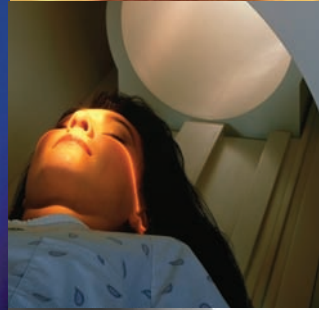
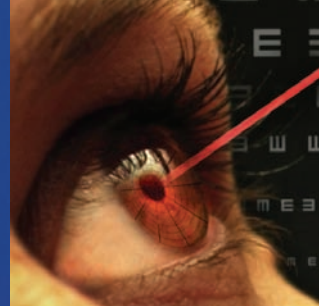


Le temps est venu

Réduire véritablement les temps d'attente

RAPPORT D'ÉTAPE
de l'Alliance sur les temps d'attente
pour l'accès aux soins de santé
en temps opportun
AVRIL 2007



Le temps est venu

Réduire véritablement les temps d'attente

RAPPORT D'ÉTAPE
de l'Alliance sur les temps d'attente
pour l'accès aux soins
de santé en temps opportun

AVRIL 2007

©Association canadienne de médecine nucléaire, Association canadienne des radio-oncologues, Association canadienne des radiologistes, Société canadienne de cardiologie, Association médicale canadienne, Société canadienne d'ophtalmologie, Association canadienne d'orthopédie, 2007.

Publié par l'Association médicale canadienne, avril 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 attendre.

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 • 888 855-2555, poste 2307
msc@cma.ca
amc.ca

Table des matières

Remerciements.....	v
Sommaire.....	1
Introduction.....	3
Progrès réalisés pour respecter les engagements à réduire les temps d'attente.....	4
Indicateurs de l'accès.....	4
Élaboration de points de repère sur les temps d'attente.....	4
Établissement d'objectifs pour atteindre les points de repère.....	6
Rapports d'étape au public.....	6
Évaluation des réductions réelles des temps d'attente.....	8
Demande.....	8
Intrants.....	8
Extrants.....	9
Avons-nous obtenu de véritables réductions?.....	10
Résultats selon le domaine prioritaire.....	10
Questions à régler.....	13
Poursuivre l'élaboration des points de repère et des cibles.....	13
Création d'une garantie de délai d'attente.....	13
Effet de compression.....	14
S'attaquer au problème des ressources humaines de la santé du Canada.....	14
Recommandations et étapes suivantes.....	16
Recommandations.....	16
Étapes suivantes.....	16
Références.....	18

Remerciements

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

L'Alliance remercie les personnes qui ont produit les rapports incorporés au présent document. Nous tenons aussi à remercier le personnel de l'AMC qui a collaboré de prêt à sa production.

L'Alliance souhaite en outre remercier les personnes suivantes et les membres du Comité directeur :

Le D^r Lorne Bellan
Société canadienne d'ophtalmologie
Alliance sur les temps d'attente, co-président et porte-parole

M. Normand Laberge
Association canadienne des radiologistes, vice-président exécutif
Alliance sur les temps d'attente, co-président et porte-parole francophone

M. Hubert Drouin
Société canadienne d'ophtalmologie, directeur général

M. William Tholl
Association médicale canadienne, secrétaire général et chef de la direction

Membres de l'Alliance sur les temps d'attente :

Association canadienne de médecine nucléaire
Association canadienne des radio-oncologues
Association canadienne des radiologistes
Société canadienne de cardiologie
Association médicale canadienne
Société canadienne d'ophtalmologie
Association canadienne d'orthopédie

Sommaire

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA) est née de la préoccupation que soulevait chez les médecins du Canada l'accès médiocre aux soins pour leurs patients, ainsi que de la volonté de collaborer avec les intervenants pour améliorer les temps d'attente. En novembre 2006, l'ATA a publié un rapport - d'étape présentant une première évaluation du rendement des gouvernements face à la réduction des temps d'attente. Le rapport a aussi examiné l'atteinte des dispositions relatives aux temps d'attente établies dans le plan décennal adopté par les premiers ministres pour consolider les soins de santé. Il s'agissait d'un «rapport d'étape», car on reconnaissait que le délai fixé par les premiers ministres pour réduire véritablement les temps d'attente était fixé au 31 mars 2007. Maintenant que ce jalon important est passé, l'ATA publie le présent rapport, ainsi qu'un bulletin révisé.

Le présent rapport traite plus précisément de deux grandes questions :

- Où en sommes-nous en termes de réduction des temps d'attente et d'amélioration de l'accès?
- A-t-on jeté les bases nécessaires pour que les progrès réalisés jusqu'à maintenant durent à long terme?

L'ATA s'est réjouie de voir que le récent budget fédéral affectait plus d'un milliard de dollars à des stratégies qui aideront à réduire les temps d'attente. Ce financement supplémentaire annoncé dans le budget de 2007 et la volonté des provinces de participer à ces stratégies signalent que les deux paliers de gouvernement sont toujours déterminés à améliorer l'accès pour les patients.

Néanmoins, l'évaluation par l'ATA du travail effectué par les gouvernements pour tenir les promesses faites dans le plan décennal indique qu'il y a encore du travail à faire et qu'il faut notamment :

- terminer l'établissement des points de repère dans les cinq domaines prioritaires (c.-à-d. pour l'imagerie diagnostique et l'éventail plus général des soins cardiovasculaires afin de refléter les modes de prestation des soins);
- annoncer des objectifs pour la mise en œuvre des points de repère au plus tard le 31 décembre 2007;
- améliorer la collecte des données et la production de rapports sur les temps d'attente, ce qui inclut l'adoption d'un ensemble uniforme de points de départ pour mesurer les

temps d'attente et en faire rapport (le rapport de l'ATA recommande des points de départ).

Le présent rapport et le bulletin qui l'accompagne indiquent si l'on a réduit réellement et de façon durable les temps d'attente. Il inclut des mises à jour sur chacun des cinq domaines prioritaires.

Si l'on se fonde sur les données provinciales et les évaluations des spécialistes, il est clair que l'on a réalisé des progrès vers la réduction des temps d'attente au cours des récentes années. Dans certains cas où les temps d'attente ne diminuent pas, on augmente les ressources, ce qui devrait réduire éventuellement les temps d'attente ou permettre au système d'accepter une hausse de la demande et éviter ainsi d'autres augmentations des temps d'attente. Les membres de l'ATA signalent toutefois qu'il faut tenir compte de facteurs comme la demande de services et l'offre de professionnels de la santé, d'hôpitaux et d'équipement, ainsi que de la façon de gérer ces ressources, afin de garantir qu'il sera possible de maintenir tout progrès réalisé dans la réduction des temps d'attente.

Il reste encore des questions à régler qui exigent une attention particulière. Tout d'abord, on prend actuellement les premières mesures nécessaires pour mettre en œuvre des garanties sur les temps d'attente pour les patients grâce à la création, par le gouvernement fédéral, de la nouvelle Fiducie pour les garanties de délai d'attente. Il sera crucial d'aborder les garanties sur les temps d'attente pour les patients de façon cohérente et mesurée pour établir un équilibre entre la flexibilité pour les provinces et l'uniformité d'accès dans l'optique du patient, notamment en :

- commençant par quelques interventions choisies pour mettre en œuvre la garantie sur les temps d'attente et procédant à une évaluation avant de passer à d'autres domaines;
- veillant à une bonne correspondance entre le point de repère et le point d'entrée en vigueur de la garantie;
- appliquant un plan afin d'aider les patients (et les aidants naturels) à trouver le traitement approprié le plus proche sans frais pour le patient;
- clarifiant les responsabilités des patients, des médecins et des gouvernements lorsqu'il s'agit d'utiliser les garanties sur les temps d'attente et en déterminant toute considération légale possible.

Une deuxième question sur laquelle il faut se pencher, c'est «l'effet de compression», soit la réduction des ressources consacrées à d'autres services de santé parce qu'on a concentré trop d'efforts sur les cinq domaines prioritaires. L'apparition de disciplines «nanties» et «démunies» préoccupe les milieux médicaux. L'ATA reconnaît que les Canadiens s'attendent à avoir accès en temps opportun à tous les soins nécessaires et il faut prendre des mesures pour prévenir tout effet de compression possible. Dans le cadre qu'un effort visant à garantir des soins en temps opportun au-delà des cinq domaines prioritaires, l'ATA étendra son travail d'établissement de points de repère, en commençant par les soins d'urgence, la psychiatrie, la gastroentérologie, la chirurgie plastique et l'anesthésie.

L'ATA présente une série de recommandations qui visent à accroître et maintenir les progrès réalisés jusqu'à maintenant pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun. Les recommandations reposent sur un engagement commun et continu de tous les intervenants — patients, prestataires de soins de santé et gouvernements — à adopter les mesures nécessaires pour améliorer l'accès aux soins pour la population canadienne.

Recommandations

1. Afin de rendre les rapports sur les temps d'attente utiles et transparents autant pour les patients que pour la population, les gouvernements provinciaux doivent, en collaboration avec les professionnels, les administrateurs et les chercheurs du secteur de la santé, entreprendre les activités suivantes :
 - Clarifier les définitions des temps d'attente et des critères en la matière et les normaliser entre les provinces, y compris les points de départ proposés dans le présent rapport.
 - Améliorer la qualité et l'opportunité des rapports sur les temps d'attente affichés sur les sites web pertinents, c.-à-d. :
 - déclarer les données de plusieurs façons, y compris le pourcentage de la population qui est traitée dans les délais établis dans les points de repère;
 - produire des rapports (au moins) trimestriels;

- faire revoir les données par le vérificateur général de la province ou par un conseil indépendant.

- Déterminer et mesurer les indicateurs des facteurs habilitants de l'accès qui ont une incidence sur les temps d'attente et en faire rapport afin de brosser un tableau complet qui indique si les réductions des temps d'attente sont durables et si des effets de compression se font sentir.

2. Pour reconnaître le fait que les besoins en soins de santé de la population canadienne dépassent les cinq domaines prioritaires, tous les intervenants doivent commencer à penser à établir des points de repère et des temps d'attente dans d'autres domaines importants des soins de santé. L'ATA sera un intervenant actif dans cet effort, comme elle l'a fait dans l'élaboration de points de repère pour les cinq premiers domaines prioritaires.
3. Afin de déployer un effort vraiment significatif et durable pour s'attaquer aux problèmes de ressources humaines de la santé (RHS) au Canada, les professions de la santé et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent adopter une stratégie pancanadienne sur les RHS qui parte d'un plan intégré, pancanadien et fondé sur les besoins, et reposant sur le principe de l'autosuffisance pour le Canada. Le Fonds fédéral de réinvestissement dans les ressources humaines de la santé de cinq ans et d'un milliard de dollars appuierait cette stratégie.
4. Afin de garantir les capacités nécessaires pour appuyer la prestation de soins en temps opportun à la population canadienne, le gouvernement fédéral doit créer un Fonds ponctuel pour l'infrastructure de prestation des services de santé. Le Fonds aiderait les centres de référence des patients, les centres d'enseignement et les hôpitaux régionaux à (re)bâtir leur capacité.
5. Les Canadiens doivent reconnaître leur rôle dans la demande de services de santé. Pour réduire les temps d'attente, il faut d'abord atténuer dans la mesure du possible le besoin de soins au départ comme en adoptant des habitudes de vie plus saines et prenant dûment en charge les problèmes et les maladies chroniques avec l'aide de professionnels de la santé.

Introduction

Voilà plusieurs années déjà que la longueur de l'attente pour recevoir des soins de santé préoccupe les Canadiens, et la situation les inquiète de plus en plus. Les gouvernements du Canada ont convenu de prendre des mesures pour corriger le problème. La grande priorité de l'Accord signé par les premiers ministres en 2004 (*Plan décennal pour consolider les soins de santé*) portait d'ailleurs sur la réduction des temps d'attente et l'amélioration de l'accès¹. Pour commencer, on a défini cinq domaines prioritaires où il fallait réduire considérablement les temps d'attente : cancer, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue.

Personne n'a dit qu'il serait facile de s'attaquer aux listes d'attente qui s'allongent. On sait que les enjeux en cause sont complexes. Personne n'a laissé entendre non plus qu'il serait possible de trouver une solution du jour au lendemain. Les Canadiens veulent pourtant avoir accès plus rapidement aux soins et ce n'est pas un intérêt éphémère. L'enjeu demeure prioritaire pour eux². Voilà pourquoi la réduction des temps d'attente et l'amélioration de l'accès pour la population canadienne passent obligatoirement par une approche à long terme, concertée et coordonnée.

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA) a été formée en réponse aux préoccupations que les temps d'attente suscitent aussi chez les médecins du Canada, qui ont à cœur les intérêts de leurs patients, et du désir de collaborer avec les intervenants pour améliorer la situation (voir l'encadré). En août 2005, l'ATA a publié une série de points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires³. En novembre 2006, elle a publié un rapport provisoire qui présentait une évaluation initiale de la performance des gouvernements face à la réduction des temps d'attente et au respect des dispositions sur les temps d'attente que contenait le Plan décennal. Le rapport était «provisoire» car les premiers ministres avaient fixé au 31 mars 2007 la date limite pour apporter des réductions significatives aux temps d'attente. Maintenant que cette échéance marquante est passée, l'ATA publie le présent rapport, ainsi qu'un bulletin révisé.

Ce rapport présente une évaluation objective et indépendante des progrès réalisés par les gouvernements jusqu'à maintenant pour réduire les temps d'attente et vise à garantir que les gouvernements respecteront leurs engagements du plan décennal. Le rapport aborde deux grandes questions :

- Quels progrès avons-vous réalisé à ce jour pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès?
- A-t-on établi une base qui permettra à ces progrès de durer longtemps?

Le rapport comporte trois sections principales. La première résume les progrès réalisés par les gouvernements par rapport aux engagements du plan décennal. La deuxième passe en revue les réductions réelles signalées des temps d'attente. La dernière décrit certaines questions encore à régler et présente des recommandations et des réflexions sur les étapes suivantes pour les gouvernements et pour l'ATA.

L'Alliance sur les temps d'attente

L'ATA regroupe l'Association canadienne des radiologistes, l'Association canadienne de médecine nucléaire, l'Association des radio-oncologues, la Société canadienne de cardiologie, la Société canadienne d'ophtalmologie et l'Association canadienne d'orthopédie. Chacun de ces organismes a mis à contribution des chefs de file cliniciens de sa spécialité pour appuyer l'ATA dans les efforts déployés pour réduire les temps d'attente. L'Association médicale canadienne est aussi membre de l'ATA à laquelle elle fournit les services de recherche et de soutien stratégique.

Les principaux documents publiés par l'ATA (disponibles à www.waittimealliance.ca) comprennent les suivants :

- *Rapport d'étape de l'ATA*, novembre 2006.
- *Il est grand temps d'agir*³, août 2005. Rapport final sur l'atteinte des points de repère et des pratiques exemplaires en gestion des temps d'attente.
- *Plus jamais d'attente*, 5 mars 2005. Rapport provisoire.

Progrès réalisés pour respecter les engagements à réduire les temps d'attente

L'ATA s'est réjoui de voir que le récent budget fédéral affectait plus d'un milliard de dollars à des stratégies qui aideront à réduire les temps d'attente. Une enveloppe de 400 millions de dollars est réservée à l'Inforoute Santé du Canada pour la mise au point de dossiers de santé provinciaux et territoriaux qui réduiront les temps d'attente. Un autre montant pouvant atteindre 612 millions servira à appuyer la mise en œuvre des garanties provinciales sur les temps d'attente. Ces ressources s'ajoutent aux 5,5 milliards du Fonds de réduction des temps d'attente que le gouvernement fédéral a engagés dans le plan décennal. Le financement supplémentaire annoncé dans le budget de 2007 et l'intérêt que les provinces ont manifesté pour participer à ces stratégies signalent que les deux paliers de gouvernement demeurent déterminés à améliorer l'accès pour les patients.

Outre le financement, les premiers ministres ont pris, dans leur plan décennal, de nombreux engagements relatifs à la réduction des temps d'attente pour les Canadiens. Dans cette section, nous passons en revue chacun de ces engagements et les progrès réalisés jusqu'à maintenant.

Indicateurs de l'accès

Engagement

Chaque province et chaque territoire convient d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement, d'ici le 31 décembre 2005, et d'en rendre compte à ses citoyens.

Les indicateurs sont cruciaux si l'on veut suivre les progrès, notamment vers l'atteinte des points de repère. Même si le *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*⁶ publié l'été dernier laisse entendre qu'il y a eu entente sur les indicateurs comparables, les gouvernements n'ont pas encore publié de détails. Dans son récent rapport annuel⁷, le Conseil canadien de la santé signalait que «ces rapports sont encore attendus».

Non seulement les provinces n'ont pas établi des indicateurs publics, mais elles n'ont publié aucun rapport sur des indicateurs comparables de la santé pour 2006, contrairement à ce qu'avaient

promis les premiers ministres dans leur accord de l'an 2000*.

Élaboration de points de repère sur les temps d'attente

Engagement

Les points de repère fondés sur les preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulation et la restauration de la vue, seront établis d'ici le 31 décembre 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

Au début, l'ATA a cherché à définir des points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires annoncés dans le plan décennal. L'ATA a dévoilé son projet de points de repère en mars 2005. À la suite d'une consultation détaillée du public et d'autres intervenants, l'ATA a produit une série finale de points de repère en août 2005³ en reconnaissant que les points de repère sur les temps d'attente peuvent changer à mesure qu'on dégage d'autres données.

En décembre 2005, les ministres provinciaux de la Santé ont dévoilé leurs points de repère officiels sur les temps d'attente. Malgré une certaine convergence entre les deux séries de points de repère (Tableau 1), il y a aussi des divergences majeures. Par exemple, les ministres de la Santé n'ont pas produit de points de repère pour l'imagerie diagnostique. Pourtant, dans environ 40 % des cas qui concernent les quatre autres domaines prioritaires, elle constitue un élément important du traitement. En effet, sans un accès approprié aux outils de diagnostic, il ne sert pas à grand-chose de raccourcir les temps d'attente pour le traitement du cancer, l'arthroplastie et la cardiologie.

Une deuxième différence entre les deux séries de points de repère a trait aux soins cardiaques. Même si le plan décennal considère la «cardiologie» comme un des cinq domaines prioritaires, les

* Le gouvernement fédéral a publié en 2006 son propre rapport sur des indicateurs comparables pour la population canadienne en général, pour les populations des Premières nations et inuites et pour les militaires.

gouvernements provinciaux ont annoncé un point de repère pour le pontage aortocoronarien seulement. Or, même si le pontage est une intervention importante, il ne constitue plus l'intervention la plus courante pour débloquent les artères : deux fois plus de patients sont maintenant traités par angioplastie plutôt que par chirurgie. La Société canadienne de cardiologie a établi des points de repère qui s'appuient sur des données solides pour le continuum complet des soins cardiovasculaires.

Un enjeu important sous-tend les différences

entre les approches suivies par l'ATA et par les ministres provinciaux de la Santé. Dans son rapport de mars 2005⁵, l'ATA affirmait que les points de repère doivent reposer sur des données probantes, mais non être «liés par celles-ci». Le jugement clinique fondé sur les échanges entre les cliniciens et leurs patients constitue un élément critique. «Prendre des décisions fondées sur une seule source d'information, comme les résultats d'une recherche limitée, peut déboucher sur d'autres problèmes, comme on l'a vu dans les contextes de soins dirigés aux États-Unis⁵.»

Tableau 1: Comparaisons entre les points de repère sur les temps d'attente de l'ATA et ceux des provinces.

Domaine prioritaire	Points de repère de l'ATA*	Points de repère provinciaux (décembre 2005)	Commentaires
Imagerie diagnostique <ul style="list-style-type: none"> • Radiologie <ul style="list-style-type: none"> - IRM - TDM • Médecine nucléaire <ul style="list-style-type: none"> - Scintigraphie osseuse - FDG-TEP - Imagerie nucléaire cardiaque 	Dans les 30 jours Dans les 30 jours Dans les 30 jours Dans les 30 jours Dans les 14 jours	Non prévu Non prévu	Le traitement opportun commence par un diagnostic exact et rapide et dans nombre de cas, il faut avoir accès à des services d'imagerie. La décision des ministres provinciaux de la Santé de ne pas fixer de points de repère sur les temps d'attente en imagerie diagnostique préoccupe énormément puisque la capacité de produire des images du corps humain et de ses maladies joue maintenant un rôle pivot dans la pratique de la médecine moderne.
Arthroplastie <ul style="list-style-type: none"> • Arthroplastie de la hanche et du genou 	Consultation dans les 3 mois Intervention chirurgicale dans les 26 semaines suivant la consultation	Intervention chirurgicale dans les 26 semaines	Les temps d'attente pour obtenir une consultation constituent un enjeu clé dans l'analyse du temps d'attente global pour les arthroplasties.
Ophthalmologie <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de la cataracte 	16 semaines	Dans les 16 semaines pour les patients à risque élevé	Le point de repère établi par les ministres de la Santé pour la chirurgie de la cataracte s'applique seulement aux patients qui ont une cataracte «à risque élevé» qui «nuît considérablement à la capacité du patient d'exercer ses activités de façon autonome». La formulation est trop vague et il faut la remplacer par la suivante : «Patients qui ont un déficit fonctionnel important tel qu'il les empêcherait de faire leur travail habituel, de s'occuper de personnes à charge, de conduire ou de lire (la majorité des patients actuellement inscrits sur les listes d'attente).» Les points de repère visent à fixer des objectifs pour le patient moyen plutôt que pour le patient exceptionnel.
Radio-oncologie	Consultation dans les 2 semaines Traitement dans les 2 semaines suivant la décision de traiter	Dans les 4 semaines suivant la décision de traiter	Point de repère fixé par les ministres de la Santé, soit 4 semaines, dans le cas de la radiothérapie – à compter du moment où l'on est «prêt à traiter» jusqu'au début du traitement – diffère considérablement de la recommandation de l'ATA, soit deux semaines. Selon des données tirées de recherches scientifiques parrainées par les IRSC, les temps d'attente pour le début de la radiothérapie contre tout type de cancer devraient être les plus brefs possibles.
Cœur <ul style="list-style-type: none"> • PAC <ul style="list-style-type: none"> - urgent - au choix 	1 à 2 semaines 6 semaines	- Patients du niveau non urgent I, dans les 2 semaines - Patients du niveau II, dans les 6 semaines - Patients du niveau III, dans les 26 semaines	Un point de repère de 6 mois pour le pontage aortocoronarien ne convient pas. Seulement 2 à 3 % des patients qui ont besoin d'un pontage aortocoronarien reçoivent un temps d'attente maximal recommandé dans le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. L'établissement par les ministres de la Santé d'un point de repère pour le pontage aortocoronarien est un bon départ, mais il est loin d'être complet et ne reconnaît pas comment les soins médicaux sont dispensés aux patients cardiaques. La Société canadienne de cardiologie a établi, pour le continuum complet des soins cardiovasculaires, des points de repère fondés sur des données solides.

PAC = pontage aortocoronarien; TDM = tomodensitométrie; FDG-TEP = tomographie par émission de positrons au fluorodésoxyglucose;

IRM = imagerie par résonance magnétique.

* Pour les cas prévus

† Publié en décembre 2005. www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_05/nr_121205.html

Établissement d'objectifs pour atteindre les points de repère

Engagement

Chaque province et chaque territoire établira d'ici au 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère.

Une entente sur les points de repère constitue une étape importante dans la voie de la réduction des temps d'attente et de l'amélioration de l'imputabilité du système à l'endroit des patients. Il est tout aussi important d'établir des cibles pour atteindre les points de repère, c.-à-d. de déterminer quand les patients et le public peuvent s'attendre à ce que le système mette en vigueur et respecte les points de repère acceptés pour les temps d'attente. Il n'est pas nécessaire d'atteindre toutes les cibles d'un seul coup. Par exemple, une province ou un territoire pourrait établir les cibles suivantes pour les temps d'attente :

- au plus tard le 31 décembre 2006, 70 % des patients sont traités sans dépasser le point de repère;
- au plus tard le 31 décembre 2007, 80 % des patients sont traités sans dépasser le point de repère;
- au plus tard le 31 décembre 2008, 90 % des patients sont traités sans dépasser le point de repère.

Les provinces ont convenu dans le plan décennal de fixer les cibles pluriannuelles au plus tard le 31 décembre 2007. Il s'agit d'un engagement non pas à atteindre les cibles, mais à les annoncer au plus tard à ce moment. Le gouvernement fédéral avait annoncé pour sa part qu'il souhaitait que des cibles soient établies au plus tard le 31 décembre 2006, mais ce plan ne s'est pas réalisé.

Si l'on se fonde sur une analyse des sites web des provinces, l'Alberta et l'Ontario sont les seules à avoir fixé des cibles pour l'accès. Dans les autres provinces et territoires, on ne sait pas précisément comment on utilisera les points de repère autrement qu'à titre de comparaison avec les temps d'attente réels. Le gouvernement fédéral et les provinces ont toutefois annoncé récemment la mise en œuvre d'une garantie de temps d'attente pour certaines interventions, ce qui devrait accélérer l'annonce de cibles dans ces domaines.

Rapports d'étape au public

Engagement

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

Malheureusement, beaucoup de provinces ne déclarent pas les temps d'attente en fonction des points de repère provinciaux, ce qui est étonnant étant donné que les ministres de la Santé s'étaient entendus sur ces points de repère en décembre 2005.

La façon très variable de déclarer les temps d'attente est sans doute ce qui préoccupe le plus. Les provinces de l'Atlantique ont tendance à indiquer le pourcentage de la population qui est traité dans un délai donné, tandis que dans l'Ouest, on déclare les temps d'attente médians (qui révèlent seulement le délai dans lequel au moins la moitié de la population reçoit le traitement). L'Ontario et l'Alberta signalent toutes deux les temps d'attente à la fois selon ces paramètres* et en fonction du temps d'attente moyen. Ces deux provinces et, jusqu'à un certain point, Terre-Neuve-et-Labrador, étaient les seules à déclarer les tendances des temps d'attente par intervention. En outre, certaines provinces incluent toujours les urgences dans leurs rapports, ce qui peut réduire artificiellement les temps d'attente déclarés.

Au cours des derniers mois, le Conseil canadien de la santé, l'ICIS et l'ATA ont affirmé que le manque de comparabilité des données sur les temps d'attente entre les provinces demeure un problème sérieux qui rend difficiles l'évaluation et la comparaison des progrès : la situation se compare un peu à celle d'un pilote d'avion qui volerait sans instruments. Les efforts déployés pour corriger la situation sont rares, ce que nous trouvons assez troublant. Les Canadiens s'attendent à mieux et méritent mieux.

Le point de départ à utiliser pour mesurer les temps d'attente constitue un enjeu clé. Or, les gouvernements utilisent actuellement des points de départ différents. Dans le cas de la radio-oncologie, par exemple, on mesure les temps d'attente différemment selon les provinces :

- entre la référence à un centre d'oncologie et le traitement;
- entre la consultation et le début du traitement;
- entre la réservation du traitement et la date du traitement;

* L'Ontario signale les attentes en fonction du point auquel 90 % des patients ont été traités.

- entre la décision de traiter et le traitement;
- entre le moment où le patient est prêt à être traité et le traitement.

Dans son rapport de 2006, le vérificateur général de l'Ontario⁸ signalait qu'il peut s'écouler une période non calculée mais néanmoins importante entre la date à laquelle le chirurgien présente une demande et la date à laquelle la chirurgie est entrée dans le système :

Dans notre échantillon de formulaires de référence pour des examens par tomographie assistée par ordinateur et IRM, si tous les temps d'attente avaient été mesurés à partir de la date de réception du formulaire rempli par le médecin plutôt qu'à partir de la date de saisie des données dans le système, le temps d'attente signalé aurait été en moyenne de 13 jours plus long.

Il y a aussi la période critique entre le jour où le patient reçoit un diagnostic de son médecin de famille et le jour où il subit un examen de diagnostic ou consulte un spécialiste. Quelques provinces seulement incluent dans leurs rapports la période d'attente pour consulter un spécialiste. Ainsi, les points de départ différents utilisés par les provinces suscitent la confusion chez les patients, rendent les comparaisons très difficiles et

contribuent à l'incertitude quant à la durée réelle des périodes d'attente pour les patients.

Afin de rendre la surveillance des temps d'attente comparable et aussi conviviale que possible pour les patients, l'ATA croit qu'il faudrait recueillir les points de départ énoncés au Tableau 2 et en faire rapport pour chacune des cinq spécialités.

Il faudrait en outre déclarer les données de la façon suivante dans les rapports publiés : pourcentage de la population traitée dans le délai prévu dans les points de repère; 90^e percentile; temps d'attente médians et moyens; tendances historiques.

En réponse à une étude du sénateur Michael Kirby sur le système d'information sur les temps d'attente de l'Ontario, le gouvernement de cette province a annoncé récemment la création d'un Conseil de certification des données sur les temps d'attente. Le conseil indépendant «passera en revue les processus grâce auxquels les renseignements sur les temps d'attente sont recueillis et déclarés avant qu'ils ne soient rendus publics⁹». L'ATA félicite le gouvernement de l'Ontario d'avoir pris ces mesures pour améliorer les rapports à la population et encourage les autres provinces à emboîter le pas.

Tableau 2 : Périodes recommandées pour mesurer et surveiller les temps d'attente, par spécialité.

Spécialité	Périodes recommandées pour mesurer et surveiller les temps d'attente
Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • De la référence à l'oncologue jusqu'à la date de consultation • Du moment où le patient est prêt à traiter jusqu'à la date du premier traitement (Il faudrait déclarer les données pour plusieurs sites tumoraux représentatifs)
Arthroplastie	<ul style="list-style-type: none"> • De la référence au chirurgien orthopédique jusqu'à la date de consultation • De la date de réception de la réservation jusqu'à la date du traitement
Soins cardiaques (y compris soins pour pontage aortocoronarien) (Note: Un seul patient ne suivra pas nécessairement toutes ces étapes: tout dépendra de sa situation)	<ul style="list-style-type: none"> • De la référence au cardiologue jusqu'à la date de consultation • De la référence à des examens non effractifs, jusqu'à la date de l'examen • De la référence à des examens effractifs (par exemple, angiographie) jusqu'à la date de l'examen • De la référence jusqu'à la première consultation jusqu'à la clinique d'insuffisance cardiaque • Du moment où le patient est prêt à traiter jusqu'à la date de l'intervention (p. ex., angioplastie, chirurgie cardiaque, défibrillateur à synchronisation automatique ou cardiostimulateur, ablation) • De la date de l'intervention jusqu'au début de la réadaptation
Rétablissement de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • De la référence à l'ophtalmologiste jusqu'à la date de consultation • De la date de réception de la réservation jusqu'à la date du traitement
Imagerie diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> • De la date de réception de la référence jusqu'à celle de l'examen

Évaluation des réductions réelles des temps d'attente

Engagement

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

Le passage du jalon fixé au 31 mars 2007 dans le plan décennal offre une occasion de vérifier si l'accès aux soins en temps opportun dans les cinq domaines prioritaires s'est amélioré vraiment et de façon soutenue. Après tout, ce qui importe le plus pour les patients, c'est l'accès en temps opportun à des soins de qualité.

Il est certes important de surveiller les temps d'attente, mais il importe tout autant de contrôler les facteurs qui contribuent à les raccourcir (ou à les allonger). Comme l'indique la Figure 1, plusieurs «facteurs de facilitation de l'accès» peuvent avoir un effet sur l'accès et les temps d'attente à compter de la demande initiale, y compris les intrants et les extrants du système de santé. Nous abordons chacun brièvement ci-dessous.

Demande

La demande a un rôle important à jouer dans les temps d'attente. Une demande accrue imposée à un système de santé incapable de prendre de l'expansion ou d'accroître sa production fera allonger les temps d'attente. La demande augmente de plusieurs façons : changements démographiques (p. ex., augmentation de la population âgée ou des niveaux d'obésité); disponibilité de technologies nouvelles (p. ex., nouveaux médicaments ou nouveaux instruments de diagnostic et «effet d'annonce» qui en découle, soit que la population est informée de la disponibilité de ces nouveaux tests ou traitements); modification des indications des traitements (c.-à-d. état qui rend souhaitable un certain traitement ou une certaine intervention). On augmente parfois les volumes d'interventions chirurgicales sans tenir compte du fait que le système traite déjà un maximum de demande. Si le système ne peut absorber l'augmentation, les temps d'attente allongeront.

Intrants

Les intrants du système comprennent l'offre de main-d'œuvre (p. ex., médecins et personnel infirmier) et d'immobilisations (voir les exemples dans l'encadré ci-dessous). Ils comprennent aussi les processus de gestion de ces ressources, par exemple les lignes directrices sur la pertinence ou sur les soins cliniques et les structures de paiement (p. ex., rémunération au rendement). À court terme, pour réduire l'attente ou faire face à une augmentation de la demande, on peut augmenter les intrants, par exemple en demandant au personnel de faire du temps supplémentaire et en utilisant le matériel et les installations pendant de plus longues heures. Par ailleurs, l'augmentation de l'offre de professionnels de la santé est une stratégie à long terme, étant donné qu'il faut du temps pour les former.

Les médecins ne constituent pas seulement un intrant clé : ils jouent aussi un rôle important dans la gestion des intrants. En voici quelques exemples :

- Mise en œuvre de lignes directrices sur la pertinence : l'Association canadienne des radiologistes (CAR) a produit des lignes directrices détaillées sur la pertinence en imagerie diagnostique à l'intention des médecins et elle collabore avec les gouvernements provinciaux pour les mettre en œuvre.
- Évaluation de la capacité en intrants : la CAR compile aussi un inventaire du matériel d'imagerie diagnostique, recense les radiologistes et les technologues, et prépare une projection des besoins et de l'offre à venir.
- Apprentissage des meilleures pratiques : avec ses partenaires, l'AMC participe à l'organisation d'une conférence annuelle sur la gestion des temps d'attente (série Maîtriser les files d'attente) qui permet de tirer des leçons des meilleures pratiques nationales et internationales.
- Formation de professionnels : l'AMC prépare un programme de formation conçu et présenté par des fournisseurs de soins afin d'améliorer les compétences de gestion des temps d'attente chez les médecins et autres professionnels de la santé.

Extrants

Les extrants sont les services, comme le nombre d'interventions chirurgicales, fournis pendant une période donnée. On s'attendrait normalement à constater, dans le contexte d'une campagne de réduction des temps d'attente, une augmentation des services de santé fournis. Dans une étude récente publiée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹⁰, on signale que le nombre des interventions chirurgicales pratiquées dans les domaines prioritaires (chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie cardiaque) a en fait augmenté de 7 % lorsque l'on tient compte de la croissance et du vieillissement de la population.

Exemples d'intrants qui affectent les temps d'attente

Immobilisations

- Capacité en lits, y compris les lits de soins actifs, les lits de soins de longue durée, la capacité de pointe
- Capacité en chirurgie de jour et services de soins à domicile
- Disponibilité de matériel moderne de diagnostic
- Disponibilité de technologies de l'information

Main-d'œuvre

- Disponibilité de médecins : spécialistes et médecins de famille
- Disponibilité d'infirmiers et infirmières
- Disponibilité d'autres professionnels de la santé (p. ex., techniciens)

Processus (débit)

- Lignes directrices sur la pertinence pour filtrer les cas inappropriés
- Incitations financières pour accepter des charges de patients accrues
- Réseaux de référence et centres d'excellence régionaux*
- Listes d'attente mises en commun
- Systèmes de réservation centralisés.

Comme on le signale toutefois dans le rapport de l'ICIS, l'augmentation du volume des interventions chirurgicales (parfois appelé «débit») ne signifie pas nécessairement qu'il en a découlé une diminution correspondante des temps d'attente ou un «rattrapage». Le phénomène est attribuable au grand nombre de facteurs qui interviennent (voir la Figure 1), comme l'augmentation de la demande et des contraintes possibles au niveau des intrants main-d'œuvre et immobilisations. L'augmentation du nombre de patients qui reçoivent des services n'entraîne pas immédiatement une réduction des temps d'attente.

«On assistera probablement à une augmentation du nombre de personnes admissibles à un traitement ou une chirurgie, non seulement parce que la population de l'Ontario est en croissance, mais aussi parce qu'elle vieillit, ce qui accroît les besoins en santé. En outre, il est probable que la demande de services ira en augmentant par suite de l'efficacité croissante des techniques diagnostiques, de l'élargissement des indications cliniques des traitements et des innovations technologiques. Or, les temps d'attente ne pourront s'abrèger que si les progrès réalisés dans le domaine de l'accès aux services augmentent plus rapidement que la demande de services.»

— La stratégie de réduction des temps d'attente, 8 décembre 2004¹¹.

Par ailleurs, les temps d'attente peuvent diminuer, mais à un rythme impossible à soutenir très longtemps à cause des pressions exercées sur les immobilisations et la main-d'œuvre ou en raison d'une hausse de la demande.

Le rapport de l'ATA¹² présente une évaluation plus détaillée de la performance en matière de temps d'attente en évaluant les facteurs décrits ci-dessus qui ont un effet à cet égard*. On a ajouté par la suite une composante «facteur de facilitation de l'accès» qui permet d'évaluer à quel point ces facteurs appuient des réductions réelles des temps d'attente en se penchant sur les questions suivantes :

- Les ressources consacrées à la réduction des temps d'attente ont-elles augmenté depuis 2004?
- A-t-on amélioré le flot de patients (par exemple, en utilisant des lignes directrices sur la pertinence, des guides de pratique clinique, des systèmes de réservation centralisés, des outils d'établissement des priorités)?
- Les augmentations du flot dans les domaines prioritaires réalisées depuis 2004 suffisent-elles pour répondre à la demande future et sont-elles viables à long terme?

L'inclusion de la composante facteurs de facilitation de l'accès traduit le besoin d'un rapport plus solide tenant compte de tous les facteurs susceptibles d'avoir un effet sur l'accès au fil du temps (on en discute davantage ci-dessous à la rubrique «Résultats selon le domaine prioritaire»).

* L'Institut de recherche en services de santé évalue actuellement les taux d'interventions chirurgicales (et peut-être les délais d'attente) couvertes et non couvertes par la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario.

Avons-nous obtenu de véritables réductions?

Si l'on se fonde sur notre analyse des sites web provinciaux sur les temps d'attente, sur les consultations des dirigeants médicaux des cinq domaines prioritaires et sur une étude d'autres rapports récents sur les temps d'attente^{13,14}, il est clair que la réduction des temps d'attente a progressé au cours des récentes années. Une comparaison des temps d'attente entre 2005 et 2006 révèle que, là où il existe des données, les temps d'attente ont diminué pour la plupart des interventions et dans la plupart des provinces^{14,15}.

Dans certains cas où les temps d'attente ne diminuent pas, on augmente les ressources, ce qui devrait pouvoir entraîner éventuellement des réductions des temps d'attente ou permettre de faire face à la montée de la demande et éviter ainsi que les temps d'attente n'augmentent encore davantage, ce qui est particulièrement le cas en IRM. Les professionnels de la santé et les gouvernements des provinces ont en outre mis en œuvre des mécanismes (p. ex., systèmes d'attribution de priorité aux patients) pour améliorer le flot des patients et réduire les temps d'attente.

En dépit des progrès réalisés, l'attente même réduite demeure souvent trop longue et loin des points de repère établis tant par les provinces que par l'ATA. De plus, les temps d'attente varient toujours considérablement entre les régions d'une même province. Ces variations peuvent se manifester de différentes façons. Dans certains cas, par exemple, les résidents ruraux ont un meilleur accès aux soins médicaux que les habitants des milieux urbains, parce que la demande est plus faible.

La viabilité des réductions des temps d'attente constitue un deuxième enjeu tout aussi important. A-t-on mis en place le financement, la structure et les processus nécessaires pour garantir qu'il sera possible de maintenir les réductions? Comme on l'a signalé ci-dessus, d'autres réductions seront-elles possibles compte tenu de la demande future des patients?

Les réponses à ces questions restent à déterminer. Nous savons toutefois que l'offre de professionnels de la santé demeure relativement stable depuis bien des années en dépit de la montée de la demande. L'inscription dans les facultés de médecine a augmenté, mais il faudra de cinq à dix ans pour que ces étudiants terminent leur formation. Comme on l'indique dans les rapports sur les spécialités, ci-dessous, certains spécialistes

craignent que l'on ne puisse maintenir longtemps les volumes actuels d'interventions chirurgicales avec le bassin actuel de ressources humaines. De même, on a parfois besoin de plus de temps en salle d'opération et de matériel plus moderne (p. ex., médecine nucléaire) pour redresser les déséquilibres entre les régions du pays au niveau des temps d'attente.

Résultats selon le domaine prioritaire

La section qui suit présente les progrès réalisés sur le plan des réductions des temps d'attente selon la spécialité. Le rapport de l'ATA¹² présente des renseignements précis sur le rendement selon la province.

Imagerie diagnostique

Les provinces ont choisi d'envisager des points de repère en TDM et en IRM seulement, mais l'ATA a reconnu dès le départ qu'il fallait tenir compte de l'éventail plus général de l'imagerie diagnostique — qui inclut à la fois la radiologie et la médecine nucléaire.

TDM et IRM : Les investissements considérables effectués dans le matériel d'imagerie diagnostique depuis quelques années ont augmenté la capacité, d'un bout à l'autre du Canada. Une augmentation encore plus importante de la demande a toutefois englouti cette augmentation. Jusqu'à récemment, le temps d'attente pour une IRM était tellement long (six à douze mois, ou même plus) qu'on ne l'utilisait plus comme moyen de diagnostic pour beaucoup de patients. Avec le matériel maintenant disponible, on réfère plus de patients aux services d'IRM, mais les temps d'attente n'en sont pas raccourcis de beaucoup pour autant et ils ont même augmentés dans certains cas, bien que le nombre d'examen d'imagerie effectué soit plus élevé que jamais. Les temps d'attente moyens pour les services d'IRM sont de trois à six mois et les cas d'urgence sont traités aussi rapidement que nécessaire.

La question de la pertinence demeure un facteur clé dans les efforts de réduction des temps d'attente. La CAR a calculé qu'environ 10 % des demandes d'examen ne satisfont pas aux lignes directrices adoptées sur la pertinence¹⁶. Pour que les points de repère signifient vraiment quelque chose, il faut les appliquer de concert avec les lignes directrices sur la pertinence.

Médecine nucléaire (voir l'encadré) : L'Association canadienne de la médecine nucléaire (ACMN) est toujours troublée par le manque d'attention que l'on accorde à la densité osseuse, à l'imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophotonique, de même qu'aux scintigraphies osseuses de base. Les temps d'attente pour ces services varient considérablement — en particulier dans la région de l'Atlantique — et il existe des problèmes d'accès aux interventions de médecine nucléaire générale comme la scintigraphie, la médecine nucléaire cardiaque et la mesure de la densité osseuse. Depuis 2004, l'accès aux services d'imagerie TEP a augmenté, mais le financement et les indications approuvées varient considérablement d'une province à l'autre, ce qui rend l'accès inéquitable pour la population canadienne.

Dans nombre de cas, il faut moderniser le matériel. Dans les rares cas où on l'a fait, les temps d'attente pour la médecine nucléaire se sont améliorés, ce qui accroît les efficacités.

Rôle de la médecine nucléaire en imagerie diagnostique

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

- L'imagerie par perfusion du myocarde, par la technologie SPECT ou TEP, sert à diagnostiquer la coronaropathie et à évaluer les patients chez lesquels on en a diagnostiqué une.
- La scintigraphie osseuse par radionucléides : À l'exception de quelques limites (myélome multiple et histiocytome X), la scintigraphie osseuse par radionucléides constitue le principal examen d'imagerie utilisé pour détecter les métastases osseuses. L'examen est plus sensible que la simple radiographie et permet d'examiner le squelette au complet.
- F - tomographie par émission de positrons au fluorodésoxyglucose (TEP-FDG) : Cette technologie, qui sert à produire des images du cancer, exploite le fait que beaucoup de tumeurs hypermétabolisent le glucose. La TEP-FDG est une technologie nouvelle qui a fait son apparition au cours de la dernière décennie et est maintenant acceptée et financée sur le plan clinique par la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques pour évaluer un certain nombre de tumeurs.

Arthroplastie

Dans le domaine de l'arthroplastie, les efforts ont ciblé la réduction des temps d'attente pour les cas prévus d'arthroplastie de la hanche et du genou. Parmi les cinq domaines prioritaires, les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou sont parmi les plus longs, surtout dans le cas du genou. La montée de la demande, en particulier dans les populations plus jeunes, constitue un enjeu important. Le taux d'arthroplasties de la hanche et du genou a augmenté de plus de 86 % de 1994–1995 à 2004–2005 et l'augmentation la plus importante a été enregistrée chez les 45 à 54 ans¹⁷. Même si les temps d'attente pour une arthroplastie ont en général diminué en dépit de cette montée de la demande, ils demeurent longs et beaucoup de patients attendent toujours plus longtemps que le point de repère adopté par les provinces.

Il toujours préoccupant, aussi, que les patients attendent beaucoup trop longtemps pour obtenir une consultation avec leur chirurgien orthopédique ce qui, dans nombre de cas, ajoute un élément important aux temps d'attente dans les cas d'arthroplastie.

Rétablissement de la vue (chirurgie de la cataracte)

Presque toutes les provinces signalent des réductions remarquables des temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte. Certaines y sont parvenues en augmentant le nombre de salles d'opération (Ontario et Manitoba), tandis que d'autres ont amélioré l'accès aux ressources disponibles. En Saskatchewan, on a ouvert les salles d'opération le dimanche pour raccourcir les listes d'attente. La durée de l'attente dans presque toutes les provinces est maintenant inférieure au point de repère, mais il y a toujours une variation importante parce que la longueur des listes d'attente de chaque chirurgien varie. La Société canadienne d'ophtalmologie appuie les efforts de certaines provinces qui ont proposé d'afficher la longueur de la liste d'attente des médecins afin de permettre aux patients, aux médecins traitants ou aux optométristes de choisir un chirurgien dont le délai d'attente est inférieur au point de repère.

La concentration intense sur la chirurgie de la cataracte pose un problème majeur : la réduction s'est faite au détriment de l'attention accordée à d'autres problèmes qui menacent la vue. Dans certaines régions du pays, des chirurgiens ont affirmé limiter maintenant leur pratique à la

chirurgie de la cataracte parce qu'ils sont trop occupés. Il en découle des délais importants pour les personnes qui veulent faire traiter d'autres problèmes sérieux – dont certaines ne sont pas aussi réversibles que la cataracte (dégénérescence maculaire, glaucome, rétinopathie diabétique). Il faut augmenter les ressources humaines du secteur de la santé afin de maintenir le taux accru de chirurgie de la cataracte sans compromettre les soins nécessaires pour ces autres problèmes importants.

Radio-oncologie

Les temps d'attente en radio-oncologie ont diminué ou se sont maintenus au cours de la dernière année partout au Canada. Par exemple, en dépit d'une augmentation importante de la demande, l'Ontario a réduit de 33 % à l'échelle de la province la durée médiane de l'attente entre le moment de la référence et le début du traitement. Des difficultés persistent toutefois à Terre-Neuve : la province envoie certains patients suivre des traitements de radiothérapie en Ontario. Au Québec, la situation est assez fragile et la pression s'alourdit en partie à cause du remplacement d'accélérateurs linéaires, ce qui retire temporairement du service des appareils existants. Les ressources humaines du secteur de la santé constituent un enjeu supplémentaire, car des membres du personnel travaillent tard le soir, ce qu'il sera impossible de maintenir à long terme à cause de l'épuisement. En Alberta, il y a encore des attentes importantes pour le traitement de certains cancers (p. ex., de la prostate et du sein).

Le point de repère de l'Association canadienne des radio-oncologues et de l'ATA est fixé à deux semaines entre la décision de traiter et le début de

la radiothérapie. On espère que les organismes de traitement du cancer partout au Canada pourront se rapprocher de ce point de repère lorsque l'on aura atteint la norme de quatre semaines fixée par les ministres de la Santé des provinces.

Soins cardiaques

Une analyse des temps d'attente indique que parmi les cinq domaines prioritaires, le pontage aortocoronarien est celui qui a le mieux réussi à atteindre les points de repère provinciaux. Cette réussite apparente dissimule toutefois une réalité troublante.

- L'accès en temps opportun au pontage aortocoronarien demeure un problème pour beaucoup de patients. En effet, certaines régions ont pu se conformer au point de repère de six semaines de l'ATA, mais beaucoup d'autres ne l'ont pas encore fait.
- La concentration des efforts sur le pontage aortocoronarien a empêché de se pencher sur les temps d'attente pour les services de soins cardiaques auxquels on recourt plus souvent et dont beaucoup sont nécessaires pour évaluer le besoin d'un pontage aortocoronarien ou de toute autre forme de soins cardiaques. S'il faut trois mois pour consulter un spécialiste et quatre mois de plus pour obtenir un cathétérisme diagnostique, la réduction de la période d'attente pour subir un pontage aortocoronarien à moins de six mois n'a plus aucune importance. La Société canadienne de cardiologie a établi des points de repère sur les temps d'attente pour l'éventail complet des soins cardiaques. Ce qu'il faut, c'est s'engager à les appliquer.

Questions à régler

Toute évaluation crédible dans le dossier des temps d'attente serait incomplète si elle ne précisait pas le travail qu'il reste à faire. On a déterminé qu'il faut accorder davantage d'attention aux aspects suivants au cours des mois à venir.

Poursuivre l'élaboration des points de repère et des cibles

Les points de repère sur les temps d'attente annoncés le 31 décembre 2005 par les gouvernements provinciaux constituent un premier pas dans la bonne direction. Il ne faut toutefois pas s'en tenir à cet effort. On n'a pas encore fixé de points de repère pour l'imagerie diagnostique et comme nous l'avons signalé, il faut un éventail plus large de points de repère à la fois dans les cinq domaines prioritaires (p. ex., cardiologie et médecine nucléaire) et au-delà de ceux-ci pour saisir avec plus de précision comment les soins sont dispensés aux patients. Il faut aussi des points de repère pour les patients qui attendent de consulter un spécialiste — volet tout aussi important du processus global de soin.

À notre connaissance, les ministres de la Santé ne poursuivent pas le travail d'établissement des points de repère et on n'a pas donné suite à la recommandation du conseiller fédéral sur les temps d'attente (le Dr Brian Postl)⁶ qui souhaite l'établissement d'un mécanisme «déclencheur» pour déclarer de nouveaux points de repère. Il reste en outre du travail à faire pour fixer des dates cibles d'adoption des points de repère convenus par les provinces.

Création d'une garantie de délai d'attente

L'établissement de points de repère sur les temps d'attente ne constitue qu'une étape parmi les mesures à prendre pour assurer des soins en temps opportuns à la population canadienne. Comme, à eux seuls, des points de repère ou des objectifs de rendement peuvent n'avoir qu'une influence minimale, il faut se poser les questions suivantes : que se passera-t-il si l'accès aux soins dépasse les points de repère pour un patient? Quel recours ce patient aura-t-il? Et quelles responsabilités la loi impose-t-elle aux médecins, aux établissements de soins de santé et aux gouvernements? De plus en plus, les médecins se

demandent quelle pourrait être leur responsabilité civile si les patients ajoutés à la liste d'attente ne sont pas traités dans le délai prévu ou si les rendez-vous accumulés les empêchent de recevoir assez rapidement les patients qui leur sont référés¹⁸.

Comme on l'a déjà signalé, le gouvernement fédéral a annoncé dans son budget de 2007 la création d'une Fiducie pour les garanties de délai d'attente*. On injectera jusqu'à 612 millions de dollars dans un fonds de fiducie de trois ans afin d'aider les provinces et les territoires qui se sont engagés publiquement à mettre en œuvre des garanties de délai d'attente pour les patients, dans au moins un des cinq domaines prioritaires, avant le 31 mars 2007. On a prévu 30 millions de dollars de plus en trois ans pour permettre aux provinces de lancer des projets pilotes novateurs sur les garanties de délai d'attente pour les patients¹⁹.

Au moment où nous avons rédigé ce rapport, plusieurs provinces avaient conclu des ententes avec le gouvernement fédéral pour établir une garantie de soin dans des domaines comme la chirurgie de la cataracte, la radio-oncologie et le pontage aortocoronarien.

L'établissement de la fiducie constitue un nouveau pas dans la bonne direction pour donner un recours aux patients qui font face à de longs délais d'attente. C'est pourquoi il sera crucial d'adopter une approche cohérente et mesurée établissant un équilibre entre la flexibilité pour les provinces et l'uniformité de l'accès dans l'optique du patient. À cette fin, on pourrait notamment :

- commencer par quelques interventions choisies à mettre en œuvre la garantie de temps d'attente et l'évaluer avant de passer à d'autres interventions;
- veiller à ce qu'il y ait une bonne correspondance entre le point de repère et le moment auquel la garantie entre en vigueur†;

* Le gouvernement fédéral a aussi annoncé le financement de projets pilotes sur les garanties de délai d'attente dans le cas de certaines populations qui relèvent de sa compétence : trois de ces projets portent sur le soin du diabète dans certaines communautés des Premières nations; on prévoit aussi la création d'un système d'information pédiatrique qui comportera un plan pancanadien de recours clinique pour les enfants dont les délais d'attente en chirurgie dépassent les lignes directrices sur l'accès clinique.

† Il peut y avoir une distinction entre ces points. Les

- avoir un plan pour aider les patients (et les aidants naturels) à trouver le traitement approprié le plus proche sans frais pour le patient;
- clarifier les responsabilités des patients, des médecins et des gouvernements à l'égard de l'application des garanties de délai d'attente et cerner les considérations légales éventuelles.

Effet de compression

Il ne convient pas que notre système de santé vise certaines interventions et certaines maladies au détriment des autres. Certes, il faut consacrer des ressources à raccourcir les temps d'attente là où leur durée est inquiétante, mais il est tout aussi important de s'assurer que d'autres interventions et problèmes de santé ne seront pas les prochains à voir les temps d'attente s'allonger.

— Dr Brian Post⁶

On parle d'«effet de compression» pour désigner les conséquences inattendues que pourrait avoir la concentration des efforts sur les cinq domaines prioritaires en réduisant les ressources affectées à d'autres interventions ou services de santé. Cela pourrait se produire au sein d'une spécialité (p. ex., chirurgies plus nombreuses de la cataracte qui réduisent le nombre d'interventions chirurgicales pour d'autres problèmes des yeux), ainsi qu'entre les cinq domaines prioritaires et d'autres types d'interventions comme la chirurgie pédiatrique ou la chirurgie générale. Comme le signale le Conseil canadien de la santé dans son dernier rapport annuel²⁰, «des gouvernements doivent continuer d'évaluer si la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines visés a pour effet d'allonger les temps d'attente pour les autres services».

Comme on l'a souligné, le récent rapport de l'ICIS sur les temps d'attente¹⁰ a révélé que même si le volume des interventions chirurgicales dans les quatre domaines prioritaires de la chirurgie a augmenté de 7 % par rapport à l'année précédente, il n'a pas diminué pour autant dans le cas des autres types de chirurgie (croissance de 2 %), ce qui pourrait indiquer qu'il n'y a aucun effet

points de repère représentent des plages de temps d'attente moyens acceptables pour les patients. La garantie de délai d'attente s'applique à des cas en particulier et plus précisément aux extrêmes de la courbe de distribution des temps d'attente. En outre, dans les cas où les données ou bien le jugement sur les temps d'attente maximaux sont très dispersés, on pourrait utiliser un point situé sur la courbe de distribution, comme le 90^e percentile, par exemple, pour déclencher la garantie de soins.

de compression.

Les volumes d'interventions chirurgicales ne suffisent toutefois pas à savoir s'il y a eu effet de compression, car ils ne révèlent pas l'évolution de la demande de services prioritaires et non prioritaires (comme on peut le voir à la Figure 1). La demande non satisfaite allonge les temps d'attente. Par conséquent, même si les volumes d'interventions chirurgicales dans les domaines non prioritaires n'ont pas diminué, il peut quand même y avoir eu un effet de compression sous forme d'un prolongement du temps d'attente pour ces services. De plus, nous ne savons pas quel effet l'annonce relative aux cinq domaines prioritaires peut avoir eu en attirant de l'attention et des ressources à ces domaines. On ne s'étonnera donc pas qu'une récente consultation auprès de presque 4000 médecins canadiens ait révélé que beaucoup d'entre eux déclarent voir apparaître des disciplines «nanties» et «démunies»²¹.

L'ATA reconnaît que l'identification de cinq domaines prioritaires dans le plan décennal a constitué un premier pas dans la bonne voie pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun et rendre le système plus redditionnel pour les patients. L'ATA continuera de suivre l'évolution de la situation dans les cinq domaines prioritaires. Comme on l'a montré, il reste encore beaucoup de travail à faire dans ces domaines (p. ex., établir des points de repère pour l'imagerie diagnostique et pour l'éventail complet des soins cardiaques). Par ailleurs, l'ATA reconnaît aussi que les Canadiens s'attendent à avoir accès en temps opportun à tous les soins dont ils ont besoin, et il faut prendre des mesures pour éviter les effets de compression. À cette fin, l'ATA appuie tous les efforts déployés afin d'établir des points de repère sur les temps d'attente pour les services de santé autres que ceux des cinq domaines prioritaires identifiés dans le plan décennal (voir aussi la section Recommandations et étapes suivantes).

S'attaquer au problème des ressources humaines de la santé du Canada

Dans son rapport d'août 2005³, l'ATA a affirmé que la pénurie de ressources humaines de la santé (RHS) constituait le principal obstacle qui empêche de garantir un accès aux soins en temps opportun. Il s'agit d'un problème à long terme qui ne se résoudra pas rapidement, malgré les premiers efforts déployés par les gouvernements pour augmenter les RHS. En 2005, l'ATA a

préconisé la création d'un Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines de la santé d'un milliard de dollars. Ce fonds viendrait appuyer l'établissement, pour la gestion des RHS, d'un plan pancanadien intégré, fondé sur les besoins et reposant sur le principe de l'autosuffisance pour le Canada. Les éléments essentiels du plan comprennent : une augmentation continue des possibilités de formation au premier cycle pour les professionnels de la santé (médecins, infirmières, techniciens et autres), une augmentation du nombre de postes de formation postdoctorale, une intégration accélérée des travailleurs de la santé étrangers qualifiés et la création d'un bureau canadien de coordination des RHS.

En ce qui concerne la médecine, il y a eu

certain progrès, car les gouvernements ont augmenté le nombre des inscriptions dans les facultés de médecine et le nombre de postes de formation postdoctorale, et facilité l'intégration des diplômés de facultés de médecine étrangères. Il faut toutefois une offre suffisante d'autres professionnels de la santé pour s'attaquer efficacement aux longs délais d'attente.

En bout de ligne, il faudra adopter une stratégie nationale de gestion de l'offre future de RHS au Canada, sinon le pays fera face à une autre forme d'«effet de compression» — cette fois en RHS — puisque certaines régions du pays bénéficieront d'un plus grand nombre d'effectifs tandis que d'autres feront face à des délais d'attente encore plus longs pour avoir accès aux soins nécessaires.

Recommandations et étapes suivantes

Cette section présente des recommandations clés fondées sur la situation actuelle de l'accès aux soins et des efforts déployés pour obtenir une réduction véritable des temps d'attente. Elle décrit aussi les mesures que l'ATA prendra au cours des prochains mois.

Recommandations

Les recommandations qui suivent nous ramènent au début du rapport et à l'appel que nous avons lancé en faveur d'une approche coordonnée, concertée et prolongée afin d'améliorer pour les patients l'accès aux soins en temps opportun. Ces recommandations répètent que la réduction des temps d'attente ne peut être le fruit des efforts d'un seul intervenant, mais qu'elle passe plutôt par la concertation entre les gouvernements, les professionnels de la santé et la population.

1. Afin de rendre les rapports sur les temps d'attente utiles et transparents autant pour les patients que pour la population, les gouvernements provinciaux doivent, en collaboration avec les professionnels, les administrateurs et les chercheurs du secteur de la santé, entreprendre les activités suivantes :
 - Clarifier les définitions des temps d'attente et des critères en la matière et les normaliser entre les provinces, y compris les points de départ proposés dans le présent rapport.
 - Améliorer la qualité et l'opportunité des rapports sur les temps d'attente affichés sur les sites web pertinents, c.-à-d. :
 - déclarer les données de plusieurs façons, y compris le pourcentage de la population qui est traitée dans les délais établis dans les points de repère;
 - produire des rapports (au moins) trimestriels;
 - faire revoir les données par le vérificateur général de la province ou par un conseil indépendant.
 - Déterminer et mesurer les indicateurs des facteurs habilitants de l'accès qui ont une incidence sur les temps d'attente et en faire rapport afin de brosser un tableau complet qui indique si les réductions des temps d'attente sont durables et si des effets de compression se font sentir.
2. Pour reconnaître le fait que les besoins en soins de santé de la population canadienne dépassent les cinq domaines prioritaires, tous

les intervenants doivent commencer à penser à établir des points de repère et des temps d'attente dans d'autres domaines importants des soins de santé. L'ATA sera un intervenant actif dans cet effort, comme elle l'a fait dans l'élaboration de points de repère pour les cinq premiers domaines prioritaires.

3. Afin de déployer un effort vraiment significatif et durable pour s'attaquer aux problèmes de ressources humaines de la santé (RHS) au Canada, les professions de la santé et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent adopter une stratégie pancanadienne sur les RHS qui parte d'un plan intégré, pancanadien et fondé sur les besoins, et reposant sur le principe de l'autosuffisance pour le Canada. Le Fonds fédéral de réinvestissement dans les ressources humaines de la santé de cinq ans et d'un milliard de dollars appuierait cette stratégie.
4. Afin de garantir les capacités nécessaires pour appuyer la prestation de soins en temps opportun à la population canadienne, le gouvernement fédéral doit créer un Fonds ponctuel pour l'infrastructure de prestation des services de santé. Le Fonds aiderait les centres de référence des patients, les centres d'enseignement et les hôpitaux régionaux à (re)bâtir leur capacité.
5. Les Canadiens doivent reconnaître leur rôle dans la demande de services de santé. Pour réduire les temps d'attente, il faut d'abord atténuer dans la mesure du possible le besoin de soins au départ comme en adoptant des habitudes de vie plus saines et prenant dûment en charge les problèmes et les maladies chroniques avec l'aide de professionnels de la santé.

Étapes suivantes

L'ATA entreprendra plusieurs activités importantes au cours des prochains mois. Nous les décrivons brièvement ci-dessous.

Expansion de l'ATA

Comme elle veut améliorer l'accès et appuie l'établissement de points de repère pour des types de soins autres que dans les cinq domaines prioritaires, l'ATA prendra sous peu de

l'expansion pour intégrer d'autres domaines de soins comme les soins d'urgence, la psychiatrie, la gastroentérologie, l'anesthésiologie et la chirurgie de reconstruction.

Dans le contexte d'une initiative distincte mais connexe, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'AMC conjugueront leurs efforts pour étudier des points de repère sur les temps d'attente ou des objectifs de rendement pour les soins primaires, plus précisément l'accès aux médecins de famille. Comme l'ATA l'a signalé dans son rapport d'août 2005³, l'attente commence pour la plupart des patients lorsqu'ils essaient d'avoir accès à leur médecin de famille. Encore pire : beaucoup de Canadiens — 14 % selon Statistique Canada²² — déclarent ne pas avoir de médecin de famille régulier.

Insister pour que les gouvernements respectent les engagements du plan décennal

La prochaine étape du plan décennal consiste à

annoncer d'ici au 31 décembre 2007 des objectifs pluriannuels. Cela signifierait que les gouvernements provinciaux qui ne l'ont pas encore déjà fait annonceraient leur calendrier de mise en œuvre des points de repère convenus sur les délais d'attente. L'ATA suivra la situation de près, car nous croyons qu'il s'agit d'une autre étape clé à franchir dans la voie de l'amélioration de l'accès.

Préparation de l'examen parlementaire de 2008

La législation fédérale adoptée pour mettre en œuvre les engagements financiers prévus dans le plan décennal prévoit un examen parlementaire du plan en 2008 et en 2011 afin d'évaluer les progrès. L'ATA participera à l'examen de 2008 et présentera alors une évaluation et un rapport plus détaillés.

Références

1. Premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ottawa : Santé Canada ; septembre 2004.
2. Soroka, Stuart N. *Le système de santé : perceptions des Canadiens*. Toronto : Conseil canadien de la santé; 2007. www.conseilcanadiendelasante.ca
3. Alliance sur les temps d'attente. *Il est 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. Disponible à : www.waittimealliance.ca/multimedia/CMA/Contenu/Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2005/wta-final.pdf (consulté le 7 avril 2007).
4. Alliance sur les temps d'attente. *Rapport provisoire de l'Alliance sur les temps d'attente*. Ottawa : Association médicale canadienne; novembre 2006. Disponible : waittimealliance.ca/multimedia/wta/english/WTA_report_card_EN_final.pdf (consulté le 7 avril 2007).
5. Alliance sur les temps d'attente. *Plus jamais d'attente! Pour une meilleure gestion grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires*. Ottawa : Association médicale canadienne; mars 2005.
6. Postl BD. *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*. Santé Canada : Ottawa, juillet 2006. Disponible à : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2006-wait-attente/index_f.html (consulté le 7 avril 2007).
7. *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Toronto : Conseil canadien de la santé; février 2007.
8. Bureau du vérificateur général de l'Ontario. *Rapport annuel 2006*. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2007.
9. Un site web convivial et un conseil de certification des données indépendant renforceront la stratégie sur les temps d'attente (communiqué). Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 15 mars 2007.
10. *Tendances du volume d'interventions chirurgicales liées ou non aux domaines prioritaires associés aux temps d'attente*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 5 février 2007.
11. *La Stratégie sur les temps d'attente*. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 8 décembre 2004. Disponible à : www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/providers/strategy/wt_strat_overview.pdf (consulté le 7 avril 2007).
12. Alliance sur les temps d'attente. *Rapport de l'Alliance sur les temps d'attente*. Ottawa : Association médicale canadienne; 31 mars 2007. Disponible à : www.waittimealliance.ca/index.cfm/ci_id/45764/la_id/1.html (consulté le 7 avril 2007)
13. *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Toronto : Conseil canadien de la santé; 2007.
14. Tableaux sur les temps d'attente - Une comparaison par province, 2007. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2007.
15. *Temps d'attente et soins de santé au Canada : Ce que nous savons et ce que nous ignorons*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2006. Disponible : www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_549_E&cw_topic=549&cw_rel=AR_1385_E (consulté le 7 avril 2007).
16. *Lignes directrices pour les examens d'imagerie diagnostique*. Ottawa : Association canadienne des radiologistes; mai 2005.
17. *Rapport de 2006 : Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; *Registre canadien des remplacements articulaires*; 2006.
18. Association canadienne de protection médicale. Points de repère pour les temps d'attente — Considérations d'ordre médico-légal. Bulletin d'information. Vol. 22, n° 1, mars 2007.
19. *Plan budgétaire 2007*. Ottawa : Ministère des Finances du Canada; 19 mars 2007.
20. *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Toronto : Conseil canadien de la santé; 2007; p. 41.
21. *Consultation de l'AMC sur les soins spécialisés : survol des résultats de la consultation sur l'accès et les temps d'attente*. Ottawa : Association médicale canadienne. 30 janvier 2007. www.cma.ca/index.cfm/ci_id/50784/la_id/2.htm
22. Sanmartin C, Gendron F, Berthelot J-M, Murphy K. *Accès aux services de santé au Canada, 2003*. Ottawa : Statistique Canada; 2004. No 82-575-XIF au catalogue.