- (4) El-Khoury GY, Dalinka MK, Alazraki N, Berquist TH, Daffner RH, DeSmet AA et al. Metastatic Bone Disease. ACR Appropriateness Criteria; 1999. Disponible à : [http://www.acr.org/ac\\_pda](http://www.acr.org/ac_pda)
- (5) Making the best use of a department of radiology. 5 ed. Londres : Royal College of Radiologists; 2003.
- (6) Bradbury, I., Bonell, E., Boynton, J., Cummins, E., Facey, K., Iqbal, K., Laking, G., McDonald, C., Parpai, T., Sharp, P., Single, A. et Walker, A. Positron emission tomography (PET) imaging in cancer management. Glasgow: Health Technology Board for Scotland; 2002.
- (7) Adams E, Flynn K. Positron Emission Tomography: descriptive analysis of experience with PET in VA. U S Department of Veterans Affairs; décembre 1998. Disponible à : <http://www.va.gov/vatap/>
- (8) Dussault, F-P., Nguyen, V. H. et Rachet, F. La tomographie par émission de positrons au Québec. Montréal : Gouvernement du Québec; 2001. Rapport n° : AÉTMIS 01-3 RF.
- (9) Positron emission tomography (PET) for a number of services. Canberra Medical Services Advisory Committee; mars 2000.
- (10) Adams E, Asua J, Olasagasti JC, Erlichman M, Flynn K, Hurtado-Saracho I. Positron Emission Tomography: Experience with PET and Synthesis of the Evidence. International Network of Agencies for Technology Assessment; 4 janvier 1999. Disponible à : [http://www.inahta.org/inahta\\_web/index.asp](http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp)
- (11) Robert G, Milne R. Positron emission tomography: establishing priorities for health technology assessment. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment; juillet 1999. Disponible à : [http://www.nchta.org/projectdata/1\\_project\\_record\\_published.asp?PjtId=1026](http://www.nchta.org/projectdata/1_project_record_published.asp?PjtId=1026)

- (12) Laupacis A, Paszat L, Hodgson D, Benk V. Health technology assessment of PET (positron emission tomography): a systematic review. International Network of Agencies for Technology Assessment; 2005. Disponible à : [http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site\\_id=1&org\\_id=68&morg\\_id=0&gsec\\_id=0&item\\_id=1536&type=report](http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=68&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=1536&type=report)
- (13) Minnesota Health Technology Advisory Committee. Positron emission tomography (PET) for oncology applications. Minnesota Department of Health; 1999. Disponible à : [www.health.state.mn.us/htac/pet.htm](http://www.health.state.mn.us/htac/pet.htm)
- (14) McLoud TC, Westcott J, Davis S, Fleishon H, Geftter WB, Henschke CI et al. Staging of bronchogenic carcinoma, non-small cell lung carcinoma. ACR 1999. Disponible à : [http://www.acr.org/ac\\_pda](http://www.acr.org/ac_pda)
- (15) Wait Times. Action Cancer Ontario 2005. Disponible à : [http://www.cancercare.on.ca/access\\_waitTimes.htm](http://www.cancercare.on.ca/access_waitTimes.htm)
- (16) Services de santé. Information sur les délais d'attente. Santé Manitoba; 30 novembre 2004. Disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/indexfr.html>
- (17) Surgical Wait Times. Gouvernement de la Colombie-Britannique; 7 octobre 2004. Disponible à : <http://www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl/index.html>
- (18) Alberta Wait List Registry. Gouvernement de l'Alberta; 30 novembre 2005. Disponible à : <http://www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp>
- (19) Wait Time Information. Saskatchewan Surgical Care Network; 30 septembre 2004. Disponible à : <http://www.sasksurgery.ca/wait-list-info.html>
- (20) Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. Le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario; 2004. Disponible à : <http://www.ccn.on.ca/>
- (21) Patient Access to Care: Cardiac Catheterization. Réseau de soins cardiaques de l'Ontario; 25 septembre 2004. Disponible à : [www.ccn.on.ca/access/waittimec.html](http://www.ccn.on.ca/access/waittimec.html)
- (22) Underwood SR, Shaw LJ, Anagnostopoulos C, Cerqueira M, Ell PJ, Flint J et al. Myocardial perfusion scintigraphy and cost effectiveness of diagnosis and management of coronary heart disease. [Review] [19 refs]. Heart (British Cardiac Society) 90 Suppl 5:v34-6, août 2004.
- (23) van TH, Hoekstra OS, Smit EF, van den Bergh JH, Schreurs AJ, Stallaert RA et al. Effectiveness of positron emission tomography in the preoperative assessment of patients with suspected non-small-cell lung cancer: the PLUS multicentre randomised trial.[see comment]. Lancet 359(9315):1388-93, 20 avril 2002.

# **Le Comité sur les normes nationales Association canadienne d'orthopédie 2005**

Ted Rumble et Hans J. Kreder (coprésidents)

## **Définitions**

Différentes définitions utilisées pour mesurer les temps d'attente réels pour les patients comprennent les temps d'attente moyen, médian, modal, minimal et maximal. On pourrait en théorie établir un point de repère pour chacune de ces mesures. Les points de repère sur les temps d'attente moyens, médians et modaux ne tiendraient pas compte du fait que beaucoup de patients peuvent attendre beaucoup plus longtemps, tandis que le groupe global peut très bien respecter globalement le point de repère, tandis que la plupart des distributions des temps d'attente sont biaisées vers la droite. Il ne faut pas oublier en outre que les points de repère seront appliqués au niveau du patient en particulier (pendant combien de temps le patient en cause devrait-il attendre) même si la surveillance globale de l'observation du point de repère tiendra compte de groupes de patients plus importants.

Certains ont proposé le concept du «temps d'attente idéal» comme base de comparaison. La plupart des personnes qui attendent un service, quelle qu'en soit la nature, affirmeraient probablement que l'idéal serait d'obtenir le service sur-le-champ et c'est pourquoi il est difficile d'opérationnaliser une définition de ce qui constitue un temps d'attente idéal. Le concept du temps d'attente maximal acceptable est plus facile à définir, du moins en théorie. Il sous-entend que si l'on dépasse le temps d'attente acceptable, la personne en cause subira des effets nocifs importants (affectifs, financiers, liés à la qualité de vie, etc.) ou que le risque de voir de tels effets survenir augmente considérablement. Par exemple, même s'il est idéal de rétablir la circulation sanguine immédiatement chez une personne en état d'anoxie cérébrale, le temps maximal acceptable pour le faire est d'environ deux minutes avant que les cellules du cerveau commencent à mourir et qu'il en découle des dommages irréversibles. Après avoir tenu compte des enjeux et des définitions des points de repère utilisées dans la plupart des autres administrations du monde, le comité a décidé de recommander d'utiliser le temps d'attente maximal acceptable (TAMA) comme point de repère. Les points de repère relatifs au TAMA devraient reposer sur les meilleures données probantes disponibles et il faudrait les mettre à jour constamment à mesure que de nouveaux renseignements deviennent disponibles.

## **Démarche générale**

Le comité a étudié comment d'autres administrations ont traité la question des points de repère compte tenu du fait qu'il y a de nombreuses interventions différentes qu'il serait possible de paramétrer et que l'urgence du traitement peut varier de façon spectaculaire entre des patients en attente de traitement dans une catégorie donnée de problèmes. Des administrations ont établi des points de repère distincts pour des interventions diagnostiques ou chirurgicales en particulier (voir la Saskatchewan à l'Annexe I), tandis que d'autres ont envisagé des cotes de priorité qu'il est possible d'appliquer à n'importe quel patient sans égard au diagnostic ou à l'intervention. Après avoir étudié attentivement la question, le comité était d'avis que la première solution présente des lacunes en ce sens que l'urgence de l'intervention n'est pas la même chez tous les patients d'une catégorie de diagnostic (ou d'interventions). C'est pourquoi il faut quand même un outil d'établissement des priorités. Le comité a donc recommandé d'adopter un point de repère sur les temps d'attente qui repose sur des catégories de priorités. Il a étudié aussi la possibilité d'établir un autre classement des patients dans une catégorie de priorité.

## **Points de repère relatifs au temps d'attente maximal acceptable**

Le comité a concentré la discussion ainsi :

1. Il a tenu compte seulement des interventions prévues pour le moment. Il a reporté à une autre étude les problèmes urgents et émergents. Les patients dont l'intervention est prévue sont ceux qui ne sont généralement pas admis immédiatement après la consultation (c.-à-d. ceux qui sont renvoyés chez eux mais dont l'intervention chirurgicale peut être prévue à un calendrier). Même si des patients qui ont une fracture aiguë et des traumatismes des tissus mous (genou bloqué) sont

renvoyés chez eux et si l'on inscrit une intervention au calendrier de la salle d'opération, nous avons exclus toutes les fractures aiguës et tous les traumatismes des tissus mous comme interventions prévues pour le moment.

2. On a étudié le TAMA de la référence à la consultation (*attente pour une consultation*) séparément du temps d'attente entre la date de la décision d'opérer et celle de l'intervention (attente pour l'intervention chirurgicale).

### **Temps d'attente pour une consultation**

*Gains d'efficacité par un meilleur filtrage des patients*

Dans beaucoup de communautés, les chirurgiens orthopédistes reçoivent beaucoup de patients qui ne sont pas prêts à subir une intervention chirurgicale pour toutes sortes de raisons. Le comité a insisté sur les avantages que présente le filtrage des patients avant de les référer au bureau d'un chirurgien orthopédiste afin de maximiser l'efficacité. Le comité a discuté des efforts déployés en Alberta, où l'on évaluera tout un éventail de problèmes chez les patients à des centres régionaux afin d'optimiser les soins non chirurgicaux et de les référer ensuite à un chirurgien au besoin. Les solutions de rechange comprennent une meilleure formation des prestataires de soins primaires au sujet de la prise en charge de problèmes orthopédistes et le bon endroit où référer un patient pour une intervention chirurgicale. Même s'il est clair qu'il faut donner plus de formation en orthopédie pendant la formation en médecine, il faudra des années encore pour que des changements se fassent sentir et l'on a considéré le concept des centres régionaux comme une option à privilégier.

*Efficacité et satisfaction des patients grâce aux auxiliaires chirurgicaux*

Lorsqu'un patient présélectionné est référé pour une intervention chirurgicale, il y a beaucoup d'exams de routine qui pourraient être effectués par un adjoint au médecin (AM) ou un auxiliaire chirurgical (par exemple : revue des systèmes, allergies, médicaments et consignes préopératoires). Les données probantes aux États-Unis indiquent que les patients sont très satisfaits des AM et que leur présence en contexte clinique améliore la productivité des chirurgiens.

#### *TAMA pour une consultation*

Le comité recommande qu'aucun patient référé à un chirurgien orthopédiste n'ait à attendre plus de trois mois dans aucune circonstance. Cette recommandation repose sur les politiques d'autres administrations et le consensus dégagé au comité.

#### ***Attente pour une intervention chirurgicale (à la suite d'une décision prise mutuellement d'opérer après une consultation)***

*TAMA pour une intervention chirurgicale*

Le comité recommande qu'aucun patient n'ait à attendre plus de six mois après que le patient et le chirurgien ont décidé mutuellement d'opérer. Ce TAMA pour une intervention chirurgicale pour le patient est déterminé par la priorité qui lui est accordée (voir ci-dessous). Cette recommandation est fondée sur des politiques d'autres administrations et le consensus dégagé au comité.

Après avoir étudié les outils disponibles utilisés dans d'autres administrations, le comité a décidé de recommander d'adopter un régime d'établissement des priorités semblable à celui qu'on utilise en Australie. La priorité est attribuée au moment où l'on réserve de l'intervention chirurgicale et elle fait partie du dossier du patient.

**Priorité 1 :** *Dans une situation qui pourrait se détériorer rapidement et entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans un TAMA d'un mois.*

**Priorité 2 :** *Dans une situation qui cause de la douleur et de l'incapacité, mais qui risque peu de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans un TAMA de trois mois.*

**Priorité 3 :** *Dans une situation qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimale et qui risque peu de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans un TAMA de six mois.*

#### *TAMA déterminé par le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada*

En février 2005, le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC) a publié son rapport final, *Moving Forward*, où l'on décrit des points de repère TAMA pour l'arthroplastie de la hanche et du genou. Se fondant sur trois niveaux d'urgence pertinente sur le plan clinique, qui varient du moins urgent (Urgence 1) au plus urgent (Urgence 3), les auteurs du rapport proposent les temps d'attente maximaux acceptables suivants :

Urgence III (le plus urgent)	1 mois
Urgence II	3 mois
Urgence I (le moins urgent)	5 mois

Les niveaux d'urgence du PLAOC reposent sur les travaux effectués auparavant par le comité pour créer et valider un outil d'établissement des priorités. Ces travaux portent sur des populations de patients distinctes cliniquement et pertinentes (voir Annexe II).

Ces points de repère reposent principalement sur l'apport des cliniciens, des patients et du public. Des chirurgiens orthopédistes ont étudié des cas normalisés fondés sur les critères de priorité établis par le PLAOC et ont établi des temps d'attente maximaux acceptables. Des patients évalués en fonction des critères d'établissement des priorités ont aussi recommandé un temps d'attente maximal acceptable fondé sur des cas comme le leur. Les membres du public n'ont peut être pas l'expérience des cliniciens ou des patients nécessaire pour porter des jugements directs sur le TAMA. C'est pourquoi on a utilisé, dans le rapport du PLAOC, une méthodologie indirecte selon laquelle les membres du public choisiraient différents scénarios cliniques tirés des critères d'établissement des priorités. L'analyse de ces réponses a permis de déterminer les TAMA du public. Les réponses des patients et des chirurgiens concordaient, tandis que les TAMA du public étaient plus longs. Le tableau qui suit présente les commentaires des

cliniciens, des patients et du public au sujet des TAMA (tiré du rapport final 2005 du PLAOC, *Moving Forward*) :

	Clinicien	Patient	Public
Urgence III (le plus urgent)	1 mois	1 mois	7 mois
Urgence II	3,25 mois	2 mois	21,75 mois
Urgence I (le moins urgent)	6,5 mois	3 mois	36,75 mois

*Classement relatif des patients*

Dans chaque catégorie de priorité, les patients dont le cas est le plus urgent devraient idéalement subir une intervention chirurgicale avant ceux dont le cas est moins urgent, compte tenu de divers facteurs personnels, sociaux et morbides chez le patient.

Le comité a étudié de nombreux outils existants de classement des priorités et de la gravité de la maladie et a formulé les arguments suivants :

1. Il faut des outils d'établissement des priorités principalement lorsqu'il faut attribuer à des patients inscrits sur une longue liste d'attente une priorité en vue d'une intervention chirurgicale. Si tous les patients satisfont aux points de repère spécifiques à leur priorité, la nécessité de classer la gravité du problème et d'y attacher une priorité dans cette catégorie devient beaucoup moins importante.
2. On préfère les outils universels simples de classement des priorités. Il serait lourd d'utiliser un outil différent pour chaque problème.
3. Un outil idéal présenterait une plus grande uniformité chez les évaluateurs et entre eux et réduirait au minimum les «trucs».

Le comité a étudié les outils WOMAC et PLAOC notamment. On peut recueillir l'indice WOMAC pour tous les patients qui ont besoin d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou comme outil d'évaluation de la gravité préopératoire qui peut servir à surveiller l'efficacité du traitement après l'intervention chirurgicale.

Le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC) a mis au point un outil d'évaluation des priorités afin d'accorder une priorité aux patients qui attendent de subir une arthroplastie de la hanche et du genou (voir Annexe 2). Même si l'on est toujours en train de valider l'outil, les données existantes l'appuient comme mesure de l'urgence établie par le médecin. Dans son rapport de février 2005, le PLAOC a adapté davantage cet outil pour les soins de santé primaires afin d'accorder aux patients référés à un chirurgien orthopédiste une priorité fondée sur l'urgence de leur cas.

À plus long terme, le comité reconnaît qu'il faut élaborer et valider des outils de tri des priorités des interventions orthopédistes autres que l'arthroplastie totale. Les outils spécifiques à un problème imposeraient un effort considérable à un chirurgien dont les cas sont variés. Le classement relatif des priorités pourra devenir de moins important à mesure que les temps d'attente raccourciront.

## **Observation des points de repère**

Il n'est pas très utile d'établir des points de repère si l'on ne prévoit pas les politiques et les ressources nécessaires pour en assurer l'observation. Afin de surveiller l'efficacité d'une telle politique, il est impératif de mesurer périodiquement les temps d'attente réels. On prévoit que le nombre des personnes qui dépassent le TAMA finira éventuellement par tomber à zéro. Les politiques devraient prévoir des objectifs spécifiques à cet égard (c.-à-d. réduire de 50 % d'ici à l'an prochain le pourcentage des patients qui dépassent le TAMA).

### ***Collecte de données sur les temps d'attente***

Même s'il appuie la collecte et la divulgation publique de renseignements sur les temps d'attente, le comité réalise qu'un tel projet consomme énormément de ressources et l'Association canadienne d'orthopédie n'a pas les ressources nécessaires pour le faire elle-même.

Les registres des articulations appuyés en partie par l'ACO pourraient être des moyens de surveillance nationale des soins dispensés aux patients qui ont besoin d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou, mais beaucoup d'autres interventions ne seraient pas surveillées et les patients en cause risquent de souffrir au détriment de programmes conçus pour améliorer l'accès aux soins pour les patients qui ont besoin d'une arthroplastie de la hanche et du genou. La collaboration avec les ministères et organismes fédéraux et provinciaux pourrait être le meilleur moyen d'atteindre les objectifs reliés à la collecte de données.

Le comité encourage les autorités à prévoir les ressources nécessaires pour recueillir des données sur les temps d'attente. La date de référence du patient, la réservation de l'intervention chirurgicale (date de la décision) et l'attribution d'une priorité au moment de la réservation sont d'autres renseignements qu'il faudra recueillir comme éléments du dossier médical. Il pourra être difficile d'assurer l'observation de la collecte de ces données d'un bout à l'autre du Canada. Exiger ces données au moment où l'on réserve une intervention chirurgicale pourrait être un moyen d'assurer la collecte de données complètes.

### ***Divulgation des temps d'attente***

*Aperçu*

L'accès public à l'information sur les temps d'attente intéresse les patients, les fournisseurs et les responsables des politiques. L'information régionale sur les temps d'attente et l'observation des points de repère relatifs au TAMA donneraient au public une idée de l'importance du problème que pose l'accès aux soins orthopédiques en général et mettrait aussi en évidence des disparités régionales possibles. Cette information pourrait ensuite servir à exercer, sur les responsables des politiques, des pressions afin d'obtenir les ressources nécessaires pour s'attaquer au problème. La disponibilité de données particulières aux chirurgiens donnerait aux patients et aux médecins traitants l'information nécessaire pour faire un choix éclairé au sujet du chirurgien à qui demander à référer le patient.

Le comité appuie le concept de l'accès public à l'information relative aux temps d'attente pour une consultation et une intervention chirurgicale selon la région et le chirurgien en particulier. Les renseignements doivent être exacts et mis à jour en temps opportun. Les données particulières aux chirurgiens pourraient être publiées sous forme de temps d'attente moyens ou médians et du pourcentage des patients qui doivent attendre plus longtemps que le TAMA. La publication des temps d'attente moyens dans le cas des chirurgiens qui ont des listes d'attente excessivement longues ou courtes peut présenter quelques aspects délicats et la diffusion d'information sur le pourcentage des patients qui doivent attendre plus longtemps que le TAMA peut être plus acceptable pour les chirurgiens tout en fournissant quand même de l'information utile au public.



Le comité a tenu compte du fait que le patient peut décider d'attendre pour subir une intervention chirurgicale pratiquée par un chirurgien en particulier, même si celui-ci a beaucoup de patients qui doivent attendre plus longtemps que le TAMA. Si le patient a accès à d'autres prestataires dans la région et si les temps d'attente régionaux ne dépassent pas le point de repère, le patient pourrait se faire traiter en temps opportun mais garder la capacité de choisir le prestataire de son choix.

Idéalement, on affecterait des ressources aux régions où les points de repère ne sont pas respectés, ce qui pourrait être difficile à faire tout en maintenant l'équité et la justice. Comme on l'a signalé ci-dessus, le comité était convaincu qu'il fallait protéger la liberté de choix du patient. C'est pourquoi les patients peuvent décider de rester inscrits sur de longues listes d'attente à condition de savoir comment avoir accès à des soins plus rapidement. Il serait impossible de protéger l'équité si l'on mettait la majeure partie des ressources supplémentaires à la disposition spécifiquement des prestataires qui ont une longue liste d'attente au détriment des autres prestataires de la région. On pourra de plus tromper un tel système en inscrivant des patients sur la liste d'attente au début du processus morbide si cela signifie que l'on affecterait plus de ressources aux chirurgiens en cause. Même si le comité a discuté en détail de ces questions, il n'a arrêté aucun plan clair de mise en œuvre au sujet de l'affectation de ressources aux régions qui ne respectent pas le point de repère TAMA.

### ***Quels temps d'attente faudrait-il surveiller?***

L'attention et les ressources consacrées à un problème risquent énormément d'avoir des effets indésirables sur les temps d'attente dans le cas d'autres interventions. Même s'il serait idéal de surveiller les temps d'attente à l'égard de chaque problème particulier imaginable, il est peut-être plus utile de surveiller l'observation des points de repère dans le cas d'interventions courantes et efficaces de divers sous-spécialités plutôt que d'interventions en particulier, du moins au début de la surveillance. On pourrait alors parler d'interventions «sentinelles». Nous sommes d'avis que les interventions sentinelles devraient :

- a. s'appliquer à un problème important sur lequel un traitement orthopédiste (chirurgie) a un effet bénéfique;
- b. s'appliquer à un problème relativement courant qui représente un pourcentage important des services ou du coût de l'orthopédie dans l'ensemble ou de la sous-spécialité en cause;
- c. être quantifiables et recueillies de façon routinière pour que l'on puisse suivre au fil du temps le nombre de personnes traitées en-deçà et au-delà du point de repère que constitue le TAMA (c.-à-d. dans la base de données de l'ICIS ou d'autres bases de données administratives ou de facturation).

Le comité a produit une liste d'interventions sentinelles possibles à suivre en fonction des critères ci-dessus et a proposé de la distribuer aux membres pour qu'ils l'étudient et la modifient peut-être. En dressant la liste, nous avons tenu compte des 50 principales interventions de l'Ontario en fonction du coût et de la fréquence du service.

Liste des interventions :

1. Membres supérieurs : chirurgie contre l'instabilité
2. Membres inférieurs : arthroplastie de la hanche et du genou
3. Colonne : dissectomie lombaire
4. Pédiatrie : scoliose, pied bot, DDH
5. Médecine sportive : réparation de ligaments
6. Pied et cheville : reconstruction de l'avant-pied, y compris oignons
7. Traumatismes non aigus : non-fusions, calcs vicieux

## Questions légales

Si les payeurs, les administrateurs d'hôpital, les fournisseurs et les patients s'entendent sur un délai précis pour traiter un problème en particulier, il s'ensuit que l'on peut exercer des pressions sur les payeurs et les administrateurs pour qu'ils fournissent le temps en salle d'opération et les ressources nécessaires pour assurer qu'il est possible de respecter les délais. Si l'on a mis en place un système de surveillance des temps d'attente, on peut évaluer au fil du temps l'effet d'initiatives stratégiques visant à assurer que les ressources sont rendues disponibles d'une façon rentable.

On craint toujours que les lignes directrices servent à intenter des poursuites en justice ou punir ceux qui n'ont pas fourni le traitement dans le délai prévu. Que se passera-t-il si un chirurgien n'opère pas un patient dans le délai suggéré même si les ressources suffisantes sont disponibles? Est-il responsable de toute conséquence indésirable que le patient a pu subir? On n'a jamais réussi à se fonder sur des lignes directrices pour intenter une poursuite à des fournisseurs. Même si cette préoccupation est théorique, il est beaucoup plus probable que les points de repère aideront nos patients au lieu de nuire aux prestataires de soins. Nous devons aussi faire preuve de prudence et indiquer aux utilisateurs des guides qu'il faut personnaliser chaque circonstance jusqu'à un certain point et que le point de repère est tout simplement un guide.

Le comité a obtenu des avis juridiques qu'il a transmis à la direction de l'ACO pour étude.

## Étude documentaire

Outre les publications portant sur de nouveaux problèmes (comme le syndrome de loge, l'ischémie, etc.), on a publié peu de données sur l'effet qu'un traitement retardé aura sur des problèmes orthopédistes autres qu'une arthroplastie totale.

Les données tirées des publications indiquent que l'accès en temps opportun à une arthroplastie totale est avantageux sur les plans tant clinique que financier.

On a établi un lien entre une arthroplastie totale rapide et de meilleurs résultats fonctionnels. Fortin et al. (2002) ont suivi un groupe de patients qui ont subi une ATH/ATG à Boston et à Montréal pour évaluer la douleur et la fonction en utilisant l'indice WOMAC et le questionnaire SF-36 au départ, six mois et deux ans plus tard.

L'atténuation de la douleur et l'amélioration de la fonction deux ans après sont semblables à celles qu'on a observées à six mois. En outre, les patients dont l'indice WOMAC et le questionnaire SF-36 étaient plus mauvais au départ présentaient une fonction comparativement plus mauvaise six mois et deux ans après l'intervention chirurgicale. Les chercheurs ont conclu qu'une intervention chirurgicale rapide au début du déclin fonctionnel est justifiée. À la suite d'une étude antérieure, Fortin et al. (1999) ont aussi indiqué que des patients qui ont subi une ATH/ATG et avaient une meilleure fonction avant l'intervention chirurgicale en avaient une meilleure aussi six mois après.

Dans leur étude sur l'arthroplastie de la hanche (à partir d'une base de données administratives Medicare à Minneapolis), Holtzman et al. (2002) ont repris les constatations de Fortin et al. Ils ont mesuré le niveau d'activité, la douleur, la capacité de marcher et d'exécuter des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Dans tous les cas, les patients qui étaient en plus mauvais état avant l'intervention étaient plus susceptibles d'être moins bien un an après. Ils concluent que les patients plus susceptibles de bénéficier d'une arthroplastie totale de la hanche sont ceux dont l'état préopératoire est plus grave. On établit quand même un lien entre l'état préopératoire supérieur et de meilleurs résultats.

Aussi au cours d'une étude réalisée en 2002, Hajat et al. ont reconnu que les mesures de la douleur et de la fonction donnent des résultats plus mauvais un an plus tard chez les patients dont le score est plus mauvais avant l'ATH. Les patients qui ont attendu plus de 12 mois pour consulter un chirurgien ou pour subir l'intervention chirurgicale présentaient des mesures de la douleur et de la fonction beaucoup plus mauvaises 12 mois après l'ATH.

L'état de santé se détériore pendant qu'on attend une intervention chirurgicale. Killi et al. (2003) indiquent que les scores de Harrison pour la hanche diminuent considérablement en fonction du temps passé sur la liste d'attente pour une ATH. Selon l'étude, le temps médian d'attente pour une intervention chirurgicale est de 333 jours. Les chercheurs concluent que l'état des patients qui ont besoin d'une arthroplastie totale de la hanche se détériore pendant qu'ils attendent. Les temps d'attente devraient être aussi courts que possible afin de réduire les souffrances inutiles. Mahon et al. (2002) concluent que les patients qui attendent plus de six mois pour subir une ATH risquent des pertes de QVLS et de mobilité importantes sur le plan clinique.

On sait très bien que l'amplitude du mouvement du genou diminue à mesure que l'arthrite s'aggrave chez un patient. On sait aussi que l'amplitude du mouvement produite par une ATG est déterminée principalement par celle qui existait avant l'intervention. C'est pourquoi les patients qui attendent longtemps pour subir une ATG risquent d'aboutir avec une amplitude de mouvement moindre que celle qu'ils auraient pu obtenir si l'on n'avait pas retardé leur intervention chirurgicale.

Saleh et al (1997) ont procédé à une analyse économique pour déterminer s'il y a des avantages financiers à procéder à une ATH plus rapidement au lieu de laisser attendre les patients. Ils concluent qu'une intervention chirurgicale en temps opportun pourrait entraîner d'importantes économies en ressources.

## Références

Fortin PR, Penrod JR, Clarke AE, St-Pierre Y, Joseph L, Belisle P, Liang MH, Ferland D, Phillips CB, Mahomed N, Tanzer M, Sledge C, Fossel AH, Katz JN. Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum.* Décembre 2002;46(12):3327-30

Fortin PR, Clarke AE, Joseph L, Liang MH, Tanzer M, Ferland D, Phillips C, Partridge AJ, Belisle P, Fossel AH, Mahomed N, Sledge CB, Katz JN. Outcomes of total hip and knee replacement: preoperative functional status predicts outcomes at six months after surgery. *Arthritis Rheum.* Août 1999;42(8):1722-8

Hajat S, Fitzpatrick R, Morris R, Reeves B, Rigge M, Williams O, Murray D, Gregg P. Does waiting for total hip replacement matter? Prospective cohort study. *J Health Serv Res Policy.* Janvier 2002;7(1):19-25

Holtzman J, Saleh K, Kane R. Effect of baseline functional status and pain on outcomes of total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* Novembre 2002;84 (11):1942-8

Kili S, Wright I, Jones RS. Change in Harris hip score in patients on the waiting list for total hip replacement. *Ann R Coll Surg Engl.* Juillet 2003;85(4):269-71

Mahon JL, Bourne RB, Rorabeck CH, Feeny DH, Stitt L, Webster-Bogaert S. Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total hip arthroplasty: a prospective study. *JAMC.* 12 novembre 2002;167(10):1115-21

Saleh, K.; Wood, K.C.; Gafini, A., «Immediate surgery versus waiting list policy in revision total hip arthroplasty: an economic evaluation» *J Arthroplasty* 1997 pp. 1

## **Annexe I : Comparaison internationale : TAMA**

Suède	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantie nationale pour les consultations en soins primaires (le patient dont le cas n'est pas urgent devrait obtenir une consultation dans les sept jours)</li> <li>- la référence à un spécialiste ne devrait pas prendre plus de 90 jours</li> <li>- on prévoit mettre en œuvre une garantie limitant à trois mois le temps d'attente maximal pour tous les traitements électifs.</li> </ul>
Nouvelle-Zélande	<ul style="list-style-type: none"> <li>- temps d'attente maximal de six mois pour une première évaluation par un spécialiste</li> <li>- tous les patients auxquels on peut donner satisfaction au moyen des ressources (financières) disponibles subissent une intervention chirurgicale dans les six mois de l'évaluation (décision de traiter)</li> </ul>
Finlande	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il n'y a actuellement aucune garantie relativement aux temps d'attente maximaux</li> <li>- des pourparlers portent sur de telles initiatives pour l'avenir</li> </ul>
Irlande	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il n'y a aucune garantie sur les temps d'attente en Irlande</li> <li>- dans un document stratégique de 2001, le gouvernement a présenté les objectifs suivants :</li> <li>- fin 2002 – attente de 12 mois</li> <li>- fin 2003 – attente de six mois</li> <li>- fin 2004 – attente de trois mois</li> </ul>
Espagne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le service de santé de chaque région fixe la garantie sur les temps d'attente maximaux en Espagne</li> <li>- le temps d'attente maximal est fixé à six mois, sauf dans le cas de la chirurgie cardiaque</li> </ul>
Australie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les patients du secteur public qui ont besoin d'une intervention chirurgicale élective sont affectés à une catégorie de chirurgie élective</li> <li>- catégorie 1 : admission dans les 30 jours souhaitable pour un problème qui pourrait se détériorer rapidement au point où le cas peut devenir urgent.</li> <li>- catégorie 2 : admission dans les 90 jours souhaitable pour un problème qui cause de la douleur, une dysfonction ou une incapacité, qui ne risque pas de se détériorer rapidement ou de devenir une urgence.</li> <li>- catégorie 3 : admission à un moment acceptable pour un problème qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minime ou nulle, qui risque peu de se détériorer rapidement et qui ne peut pas devenir une urgence.</li> </ul>
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limiter à quatre mois au maximum (17 semaines) le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous en service externe et réduire à moins de 13 semaines le temps d'attente pour les patients en service externe avant mars 2004, avant que l'on progresse vers un délai maximal de trois mois pour obtenir un rendez-vous en service externe au plus tard en décembre 2005.</li> <li>- Plafonner à neuf mois le temps d'attente maximal pour tous les patients en service externe et réduire de 40 % avant mars 2004 le nombre de patients en service interne qui attendent six mois pendant que l'on réalise des progrès pour plafonner à six mois le temps d'attente pour les patients en service interne avant décembre 2005 et à trois mois au plus tard en 2008. Ces mesures assureront une réduction globale de la liste d'attente totale et une réduction d'au moins 80 % avant mars 2005 du nombre de patients en service interne qui attendent plus de six mois par rapport au niveau de référence de mars 2004.</li> <li>- Dans tous les autres cas de traitement en service interne et de jour, y compris le traitement orthopédiste, le temps d'attente maximal était de 18 mois pour 2004-2005, mais le 30 juin 2004, le ministre a annoncé que l'on étendra le régime de la deuxième offre afin d'appuyer un temps d'attente maximal de 12 mois avant la fin de mars 2005.</li> </ul>
Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- chirurgie élective</li> <li>- une semaine : genou bloqué, tumeur maligne de l'os, réduction secondaire d'une fracture, défaillance d'un implant (fracture et infection), quelques cas de traumatismes nerveux périphériques</li> <li>- deux semaines : déchirure aiguë d'un tendon important ou du ménisque chez des athlètes actifs, protrusion aiguë récente d'un disque lombaire avec paralysie, parésie ou douleur sévère, quelques cas de défaillance d'implants et traumatismes de nerfs périphériques</li> <li>- six semaines : arthroplastie choisie (polyarthrite, maladie bilatérale, révision ou, lorsque c'est indiqué par une maladie concomitante, dislocation répétitive d'une articulation totale, infection sous-aiguë d'un implant, dislocation congénitale de la hanche, hernie discale de routine, réparation de la coiffe des rotateurs, arthroscopie du genou</li> <li>- trois mois : correction d'un pied bot, reconstruction de ligaments croisés antérieurs, acromioplastie de l'épaule, arthroplasties choisies, arthrodèse choisie</li> <li>- six mois : toutes les interventions chirurgicales électives</li> </ul>

## **Annexe II : Élaboration de critères d'établissement des priorités pour l'arthroplastie de la hanche et du genou : résultats du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada**

**Journal canadien de chirurgie. Août 2003;46(4):290-6.**

**Arnett G, Hadorn DC; Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada.**

Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada, Groupe de l'arthroplastie de la hanche et du genou, Edmonton AB.

**INTRODUCTION :** On a constitué le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC), partenariat financé par le gouvernement fédéral et regroupant 19 organismes, afin de mettre au point des outils de gestion des listes d'attente. Le groupe de l'arthroplastie de la hanche et du genou du PLAOC était l'un des cinq groupes constitués dans le contexte du projet.

**MÉTHODES :** Le groupe a mis au point une série de critères cliniques normalisés d'établissement des priorités entre les patients qui attendent de subir une arthroplastie de la hanche ou du genou et il en a fait l'essai. Les critères ont été appliqués à 405 patients de 4 provinces. On a effectué une analyse de régression pour déterminer l'ensemble des critères de pondération qui, collectivement, prédisaient le mieux les indices d'urgence globale des cliniciens. La fiabilité a été évaluée entre les évaluateurs et en vertu de la méthode du test-retest au moyen des six entrevues de patients enregistrées sur vidéo, auxquelles des chirurgiens orthopédistes, des membres de professions connexes et des omnipraticiens ont attribué des cotes.

**RÉSULTATS :** Les critères relatifs à la priorité ont compté pour plus des deux tiers de l'écart observé dans les indices d'urgence globale ( $R^2 = 0,676$ ). Le groupe a modifié les critères de pondération en se fondant sur les résultats empiriques et le jugement clinique. Les critères relatifs à la priorité de l'outil sur l'arthroplastie de la hanche et du genou étaient parmi les plus fiables des cinq instruments mis au point dans le cadre du PLAOC.

**CONCLUSIONS :** Le groupe a jugé que les critères étaient faciles à utiliser et reflétaient assez fidèlement le jugement chirurgical des experts en ce qui concerne l'urgence clinique d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Il semble justifié de pousser plus loin le développement et l'essai de l'outil.

On peut obtenir d'autres renseignements en consultant le site web du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada, à [www.wcwl.ca](http://www.wcwl.ca).

# Association canadienne des radio-oncologues

## Définition des temps d'attente en radiothérapie

Par : Comité de la main-d'œuvre et des normes de soin en radio-oncologie  
Septembre 2000

1. L'intervalle écoulé entre la date de la première référence en radio-oncologie et celle de la consultation en radio-oncologie reflète le temps pendant lequel il faut attendre pour obtenir une consultation en radio-oncologie. Ce délai ne devrait pas dépasser 10 jours ouvrables.
2. Dans le cas des traitements de routine administrés par une seule technique, l'intervalle écoulé entre la date de la commande de radiothérapie OU la date de la consultation en radio-oncologie, selon l'échéance la plus tardive, et le premier jour de traitement reflète le temps d'attente en radiothérapie.
3. Dans le cas des traitements administrés par de multiples techniques, l'intervalle écoulé entre la date cible de début de la RT et le premier jour de traitement indique le temps d'attente en radiothérapie.
4. Le temps d'attente en radiothérapie ne devrait pas dépasser 10 jours ouvrables.
5. Comme indicateur de qualité, les centres de radiothérapie peuvent indiquer à intervalles périodiques le nombre OU le pourcentage de patients qui ont attendu plus de 10 jours ouvrables pour obtenir une consultation en radio-oncologie ou une radiothérapie.

F. Wong, MD

Président, Comité de la main-d'œuvre et des normes de soin en radio-oncologie

Présenté/accepté Conseil d'administration de l'ACRO, le 21 septembre 2000

Présenté/accepté membres de l'ACRO, le 22 septembre 2000.

# **Société canadienne d'ophtalmologie**

## **Introduction**

L'Alliance canadienne pour l'accès en temps opportun est un groupe de travail de l'Association médicale canadienne et des associations canadiennes de spécialité médicale les plus directement touchées par l'annonce récente du gouvernement fédéral, qui a décidé d'affecter 5,5 milliards de dollars pour raccourcir les temps d'attente dans des domaines désignés. La Société canadienne d'ophtalmologie (SCO) est heureuse d'appartenir à l'Alliance et de pouvoir formuler des commentaires sur l'affectation de ressources supplémentaires visant à raccourcir les temps d'attente pour des interventions de rétablissement de la vision. La SCO a choisi de concentrer ses commentaires sur la durée des périodes pendant lesquelles il faut attendre pour subir une chirurgie contre une cataracte puisque c'est le domaine qui touche le plus de Canadiens et pour lequel le plus de patients attendent une intervention chirurgicale de rétablissement de la vision.

## **Méthodologie**

Dans le contexte de son rôle dans l'Alliance, la SCO a créé un sous-comité des temps d'attente qu'elle a chargé d'étudier les documents disponibles et de formuler une recommandation sur une période d'attente médicalement acceptable pour une chirurgie de la cataracte. Le comité réunissait des représentants de toutes les régions du Canada et comptait plusieurs membres qui avaient déjà participé à des études sur les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte comme le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC). Le comité s'est fié énormément à une étude documentaire détaillée sur la question entreprise auparavant dans le contexte du PLAOC. Le Conseil des affaires provinciales de la SCO, comité constitué des présidents des associations provinciales d'ophtalmologie, a ensuite étudié le rapport du comité, que le conseil d'administration de la SCO a modifié encore par la suite et a approuvé.

## **Temps d'attente médicalement acceptable**

La SCO a dégagé un consensus selon lequel une période d'attente médicalement acceptable et raisonnable pour une chirurgie de la cataracte importante pour la vision devrait être de quatre mois. On croit qu'il faudrait avancer la chirurgie dans les cas plus prioritaires et raccourcir la période d'attente proportionnellement à la priorité relative. Il est possible de déterminer la priorité en utilisant n'importe lequel des nombreux outils d'établissement des priorités. La SCO ne croit pas qu'il soit nécessaire d'utiliser un seul outil national d'établissement des priorités. Comme les soins de santé relèvent de la compétence des provinces, la SCO est d'avis que chaque province devrait établir son propre registre central des temps d'attente qui utiliserait l'outil d'établissement des priorités de son choix. On justifie ce temps d'attente repère par le fait qu'il s'agissait d'un délai réalisable et raisonnable fondé sur notre expérience collective d'un bout à l'autre du Canada. Il concorde de plus avec des sondages menés auparavant auprès de médecins du Canada sur ce qui constituerait une période d'attente raisonnable et est à peine un peu plus long que les temps d'attente acceptables établis à la suite de sondages auprès des patients. Il ne faut pas attendre trop longtemps parce que des données montrent que la morbidité est importante pendant l'attente [risque accru de chutes et de fractures de la hanche] et que les risques d'accidents de la circulation sont plus élevés pendant que les personnes en cause attendent pour subir une chirurgie de la cataracte.



## **Facteurs dont il faut tenir compte**

La pénurie nationale d'ophtalmologistes constitue un problème national fondamental qui ne fera que s'aggraver étant donné que le nombre de nouveaux diplômés en ophtalmologie diminue chaque année depuis 20 ans même si la demande de services augmente à la suite de l'évolution de la démographie et des progrès de la technologie. Une stratégie à long terme de lutte contre les périodes d'attente doit donc inclure l'expansion des programmes de résidence d'un bout à l'autre du Canada. Même s'il y a pénurie d'ophtalmologistes, les nouveaux diplômés ont de la difficulté à établir leur pratique au Canada parce qu'il est difficile d'obtenir du temps en salle d'opération, ce qui est paradoxal. C'est pourquoi la SCO recommande que la première priorité à l'égard de l'affectation du temps supplémentaire en salle d'opération créé par ce paiement de transfert fédéral soit accordée aux nouveaux diplômés qui ouvrent une pratique. Leur ajout à la collectivité ne servira pas seulement à raccourcir les listes d'attente pour une chirurgie de la cataracte, mais aussi à améliorer l'accès pour les patients qui ont d'autres problèmes de vision.

# Société canadienne de cardiologie

## 1. Introduction

La Société canadienne de cardiologie (SCC) considère l'accès aux soins comme une priorité clé. Même si beaucoup de provinces ont établi des normes sur les temps d'attente dans le cas de certaines interventions clés (p. ex., pontage aortocoronarien), il n'y a actuellement aucune norme nationale sur l'accès à ces services ou à d'autres qui font partie du vaste champ des soins cardiovasculaires.

Au printemps de 2004, la SCC a créé un Groupe de travail sur l'accès aux soins (le Groupe de travail) qu'elle a chargé de formuler des commentaires sur l'accès aux services de cardiologie dans une optique nationale. Ces commentaires devaient constituer la première étape de l'élaboration de normes nationales en résumant les données actuellement disponibles et en demandant aux chercheurs en cardiologie d'intervenir pour combler les lacunes de ce corpus de savoir.

Le Groupe de travail avait commencé à se pencher sur ses trois premiers commentaires lorsque les premiers ministres du Canada se sont engagés officiellement à réduire les temps d'attente dans cinq domaines clés, y compris les soins cardiaques. La SCC est honorée d'avoir été invitée par l'Association médicale canadienne (AMC) à se joindre à une alliance d'organisations spécialisées afin d'établir des temps d'attente médicalement acceptables dans ces cinq domaines. C'est pourquoi le Groupe de travail a tourné son attention vers l'Alliance canadienne pour l'accès en temps opportun.

Les soins cardiovasculaires couvrent le continuum complet des soins, depuis l'accès jusqu'à la réadaptation et la prévention secondaire (p. ex., modification des habitudes de vie), en passant par la consultation d'un spécialiste et les interventions diagnostiques et thérapeutiques effractives et non effractives. Les patients en cardiologie peuvent en outre présenter de nombreux signes qui exigent l'attention des médecins, y compris la coronaropathie (p. ex., blocage d'une ou de plusieurs artères), la valvulopathie, la défaillance cardiaque ou l'arythmie (p. ex., indications associées à un rythme cardiaque anormal).

Même si les temps d'attente en chirurgie cardiaque attirent l'attention générale des médias depuis 10 ans environ, tous les patients en cardiologie doivent avoir accès au continuum complet des soins pour tous les problèmes. Le Groupe de travail a donc défini huit domaines dans le continuum des soins et pour des problèmes clés qui exigent des normes nationales :

- Accès aux soins en situation d'urgence immédiate et d'urgence prioritaire
- Accès à la consultation de spécialistes
- Accès à des études de cardiologie non effractives (épreuve d'effort, écho)
- Accès aux services de cardiologie nucléaire
- Accès aux interventions de revascularisation et à d'autres interventions de chirurgie cardiaque
- Accès à des cliniques sur les défaillances cardiaques
- Accès aux services d'électrophysiologie
- Accès à la réadaptation cardiaque et à la modification des habitudes de vie en cardiosanté

## **2. Méthodologie**

Le Groupe de travail est en train d'établir huit sous-groupes, soit un pour chacun des domaines d'intérêt indiqués ci-dessus. Chaque sous-groupe sera constitué d'un président reconnu comme une autorité canadienne de la discipline, ainsi que de quatre à huit spécialistes qui ont une réputation dans le domaine et s'y intéressent. Nous inviterons au besoin d'autres membres de l'Alliance à participer aux travaux de ces sous-groupes (p. ex., Sous-groupe sur l'accès aux services de cardiologie nucléaire).

Chaque sous-groupe procédera à une étude documentaire structurée et dégagera un consensus sur des normes appropriées relatives aux temps d'attente médicalement acceptables. Pendant cet exercice, on définira aussi des catégories de triage appropriées. Même si nous voulons établir des normes factuelles, nous savons que dans nombre de cas, il n'y a pas suffisamment de données probantes disponibles pour appuyer un tel niveau de confiance. Nous dégagerons au besoin un consensus parmi des experts. Chaque sous-groupe présentera son rapport final à un groupe d'étude secondaire afin de solliciter la contribution d'un plus grand nombre de spécialistes et d'autres intervenants.

La SCC est en train de recruter les présidents et les membres des sous-groupes. Nous souhaitons au départ que le travail soit très avancé au cours des trois à cinq prochains mois.

Nous voulons établir des temps d'attente qui reflètent l'urgence sur le plan médical. C'est pourquoi les normes recommandées sur les temps d'attente ne refléteront aucun autre facteur comme les contraintes sur le plan des ressources ou la situation sociale et psychologique individuelle du patient.

## **3. Temps d'attente médicalement acceptables**

Au Canada, il n'y a pas de normes nationales sur l'accès aux services et aux interventions en cardiologie. Le travail portant sur les normes et les temps d'attente s'est toujours fait à l'échelon des provinces.

Plusieurs provinces, et en particulier l'Ontario, le Québec, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, ont investi des ressources considérables dans l'élaboration et la mise en œuvre de normes sur les temps d'attente pour certaines interventions clés, et notamment le pontage aortocoronarien (PAC). Le PAC est une intervention bien établie au sujet de laquelle il existe suffisamment d'études cliniques portant sur les temps d'attente acceptables pour appuyer l'élaboration de normes appropriées.

Le Tableau 2 contient des exemples de normes provinciales sur le PAC.

**Tableau 2 : Exemples de points de repère en cardiologie au Canada**

	<b>Réseau de soins cardiaques de l'Ontario</b>	<b>Le Réseau québécois de cardiologie tertiaire</b>	<b>Santé et Mieux-être Alberta</b>	<b>Province de la Nouvelle-Écosse</b>
<b>Pontage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence immédiate : accès immédiat</li> <li>- Urgent : dans les 14 jours</li> <li>- Semi-urgent : dans les 42 jours</li> <li>- Intervention élective : dans les 180 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très urgent : 24 heures</li> <li>- Urgent : 72 heures</li> <li>- Semi-urgent : 2 semaines</li> <li>- Intervention semi-élective : 6 semaines</li> <li>- Intervention élective : 3 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence immédiate : dans les 24 à 48 heures</li> <li>- Urgent en service interne : 1 semaine</li> <li>- Urgent en service externe (avec réadmission prévue) : 2 semaines</li> <li>- Intervention planifiée en service externe : 6 semaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence immédiate : 24 heures</li> <li>- Urgent en service interne : &lt; 7 jours</li> <li>- Semi-urgent A : &lt; 2 à 3 semaines</li> <li>- Semi-urgent B : &lt; 6 à 8 semaines</li> <li>- Intervention élective : &lt; 3 mois</li> </ul>

Comme on peut le voir dans le tableau, les catégories d'urgence varient considérablement entre les provinces. Les normes de certaines provinces, par exemple, reposent sur les catégories urgence immédiate, urgent, semi-urgent et intervention élective, tandis que d'autres établissent une distinction principalement entre les patients traités en service interne et en service externe. Même lorsque les catégories sont les mêmes, leurs définitions peuvent varier entre les provinces. Au fil du temps, de nouveaux essais cliniques ont en outre expliqué d'autres facteurs et risques reliés aux temps d'attente pour un PAC. C'est pourquoi les normes en Alberta, qui établissent un point de repère de six semaines dans le cas des interventions prévues pour les patients en service externe et reposent sur les résultats des recherches les plus récentes, diffèrent considérablement de celles de l'Ontario qui a établi un point de repère de 180 jours pour les chirurgies électives. Cette comparaison démontre qu'il faut revoir et raffiner périodiquement les points de repère pour assurer qu'ils continuent de refléter la recherche de l'heure.

Comme on l'a signalé ci-dessus, le PAC est une intervention bien établie. De nouvelles interventions comme l'intervention coronarienne percutanée (ICP), aussi appelée angioplastie, et tout le domaine de l'électrophysiologie, viennent de produire les résultats de recherche nécessaires pour que l'on puisse commencer à établir des normes factuelles sur les temps d'attente médicalement acceptables.

#### **4. Facteurs dont il faut tenir compte**

Des travaux antérieurs effectués par la SCC et d'autres organismes provinciaux (p. ex., le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario) indiquent que pour respecter des temps d'attente médicalement acceptables dans le cas des services de cardiologie, il faudra plus de ressources humaines, matérielles et financières que l'on en consacre actuellement aux soins en cardiologie. La capacité actuelle est limitée par la disponibilité :

- de fournisseurs qualifiés de soins de santé (p. ex., spécialistes, médecins de famille, infirmières, techniciens, anesthésiologistes, perfusionnistes).
- des infrastructures matérielles (p. ex., salles d'opération, soins intensifs et lits en soins intensifs en cardiologie, laboratoires et matériel de cathétérisme et d'électrophysiologie).
- du financement consacré aux appareils et aux programmes nécessaires (p. ex., défibrillateurs internes à synchronisation automatique, programmes de réadaptation et de prévention secondaire).

## Annexe C : Cibles et points de repère actuels au Canada et à l'étranger

Il existe déjà, sous diverses formes, des points de repère sur les temps d'attente et des cibles dans les administrations du Canada et d'autres pays industrialisés. Nous présentons ici un survol des points de repère et des cibles qui existent actuellement au Canada et à l'étranger dans chacun des cinq domaines prioritaires définis par l'Accord des premiers ministres sur les soins de santé.

### Points de repère et cibles généraux

*À l'étranger* – Plusieurs pays ont adopté des points de repère et des cibles qui transcendent les domaines de traitement. En Australie, les temps d'attente repères pour l'admission sont de 30 jours dans les cas urgents, 90 jours dans ceux d'une seconde catégorie d'urgence et 12 mois dans tous les autres cas. Le Danemark a établi une «garantie relative aux temps d'attente en cas de maladie critique» qui prévoit une attente maximale de deux semaines pour l'investigation, de deux semaines de plus pour le traitement et de deux autres semaines pour le traitement de suivi. Une garantie générale de deux mois quant aux temps d'attente s'applique à tous les types de traitements non actifs. Les Pays-Bas veulent que 80 % des patients reçoivent des soins en service externe dans les cinq semaines et que 80 % en reçoivent en service interne ou en traitement de jour dans les sept semaines. En Espagne, le temps d'attente maximal est fixé à six mois pour tous les traitements. En Suède, les consultations de spécialistes doivent avoir lieu dans les 90 jours et il faut fournir le traitement dans les 90 jours suivant le diagnostic. Enfin, au Royaume-Uni, le temps d'attente maximal est de six mois pour les traitements en service interne et de trois mois en service externe et il faudra atteindre ces deux points de repère en 2005. Le Royaume-Uni a aussi des temps d'attente cibles précis pour la chirurgie cardiaque et le traitement du cancer, comme on peut le voir ci-dessous.

*Au Canada* – La Saskatchewan est la seule province qui a adopté une grille de temps d'attente pour toutes les interventions chirurgicales. Les temps d'attente cibles sont fondés sur la priorité, qui est déterminée au moyen d'un outil normalisé d'établissement des priorités. Les délais cibles sont les suivants :

Priorité	Cote	Délai cible
Priorité I	95 à 100	95 % dans les 24 heures
Priorité II	80 à 94	95 % dans les 3 semaines
Priorité III	65 à 79	90 % dans les 6 semaines
Priorité IV	50 à 64	80 % dans les 3 mois
Priorité V	30 à 49	80 % dans les 6 mois
Priorité VI	1 à 29	80 % dans les 12 mois
Tous les cas		Dans les 18 mois

## **Interventions cardiaques**

*À l'étranger* – L'Italie a un délai d'attente maximal de 30 jours pour une consultation en cardiologie et a fixé les cibles suivantes dans le cas de l'ACTP : 50 % des patients traités dans les 60 jours et 90 % dans les 120 jours. La Nouvelle-Zélande a établi des temps d'attente maximaux recommandés variant d'immédiatement à six semaines en fonction de l'évaluation effectuée au moyen d'un outil normalisé d'établissement de priorités. Le Royaume-Uni a adopté, dans le cas de la chirurgie cardiaque, un délai maximal cible de trois mois qu'il faudra atteindre en 2005.

*Au Canada* – Le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario a adopté des temps d'attente maximaux recommandés dans le cas du cathétérisme et du pontage. Les points de repère dans le cas du cathétérisme sont les suivants : immédiatement pour les patients en situation d'urgence, sept jours pour les cas urgents, 28 jours pour les cas semi-urgents et plus de 28 jours pour les chirurgies électives. Les points de repère pour le pontage aortocoronarien sont les suivants : intervention chirurgicale immédiate pour les cas prioritaires, intervention dans les 14 jours pour les cas urgents, dans les 42 jours pour les cas semi-urgents et dans les 180 jours pour les cas électifs.

Le Réseau québécois de cardiologie tertiaire prescrit des temps d'attente cibles pour des examens d'hémodynamique (variant d'immédiatement à deux mois), la chirurgie cardiaque (24 heures dans les cas très urgents, 72 heures dans les cas urgents, deux semaines dans les cas semi-urgents, six semaines pour les chirurgies semi-électives et trois mois pour les interventions électives) et l'électrophysiologie (24 heures à trois mois).

L'Alberta a établi une cible provinciale d'une semaine pour les patients en service interne dont le cas est urgent, de deux semaines pour les patients en service externe dont le cas est urgent et de six semaines pour les patients en service externe dont l'intervention est planifiée.

## **Traitement du cancer**

*À l'étranger* – En Italie, la première consultation pour un traitement du cancer doit être fournie dans les deux semaines, l'intervention chirurgicale doit avoir lieu dans les 30 jours et la chimiothérapie et la radiothérapie, dans les 30 jours. En Nouvelle-Zélande, les temps d'attente maximaux varient de 24 heures à quatre semaines selon l'évaluation effectuée au moyen d'un outil normalisé d'évaluation de la priorité. Au Royaume-Uni, on a fixé une cible d'un mois écoulé entre le diagnostic posé par le spécialiste et le traitement dans le cas de tous les cancers et de deux mois entre la référence urgente par l'omnipraticien et le traitement. Ces deux cibles doivent être atteintes en 2005.

*Au Canada* – En Saskatchewan, on vise à procéder aux interventions chirurgicales contre le cancer dans les trois semaines dans 95 % des cas. On ne connaît pas d'autres points de repère ou cibles provinciaux mis en œuvre à cet égard.

## **Imagerie diagnostique**

*À l'étranger* – En Italie, le temps d'attente maximal pour une IRM et une échographie est de 60 jours. On ne connaît pas d'autre cible ou point de repère adopté sur la scène internationale dans ce domaine.

*Au Canada* – L'Alberta a adopté une cible de 24 examens pour 1000 habitants. On ne connaît pas d'autres cibles ou points de repère provinciaux mis en œuvre dans ce domaine.

## **Arthroplastie**

*À l'étranger* – En Italie, on veut que 50 % des patients subissent leur arthroplastie de la hanche dans les 90 jours et 90 % dans les 180 jours. On ne connaît pas d'autres cibles ou points de repère dans ce domaine.

*Au Canada* – L'Alberta veut ramener les temps d'attente à quatre mois dans le cas des arthroplasties non urgentes. Les arthroplasties urgentes doivent être pratiquées dans les 48 heures. Dans le rapport final qu'il a publié récemment, le PLAOC a défini trois temps d'attente maximaux acceptables pour l'arthroplastie de la hanche et du genou : Urgence III (cas les plus urgents), 4 semaines; Urgence II, 12 semaines; Urgence I (cas les moins urgents), 20 semaines.

## **Rétablissement de la vision**

*À l'étranger* – En Italie, l'objectif est de voir 50 % des patients subir une chirurgie de la cataracte dans les 90 jours et 90 %, dans les 180 jours. On ne connaît pas d'autres cibles ou points de repère dans ce domaine.

*Au Canada* – Il n'y a actuellement pas de points de repère ou de cibles en vigueur dans ce domaine dans les provinces ou les territoires. Dans le cadre du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada, on a toutefois établi des temps d'attente maximaux acceptables pour la chirurgie de la cataracte : Urgence III (cas les plus urgents), 4 semaines; Urgence II, 8 semaines; Urgence I (cas les moins urgents), 12 semaines.



## Références

1. Sanmartin C, Gendron F, Berthelot J-M, Murphy K. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2003*. Ottawa : Statistique Canada; 2004. N° 82-575-XIF au catalogue.
2. Ipsos-Reid. Bulletin national 2004 sur la viabilité du système de soins de santé. Ottawa : AMC; août 2004.
3. Premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. Un plan décennal pour consolider les soins de santé. Ottawa : Santé Canada; septembre 2004.
4. Projet de loi C-39 : Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux. Ottawa : Chambre des communes, 1re session, 38e législature, 53-54 Elizabeth II, 2004-2005. Disponible à : [www.parl.gc.ca/common/bills\\_ls.asp?lang=F&ls=c39&source=library\\_prb&Parl=38&Ses=1](http://www.parl.gc.ca/common/bills_ls.asp?lang=F&ls=c39&source=library_prb&Parl=38&Ses=1) (consulté le 20 mars 2005)
5. Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada. Moving forward: final report. Calgary : PLAOC; 28 février 2005. Disponible à : [http://www.wcwl.ca/media/pdf/news/moving\\_forward/report.pdf](http://www.wcwl.ca/media/pdf/news/moving_forward/report.pdf) (consulté le 20 mars 2005).
6. Ross Baker GR, Schwartz F. Strategies for addressing waits and delays in the Ontario cancer system. Toronto : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario; 16 novembre 2004.
7. Gulenchyn KY, McEwan AJB, Beanlands RS, Groupe de travail sur les temps d'attente de l'Association canadienne de médecine nucléaire. Mémoire présenté à l'Alliance canadienne pour l'accès en temps opportun. Version 3.0



  
Canadian Société  
Ophthalmological canadienne  
Society d'ophtalmologie



**CANM  
ACMN**

CANADIAN  
ASSOCIATION OF  
RADIOLOGISTS  
  
L'ASSOCIATION  
CANADIENNE DES  
RADIOLOGISTES



**ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE**



**CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION**

**Association médicale canadienne**

Centre de services aux membres

1867, prom. Alta Vista

Ottawa (Ont.) K1G 3Y6

613 731-8610 • 888 855-2555 x2307

[msc@cma.ca](mailto:msc@cma.ca)

***amc.ca***