



# Alliance sur les temps d'attente

## Présentation au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes

Examen prévu par la loi du Plan décennal  
pour consolider les soins de santé

Mai 2008

# Présentation de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes

## INTRODUCTION

Je m'appelle Lorne Bellan. Je dirige le Département d'ophtalmologie à l'Université du Manitoba et je suis le président désigné de la Société canadienne d'ophtalmologie. Mon collègue, le D<sup>r</sup> Jean Luc Urbain, qui dirige le Département d'imagerie médicale à l'Université Western Ontario et préside l'Association canadienne de médecine nucléaire, m'accompagne aujourd'hui.

Nous sommes heureux de venir prendre la parole aujourd'hui au nom des membres de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) devant le Comité permanent de la santé chargé de l'examen législatif des progrès réalisés dans la mise en œuvre du «Plan décennal pour consolider les soins de santé».

L'ATA est issue à la fois des préoccupations soulevées par l'accès aux soins de santé pour nos patients et de l'intérêt que nous portons à l'établissement de points de repère factuels pour des temps d'attente médicalement acceptable dans les cinq domaines prioritaires établis dans le Plan décennal.

Le *Plan décennal* traite de nombreux aspects de la santé et des soins de santé. L'ATA se concentre toutefois sur les temps d'attente et l'accès et c'est pourquoi, dans notre exposé d'aujourd'hui, nous évaluerons les progrès réalisés vers l'atteinte des engagements pris dans la section du Plan décennal intitulée «*Réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès*».

Notre exposé aujourd'hui portera sur les aspects suivants :

1. **Évaluation** : L'évaluation globale que l'ATA fait de la mise en œuvre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*.
2. **Obstacles** : Les principaux obstacles qui empêchent de réaliser d'autres progrès pour réduire les temps d'attente dans ces cinq domaines et d'autres.
3. **L'avenir** : Les prochaines mesures que les gouvernements devraient prendre pour garantir aux Canadiens l'accès en temps opportun à des soins de santé de qualité.

## Évaluation

L'ATA a consacré énormément de temps et d'efforts à évaluer dans quelle mesure les Canadiens reçoivent les soins en-deçà des points de repère établis. L'Alliance a publié un Bulletin provisoire en novembre 2006, un Bulletin en avril 2007 et, plus récemment, un autre en avril 2008.

Le Bulletin de 2008 porte sur l'évaluation du rendement des gouvernements face à leurs engagements du Plan décennal et sur l'évaluation de l'accès en temps opportun pour les Canadiens dans les cinq domaines prioritaires depuis l'entrée en vigueur du plan.

Les notes nationales les plus récentes à l'égard des temps d'attente figurent au Tableau 1 du Bulletin 2008 de l'ATA et comprennent les suivantes :

- En arthroplastie, «B» pour la hanche et «C» pour le genou.
- En radio-oncologie, «A».
- En chirurgie de la cataracte, «B».
- En pontage aortocoronarien, «A».

Dans ma propre spécialité, soit l'ophtalmologie, la prestation en temps opportun des services de chirurgie de la cataracte au Canada a réalisé des progrès importants depuis l'Accord des premiers ministres de 2004. Avant l'Accord, nous aurions accordé entre D et C à l'échelle nationale aux temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte, qui obtient B dans le dernier Bulletin.

Les notes nationales constituent seulement un des éléments de l'évaluation globale des temps d'attente. C'est pourquoi l'ATA a aussi produit des «tendances» du rendement dans les cinq domaines prioritaires. Dans certains cas où les temps d'attente ne diminuent pas, on augmente les ressources, ce qui devrait à l'avenir soit entraîner une réduction des temps d'attente soit éviter qu'ils ne s'allongent davantage lorsqu'il y a croissance de la demande.

Certaines provinces réalisent de grands progrès vers la mise en œuvre complète du Plan décennal de 2004. Les efforts concertés des gouvernements et d'autres intervenants peuvent faire une différence dans la réduction des temps d'attente et l'amélioration de l'accès.

Même si on constate certains progrès vers la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, on peut – et on doit – faire davantage.

Le Plan décennal établit de nombreux engagements au sujet des temps d'attente, y compris la création d'indicateurs de l'accès, de points de repère et d'objectifs pluriannuels, et la production de rapports d'étape. Dans ces domaines, les engagements ont été tenus en partie seulement, tout au mieux.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont certes adopté des points de repère en décembre 2005, mais ils n'en ont pas établi pour l'imagerie diagnostique et ils n'ont pas tenu non plus leur engagement dans le domaine des soins cardiaques. Le point de repère dans le cas du pontage aortocoronarien ne tient pas compte de la façon dont les soins médicaux sont dispensés aux patients cardiaques et le point de repère fixé à six mois ne convient pas. La Société canadienne de cardiologie a établi, pour l'ensemble des soins cardiovasculaires, des points de repère fondés sur de solides données probantes. Les gouvernements devraient les utiliser.

En radiothérapie, le point de repère actuel, soit quatre semaines à compter du moment où le patient est «prêt à traiter» jusqu'au début du traitement, diffère considérablement de la recommandation de l'ATA, qui l'a fixé à deux semaines. Le point de repère ne tient pas compte non plus des résultats de recherche qui ont révélé que les temps d'attente pour le début de la radiothérapie contre tous les types de cancer devraient être aussi brefs que possible.

Certaines provinces n'ont toujours pas établi d'objectifs pour l'atteinte de leurs points de repère sur les temps d'attente.

La plupart des provinces réalisent des progrès, mais les progrès ne sont pas égaux dans tout l'éventail des soins et nous craignons que certaines provinces n'aient peut-être pas le financement, les structures et les processus nécessaires pour maintenir les réductions.

## **Principaux obstacles**

Passons maintenant à notre deuxième volet. L'ATA a dégagé trois obstacles clés qui continuent à miner les progrès réalisés et notre capacité de les mesurer avec exactitude.

Il faut d'abord clarifier les définitions des temps d'attente et les critères, et les normaliser entre les provinces. Il faut ensuite améliorer la collecte d'information sur les temps d'attente et sa diffusion publique. Troisièmement, la lutte contre les problèmes liés aux effectifs de la santé et à la capacité de l'infrastructure n'avance pas.

La détermination du point de départ qu'il faut utiliser pour mesurer les temps d'attente constitue un enjeu clé dans la clarification et la normalisation des définitions des temps d'attente et des critères pertinents. Les gouvernements utilisent actuellement différents points de départ pour mesurer le début réel des temps d'attente.

Outre l'amélioration de la façon de recueillir des données sur les temps d'attente, il faut améliorer aussi la façon d'en faire rapport au public. La qualité des rapports sur les temps d'attente publiés par les gouvernements varie énormément, ce qui suscite la confusion chez les patients, rend les comparaisons difficiles et accroît l'incertitude qui règne au sujet de la longueur réelle des temps d'attente pour les patients.

L'ATA a toujours soutenu que la pénurie d'effectifs de la santé au Canada constitue le principal obstacle qui empêche de donner accès aux soins en temps opportun. Mais pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun, nous devons aussi de toute urgence combler les lacunes sérieuses de l'infrastructure du système. Ces lacunes comprennent le nombre de lits de soins actifs dans les hôpitaux, de lits pour d'autres soins, de salles d'opération, d'ensembles diagnostiques et de services communautaires.

## **L'avenir**

Au moment où nous regardons vers l'avenir, l'établissement de points de repère sur les temps d'attente dans cinq domaines clés constitue un bon point de départ. Il ne faut pas s'arrêter là. Les réductions des temps d'attente ne doivent pas se limiter à cinq domaines des soins. L'ATA a récemment montré la voie à suivre en étendant les points de repère aux domaines suivants :

- soins d'urgence;
- soins psychiatriques;
- chirurgie plastique;
- gastroentérologie;
- anesthésiologie (prise en charge de la douleur);
- obstétrique;
- gynécologie.

L'accès en temps opportun à ces domaines de soins spécialisés laisse souvent à désirer. Par exemple, la durée médiane des temps d'attente entre le moment où un médecin de famille réfère un patient et l'évaluation par un gastroentérologue s'établit à 16 semaines. Notre message est clair et ferme : les gouvernements doivent adopter des points de repère sur les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés, commencer à recueillir des données sur l'accès pour les patients à tous les services médicaux et en faire rapport.

## **CONCLUSION**

En terminant, j'encourage les membres du comité à consulter leur trousse pour y trouver des évaluations d'une page des temps d'attente dans la spécialité de chacun des membres de l'ATA et les enjeux clés auxquels il faut s'attaquer afin d'améliorer l'accès pour les patients.

Personne n'a dit qu'il serait facile de s'attaquer aux listes d'attente qui s'allongent compte tenu de la complexité des enjeux en cours. Personne n'a laissé entendre non plus qu'on pourrait trouver une solution rapidement. Pourtant, les Canadiennes et les Canadiens méritent d'avoir accès aux soins en temps opportun. Nous croyons que c'est possible.