



Rapport de l'Alliance sur  
les temps d'attente *Novembre 2007*

# Des progrès s'imposent

Nouveaux points de repère pour  
une réduction réelle des temps d'attente

© Association canadienne de gastroentérologie, Association canadienne de médecine nucléaire, Association canadienne des médecins d'urgence, Association des psychiatres du Canada, Association canadienne des radiologistes, Association canadienne des radio-oncologues, Association canadienne d'orthopédie, Association médicale canadienne, Société canadienne de cardiologie, Société canadienne des anesthésiologistes, Société canadienne des chirurgiens plasticiens, Société canadienne d'ophtalmologie, 2007.

Publié par l'Association médicale canadienne, novembre 2007.

Ces points de repère ou cibles de rendement ont été mis au point par des experts en médecine qui se sont fondés pour les établir sur les meilleures données probantes disponibles à l'époque. Les repères ou cibles ne se veulent pas des normes et il ne faut pas les interpréter comme s'il s'agissait d'un seuil au-delà duquel un prestataire de soins ou un organisme de financement des soins aurait agi sans faire preuve de diligence raisonnable. Il est important de souligner également que ces repères et cibles ne tiennent pas compte des contraintes qui s'exercent actuellement sur le système de santé et entravent sa capacité à les atteindre.

Des exemplaires supplémentaires sont disponibles au :  
Centre des services aux membres  
Association médicale canadienne  
1867, prom. Alta Vista  
Ottawa (Ont.) K1G 3Y6  
613 731-8610 ou 888 855-2555, poste 2307  
msc@cma.ca  
amc.ca

# Table des matières

Remerciements .....	iv
Sommaire .....	1
Cinq nouveaux points de repère .....	1
Étapes suivantes .....	3
Recommandations .....	3
Introduction et raison d'être du rapport .....	4
Travail accompli jusqu'à maintenant .....	5
La nécessité de dépasser les cinq premiers domaines prioritaires .....	5
Réductions réelles des temps d'attente .....	5
Garanties de temps d'attente pour les patients .....	5
Définition de points de repère pour les nouvelles spécialités de l'ATA .....	7
Soins d'urgence .....	8
Soins psychiatriques .....	12
Chirurgie plastique .....	14
Gastroentérologie .....	15
Anesthésiologie .....	16
Enjeux clés et recommandations .....	19
Étapes suivantes .....	19
Recommandations .....	20
Glossaire.....	21
Annexe A : Points de repère de l'Alliance sur les temps d'attente pour les cinq domaines prioritaires initiaux .....	22
Annexe B : Garanties de temps d'attente pour les patients, selon la province et le territoire (printemps 2007) .....	23
Annexe C : Membres de l'Alliance sur les temps d'attente .....	24
Bibliographie .....	25

# Remerciements

Ce rapport a été préparé par l'Association médicale canadienne (AMC) en sa qualité de membre de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA).

L'ATA remercie pour leur travail les personnes qui ont rédigé les rapports intégrés au présent document. Nous remercions également le personnel de l'AMC qui a participé étroitement à la production du rapport.

## **Membres de l'Alliance sur les temps d'attente\***

Association canadienne de gastroentérologie  
Association canadienne de médecine nucléaire  
Association canadienne des médecins d'urgence  
Association des psychiatres du Canada  
Association canadienne des radiologistes  
Association canadienne des radio-oncologues  
Association canadienne d'orthopédie  
Association médicale canadienne  
Société canadienne de cardiologie  
Société canadienne des anesthésiologistes  
Société canadienne des chirurgiens plasticiens  
Société canadienne d'ophtalmologie

---

\*La liste complète des noms et adresses figure en Annexe C.

# Sommaire

Il y a plus de trois ans, les premiers ministres ont signé le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ce plan comportait une série d'engagements clés visant à réduire les longues durées d'attente au Canada et allaient de l'établissement, au plus tard en décembre 2005, de points de repère sur les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires (imagerie diagnostique, arthroplastie de la hanche et du genou, radio-oncologie, chirurgie de la cataracte et soins cardiaques), à l'obtention de réductions réelles des temps d'attente au plus tard le 31 mars 2007.

Dans son rapport d'avril 2007, l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) signalait un certain progrès au cours des dernières années pour réduire les temps d'attente, ainsi que l'adoption de mesures dans les cas où il n'y a pas encore eu de réduction (p. ex., en imagerie diagnostique) pour accroître la productivité et améliorer le traitement des patients. L'ATA maintient que ces signes encourageants ne signifient pas que le problème des temps d'attente est réglé pour autant. De plus, il ne faut pas limiter les efforts de réduction des temps d'attente aux cinq domaines prioritaires.

Ce rapport signale que l'ATA est déterminée à réduire les temps d'attente dans d'autres domaines. En avril 2007, l'Alliance a annoncé qu'elle avait étendu ses efforts à cinq autres spécialités médicales, soit les soins d'urgence, les soins psychiatriques, la chirurgie plastique, la gastroentérologie et l'anesthésiologie. Le présent rapport énonce les points de repère sur les temps d'attente dans ces spécialités.

## Cinq nouvelles séries de points de repère

L'Association des psychiatres du Canada, l'Association canadienne des médecins d'urgence, la Société canadienne des chirurgiens plasticiens et l'Association canadienne de gastroentérologie ont établi un vaste éventail de points de repère sur les temps d'attente ou d'objectifs de rendement que nous présentons dans ce rapport. En participant au travail de l'ATA, la Société canadienne des anesthésiologistes vise un double objectif : établir des points de repère sur les temps d'attente pour la prise en charge de la douleur et participer à l'établissement des points de repère des autres spécialités, étant donné le rôle que joue l'anesthésiologiste comme membre de l'équipe chirurgicale.

Comme dans le cas de la première série de points de repère établie par l'ATA, chacune des spécialités partici-

pantes a revu les évaluations cliniques ou les données épidémiologiques disponibles sur les seuils de temps d'attente et les normes existantes d'accès, le cas échéant, et a consulté les membres de la spécialité afin de revoir et d'étudier les objectifs sur les temps d'attente. On a aussi continué de suivre une approche «fondée sur les données probantes» plutôt que «liée aux données probantes». En effet, les données de recherche insuffisantes ou non concluantes ne devraient pas entraver l'établissement d'objectifs sur les temps d'attente, les décisions devant se prendre en fonction des meilleures données disponibles.

Il faut considérer ces points de repère sur les temps d'attente non pas comme des normes, mais plutôt comme des objectifs de rendement du système de santé qui reflètent un consensus général au sujet des temps d'attente médicalement raisonnables. Chaque patient est unique et ses besoins sont particuliers. Il faut néanmoins considérer la plupart de ces points de repère comme des temps d'attente «maximaux acceptables» et non des temps d'attente «idéaux».

La pénurie actuelle et prévue de spécialistes constitue un thème commun en filigrane des rapports des spécialités. Même s'il y a un certain nombre d'étapes à franchir pour atteindre les points de repère sur les temps d'attente, il faut commencer par s'attaquer aux pénuries de ressources humaines de la santé (RHS) non seulement dans les spécialités visées par ces points de repère, mais aussi dans d'autres groupes professionnels de la médecine, y compris les médecins de famille, les infirmières et les techniciens en soins de santé. C'est pourquoi l'ATA a toujours préconisé une stratégie pancanadienne de gestion des RHS fondée sur le principe de l'autosuffisance pour le Canada. Le *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, préparé par le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, propose un point de départ dans la voie à suivre pour atteindre ce but.

Même si le problème des RHS demeure le défi le plus important à relever pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun, les spécialités intervenant dans le présent rapport ont aussi souligné la nécessité de s'attaquer aux lacunes des infrastructures (lits de soins actifs dans les hôpitaux, lits affectés à d'autres niveaux de soins, blocs opératoires, ensembles diagnostiques et services communautaires).

Exemples de points de repère sur les temps d'attente selon le niveau de priorité\*.

Point de repère sur les temps d'attente			
Spécialité et intervention	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas prévus
Soins d'urgence	Niveau 1 : Immédiate (p. ex., arrêt cardiaque) Niveau 2 : < 15 min. (p. ex., douleur à la poitrine) Niveau 3 : < 30 min. (p. ex., asthme modéré) Niveau 4 : < 60 min. (p. ex., traumatisme mineur) Niveau 5 : < 120 min. (p. ex., entorses)	Sans objet	Sans objet
Soins psychiatriques (p. ex., psychose, manie, dépression majeure) • Accès à un médecin de famille pour des problèmes aigus de santé mentale • Accès à un psychiatre après une référence par le médecin de famille	Accès jugé approprié après le triage  Dans les 24 h	Dans les 24 h  Dans 1 à 2 semaines	Dans la semaine qui suit  Dans 2 à 4 semaines
Chirurgie plastique	Dans les 24 h (p. ex., infections, brûlures, traumatismes à la main et au visage)	Dans les 2 à 8 semaines (p. ex., la plupart des problèmes néoplasiques, certains problèmes crâniofaciaux)	Dans les 2 à 6 mois (p. ex., anomalies congénitales, plaies, la plupart des interventions électives à la main)
Gastroentérologie (comprend le temps écoulé entre la référence et la consultation et/ou le traitement ou l'intervention, le cas échéant)	Dans les 24 h (p. ex., saignement gastro-intestinal aigu, hépatite sévère aiguë)	Dans les 2 semaines (p. ex., forte probabilité de cancer, jaunisse aiguë obstructive indolore)  Semi-urgent : dans les deux mois (p. ex., anémie sidéropénique, diarrhée chronique)	Dans les 6 mois (p. ex., coloscopie de dépistage, reflux gastro-œsophagien chronique)
Anesthésiologie — prise en charge de la douleur (temps d'attente pour la première évaluation par le surspécialiste de la douleur après référence par le médecin de première ligne)	Voir Tableau 8.		

\* Degrés d'urgence : cas d'urgence immédiate = danger immédiat pour la vie, un membre ou un organe; cas urgent = situation instable qui peut se détériorer rapidement et aboutir à une admission d'urgence; cas semi-urgent = situation qui comporte de la douleur, une dysfonction et une incapacité, mais le patient est stable et il y a peu de chance que son état de détériore rapidement au point où il aura besoin de soins d'urgence; cas prévu = situation mettant en cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimale (aussi appelé cas «de routine» ou «électif»).

Outre les pénuries de RHS et l'infrastructure insuffisante, le travail effectué par l'ATA au cours de l'année écoulée met en évidence un manque alarmant de données normalisées pour suivre les progrès en réduction des temps d'attente. On recueille les données sur les temps d'attente et on en fait rapport différemment dans les diverses régions du pays. En outre, comme l'a déjà signalé l'ATA, les diverses administrations utilisent des points de départ différents pour mesurer l'attente, ce qui aboutit souvent à des distor-

sions de la mesure du temps d'attente réel pour le patient. Le manque de données comparables rend extrêmement difficiles la surveillance et la comparaison entre régions et empêche les patients et les gouvernements de savoir clairement quels progrès ont été réalisés.

Il est évident que la mesure et la surveillance de points de repère additionnels sur les temps d'attente posera un défi, étant donné que nous avons jusqu'ici été incapables d'en mesurer et d'en surveiller même quelques-uns avec

précision. Tous les intervenants devront redoubler d'efforts pour recueillir les données sur les temps d'attente afin de déterminer avec plus de certitude si l'on fait des progrès, étant donné les enveloppes budgétaires importantes fournies par les gouvernements.

## Étapes suivantes

Deux étapes importantes approchent dans la foulée du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Tout d'abord, les provinces et les territoires doivent annoncer au plus tard le 31 décembre 2007 des objectifs pluriannuels pour atteindre les points de repère sur les temps d'attente. Même certaines administrations ont déjà quelques points

de repère en vigueur, la façon de les appliquer et le moment de leur entrée en vigueur ne sont pas assez clairs pour la plupart d'entre elles. L'ATA demande que les provinces et les territoires fassent des annonces sur la question d'ici la fin de l'année.

La deuxième étape est celle de l'examen du plan décennal. La législation fédérale adoptée afin de mettre en œuvre les engagements financiers du plan prévoit des examens parlementaires en 2008 et en 2011 pour évaluer les progrès réalisés. L'ATA participera activement à l'examen du printemps 2008 et publiera un autre bulletin sur les progrès réalisés afin d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun pour la population canadienne.

## Recommandations

Compte tenu du travail qu'elle a effectué dans l'établissement des points de repère sur les temps d'attente, l'ATA recommande ce qui suit :

1. En ce qui concerne le respect des engagements du plan décennal des premiers ministres,
  - i. les gouvernements acceptent tous les points de repère sur les temps d'attente en instance décrits dans le rapport de 2005 de l'ATA, Il est temps d'agir, qui n'ont pas encore été adoptés (soins cardiaques et imagerie diagnostique);
  - ii. les gouvernements annoncent au plus tard le 31 décembre 2007 des objectifs pluriannuels pour observer les points de repère sur les temps d'attente dans les 5 domaines prioritaires initiaux.
2. En ce qui concerne la garantie de temps d'attente pour les patients dans les 5 domaines prioritaires initiaux,
  - i. les gouvernements provinciaux adoptent, au plus tard le 31 décembre 2007, les garanties de temps d'attente pour les patients dans chacun des 5 domaines prioritaires initiaux, y compris une méthode de recours financée par le secteur public pour les patients qui font face à des attentes dépassant les seuils des points de repère;
  - ii. les gouvernements provinciaux normalisent les conditions de leurs garanties de temps d'attente pour les patients afin de veiller à ce qu'elles soient comparables pour tous les Canadiens;
  - iii. les gouvernements publient des rapports d'étape périodiques (p. ex., semi-annuels) afin de faire le point sur la mise en œuvre de leurs garanties de temps d'attente pour les patients.
3. En ce qui concerne les nouveaux points de repère de l'ATA sur les temps d'attente,
  - i. les gouvernements adoptent à l'échelle pancanadienne les nouveaux points de repère sur les temps d'attente présentés dans ce rapport et commencent à en promouvoir l'utilisation dans le contexte d'un effort visant à dépasser les 5 domaines prioritaires initiaux;
  - ii. lorsqu'ils ne l'ont pas encore fait, les gouvernements étendent la collecte des données sur les temps d'attente et la production de rapports à ce sujet au-delà des 5 domaines prioritaires;
  - iii. le gouvernement fédéral engage du financement frais pour
    - aider les provinces et les territoires à offrir l'accès aux soins en temps opportun pour les services visés par la nouvelle série de points de repère sur les temps d'attente, y compris le financement dans le domaine des RHS;
    - appuyer les Instituts de recherche en santé du Canada dans la recherche sur l'établissement de points de repère pour les temps d'attente et l'Institut canadien d'information sur la santé dans l'adoption de données comparables sur les temps d'attente qui reflètent fidèlement le temps pendant lequel les patients doivent attendre pour avoir accès aux soins.

# Introduction et raison d'être du rapport

Il y a plus de trois ans, soit en 2004, les premiers ministres du Canada ont signé un accord, le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*<sup>1</sup>. Ce plan comportait une série d'engagements clés visant à réduire les durées d'attente au Canada et allaient de l'établissement, au plus tard en décembre 2005, de points de repère sur les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires (imagerie diagnostique, arthroplastie de la hanche et du genou, radio-oncologie, chirurgie de la cataracte et soins cardiaques), à l'obtention de réductions réelles des temps d'attente au plus tard le 31 mars 2007.

Dans son rapport<sup>2</sup> d'avril 2007, l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) signalait la réalisation d'un certain progrès au cours des dernières années pour réduire les temps d'attente ainsi que l'adoption de mesures dans les cas où il n'y a pas encore eu de réduction (p. ex., en imagerie diagnostique) pour accroître la productivité et améliorer le traitement des patients. L'ATA a toutefois prévenu que ces signes encourageants ne signifient pas que le problème des temps d'attente est réglé. Il faut plutôt considérer la réduction des temps d'attente comme un point de départ vers l'amélioration de l'accès à l'ensemble du continuum des soins de santé et le renforcement de la responsabilité du système de santé. La réduction des temps d'attente trop longs sert d'objectif unificateur autant pour les bailleurs de fonds que pour les prestataires et les patients. Le programme de réduction des temps d'attente se poursuit orientant les efforts sur la gestion des temps d'attente et sur l'interconnexion des différents éléments du système.

En dépit des progrès réalisés, la concentration des efforts sur les temps d'attente et plus précisément sur l'attente dans cinq domaines seulement — et souvent sur un éventail étroit d'interventions dans chaque cas — a soulevé des critiques. Les critiques signalent que les soins de santé comportent davantage que cinq domaines prioritaires et

qu'en concentrant les efforts sur ces cinq domaines, on néglige d'affecter des ressources à d'autres et même on risque de retirer des ressources ailleurs. La nécessité de regarder plus loin que les cinq domaines prioritaires a constitué un thème central de la Conférence Maîtriser les files d'attente IV de 2007, où des experts sur les temps d'attente se réunissent chaque année pour évaluer les progrès réalisés en réduction des temps d'attente<sup>3</sup>.

En toute justice, il ne faut pas limiter le travail de réduction des temps d'attente aux cinq domaines prioritaires du début. Dans sa stratégie sur les temps d'attente, l'Ontario a d'ailleurs affirmé que les cinq domaines n'étaient que le début d'un exercice continu visant à améliorer l'accès et à réduire les temps d'attente pour un vaste éventail de soins de santé<sup>4</sup>.

Dès le début, les membres de l'ATA avait considéré les premiers cinq domaines cliniques comme un point de départ. En avril 2007, l'Alliance a lancé l'étape suivante et étendu ses efforts à cinq autres spécialités médicales où il convenait d'établir des points de repère pour les temps d'attente : soins d'urgence, soins psychiatriques, chirurgie plastique, gastroentérologie et anesthésiologie. L'établissement de points de repère pour les temps d'attente dans ces spécialités, comme dans le cas des cinq premières, a été l'occasion de discussions importantes entre spécialistes sur des temps d'attente acceptables pour leurs patients et sur les façons possibles de les réduire.

Ce rapport présente des points de repère pour les temps d'attente dans ce que l'ATA appelle «les cinq domaines suivants». Des milliers de Canadiens ont besoin de traitements tous les jours dans ces spécialités. L'étape suivante de l'effort continu déployé par l'ATA afin de garantir l'accès en temps opportun à un vaste éventail de soins médicaux pour les patients consiste à répondre à ces besoins.



# Travail accompli jusqu'à maintenant

Au cours de l'hiver 2005, l'ATA a dévoilé une série provisoire de points de repère sur les temps d'attente pour les cinq premiers domaines prioritaires (imagerie diagnostique, arthroplastie de la hanche et du genou, radio-oncologie, chirurgie de la cataracte et soins cardiaques). Ces points de repère ont servi de base à une consultation détaillée des intervenants. L'ATA a publié par la suite, en août 2005, un rapport contenant un éventail détaillé de points de repère sur les points d'attente (voir Annexe A).

Les gouvernements provinciaux ont annoncé une série partielle de points de repère sur les temps d'attente en décembre 2005 (comme il a en avait été convenu dans le plan décennal de 2004). Même si l'on considérait qu'il s'agissait d'un bon point de départ, l'ATA a déjà signalé les lacunes des points de repère des gouvernements : ils demeurent incomplets et il y a encore beaucoup de travail à faire. Par exemple, même si l'ATA a fourni un éventail complet de points de repère sur les temps d'attente pour les soins cardiaques, les gouvernements provinciaux ont annoncé des points de repère pour le pontage aortocoronarien seulement.

## La nécessité de dépasser les cinq premiers domaines prioritaires

Outre le travail effectué par l'ATA afin d'établir des points de repère sur les temps d'attente dans les cinq premiers domaines prioritaires et les cinq nouvelles spécialités (dont il est question dans le présent rapport), d'autres groupes ont été actifs à cet égard. Le Réseau de la santé des enfants de l'Ontario (RSEO) a établi, pour les chirurgies pédiatriques, des points de repère qu'ont adoptés par la suite un certain nombre d'organisations pédiatriques<sup>6</sup>. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association médicale canadienne (AMC) collaborent à des stratégies afin d'améliorer l'accès en temps opportun aux soins médicaux primaires. Ce partenariat se concentre sur les périodes pendant lesquelles des Canadiens doivent attendre avant de trouver un médecin de famille, avant de pouvoir consulter un médecin de famille, obtenir des examens de diagnostic et consulter un spécialiste.

## Réductions réelles des temps d'attente

Le plan décennal incluait un engagement de réduire vrai-

ment les temps d'attente au plus tard le 31 mars 2007. Dans ce contexte, l'AMC a publié, en avril 2007<sup>2</sup>, un rapport intitulé *C'est l'heure!* En dépit du manque de données comparatives sur les temps d'attente, l'ATA a signalé qu'on a réalisé des progrès en améliorant l'accès en temps opportun à certaines interventions chirurgicales d'un bout à l'autre du Canada. Il ne faut toutefois pas considérer que ces constatations signifient «mission accomplie». Il faut poursuivre les efforts et l'ATA a publié plusieurs recommandations et recommandé notamment de créer une stratégie nationale de gestion des effectifs de la santé.

## Garanties de temps d'attente pour les patients

L'ATA préconise une garantie de temps d'attente pour les patients, financée par le secteur public, qui serait reliée aux points de repère sur les temps d'attente. Dans son budget de 2007, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il consacrerait jusqu'à 612 millions de dollars à une fiducie afin d'aider à accélérer l'application des garanties de temps d'attente pour les patients. Outre un «boni de signature» de 10 millions de dollars par province et de 4 millions par territoire, on leur accordera, par l'intermédiaire d'une fiducie indépendante, jusqu'à 500 millions de dollars répartis également en fonction de la population. Les provinces doivent désigner au moins un des cinq domaines prioritaires où elles mettront en œuvre une garantie de temps d'attente pour les patients. On a outre affecté 400 millions de plus à l'Inforoute Santé du Canada afin d'appuyer la mise au point par les provinces et les territoires des dossiers de santé électroniques qui, notamment, contribueront à réduire les temps d'attente<sup>7</sup>.

Au cours de la conférence Maîtriser les files d'attente IV qui a eu lieu en avril 2007, le premier ministre a annoncé que les provinces et les territoires avaient tous convenu de participer à la Fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients. L'accès au fonds est lié aux éléments de base suivants :

- un délai précis qui indique quand il faudrait fournir des services de soins de santé médicalement nécessaires;
  - l'accès à d'autres possibilités de soins offert automatiquement aux patients si le système ne réussit pas à les traiter dans les délais établis.
- Les interventions choisies par les provinces et les terri-

toires varient considérablement (Annexe B). Six provinces ont choisi d'appliquer une garantie de temps d'attente en radio-oncologie, deux autres ont choisi le pontage aorto-coronarien et une province (Ontario) a choisi la chirurgie de la cataracte.

La façon d'appliquer ce nouveau financement a suscité énormément de critiques. Sauf dans le cas du Québec, aucune province ni aucun territoire n'a choisi plus d'une intervention. En outre, même si plusieurs provinces ont choisi la radio-oncologie, le délai d'application de la garantie diffère entre les provinces (huit semaines en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, en Alberta et en Colombie-Britannique contre quatre semaines au Manitoba) et dépasse considérablement le temps d'attente maximal recommandé par la l'ATA, soit deux semaines. Sauf dans le cas du Manitoba, le délai dépasse le point de repère fixé à quatre semaine par les gouvernements provinciaux. Huit semaines dépassent aussi de

loin la période d'attente à laquelle les patients font actuellement face selon les sites web sur les temps d'attente des provinces. Enfin, dans beaucoup de provinces, la garantie n'entrera en vigueur qu'en 2010.

En dépit de ces lacunes, l'ATA croit que l'acceptation par les provinces du concept d'une garantie de temps d'attente pour les patients constitue un pas en avant dans l'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun et une amélioration de la responsabilité du système à l'égard des patients - tout comme ce fut le cas lorsqu'elles ont accepté le concept des points de repère sur les temps d'attente. Par ailleurs, l'ATA a aussi recommandé que les gouvernements provinciaux adoptent avant la fin de l'année des garanties de temps d'attente pour les patients dans les cinq domaines prioritaires. Entre-temps, l'ATA surveillera l'utilisation que les provinces et les territoires feront du fonds de fiducie et suivra les progrès réalisés.

# Définition des points de repère pour les nouvelles spécialités de l'ATA

Cette section contient les points de repère sur les temps d'attente établis par les nouveaux membres de l'ATA — l'Association canadienne des médecins d'urgence, l'Association des psychiatres du Canada, la Société canadienne des chirurgiens plasticiens, l'Association canadienne de gastroentérologie et la Société canadienne des anesthésiologistes — y compris les méthodes utilisées pour les élaborer, ce que l'on sait des temps d'attente dans ces spécialités comparativement aux points de repère, et une discussion sur les facteurs clés qui ont une incidence sur les temps d'attente dans chaque spécialité. En participant au travail de l'ATA, la Société canadienne des anesthésiologistes a un double objectif : fournir des points de repère sur les temps d'attente dans le domaine de la gestion de la douleur et participer à l'établissement de points de repère sur les temps d'attente par d'autres spécialités de l'ATA compte tenu du rôle que joue l'anesthésiologiste comme membre de l'équipe chirurgicale.

Comme dans le cas des premiers points de repère, le processus d'établissement des nouveaux points de repère sur les temps d'attente doit respecter les premiers principes établis par l'ATA en 2005 (Pièce A).

Comme dans le cas de la première série de points de repère de l'ATA, la méthode précise utilisée par chacune des spécialités participantes consistait à revoir les évaluations cliniques disponibles ou les données épidémiologiques sur les seuils des temps d'attente, à revoir les normes en vigueur sur l'accès lorsqu'il y a en avait, ainsi qu'à consulter les membres de la spécialité et à échanger avec eux pour revoir et étudier les objectifs relatifs aux temps d'attente. Le processus a aussi continué de suivre une approche «basée sur les données probantes» plutôt que «liée aux données probantes». Les résultats de recherche insuffisants ou non concluants ne doivent pas empêcher d'établir des objectifs sur les temps d'attente, car les décisions doivent reposer sur les meilleures données probantes disponibles. On trouve à la fin du rapport un glossaire sur les principaux termes reliés aux temps d'attente.

La Figure 1 illustre le cadre que l'ATA a utilisé pour établir des points de repère sur les temps d'attente. Chacune des nouvelles spécialités apporte un point de vue particulier et s'appuie sur le travail d'élaboration des premiers points de repère effectué par l'ATA. Comme on l'a déjà mentionné, l'ATA appuie aussi les efforts du CFMC et de l'AMC qui cherchent à définir des stratégies afin

## Pièce A : Les premiers principes de l'ATA devant guider l'établissement de points de repère pour les temps d'attente

L'ATA est d'avis qu'il faut établir des points de repère pour tous les services de santé essentiels. Elle a défini 10 principes qui régiront son travail d'élaboration de points de repère sur les temps d'attente et, en bout de ligne, pour un accès aux soins en temps opportun, pour tous les Canadiens.

1. Les Canadiens ont le droit de bénéficier de soins en temps opportun et de grande qualité, ce qui commence par l'accès à un médecin de famille ou à un omnipraticien. L'établissement et le maintien de points de repère sur les temps d'attente *ne doivent nullement compromettre la qualité des soins* prodigués aux patients.
2. *Il faut élaborer les points repère sur les temps d'attente du point de vue du patient.* Il faut à cette fin suivre les temps d'attente à compter du premier contact que le patient a avec le système de soins de santé pour faire traiter son problème jusqu'à la réadaptation, en passant par le diagnostic et le traitement. Les patients doivent aussi participer à l'élaboration de points de repère sur les temps d'attente et être informés des points de repère approuvés.
3. L'élaboration et l'établissement de points de repère sur les temps d'attente doivent reposer sur *une approche pancanadienne* afin d'aider à assurer que les Canadiens bénéficient d'un accès comparable aux soins nécessaires, d'éviter le double emploi et de maximiser les économies d'échelle. Les points de repère doivent être pancanadiens, mais on peut fixer des objectifs provinciaux ou territoriaux tenant compte des besoins différents et de la capacité des provinces et des territoires à atteindre les points de repère sur les temps d'attente.
4. Les points de repère sur les temps d'attente doivent *reposer sur les meilleures données probantes disponibles, ainsi que sur un consensus clinique* (entente générale dans les milieux médicaux) qui conviennent au contexte canadien.
5. Les points de repère sur les temps d'attente sont dynamiques et devraient émaner d'*un processus continu et transparent* comportant l'évaluation, la mise à

jour en temps opportun et l'amélioration des points de repère au besoin. Ce processus doit inclure l'évaluation continue des technologies nouvelles et l'effet qu'elles peuvent avoir sur les points de repère sur les temps d'attente.

6. L'élaboration, l'amélioration et la mise en œuvre réussies des points de repère sur les temps d'attente passent par la *contribution dès le début, continue et significative des milieux de la pratique* (travailleurs de la santé des premières lignes).
7. Il est des plus importants de *rendre des comptes au public* par la surveillance continue et la production de rapports sur les temps d'attente afin de maintenir la confiance des patients dans le système de santé. La réduction des périodes pendant lesquelles ils doivent attendre pour obtenir des services de santé dans les cinq domaines prioritaires rehausserait leur confiance dans le système de santé.
8. 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 le biais du Fonds de réduction des temps d'attente et élaborer des stratégies afin de promouvoir le recours approprié aux services de santé.
9. L'établissement de points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires *ne doit pas se faire au détriment d'une réduction de l'accès aux autres services de santé*. Il faut assurer une surveillance pour veiller à ce que cela ne se produise pas.
10. Il faut *mettre en œuvre les points de repère sur les temps d'attente en se fondant sur des lignes directrices relatives à la pertinence et sur des outils d'établissement des priorités qui soient justes, équitables et transparents pour le patient*.

d'améliorer pour les Canadiens l'accès aux soins médicaux primaires et à déterminer leur rôle dans le travail d'élaboration des autres points de repère.

Le Tableau 1 résume les points de repère sur les temps d'attente. Il n'inclut pas tous les points de repère établis par les nouvelles spécialités, mais il en présente plutôt un échantillon. On trouvera la liste complète des points de repère sur le site web de l'ATA, [www.waittimealliance.ca/index.htm](http://www.waittimealliance.ca/index.htm).

Les points de repère sont présentés dans trois catégories d'urgence utilisées dans les rapports antérieurs de l'ATA : cas d'urgence immédiate, cas urgents, cas prévus. Étant donné que les objectifs relatifs aux soins d'urgence ont trait seulement aux situations d'urgence, tous les points de repère à cet égard se retrouvent dans la catégorie 1. Le

temps visé par une spécialité dans les cas «urgents» pourrait en outre différer de celui d'une autre spécialité à cause de la nature des diverses maladies.

Comme elle le signale dans son rapport de 2005 au sujet des points de repère sur les temps d'attente pour les cinq premiers domaines prioritaires, l'ATA considère ses points de repère comme «des objectifs de rendement du système de santé qui reflètent un consensus général sur les temps d'attente médicalement raisonnables dans les services de santé fournis aux patients<sup>5</sup>». Il ne faut en outre pas considérer ces points de repère ou objectifs de rendement comme des normes, ni comme une ligne au-delà de laquelle un fournisseur de soins de santé ou un bailleur de fonds agit sans faire preuve de la diligence raisonnable<sup>8</sup>. Chaque patient est unique et a besoin de soins différents. Il ne faut en outre pas considérer que les points de repère sur les temps d'attente sont coulés dans le bronze : ils évolueront plutôt en fonction de l'arrivée de nouvelles données de recherche, des changements de la technologie et de l'évolution des besoins de la population dans le domaine de la santé.

## Soins d'urgence

### Les enjeux

Pour beaucoup de Canadiens, les services d'urgence demeurent un important guichet d'accès au système de santé, car ils accueillent quelque 10 millions de patients par année. Il importe pour deux raisons d'ajouter au modèle de l'ATA des points de repère sur les temps d'attente dans le cas des services d'urgence. Tout d'abord, les services d'urgence sont souvent considérés comme un indicateur très visible de l'état du système de santé du Canada, particulièrement en ce qui concerne l'accès et les temps d'attente. Deuxièmement, des patients des services d'urgence sont hospitalisés et passent en chirurgie, ce qui peut avoir des effets sur les temps d'attente en chirurgie et sur l'utilisation des ressources régulières.

L'engorgement des services d'urgence constitue le problème le plus sérieux auquel font face les soins d'urgence au Canada, car il accroît les souffrances des patients, prolonge les temps d'attente et dégrade les niveaux de service. Un des mythes les plus répandus au sujet de l'engorgement, c'est qu'il est causé par des personnes qui ont des problèmes non urgents et qui bloquent le système. En fait, l'utilisation des services d'urgence pour des causes non urgentes a peu d'effet sur les temps d'attente. Les patients en cause ont habituellement besoin de très peu de soins infirmiers et n'occupent pas de civières de soins actifs.

La pénurie de lits dans les salles et les unités de soins intensifs constitue la principale cause de l'engorgement, ce qui oblige à «entreposer» des patients de surplus dans les services d'urgence et crée pour les patients gravement

malades une situation qui leur «bloque» l'accès aux soins en temps opportun<sup>9</sup>. Le besoin de lits pour «d'autres niveaux de soins» a en retour une incidence importante sur la capacité en lits de soins actifs : environ 20 % des patients occupent inutilement des lits de soins actifs à cause du manque de ressources communautaires et de pénuries de lits de soins palliatifs et chroniques. Un patient «entreposé» dans les services d'urgence bloque en moyenne l'accès à quatre patients à l'heure, ce qui contribue directement à prolonger les temps d'attente et les souffrances des patients<sup>10</sup>.

### Points de repère sur les temps d'attente dans les services d'urgence

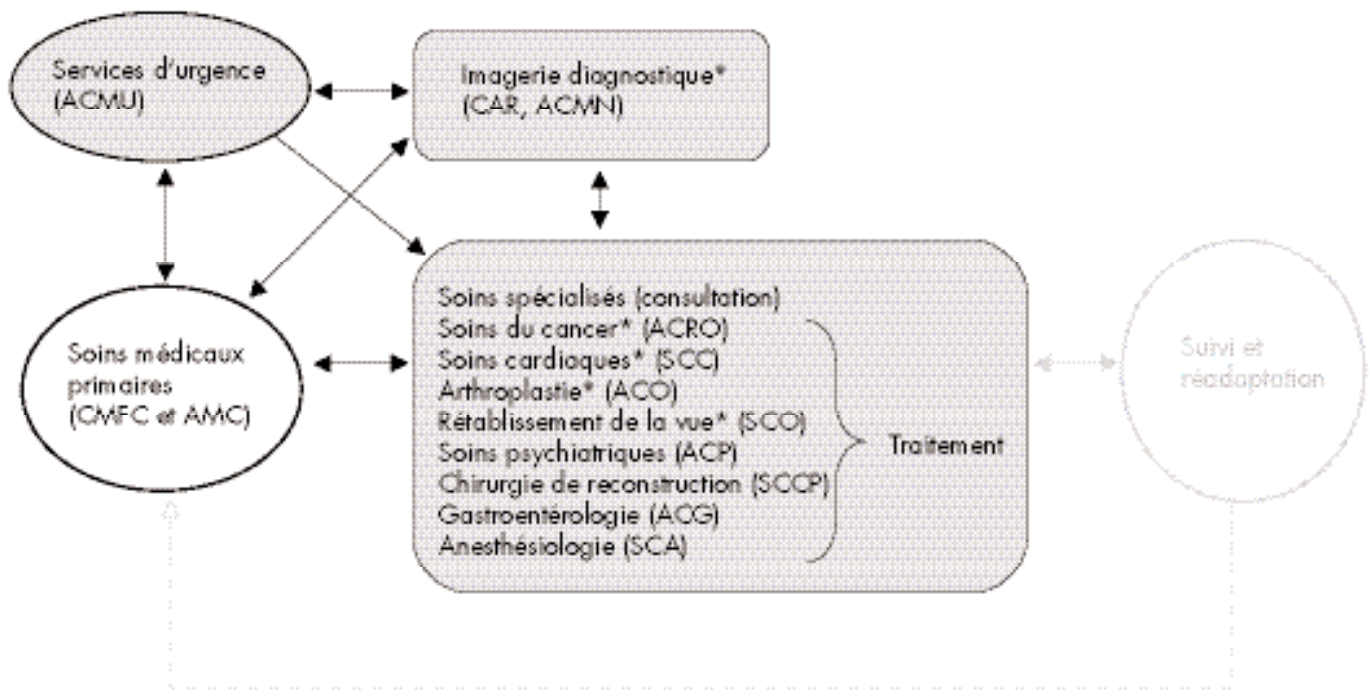
Représentant 1800 médecins urgentistes, l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) joue un rôle vital dans l'élaboration de normes nationales sur les services d'urgence et de guides de pratique clinique. L'ACMU a établi les premières lignes directrices sur les temps d'attente médicalement acceptables (points de repère) en 1998, dans le contexte de l'échelle canadienne de triage et de gravité (l'ECTG). Les objectifs de l'ECTG sont de «définir avec

plus de précision les besoins des patients en soins rapides et de permettre aux services d'urgence d'évaluer le niveau d'acuité de ces besoins; leurs besoins en ressources et leur performance en prévision de certains «objectifs d'intervention<sup>11</sup>». Le temps de réponse des médecins dans les cas des niveaux 1 et 2 de l'ECTG repose sur des données scientifiques. Dans celui de tous les autres niveaux, il est fondé sur l'opinion et le consensus. Les temps de réponse sont des idéaux, ou des objectifs, et non des normes de soins établies<sup>12</sup>.

Au moment de l'inscription initiale au service d'urgence, les patients sont affectés à une des cinq catégories en fonction de l'urgence perçue de leur plainte au moment où ils se présentent (Tableau 2). Le taux d'admission désigne celui auquel on s'attendrait compte tenu du niveau de gravité ou du niveau de l'ECTG.

L'ACMU a en outre établi des objectifs relatifs aux temps d'attente en ce qui concerne la durée totale du séjour à l'urgence (Tableau 3). La durée du séjour commence lorsque le patient s'inscrit ou passe au triage et se termine lorsque le patient a quitté physiquement le service d'urgence.

Figure 1 : Cadre d'élaboration de points de repère sur les temps d'attente.



\*Domaine prioritaire identifié en 2004 dans l'accord des premiers ministres.

■ Domaine de spécialité couvert par les points de repère établis par l'ATA.

**Note :** ACG = Association canadienne de gastroentérologie, ACMN = Association canadienne de médecine nucléaire, ACMU = Association canadienne des médecins d'urgence, ACO = Association canadienne d'orthopédie, ACRO = Association canadienne des radio-oncologues, AMC = Association médicale canadienne, APC = Association des psychiatres du Canada, CAR = Association canadienne des radiologistes, CMFC = Collège des médecins de famille du Canada, SCA = Société canadienne des anesthésiologistes, SCC = Société canadienne de cardiologie, SCCP = Société canadienne des chirurgiens plasticiens, SCO = Société canadienne d'ophtalmologie.

**Tableau 1 : Sommaire des points de repère sur les temps d'attente selon le niveau de priorité\***

Spécialité et intervention	Point de repère sur les temps d'attente		
	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas prévus
Soins d'urgence	Niveau 1 : Immédiate (p. ex., arrêt cardiaque) Niveau 2 : < 15 min. (p. ex., douleur à la poitrine) Niveau 3 : < 30 min. (p. ex., asthme modéré) Niveau 4 : < 60 min. (p. ex., traumatisme mineur) Niveau 5 : < 120 min. (p. ex., entorses)	Sans objet	Sans objet
Soins psychiatriques (p. ex., psychose, manie, dépression majeure) • Accès à un médecin de famille pour des problèmes aigus de santé mentale • Accès à un psychiatre après une référence par le médecin de famille	Accès jugé approprié après le triage  Dans les 24 h	Dans les 24 h  Dans 1 à 2 semaines	Dans la semaine qui suit  Dans 2 à 4 semaines
Chirurgie plastique	Dans les 24 h (p. ex., infections, brûlures, traumatismes à la main et au visage)	Dans les 2 à 8 semaines (p. ex., la plupart des problèmes néoplasiques, certains problèmes crâniofaciaux)	Dans les 2 à 6 mois (p. ex., anomalies congénitales, plaies, la plupart des interventions électives à la main)
Gastroentérologie (comprend le temps écoulé entre la référence et la consultation et/ou le traitement ou l'intervention, le cas échéant)	Dans les 24 h (p. ex., saignement gastro-intestinal aigu, hépatite sévère aiguë)	Dans les 2 semaines (p. ex., forte probabilité de cancer, jaunisse aiguë obstructive indolore)  Semi-urgent : dans les deux mois (p. ex., anémie sidéropénique, diarrhée chronique)	Dans les 6 mois (p. ex., coloscopie de dépistage, reflux gastro-œsophagien chronique)
Anesthésiologie — prise en charge de la douleur (temps d'attente pour la première évaluation par le surspécialiste de la douleur après référence par le médecin de première ligne)	Voir Tableau 8.		

\*Les degrés d'urgence sont définis ainsi : cas d'urgence immédiate = danger immédiat pour la vie, un membre ou un organe; cas urgent = situation instable qui peut se détériorer rapidement et aboutir à une admission d'urgence; cas semi-urgent = situation qui comporte de la douleur, une dysfonction et une incapacité, mais le patient est stable et il y a peu de chance que son état de détériore rapidement au point où il aura besoin de soins d'urgence; cas prévu = situation mettant en cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimale (aussi appelé cas «de routine» ou «électif»).

**Tableau 2 : Niveaux de triage et points de repère pour les temps d'attente à l'urgence.**

Niveau ECTG	Niveau de maladie et gravité	Temps de réponse des médecins; min.	Diagnostic sentinelle	Taux d'admission; %
1	Réanimation	Immédiatement	Arrêt cardiaque	70-90
2	Urgence immédiate	< 15	Douleur à la poitrine	40-70
3	Urgence	< 30	Asthme modéré	20-40
4	Urgence moindre	< 60	Traumatisme mineur	10-20
5	Non urgent	< 120	Entorses	0-10

ECTG = Échelle canadienne de triage et de gravité.

L'ECTG est actuellement utilisée et surveillée dans environ 80 % des services d'urgence du Canada. L'information suivie inclut le temps d'attente pour passer au triage, pour voir une infirmière et ensuite un médecin, le temps écoulé avant l'admission et avant le transfert à un service. Beaucoup d'hôpitaux n'utilisent toutefois toujours pas un système informatisé commun pour consigner l'activité au service d'urgence.

Dans quelle mesure les services d'urgence du Canada réussissent — ils à respecter ces points de repère sur les temps d'attente? Même si l'on peut trouver un peu d'information au sujet d'autres provinces, l'Ontario est la seule à disposer actuellement de données détaillées<sup>13</sup>. En 2005, l'ICIS a publié un rapport fondé en grande partie sur les hôpitaux de l'Ontario (Tableau 4). Comme on peut le voir, dans les cas «moins urgents» et «non urgents», le temps d'attente médian (50 % des patients) qui s'écoule avant l'évaluation initiale par un médecin tombe au-dessous des points de repère de l'ACMU. De même, l'attente médiane dans le cas de la durée du séjour à l'urgence tombe au-dessous des points de repère pour tous les niveaux. Il y a toutefois énormément de place pour l'amélioration dans le cas à la fois du temps pendant lequel il faut attendre pour recevoir une évaluation initiale d'un médecin et de la durée totale du séjour à l'urgence, si l'on considère que le temps de traitement pour 90 % de la population, qui constitue le temps d'attente réel, dépasse de loin les objectifs fixés par l'ACMU pour presque tous les niveaux.

Une analyse des tendances de l'utilisation des services d'urgence au Canada indique que la demande change, mais qu'on ne s'attend pas à ce qu'elle diminue :

Même si le nombre total de visites à l'urgence en Ontario n'a pas changé de façon spectaculaire

au cours de la dernière décennie, le vieillissement de la population et l'évolution des tendances de l'utilisation des soins de santé, en particulier chez les personnes âgées, se reflètent dans une hausse des taux de visites à l'urgence par les plus de 55 ans et particulièrement ceux qui ont plus de 75 ans. Ces patients constituent en général des cas beaucoup plus complexes à traiter à l'urgence, car ils ont souvent des problèmes multisystémiques<sup>14</sup>.

L'ACMU a établi des points de repère appropriés sur les temps d'attente et a recommandé aussi plusieurs stratégies d'amélioration de l'accès aux services d'urgence, notamment d'augmenter le nombre de lits de soins actifs, d'optimiser les stratégies de gestion des lits afin d'en améliorer l'utilisation appropriée, et de mettre en œuvre des mesures de responsabilité. Le Royaume-Uni a adopté une telle stratégie afin de raccourcir la durée du séjour aux services d'urgence en adoptant un objectif de quatre heures entre l'arrivée à l'admission et le congé ou le transfert. Afin d'appuyer cet objectif, on a offert des incitatifs financiers, mis en place des mesures de responsabilité et investi davantage dans le personnel et le matériel médical. À la suite de

**Tableau 3 : Points de repère relatifs à la durée du séjour à l'urgence.**

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

ECTG = Échelle canadienne de triage et de gravité

**Tableau 4 : Temps de réponse des médecins et durée du séjour à l'urgence, 2003–2004.**

Niveau ECTG	Temps écoulé avant l'évaluation initiale par un médecin; min.		Durée du séjour à l'urgence	
	Point de repère ACMU-ATA	Temps réel; temps médian en min. (et temps de traitement pour 90 % des patients)	Point de repère ACMU-ATA; min.	Temps réel; temps médian en min. (et pour 90 % des patients)
1 (réanimation)	Immédiate	5 (45)	360	161 (544)
2 (urgence immédiate)	<15	36 (129)	360	241 (638)
3 (urgence)	<30	60 (186)	360	190 (510)
4 (urgence moindre)	<60	54 (163)	240	100 (275)
5 (non-urgent)	<120	40 (135)	240	67 (194)

Source : ICIS<sup>13</sup>. Les données proviennent de 163 services d'urgence, de quatre établissements de la Nouvelle-Écosse, de trois de la Colombie-Britannique et d'un de l'Île-du-Prince-Édouard.

ces efforts, 96 % des patients passent maintenant quatre heures ou moins aux services d'urgence au R.-U.

L'ACMU a recommandé que les gouvernements du Canada adoptent les lignes directrices de l'ECTG comme points de repère standards sur les temps d'attente dans les services d'urgence du Canada. En outre, chaque niveau de compétence devrait mettre sur pied un groupe de travail chargé d'étudier et de relever les défis associés à l'observation des lignes directrices de l'ECTG dans les services d'urgence. Idéalement, il faudrait réunir sur le web et en temps réel des données sur la durée des séjours au service d'urgence et sur le temps écoulé avant l'admission<sup>14</sup>.

## Soins psychiatriques

### Les enjeux

La santé mentale a souvent été négligée dans le cadre d'efforts d'envergure déployés dans le domaine de la santé au Canada. Le Canada est en fait le seul pays industrialisé à ne pas avoir de stratégie ou de plan national sur la santé mentale. Il ne faut donc pas s'étonner que les premiers ministres aient oublié la santé mentale dans leur plan décennal.

On n'a pas consacré suffisamment d'attention à la santé mentale même si les faits démontrent que :

- environ 20 % des Canadiens auront une maladie mentale à un moment donné au cours de leur vie<sup>15</sup>;
- 5 des 10 principales causes d'incapacité sont maintenant reliées à des troubles mentaux;
- des problèmes de santé mentale contribuent maintenant à l'incapacité au Canada plus que tout autre groupe de maladies, y compris le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires<sup>16</sup>;
- le suicide cause plus de décès que les accidents de la circulation. La plupart des personnes qui se suicident ont déjà eu une maladie psychiatrique — le pourcentage des jeunes est disproportionné;
- la dépression non traitée est la principale cause d'incapacité chez les femmes en âge de travailler.

L'accès en temps opportun aux services de santé psychiatrique demeure un défi sérieux. On tient rarement des listes d'attente pour les services de santé mentale, car l'écart entre le besoin et la disponibilité des traitements est trop vaste. En fait, l'édition 2004 du Sondage national auprès des médecins a révélé que les médecins de famille avaient beaucoup plus de difficulté à avoir accès aux psychiatres, pour le compte de leurs patients, qu'à toute autre catégorie de médecins spécialistes : 65 % des médecins de famille ont signalé avoir de sérieuses difficultés à avoir accès à des spécialistes en santé mentale<sup>17</sup>.

La publication, en 2006, du rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie men-*

*tales et la toxicomanie au Canada*<sup>18</sup>, et la nouvelle commission sur la santé mentale dirigée par l'honorable Michael Kirby ont heureusement attiré davantage d'attention sur le besoin d'un meilleur système de santé mentale.

L'Association des psychiatres du Canada (APC) est le porte-parole national des 4100 psychiatres du Canada et de plus de 600 résidents en psychiatrie. Même si les services de psychiatrie n'étaient pas inclus dans les cinq premiers domaines prioritaires choisis par les premiers ministres, l'APC a établi des objectifs sur les temps d'attente en mentionnant la médiocrité de l'accès aux soins psychiatriques pour les Canadiens : «Si les cliniciens n'établissent pas eux-mêmes d'objectifs appropriés, on ne pourra alors évaluer aucun service en fonction de bons critères cliniques<sup>19</sup>».

### Points de repère sur les temps d'attente pour les soins psychiatriques

Comme on l'a fait dans le cas des cinq premiers domaines prioritaires, l'APC a choisi de déterminer des points de repère sur les temps d'attente ou des objectifs de rendement pour des problèmes sentinelles (Tableau 5).

Tout d'abord, on a choisi des maladies qui dépassaient clairement le domaine des états affectifs de tous les jours, c.-à-d. des problèmes faciles à définir comme des maladies. Dans le cas de la seule maladie qui pourrait prêter à confusion avec des réponses affectives normales (maladies dépressives majeures graves), on a recommandé la variable intermédiaire que constitue une évaluation par un médecin de famille.

Deuxièmement, on a passé en revue des publications au sujet des effets de la durée d'une maladie non traitée en accordant une attention particulière au lien entre cette durée, les possibilités de réadaptation future et la facilité de rétablissement des patients atteints de la maladie en cause.

Troisièmement, un groupe restreint de cliniciens de premier plan s'est penché sur toute l'information afin de dégager des lignes directrices raisonnables fondées sur un consensus.

Les lignes directrices proposées ont ensuite été distribuées généralement dans le contexte d'un processus itératif, tout d'abord à des spécialistes de chacune des maladies, ensuite, aux départements universitaires de psychiatrie et enfin, aux membres de l'APC. On a ensuite distribué ce document de concertation pour obtenir leurs commentaires, à d'autres groupes professionnels, ainsi qu'à des organisations représentant les patients et les membres de leur famille.

Les points de repère représentent la meilleure estimation médicale de temps d'attente appropriés depuis la référence jusqu'au premier contact dans le cas des problèmes cliniques en question. Il faut les distinguer des chiffres publiés par l'Institut Fraser qui portaient avant tout sur une autre période d'attente très importante : la période



pendant laquelle il faut attendre, après avoir consulté le spécialiste, pour avoir accès à un programme de traitement précis.

Les lignes directrices diffèrent aussi des chiffres publiés en 2001<sup>20</sup> par el-Guebaly et Atkinson, qui se sont penchés non pas sur des problèmes en particulier, mais plutôt sur l'accès en général. La classification de «cas d'urgence immédiate, urgents et de routine-électifs» utilisée par ces auteurs diffère des catégories plus normalisées suggérées par l'ATA et utilisées dans la recommandation de l'APC.

Même s'il est important de déterminer les temps d'attente médicalement appropriés, les obstacles à l'accès aux soins sont importants. Les enquêtes épidémiologiques montrent que beaucoup de personnes qui souffrent ne cherchent pas du tout à se faire soigner. Les tentatives de suicide ou les suicides réussis peuvent constituer la première manifestation d'une maladie dépressive. Dans le cas d'un pourcentage important de sujets atteints de schizophrénie, la première manifestation peut comporter un contact avec la police, à la demande d'un ami ou d'un proche. Le stigmate — la honte que ressentent les patients atteints d'une «maladie mentale», souvent conjuguée à l'attitude de désintéressement ou de rejet des travailleurs de la santé dans les cabinets, les cliniques, les hôpitaux et les salles d'urgence — constitue un des principaux d'obstacles.

L'APC reconnaît qu'il y a beaucoup de périodes d'attente déterminables dans le processus global de soins, y compris l'attente pour avoir accès aux soins hospitaliers, à des traitements de réadaptation et à un soutien communautaire approprié. L'APC reconnaît aussi le rôle important que jouent les médecins de famille dans le processus de soin. Ce ne sont pas tous les problèmes psychiatriques qui nécessitent l'intervention d'un spécialiste. Les temps d'attente commencent lorsque le patient et le médecin décident tous deux qu'une référence s'impose, mais cela sup-

pose que le patient a facilement accès à un médecin de famille. C'est pourquoi l'APC a établi un point de repère qui a trait spécifiquement à l'accès à un médecin de famille pour des problèmes de santé mentale aigus ou urgents, tandis que les autres points de repère sont reliés à l'accès à un psychiatre sur référence d'un médecin de famille.

Il y a peu de données disponibles sur les temps d'attente pour les services psychiatriques au Canada. Beaucoup de cliniciens ne tiennent pas de liste d'attente pour toutes sortes de raisons reliées aux pressions écrasantes qui s'exercent dans le domaine des soins psychiatriques et au fait que dans beaucoup de cas, il y a très peu de services disponibles.

Un Canadien sur cinq vivra un épisode important de maladie mentale un jour au cours de sa vie. Or, on a estimé que le tiers seulement des personnes qui bénéficieraient de consulter un professionnel pour des problèmes de santé mentale réussissent à voir quelqu'un qui pourrait les aider. Pouvez-vous imaginer le tollé de protestations s'il en était ainsi dans le cas de n'importe quelle autre maladie — si, par exemple, le tiers seulement des personnes qui ont besoin d'un traitement contre le cancer le recevaient<sup>21</sup>!

Une enquête réalisée par l'APC en 2001<sup>20</sup> a révélé que la durée médiane de la période pendant laquelle il fallait attendre pour obtenir un traitement psychiatrique s'il n'y avait pas d'urgence immédiate s'établissait à 7,5 semaines. Ce résultat s'appuie sur des rapports anecdotiques de psychiatres. L'information fournie au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie chargé d'étudier l'état de la santé mentale, des maladies mentales et des toxicomanies a indiqué que les listes d'attente pour les enfants et les adolescents qui ont besoin de consulter un psychiatre varient de huit semaines à

**Tableau 5 : Points de repère pour les temps d'attente recommandés dans le cas des soins psychiatriques.**

Indication	Cas d'urgence immédiate	Cas d'urgence	Cas prévu
Accès à un médecin de famille Problèmes de santé mentale aigus ou urgents	Déterminé au triage	Dans les 24 h	Dans la semaine
Accès à un psychiatre après référence par un médecin de famille			
Premier épisode de psychose	Dans les 24 h	Dans la semaine	Dans les 2 semaines
Manie	Dans les 24 h	Dans la semaine	Ne s'applique pas généralement
Hypomanie, avec diagnostic antérieur de manie	Ne s'applique pas généralement	Dans les 2 semaines	Dans les 4 semaines
Dysthymie ou psychose postpartum grave	Dans les 24 h	Dans la semaine	Dans les 4 semaines
Dépression majeure	Dans les 24 h	Dans les 2 semaines	Dans les 4 semaines
Consultation de diagnostic et de prise en charge (y compris consultation pour des problèmes pédiatriques et gériatriques non mentionnés autrement ci-dessus)	Dans les 24 h	Dans les 2 semaines	Dans les 4 semaines

18 mois<sup>22</sup>. Selon d'autres rapports anecdotiques, de plus en plus de psychiatres n'acceptent plus de patients qui doivent attendre plus de huit mois à cause de préoccupations liées à la responsabilité civile — et coupent ainsi à d'autres patients la bouée de sauvetage qui offre un peu de réconfort si leur état s'aggrave. L'accès aux soins psychiatriques pose toujours un défi en particulier pour les communautés rurales et éloignées.

Même si l'ICIS recueille des données sur les admissions dans les services psychiatriques des hôpitaux, il faut mettre sur pied un cadre de collecte de données et de production de rapports sur l'accès aux services communautaires de santé mentale qui repose sur des indicateurs communs et des normes de données.

## Chirurgie plastique

### Les enjeux

Les chirurgiens plasticiens du Canada fournissent un vaste éventail de services chirurgicaux de soins actifs et prévus médicalement nécessaires. Les chirurgiens plasticiens reconstruisent des os et des tissus mous des jambes et d'autres parties du corps après des accidents dévastateurs ou une intervention chirurgicale contre le cancer. Ils traitent aussi de nombreux Canadiens atteints de cancer de la peau et réparent des défauts du visage comme les fentes palatines. Un chirurgien plasticien est particulièrement qualifié pour pratiquer des interventions de chirurgie esthétique et réparatrice.

La Société canadienne des chirurgiens plasticiens (SCCP) — l'entité professionnelle qui représente les chirurgiens plasticiens au Canada — se préoccupe de plus en plus de l'accès à la chirurgie plastique pour les patients à mesure que les temps d'attente allongent. Une comparaison des temps d'attente pour la chirurgie plastique entre 1993 et 2005 réalisée par l'Institut Fraser a révélé que le temps d'attente total entre la référence et la chirurgie est passé de 5,9 semaines en 1993 à 15,4 en 2005. En fait, les temps d'attente pour la chirurgie plastique viennent au deuxième rang parmi toutes les spécialités<sup>23</sup>.

### Points de repère sur les temps d'attente pour la chirurgie plastique

En réponse à l'allongement des temps d'attente, la SCCP a lancé un exercice visant à déterminer des points de repère acceptables pour l'éventail complet des

interventions de chirurgie plastique. La société a commencé par effectuer dans MEDLINE une recherche qui a révélé qu'il s'est fait peu de travail dans le monde entier au sujet des points de repère sur les temps d'attente en chirurgie plastique. Comme il n'y avait pas de recherche fondée sur des essais cliniques, l'avis des experts représente la meilleure façon d'établir des points de repère sur les temps d'attente.

Afin de renforcer le processus qui consistait à déterminer des points de repère sur les temps d'attente, le comité directeur de la SCCP est allé plus loin que le consensus qu'il a dégagé et a procédé à un sondage électronique auprès de tous ses membres qui avaient fourni une adresse électronique. Un échantillon de 266 membres a produit un taux de réponse de 66 %. Le sondage a réuni des avis d'experts au sujet d'un éventail détaillé de 91 interventions de chirurgie plastique. On a demandé aux répondants de choisir la période qui «correspond au temps d'attente maximal que vous jugez acceptable entre la référence et l'intervention chirurgicale». Le point de repère choisi pour les temps d'attente a été la période pendant laquelle les patients devraient attendre selon 80 % des répondants. Même si le taux de réponse élevé garantit que les constatations représentent un consensus national chez les chirurgiens plasticiens du Canada, il convient de signaler

Tableau 6 : Résumé des points de repère en chirurgie plastique.

État médical (chirurgie réparatrice)	Point de repère sur les temps d'attente (consensus de 80 %)
Problèmes aigus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracture du nez</li> <li>• Brûlure majeure</li> <li>• Traumatisme à la main (lacération du tendon flexeur)</li> <li>• Réimplantation (doigt)</li> </ul>	1 à 2 semaines 2 à 4 jours 4 à 7 jours 6 à 12 h
Problèmes liés aux seins <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstruction mammaire (immédiate)</li> <li>• Reconstruction mammaire (reportée)</li> </ul>	2 à 4 semaines 6 à 9 mois
Anomalies congénitales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bec de lièvre</li> <li>• Fente palatine</li> <li>• Anomalie crâniofaciale</li> </ul>	2 à 4 mois 9 à 12 mois 9 à 12 mois
Chirurgie des paupières <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ptose (faiblesse du muscle releveur)</li> </ul>	4 à 6 mois
Interventions électives à la main <ul style="list-style-type: none"> <li>• syndrome du canal carpien avec engourdissement permanent</li> </ul>	1 à 2 mois
Problèmes néoplasiques malins <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésion que l'on soupçonne d'être un mélanome</li> </ul>	2 à 4 semaines
Problèmes néoplasiques bénins <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcère du pied de diabétique</li> <li>• Plaie qui ne guérit pas</li> </ul>	2 à 4 mois 2 à 4 mois

que ces temps d'attente maximaux constituent des seuils conservateurs — les chirurgiens plasticiens préféreraient ne pas voir leurs patients attendre aussi longtemps.

Dans son rapport de spécialité, la SCCP présente la liste des seuils des temps d'attente pour les 91 problèmes regroupés selon l'état médical (et non l'urgence) afin d'illustrer l'éventail divers des problèmes sur lesquels a porté l'exercice d'analyse comparative. Le Tableau 6 en présente un résumé. On trouvera la liste complète des points de repère sur le site web de l'ATA.

Les temps d'attente acceptables pour la plupart des interventions de chirurgie esthétique (p. ex., enlèvement d'un nævus et d'une imperfection, liposuccion, enlèvement d'un tatouage) varient de 12 à 18 mois.

Les sites web provinciaux sur les temps d'attente affichent des rapports sur les temps d'attente en chirurgie plastique en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et, dans une certaine mesure, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Les données fournies ne sont toutefois ni uniformes, ni comparables entre les provinces. À la suite d'un sondage mené auprès de chirurgiens plasticiens du Canada, on a estimé que les temps d'attente actuels pour une intervention de chirurgie plastique non urgente sont de huit mois<sup>24</sup>.

La longueur des temps d'attente en chirurgie et leur effet sur le mieux-être des patients préoccupent de plus en plus les chirurgiens plasticiens. Les causes de l'allongement des temps d'attente pour la chirurgie plastique et réparatrice sont multifactorielles et comprennent notamment le vieillissement et l'augmentation de la population, la diminution des ressources en soins de santé (y compris le manque de temps en salle d'opération) et celle des RHS.

Un sondage réalisé en 2004 auprès des chirurgiens plasticiens du Canada a révélé que 78 % étaient d'avis qu'il y avait pénurie de chirurgiens plasticiens dans leur communauté. De plus, 28 % des répondants ont indiqué qu'ils prévoient prendre leur retraite dans moins de cinq ans. Les facteurs les plus importants qui contribuent à la pénurie de chirurgiens plasticiens comprennent la retraite anticipée et le fait qu'ils passent plus de temps dans des domaines non assurés<sup>24</sup>. L'accès aux chirurgiens plasticiens est particulièrement limité dans les régions rurales. C'est pourquoi une stratégie nationale soutenue de formation de chirurgiens plasticiens s'impose au Canada si l'on veut garantir un accès adéquat pour les patients à l'avenir.

## **Gastroentérologie**

### **Les enjeux**

Les soins en gastroentérologie consistent à traiter des maladies et des troubles de l'appareil digestif. Même si les gas-

troentérologues ont réalisé des progrès importants dans l'étude des maladies de l'appareil digestif et de leur traitement, le fardeau sanitaire et économique qu'elles imposent demeure important. Par exemple, 12 % des admissions à l'hôpital visent à traiter des maladies de l'appareil digestif<sup>25</sup>. Le saignement gastro-intestinal, le dépistage du cancer du côlon, la douleur abdominale, la dyspepsie, le syndrome du côlon irritable, les maladies intestinales inflammatoires et la diarrhée sont au nombre des raisons courantes qui entraînent une référence à un gastroentérologue.

L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG), qui regroupe plus de 1000 membres de diverses disciplines — médecins, chirurgiens, pédiatres, radiologistes et spécialistes des sciences fondamentales — participe activement à des activités de recherche, d'éducation et de soin des patients dans tous les domaines de la santé et des maladies de l'appareil digestif. L'allongement des temps d'attente en gastroentérologie préoccupe de plus en plus les membres de l'ACG.

L'ACG a lancé plusieurs initiatives pour s'attaquer aux problèmes des temps d'attente, y compris les suivantes :

- une vérification de la pratique au cours de laquelle 200 gastroentérologues ont saisi des données nationales sur 5500 consultations de patients en six mois;
- une analyse des RHS en gastroentérologie au Canada;
- l'établissement d'objectifs maximaux sur les temps d'attente à la fois pour la référence et pour le traitement.

### **Points de repère sur les temps d'attente en gastroentérologie**

L'ACG a suivi une démarche rigoureuse à base de consensus pour établir ses objectifs sur les temps d'attente. Un comité directeur constitué de gastroentérologues communautaires et universitaires de toutes les régions du Canada a surveillé le processus<sup>26</sup>. Le comité a procédé à une recherche documentaire détaillée et à un sondage auprès des patients mené à certains endroits d'un bout à l'autre du Canada. Compte tenu de ces données (niveau III), on a suivi une approche Delphi modifiée afin de proposer des objectifs sur les temps d'attente maximaux pour 27 problèmes. Les énoncés ont été distribués à un comité multidisciplinaire représentant des associations nationales et régionales de gastroentérologie, la chirurgie générale, la médecine interne et la médecine familiale. Le comité a dégagé par la suite un consensus au sujet de 24 objectifs ou points de repère sur les temps d'attente pour les patients adultes, qu'il a regroupés dans quatre catégories d'urgence entre le moment de la référence et celui de l'endoscopie (Tableau 7). Ces points de repère comprennent

le temps écoulé entre la référence par le médecin de famille au gastroentérologue, ainsi que la période d'attente avant l'endoscopie — mesure particulière à cette spécialité.

On trouvera la liste complète des points de repère sur le site web de l'ATA. Comparativement à ceux de la plupart des autres spécialités, ces objectifs ont une autre caractéristique particulière : ils portent principalement sur des symptômes ou des signes qui ne sont pas diagnostiqués.

L'ACG n'a pas seulement établi des objectifs sur les temps d'attente pour les services de gastroentérologie : elle a aussi réuni des données sur la façon dont les Canadiens s'en tirent face aux services de gastroentérologie. Les résultats sont troublants.

- Parmi les patients référés par un médecin de famille, 50 % attendent plus de deux mois pour consulter un

gastroentérologue et 20 % des patients attendent plus de quatre mois.

- Après avoir vu un gastroentérologue, 50 % des patients doivent attendre encore six semaines pour recevoir un examen diagnostique et 20 % attendent presque quatre mois.

Dans la plupart des cas, les temps d'attente pour obtenir une consultation et des services d'endoscopie dépassent les objectifs établis pour tous les aspects des maladies digestives. La demande croissante de services de gastroentérologie pour le dépistage du cancer du côlon précède considérablement. Beaucoup de régions et de provinces ont lancé des programmes de dépistage du cancer du côlon, ou sont en train de le faire, afin de prévenir le deuxième cancer le plus fréquent chez les Canadiens. Même si ces programmes sont essentiels et bienvenus, les temps d'attente ne feront que se détériorer face à ces demandes.

L'accès à un gastroentérologue peut varier d'un bout à l'autre du Canada. En 2005, 20 % des patients de l'Ontario qui présentaient des symptômes alarmants — évoquant la possibilité de maladies comme le cancer — ont attendu plus de 20 semaines entre la référence initiale et l'intervention ou les examens; 25 % des patients de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Québec ont attendu plus de 16 semaines<sup>27</sup>.

Une pénurie de gastroentérologues et l'accès limité aux services comme les ensembles hospitaliers de services de diagnostic constituent les principales causes de la longueur des temps d'attente pour des services de gastroentérologie. L'analyse des RHS en gastroentérologie effectuée par l'ACG soulève plusieurs préoccupations critiques. Par exemple, 18 % des gastroentérologues canadiens ont 60 ans ou plus et l'on s'attend à ce qu'environ le tiers d'entre eux partent à la retraite d'ici à 10 ans<sup>28</sup>. Dans la situation actuelle, l'offre de gastroentérologues au Canada est faible comparativement à d'autres pays — 1,83 gastroentérologues pour 100 000 habitants comparativement à 3,90 aux États-Unis.

## Anesthésiologie

### Les enjeux

Durant le travail effectué par l'ATA, on a invoqué à maintes reprises la disponibilité d'anesthésiologistes comme facteur critique pour réduire la longueur des temps d'attente en chirurgie. Les anesthésiologistes jouent un rôle vital dans l'équipe de chirurgie, où ils sont chargés d'assurer la sécurité et le confort des patients pendant et après l'intervention. Ils fournissent aussi des soins dans d'autres secteurs de l'hôpital comme les unités des soins intensifs, les cliniques de consultation en préadmission et les salles de travail en obstétrique. Au cours d'une étude réalisée au

**Tableau 7 : Points de repère sur les temps d'attente recommandés en gastroentérologie (de la référence à l'endoscopie).**

<p>Dans les 24 heures (urgence immédiate)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saignement gastro-intestinal aigu</li> <li>- Bol alimentaire dans l'œsophage ou obstruction par un corps étranger</li> <li>- Caractéristiques cliniques d'une cholangite ascendante</li> <li>- Pancréatite aiguë sévère</li> <li>- Hépatopathie décompensée sévère</li> <li>- Hépatite sévère aiguë</li> </ul>
<p>Dans les deux semaines (urgence)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte probabilité de cancer fondée sur les résultats d'imagerie ou d'examen médical</li> <li>- Jaunisse aiguë obstructive indolore</li> <li>- Dysphagie ou odynophagie sévère ou évoluant rapidement</li> <li>- Caractéristiques cliniques indiquant une maladie intestinale inflammatoire active</li> </ul>
<p>Dans les deux mois (semi-urgent)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saignement rectal rouge vif</li> <li>- Anémie sidéropénique documentée</li> <li>- Un résultat positif ou plus aux tests de recherche de sang occulte dans les selles</li> <li>- Hépatite virale chronique</li> <li>- Dysphagie stable (non sévère)</li> <li>- Reflux ou dyspepsie mal contrôlés</li> <li>- Constipation chronique ou diarrhée chronique</li> <li>- Changement récent des habitudes intestinales</li> <li>- Douleur abdominale inexpliquée chronique</li> <li>- Confirmation d'un diagnostic de maladie cœliaque (test d'anticorps)</li> </ul>
<p>Dans les six mois (dépistage périodique)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endoscopie de dépistage du reflux gastroœsophagien chronique</li> <li>- Coloscopie de dépistage</li> <li>- Résultats anormaux inexpliqués persistants aux tests d'enzyme hépatique</li> </ul>

Source : Paterson et al<sup>26</sup>.

Royaume-Uni, on a estimé que les anesthésiologistes participent au soin de deux tiers des patients hospitalisés<sup>29</sup>.

Pour beaucoup d'interventions chirurgicales, le programme de réduction des temps d'attente ne peut aller de l'avant sans une offre suffisante et l'utilisation efficace de tout un éventail de ressources, ce qui inclut les anesthésiologistes. L'anesthésiologie est une spécialité qu'on oublie souvent dans les enjeux liés aux RHS et à leur planification. Il faut toutefois aborder l'offre et l'utilisation appropriées des anesthésiologistes et des ressources connexes si nous voulons éviter des annulations, des retards et, finalement, des temps d'attente plus longs pour beaucoup de services médicaux. Les ressources connexes comprennent des lits de soins intensifs et les effectifs infirmiers nécessaires pour s'en occuper.

L'ATA a invité la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) à participer à ses travaux en cours afin de fournir des points de repère sur les temps d'attente dans le domaine de la gestion de la douleur et à participer comme membre de l'équipe chirurgicale qui appuie les autres spécialités afin de prodiguer des soins en temps opportun.

### Points de repère pour la prise en charge de la douleur

Beaucoup de patients qui ont une douleur chronique peuvent être traités efficacement par leur médecin de famille, qui leur administre des traitements comportant des médicaments disponibles dans la communauté. Beaucoup de médecins de famille hésitent à prescrire des médicaments qui ont prouvé leur efficacité pour soulager la douleur chronique (p. ex., le risque d'asservissement associé à l'utilisation des opiacés peut les préoccuper). Si les médecins de famille recevaient la formation nécessaire sur la prise en charge de la douleur chronique et étaient rémunérés adéquatement pour le temps supplémentaire qu'ils doivent souvent consacrer au soin des patients atteints de douleur chronique, le fardeau imposé aux cliniques de traitement

#### Qui est anesthésiologiste?

Le terme **anesthésiologiste** décrit tous les médecins qui possèdent un permis d'exercice avec privilèges d'administration d'anesthésiques. Anesthésie s'entend de toute intervention pratiquée délibérément pour insensibiliser temporairement un patient à la douleur ou à l'environnement externe afin que l'on puisse pratiquer une intervention de diagnostic ou de traitement<sup>30</sup>. Les anesthésiologistes canadiens sont des médecins qui ont terminé un programme universitaire de formation pré-médicale, ont terminé leurs études en médecine et ont fait cinq ans ou plus de résidence spécialisée en anesthésiologie.

de la douleur s'allégerait et beaucoup de patients auraient une meilleure qualité de vie.

La Société canadienne pour le traitement de la douleur a étudié les données probantes au sujet des temps d'attente acceptables pour le traitement de la douleur chronique dans un centre multidisciplinaire de traitement de la douleur<sup>31</sup>. La SCA a étudié ses constatations et consulté officieusement des anesthésiologistes qui dirigent une clinique de traitement de la douleur. Les résultats de ces efforts indiquent que les fonctions des patients qui ont une douleur chronique depuis plus de six mois peuvent présenter un déclin marqué. La société recommande que les patients n'attendent pas plus de six mois entre le moment de la référence par leur médecin de premier recours et leur première évaluation par un spécialiste du traitement de la douleur chronique, à condition que l'on établisse des temps d'attente plus courts dans le cas de certains problèmes qui peuvent bénéficier particulièrement d'une intervention plus rapide (Tableau 8). À cause du manque de ressources, beaucoup de spécialistes du traitement de la douleur chronique ont de longues listes d'attente et il se peut qu'ils ne puissent fournir des services dans les délais recommandés.

La pratique de l'anesthésiologie a réalisé des progrès énormes au cours des deux dernières décennies à la suite de changements apportés à l'éducation et à la formation des

Tableau 8 : Points de repère recommandés pour l'anesthésiologie.

Problème	Temps d'attente pour la première évaluation par un spécialiste du traitement de la douleur après la référence par le médecin de première ligne*
Douleur neuropathique aiguë durant depuis moins de six mois	30 jours
Protusion discale lombaire aiguë	3 mois
Douleur liée au cancer†	14 jours
Douleur chronique subaiguë chez un adulte en âge de travailler lorsqu'une intervention peut améliorer la fonction	3 mois
Autres types de douleur chronique	6 mois

\*N'inclut pas les attentes subséquentes pour avoir accès aux programmes de réadaptation, aux programmes de soutien psychologique ou aux interventions qui peuvent être jugées nécessaires après la consultation initiale.

†On recommande de voir dans les 14 jours les patients qui n'ont pas accès à un service de soins palliatifs ou lorsqu'une équipe de soins palliatifs a demandé une intervention particulière.

anesthésiologistes, de l'expansion de l'assise du savoir et des innovations remarquables aux niveaux du matériel, de la technologie et des agents pharmacothérapeutiques. On pratique maintenant des interventions chirurgicales plus complexes sur des patients plus âgés et plus à risque qui ont d'importantes comorbidités médicales. L'alourdissement de la charge chirurgicale impose des pressions sérieuses sur la capacité des anesthésiologistes de répondre à leurs obligations cliniques et universitaires. La SCA cherche des moyens d'améliorer l'efficacité des anesthésiologistes tout en maintenant ou améliorant la qualité des soins.

Dans ce contexte, la SCA approuve le concept des adjoints en anesthésie et se réjouit de l'ajout de professionnels de la santé compétents qui ont reçu une solide formation afin d'aider à dispenser des soins d'anesthésie en salle d'opération. Le rapport un à un entre l'anesthésiste et le patient anesthésié demeurerait. Il existe déjà un modèle d'équipe de soins en anesthésie au Québec où des adjoints en anesthésie aident à prodiguer des soins en anesthésie dans le contexte de lignes directrices définies clairement dans le code des professions. En Ontario, l'Institut Michener des sciences de la santé appliquées offre le premier programme de formation d'adjoint en anesthésie.

En 2005, l'Institut Michener a reçu, du ministère de la

Santé et des Soins de longue durée, du financement pour élaborer le programme d'adjoints en anesthésie spécifiquement à l'intention des thérapeutes respiratoires et des infirmières autorisées. Les deux groupes offrent des candidats idéaux à ce rôle parce que leurs membres ont des responsabilités déléguées semblables dans les hôpitaux et parce qu'ils savent déjà s'occuper de patients. Le programme d'adjoints en anesthésie a commencé en janvier 2006 et porte avant tout sur l'anesthésie générale, l'anesthésie régionale et la sédation consciente. Au cours du programme d'une durée de 22 semaines, l'éducation théorique combinée à la formation simulée et aux stages cliniques donne aux étudiants les compétences nécessaires pour réparer du matériel d'anesthésie, aider à préparer des patients pour une intervention chirurgicale et surveiller efficacement leurs signes vitaux pendant et après une intervention.

La création des équipes de soins en anesthésie ouvre la porte à une utilisation plus efficace du temps des anesthésiologistes en leur permettant de déléguer certaines tâches à d'autres membres de l'équipe. Il en découlera un important changement des soins en santé publique qui pourrait améliorer les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et augmenter le nombre de patients qui reçoivent des soins chirurgicaux.

# Enjeux clés et recommandations

Ce rapport représente une étape de plus de l'engagement de l'ATA à réduire les temps d'attente au-delà des cinq domaines prioritaires du plan décennal des premiers ministres. Cinq autres spécialités de la médecine (soins d'urgence, soins psychiatriques, chirurgie plastique, gastroentérologie et anesthésiologie) ont maintenant produit des points de repère pour les temps d'attente.

L'établissement des points de repère présentés dans ce rapport est le produit d'un effort considérable de temps, d'expertise, de réflexion et de consultation par des membres de la communauté médicale. Tout comme la première série de points de repère établis par l'ATA en 2005, les nouveaux points de repère nationaux proposés sont solides et atteignables. On ne peut toutefois insister suffisamment sur le fait qu'il faut les considérer en général non pas comme des normes, mais plutôt comme des temps d'attente maximaux acceptables (et non des temps d'attente idéaux).

La production de ces points de repère est le fruit d'un effort positif qui a favorisé la tenue, entre des spécialités de la médecine, de saines discussions sur diverses stratégies qu'il est possible de mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun. Un thème commun revient dans les rapports des spécialités : la pénurie actuelle et prévue de spécialistes. Même si l'ordonnance à suivre pour respecter les points de repère sur les temps d'attente oblige à franchir de nombreuses étapes, il faut commencer par s'attaquer aux pénuries de RHS non seulement dans les spécialités visées par les points de repère, mais aussi ailleurs, comme en médecine familiale, ainsi que chez d'autres fournisseurs de soins de santé, notamment les infirmières et les techniciens. Voilà pourquoi l'ATA a toujours préconisé une stratégie pancanadienne de gestion des RHS fondée sur le principe de l'auto-suffisance pour le Canada<sup>2</sup>. Le *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines constitue un premier pas vers l'atteinte de ce but<sup>32</sup>.

Même si la grave pénurie de RHS au Canada demeure le plus grand défi à relever pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun, les spécialités mises en vedette dans ce rapport ont aussi fait valoir qu'il faut s'attaquer aux lacunes de l'infrastructure matérielle. Ces lacunes comprennent des lits de soins intensifs et d'autres niveaux de soins, des blocs opératoires et des ensembles de diagnostic, ainsi que des services communautaires. Par exemple, même si les services d'urgence peuvent prendre des mesures pour rationaliser leurs services

et utiliser leur personnel de la façon la plus efficace et efficiente possible, il ne pourront pas réduire significativement les temps d'attente si on manque de lits dans les services internes et ailleurs qu'il n'y a pas suffisamment de soins de soutien communautaire. Une approche systémique s'impose.

Le travail effectué par l'ATA au cours de l'année écoulée a démontré que le manque de données normalisées permettant de suivre les progrès réalisés constitue un des problèmes clés du programme de réduction des temps d'attente au Canada. Les données sur les temps d'attente sont recueillies et rapportées différemment selon les régions du pays, ce qui rend extrêmement difficile la surveillance et les comparaisons à l'échelle nationale. En outre, on calcule le début de l'attente à un point différent selon les régions, ce qui peut déformer le tableau des temps d'attente réels pour les patients. Il est clair que la surveillance des nouveaux points de repère sur les temps d'attente posera un défi, puisque nous avons été jusqu'ici incapables de les suivre avec précision pour quelques disciplines. Toutes les parties devront redoubler d'efforts pour recueillir les données sur les temps d'attente de façon à déterminer avec plus de certitude si l'on réalise des progrès, compte tenu de l'enveloppe budgétaire importante fournie par les gouvernements.

## Étapes suivantes

Il y a deux jalons clés à l'horizon au sujet des points de repère sur les temps d'attente et des engagements de l'Accord de 2004 et Plan décennal des premiers ministres. Tout d'abord, le plan prévoit que les provinces et les territoires annonceront des objectifs pluriannuels pour atteindre les points de repère sur les temps d'attente avant le 31 décembre 2007. Même si certaines administrations jugent que leurs points de repère sont déjà en place, il reste à savoir pour la plupart comment et quand ils entreront en vigueur. C'est pourquoi l'ATA s'attend à ce que les provinces et les territoires publient des annonces sur la question d'ici à la fin de l'année.

Le deuxième jalon consiste en un examen du plan décennal même. La législation fédérale adoptée pour mettre en œuvre les engagements financiers du plan prévoit la tenue d'examen parlementaires pour évaluer les progrès en 2008 et en 2011. L'ATA participera activement à l'étude du printemps 2008 en publiant un autre rapport sur les progrès réalisés vers l'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun pour la population canadienne.

## Recommandations

Compte tenu du travail qu'elle a effectué dans l'établissement des points de repère sur les temps d'attente, l'ATA recommande ce qui suit :

1. En ce qui concerne le respect des engagements du plan décennal des premiers ministres,
  - i. les gouvernements acceptent tous les points de repère sur les temps d'attente en instance décrits dans le rapport de 2005 de l'ATA, *Il est temps d'agir*, qui n'ont pas encore été adoptés (soins cardiaques et imagerie diagnostique);
  - ii. les gouvernements annoncent au plus tard le 31 décembre 2007 des objectifs pluriannuels pour observer les points de repère sur les temps d'attente dans les 5 domaines prioritaires initiaux.
2. En ce qui concerne la garantie de temps d'attente pour les patients dans les 5 domaines prioritaires initiaux,
  - i. les gouvernements provinciaux adoptent, au plus tard le 31 décembre 2007, les garanties de temps d'attente pour les patients dans chacun des 5 domaines prioritaires initiaux, y compris une méthode de recours financée par le secteur public pour les patients qui font face à des attentes dépassant les seuils des points de repère;
  - ii. les gouvernements provinciaux normalisent les conditions de leurs garanties de temps d'attente pour les patients afin de veiller à ce qu'elles soient comparables pour tous les Canadiens;
  - iii. les gouvernements publient des rapports d'étape périodiques (p. ex., semi-annuels) afin de faire le point sur la mise en œuvre de leurs garanties de temps d'attente pour les patients.
3. En ce qui concerne les nouveaux points de repère de l'ATA sur les temps d'attente,
  - i. les gouvernements adoptent à l'échelle pancanadienne les nouveaux points de repère sur les temps d'attente présentés dans ce rapport et commencent à en promouvoir l'utilisation dans le contexte d'un effort visant à dépasser les 5 domaines prioritaires initiaux;
  - ii. lorsqu'ils ne l'ont pas encore fait, les gouvernements étendent la collecte des données sur les temps d'attente et la production de rapports à ce sujet au-delà des 5 domaines prioritaires;
  - iii. le gouvernement fédéral engage du financement frais pour
    - aider les provinces et les territoires à offrir l'accès aux soins en temps opportun pour les services visés par la nouvelle série de points de repère sur les temps d'attente, y compris le financement dans le domaine des RHS;
    - appuyer les Instituts de recherche en santé du Canada dans la recherche sur l'établissement de points de repère pour les temps d'attente et l'Institut canadien d'information sur la santé dans l'adoption de données comparables sur les temps d'attente qui reflètent fidèlement le temps pendant lequel les patients doivent attendre pour avoir accès aux soins.



# Glossaire

*Pour que le travail de l'Alliance soit clair et uniforme, il importe de s'entendre dès l'abord sur une série de termes communs associés à l'élaboration et à l'utilisation des points de repère<sup>5</sup>. Nous proposons donc les définitions suivantes aux fins du présent rapport.*

**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.

**Degrés d'urgence**

- cas prévu — situation qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minime (on dit aussi «cas de routine» ou «intervention 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 urgent;
  - cas urgent — situation instable qui peut se détériorer rapidement et nécessiter une admission immédiate;
  - cas d'urgence immédiate — danger immédiat pour la vie ou la personne.
- 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** — Point de référence en fonction duquel évaluer le rendement.

**Point de repère sur les temps d'attente** — Les cibles de rendement fixées pour le système de santé traduisent un consensus général sur les temps d'attente médicalement raisonnables pour la prestation de services de santé aux patients. Les repères ou cibles ne se veulent pas des normes et il ne faut pas les interpréter comme s'il s'agissait d'un seuil au-delà duquel un prestataire de soins ou un organisme de financement des soins aurait agi sans faire preuve de diligence raisonnable. Les points de repère sont établis de diverses façons, par exemple en regard du rendement d'un groupe de pairs ou à partir de normes temporelles ou de seuils procentuels d'activité au sein d'une population de patients pour un intervalle de temps précis.

**Temps d'attente** — Dans un épisode de soins de santé, on retrouve souvent de nombreuses périodes d'attente, à commencer par l'attente pour consulter un médecin de famille ou un omnipraticien. L'attente pour les soins spécialisés commence au moment où le patient reçoit un diagnostic différentiel du médecin de famille ou de l'omnipraticien, et que l'on décide qu'il faut des examens diagnostics ou une intervention clinique, ou les deux.

Selon les régions et les établissements, on ne calcule pas de la même façon la durée de l'attente. Dans la plupart des cas, le temps d'attente pour un traitement spécialisé devrait être celui qui s'écoule entre la demande de référence à un spécialiste ou la demande d'intervention présentée à un établissement, et le jour du traitement. En radio-oncologie, le temps d'attente est celui qui s'écoule entre le jour où le patient est prêt à recevoir un traitement et le jour où il ou elle reçoit effectivement le premier traitement.

# Annexe A : Points de repère de l'Alliance sur les temps d'attente pour les cinq domaines prioritaires initiaux

Résumé des points de repère sur les temps d'attente selon la priorité\*.

Spécialité et intervention	Point de repère pour l'attente		
	Cas d'urgence immédiate	Cas urgent	Cas prévu
Radiologie (imagerie diagnostique) • TDM et IRM	Immédiate à 24 heures	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours
Médecine nucléaire(imagerie diagnostique) • Scintigraphie osseuse (pancorporale) • FDG-TEP • Imagerie nucléaire cardiaque (perfusion; viabilité : fonction VG) (SPECT ou TEP)	Immédiate à 24 heures  Immédiate à 24 heures Immédiate à 24 heures	Dans les 7 jours  Dans les 7 jours Dans les 3 jours	Dans les 30 jours  Dans les 30 jours Dans les 14 jours
Arthroplasties • Arthroplastie de la hanche et du genou	Immédiate à 24 heures	Dans les 30 jours (priorité 1) Dans les 90 jours (priorité 2)	Consultation : dans les 3 mois Traitement : dans les 6 mois suivant la consultation
Traitement du cancer • Radiothérapie	Immédiate à 24 heures	Selon le besoin individuel	Consultation : dans les 10 jours ouvrables Traitement : dans les 10 jours ouvrables suivant la consultation
Rétablissement de la vue • Chirurgie de la cataracte	Sans objet	Les cas sont traités proportionnellement au degré relatif de priorité.	Dans les 16 semaines suivant la consultation
Soins cardiaques+ • Première consultation du spécialiste • Interventions de diagnostic (cathétérisme de diagnostic) • Services et interventions thérapeutiques : - Angioplastie - Pontage aortocoronarien - Chirurgie valvulaire - Insuffisance cardiaque - Cardiosstimulateur - Référence à l'électrophysiologiste - Test EP et enlèvement d'un cathéter - DISA • Réadaptation cardiaque	Immédiate à 24 heures  Immédiate à 48 heures  Immédiate à 48 heures Immédiate à 48 heures Immédiate à 24 heures Immédiate à 24 heures Dans les 3 jours Sans objet Sans objet Dans les 3 jours Immédiate	Dans les 7 jours  Dans les 3 jours  Dans les 7 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 30 jours Dans les 14 jours Sans objet Dans les 7 jours	Dans les 6 semaines  Dans les 6 semaines  Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 3 mois Dans les 3 mois Dans les 8 semaines Dans les 30 jours

Note : DISA = défibrillateur interne à synchronisation automatique; FDG = fluorodéoxyglucose; IRM = imagerie par résonance magnétique; SPECT = imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophonique; TDM = tomodensitométrie; TEP = tomographie par émission de positrons; VG = ventricule gauche.

À moins d'indication contraire, le calcul du temps correspond au nombre de jours civils écoulés entre la décision de faire voir un spécialiste et l'administration du traitement.

\*La priorité ou l'urgence relative se définit ainsi : urgence immédiate = danger de mort ou de perte d'un membre ou d'un organe; urgence : situation instable susceptible de se détériorer rapidement et de résulter en une admission pour urgence immédiate; prévu : situation où le problème cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimales (aussi appelé «de routine» ou «électif»).

# Annexe B : Garanties de temps d'attente pour les patients, selon la province et le territoire (printemps 2007)

Région	Intervention	Garantie*
Terre-Neuve et Labrador	Chirurgie de pontage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les 26 semaines</li> <li>• Mise en œuvre au plus tard en 2010</li> </ul>
Île-du-Prince-Édouard	Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résidants qui risquent d'attendre plus que les 8 semaines prévues seront considérés comme «prêts pour le traitement» mais auront aussi la possibilité d'avoir accès en temps opportun à la radiothérapie dans un autre établissement public de soins ailleurs dans les Maritimes, au Québec ou en Ontario</li> <li>• Mise en œuvre au plus tard le 31 mars 2010</li> </ul>
Nouvelle-Écosse	Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les 8 semaines de la référence ou se feront offrir une autre</li> <li>• Mise en œuvre au plus tard en 2010</li> </ul>
Nouveau-Brunswick	Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les 8 semaines, avec accès à d'autres options au besoin</li> <li>• Mise en œuvre au plus tard dans les 3 prochaines années</li> </ul>
Québec	Arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantie d'attente d'au plus 6 mois</li> <li>• Le projet de loi 33, qui énonce les modalités d'application de la garantie, n'est pas encore entériné</li> </ul>
Ontario	Chirurgie de la cataracte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les 26 semaines pour la chirurgie de la cataracte (on offrira aux patients de recevoir l'intervention ailleurs en Ontario de façon à ce que l'attente ne dépasse pas 26 semaines)</li> <li>• Mise en œuvre au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2009</li> </ul>
Manitoba	Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les 4 semaines (on offrira aux patients d'autres options de traitement si le point de repère usuel et médicalement recommandé est dépassé)</li> <li>• Mise en œuvre au plus tard au printemps 2008</li> </ul>
Saskatchewan	Chirurgie de pontage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On appliquera les points de repère pancanadiens actuels pour cette intervention, soit 2 à 26 semaines, en fonction niveau d'urgence pour chaque patient</li> <li>• Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, en étroite collaboration avec les administrations régionales de la santé, les spécialistes en soins cardiaques et les autres partenaires du système de santé verra à établir et à mettre en œuvre un mécanisme de recours raisonnable et responsable pour les personnes qui n'auraient pas réussi à obtenir leur chirurgie dans les délais prévus par la garantie</li> </ul>
Alberta	Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois le patient prêt pour le traitement, dans les 8 semaines</li> <li>• Mise en œuvre au plus tard le 31 mars 2010</li> </ul>
Colombie-Britannique	Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La garantie s'appliquera au plus tard à partir du 31 mars 2010 pour les résidants qui risquent d'attendre plus longtemps que 8 semaines une fois prêts pour le traitement</li> <li>• Aucun détail sur le genre de recours offert</li> </ul>
Yukon	Mammographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre au plus tard en février 2010</li> <li>• Détails à suivre</li> </ul>
Territoires du Nord-Ouest	Soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre au plus tard en mars 2010</li> </ul>
Nunavut	Imagerie diagnostique (p.ex., échographie assistée par vidéo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre au plus tard en 2010</li> </ul>

\*Note : Dans le cadre de leur engagement envers la mise en œuvre de garanties de temps d'attente, la plupart des provinces ont annoncé qu'elle lanceront pour commencer des projets pilotes afin de faire l'essai des concepts des garanties avant leur implantation.

# Annexe C : Membres de l'Alliance sur les temps d'attente

*Les rapports des spécialités sont affichés sur le site web de l'Alliance sur les temps d'attente ([www.waittimealliance.ca/index.htm](http://www.waittimealliance.ca/index.htm)).*

Association canadienne de gastroentérologie  
2902 South Sheridan Way  
Oakville ON L6J 7L6  
905 829-2504  
[www.cag-acg.org](http://www.cag-acg.org)

Association canadienne de médecine nucléaire  
774, promenade Echo  
Ottawa ON K1S 5N8  
613 730-6254  
[www.csnm.medical.org](http://www.csnm.medical.org)

Association canadienne des médecins d'urgence  
104-1785, promenade Alta Vista  
Ottawa ON K1G 3Y6  
613 523-3343 ou 800 463-1158  
[www.caep.ca](http://www.caep.ca)

Association des psychiatres du Canada  
701-141, avenue Laurier Ouest  
Ottawa ON K1P 5J3  
613 234-2815 x236  
[www.cpa-apc.org](http://www.cpa-apc.org)

Association canadienne des radiologistes  
1740, boulevard de la Côte-Vertu  
Saint-Laurent QC H4L 2A4  
514-738-3111  
[www.car.ca](http://www.car.ca)

Association canadienne des radio-oncologues  
600 West 10th Avenue  
Vancouver BC V5Z-4E6  
604 877-6193  
[www.caro-acro.ca](http://www.caro-acro.ca)

Association canadienne d'orthopédie  
360-4150, rue Sainte-Catherine Ouest  
Westmount QC H3G 1R8  
514 874-9003  
[www.coa-aco.org/Frameset.html](http://www.coa-aco.org/Frameset.html)

Association médicale canadienne  
1867, promenade Alta Vista  
Ottawa ON K1G 3Y6  
613 731-9331  
[www.amc.ca](http://www.amc.ca)

Société canadienne de cardiologie  
1403-222, rue Queen  
Ottawa ON K1P  
5V9 613-569-3407  
[www.ccs.ca/home/index\\_e.aspx](http://www.ccs.ca/home/index_e.aspx)

Société canadienne des anesthésiologistes  
208-1 Eglinton Avenue E  
Toronto ON M4P 3A1  
416 480-0602  
[www.cas.ca](http://www.cas.ca)

Société canadienne des chirurgiens plasticiens  
4-1469, boulevard Saint-Joseph Est  
Montréal QC H2J 1M6  
514 843-5415  
[www.plasticsurgery.ca](http://www.plasticsurgery.ca)

Société canadienne d'ophtalmologie  
610-1525, avenue Carling  
Ottawa ON K1Z 8R9  
613 729-6779  
[www.eyesite.ca/english/index.htm](http://www.eyesite.ca/english/index.htm)

# Bibliographie

1. Premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ottawa : Santé Canada : septembre 2004. Disponible : [www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005\\_f.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf) (consulté le 27 octobre 2007).
2. *Le temps est venu : réduire véritablement les temps d'attente*. Ottawa : Alliance sur les temps d'attente. 2007.
3. Abou-Rizk Z, Fafard P, Lafrance T, et al. *Maîtriser les files d'attente IV : Nouvelles frontières de la mesure, de la surveillance et de la gestion des temps d'attente*. Ottawa : Canadian Policy Research Networks; 2007. Disponible : [www.cprn.org/documents/48039\\_fr.pdf](http://www.cprn.org/documents/48039_fr.pdf) (consulté le 27 octobre 2007).
4. The Wait Time Strategy review of activities, January–April 2007 (Update 8). Toronto : Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario; 2007. Disponible : [www.health.gov.on.ca/transformation/wait\\_times/providers/reports/wt\\_update\\_043007.pdf](http://www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/providers/reports/wt_update_043007.pdf) (consulté le 27 octobre 2007).
5. Alliance sur les temps d'attente. Il est grand temps d'agir! Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires. Ottawa : Association médicale canadienne; août 2005. [www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Media\\_Release/pdf/2005/French/wta-final-f.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2005/French/wta-final-f.pdf) (consulté le 15 novembre 2007).
6. Wright J. Paediatric surgical wait time model: recommendations for a national strategy. Presentation to Canadian Association of Paediatric Health Centres Annual Meeting, Oct. 16, 2007. Vancouver (C.-B.). Disponible : [www.caphc.org/documents\\_annual/2006/conference\\_ppts/16\\_10\\_2006/wright.pdf](http://www.caphc.org/documents_annual/2006/conference_ppts/16_10_2006/wright.pdf) (consulté le 27 octobre 2007).
7. *Le plan budgétaire 2007*. Ottawa : Ministère des Finances Canada; le 19 mars 2007.
8. *Points de repère sur les temps d'attente — Considérations d'ordre médico-légal (Bulletin d'information)*. Ottawa : L'Association canadienne de protection médicale; mars 2007.
9. Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med* 2003;10:127-33.
10. *Prendre en main le problème d'encombrement dans les services d'urgence du Canada*. Ottawa : Association canadienne des médecins d'urgence; le 16 juin 2005. Disponible : [caep.ca/CMS/get\\_file.asp?id=BAA9AC9979B94163855620DB0B0F6DD1&ext=.pdf&name=050616-report.wait-times.FR.pdf](http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=BAA9AC9979B94163855620DB0B0F6DD1&ext=.pdf&name=050616-report.wait-times.FR.pdf) (consulté le 15 novembre 2007).
11. Beveridge R, Clarke B, Janes L, et al. L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : guide d'implantation. *Journal canadien de la médecine d'urgence* 1999; 1 (supplément 3).
12. Beveridge R, Clarke B, Janes L, et al. *L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation*. Ottawa : Association canadienne des médecins d'urgence; 1998. Disponible : [www.amuq.qc.ca/AxisDocument.aspx?id=12&langue=fr&download=true&document=eTG%20-%20L](http://www.amuq.qc.ca/AxisDocument.aspx?id=12&langue=fr&download=true&document=eTG%20-%20L) (consulté le 27 octobre 2007).
13. *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence*. Ottawa Institut canadien d'information sur la santé ; 2005. disponible : [secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait\\_times\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_f.pdf) (consulté le 27 octobre 2007).
14. Improving access to emergency care: addressing system issues. Report of Physician Hospital Care Committee. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, Association médicale de l'Ontario, Association des hôpitaux de l'Ontario; août 2006. Disponible : [www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/improving\\_access/improving\\_access.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/improving_access/improving_access.pdf) (consulté le 27 octobre 2007).
15. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2002. Disponible : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index_f.html) (consulté le 27 octobre 2007).
16. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1996.
17. *Sondage national auprès des médecins, 2004*. Ottawa : Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2004.
18. Kirby M, Keon WJ. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière — La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa : Parlement du Canada; mai 2006. Disponible : [www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm](http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm)
19. *Wait time benchmarks for patients with serious psychiatric illnesses*. Ottawa : Association des psychiatres du Canada; 2006.
20. el-Guebaly N, Atkinson M. The Canadian Psychiatric Association Research Network findings from the second project, 1999. Part III: Access to psychiatrists' care. *Bull Can Psychiatr Assoc* 2001;33:9-12.
21. Kirby M. *Children's mental health is everybody's business*. Discours devant l'Empire Club, le 17 mai 2007, Toronto. Disponible : [www.mentalhealthroundtable.ca](http://www.mentalhealthroundtable.ca)

- /jun\_07/Kirby\_EmpireClub\_051707.pdf (consulté le 27 octobre 2007).
22. Roberts N, directrice du Service d'urgence pour adolescents et du Service aux hospitalisés de l'Hôpital Hôtel Dieu de Kingston. Témoignage devant le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière — La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa : Parlement du Canada; mai 2006 : p. 161.
  23. Esmail N, Walker M. *Waiting your turn: hospital waiting lists in Canada* (15<sup>e</sup> éd.). Vancouver : Institut Fraser; 2005.
  24. Macadam SA, Kennedy S, Lalonde D. The Canadian plastic surgery workforce survey: interpretation and implications. *Plast Reconstr Surg* 2007;119(7):2299-306.
  25. Beck IT. Disproportion of economic impact, research achievements and research support in digestive diseases in Canada. *Clin Invest Med* 2001;24(1):12-36.
  26. Paterson WG, Depew WT, Paré P, et al. Un consensus canadien sur les temps d'attente médicalement acceptables en santé digestive. *Can J Gastroenterol* 2006;20(6):411-23 (pagination pour la version anglaise).
  27. Alberta has the longest wait times in Canada for patients with digestive disease (communiqué). Oakville (Ont.) : Association canadienne de gastroentérologie; le 27 février 2006. Disponible : [www.cag-acg.org/uploads/press%20release%20-%20provincial%20results.pdf](http://www.cag-acg.org/uploads/press%20release%20-%20provincial%20results.pdf) (consulté le 27 octobre 2007).
  28. La situation de la gastro-entérologie au Canada : «particulièrement sombre». *Bulletin de l'AMC* 2007; le 24 avril. Disponible : [www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/CMA\\_Bulletin/French/2007/bulletinapr24.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/CMA_Bulletin/French/2007/bulletinapr24.pdf) (consulté le 15 novembre 2007).
  29. *Anesthesia under examination*. Londres : Audit Commission; 1997.
  30. Guide d'exercice de l'anesthésie (édition révisée). *Journal canadien d'anesthésie* 2006;53(12):supplément. Version française disponible : [www.cas.ca/members/sign\\_in/guidelines/practice\\_of\\_anesthesia/Default.asp?language=French](http://www.cas.ca/members/sign_in/guidelines/practice_of_anesthesia/Default.asp?language=French) (consulté le 15 novembre 2007).
  31. Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, et al. Toward establishing evidence based benchmarks for acceptable waiting times for treatment of pain. Whitby (Ont.) : Canadian Pain Society; 2006. Disponible : [www.canadianpainsociety.ca/WaitTimes\\_ForPainTreatment.pdf](http://www.canadianpainsociety.ca/WaitTimes_ForPainTreatment.pdf) (consulté le 29 octobre 2007).
  32. Comité consultatif fédéral-provincial- territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH). *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Ottawa : Santé Canada; mars 2007. Disponible : [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/ccs-scm/pdf/public-consult/col/hhr-rhs/PanCanHHR\\_Framework\\_sept-05\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/ccs-scm/pdf/public-consult/col/hhr-rhs/PanCanHHR_Framework_sept-05_f.pdf) (consulté le 29 octobre 2007).



# Annexes

## Annexe A : Exemples de points de repère sur les temps d'attente selon le niveau de priorité\*.

Spécialité et intervention	Point de repère sur les temps d'attente		
	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas prévus
Soins d'urgence	Niveau 1 : Immédiate (p. ex., arrêt cardiaque) Niveau 2 : < 15 min. (p. ex., douleur à la poitrine) Niveau 3 : < 30 min. (p. ex., asthme modéré) Niveau 4 : < 60 min. (p. ex., traumatisme mineur) Niveau 5 : < 120 min. (p. ex., entorses)	Sans objet	Sans objet
Soins psychiatriques (p. ex., psychose, manie, dépression majeure)			
• Accès à un médecin de famille pour des problèmes aigus de santé mentale	Accès jugé approprié après le triage	Dans les 24 h.	Dans la semaine qui suit
• Accès à un psychiatre après une référence par le médecin de famille	Dans les 24 h.	Dans 1 à 2 semaines	Dans 2 à 4 semaines
Chirurgie plastique	Dans les 24 h (p. ex., infections, brûlures, traumatismes à la main et au visage)	Dans les 2 à 8 semaines (p. ex., la plupart des problèmes néoplasiques, certains problèmes crâniofaciaux)	Dans les 2 à 6 mois (p. ex., anomalies congénitales, plaies, la plupart des interventions électives à la main)
Gastroentérologie (comprend le temps écoulé entre la référence et la consultation et/ou le traitement ou l'intervention, le cas échéant)	Dans les 24 h (p. ex., saignement gastro-intestinal aigu, hépatite sévère aiguë)	Dans les 2 semaines (p. ex., forte probabilité de cancer, jaunisse aiguë obstructive indolore)  Semi-urgent : dans les deux mois (p. ex., anémie sidéropénique, diarrhée chronique)	Dans les 6 mois (p. ex., coloscopie de dépistage, reflux gastroœsophagien chronique)
Anesthésiologie – prise en charge de la douleur (temps d'attente pour la première évaluation par le surspécialiste de la douleur après référence par le médecin de première ligne)	Voir Tableau 8.		

\* Degrés d'urgence : cas d'urgence immédiate = danger immédiat pour la vie, un membre ou un organe; cas urgent = situation instable qui peut se détériorer rapidement et aboutir à une admission d'urgence; cas semi-urgent = situation qui comporte de la douleur, une dysfonction et une incapacité, mais le patient est stable et il y a peu de chance que son état de détérioration rapide au point où il aura besoin de soins d'urgence; cas prévu = situation mettant en cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimale (auss appelé cas «de routine» ou «électif»).

## **Annexe B : Recommandations provenant du rapport**

L'Alliance sur les temps d'attente recommande ce qui suit :

- Que les gouvernements acceptent tous les points de repère sur les temps d'attente en instance décrits dans le rapport de 2005 de l'ATA, *Il est temps d'agir*, qui n'ont pas encore été adoptés (soins cardiaques et imagerie diagnostique).
- Que les gouvernements annoncent au plus tard le 31 décembre 2007 des objectifs pluriannuels pour observer les points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires initiaux.
- Que les gouvernements provinciaux adoptent, au plus tard le 31 décembre 2007, les garanties de temps d'attente pour les patients dans chacun des 5 domaines prioritaires initiaux, y compris une méthode de recours financée par le secteur public pour les patients qui font face à des attentes dépassant les seuils des points de repère.
- Que les gouvernements provinciaux normalisent les conditions de leurs garanties de temps d'attente pour les patients afin de veiller à ce qu'elles soient comparables pour tous les Canadiens.
- Que les gouvernements publient des rapports d'étape périodiques (p. ex., semi-annuels) afin de faire le point sur la mise en œuvre de leurs garanties de temps d'attente pour les patients.
- Que les gouvernements adoptent à l'échelle pancanadienne les nouveaux points de repère sur les temps d'attente présentés dans ce rapport et commencent à en promouvoir l'utilisation dans le contexte d'un effort visant à dépasser les 5 domaines prioritaires initiaux.
- Lorsqu'ils ne l'ont pas encore fait, les gouvernements étendent la collecte des données sur les temps d'attente et la production de rapports à ce sujet au-delà des 5 domaines prioritaires.
- Que le gouvernement fédéral engage du financement frais pour
  - aider les provinces et les territoires à offrir l'accès aux soins en temps opportun pour les services visés par la nouvelle série de points de repère sur les temps d'attente, y compris le financement dans le domaine des RHS;
  - appuyer les Instituts de recherche en santé du Canada dans la recherche sur l'établissement de points de repère pour les temps d'attente et l'Institut canadien d'information sur la santé dans l'adoption de données comparables sur les temps d'attente qui reflètent fidèlement le temps pendant lequel les patients doivent attendre pour avoir accès aux soins.