



UNE TRANSFORMATION S'IMPOSE

Les Canadiens attendent toujours trop longtemps pour recevoir des soins de santé

Bulletin sur les temps d'attente au Canada

Jun 2013

Aperçu

En dépit de bonnes intentions et d'efforts nombreux, les Canadiens attendent toujours trop longtemps avant d'avoir accès aux soins de santé. Dans beaucoup de régions et de pratiques et spécialités médicales, aucun progrès important ou soutenu n'a été réalisé en réduction des temps d'attente au cours des dernières années. Une transformation structurelle du système de santé du Canada s'impose depuis longtemps si l'on veut surmonter cette stagnation.

Le rapport 2013 de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) contient trois parties.

1. Évaluation de l'accès aux soins en temps opportun pour les Canadiens :

Le rendement dans les cinq domaines désignés à l'origine a été évalué en fonction des points de repère des gouvernements du Canada et le rendement d'un éventail élargi d'interventions et de traitements a été évalué en fonction des points de repère de l'ATA. Cette année encore, le pourcentage des patients qui ont reçu des soins en deçà des temps d'attente repère dans le cas des premières interventions pour lesquelles il existe des points de repère pancanadiens établis par les gouvernements (c. à d. radiothérapie, pontage aortocoronarien, arthroplastie de la hanche et du genou et chirurgie de la cataracte*) n'a pas augmenté. Même si certaines provinces affichent des améliorations, les résultats nationaux de 2013 montrent peu de signes de progrès, ce qui signifie que beaucoup de Canadiens attendent toujours longtemps. Ce manque de progrès se constate aussi pour de nombreuses autres interventions pour lesquelles l'ATA a établi ses propres points de repère. Il existe quelques rapports sur les interventions en obstétrique-gynécologie et en chirurgie plastique, mais il n'y a toujours pas de rapports provinciaux dans des spécialités comme l'anesthésiologie (et en particulier le traitement de la douleur chronique), la gastroentérologie (sauf en Nouvelle-Écosse) et la psychiatrie. Le rapport de cette année met aussi en évidence l'effet de la situation socioéconomique sur les temps d'attente.

2. Évaluation des sites web provinciaux sur les temps d'attente :

Tout comme les notes accordées aux temps d'attente, la qualité des sites web provinciaux sur les

temps d'attente varie énormément. Les sites de certaines provinces continuent de s'améliorer, mais dans d'autres cas, la fonctionnalité s'est peu améliorée au cours des quatre dernières années.

3. Changements structurels visant à poursuivre la réduction des temps d'attente :

La réduction des temps d'attente stagne dans beaucoup d'administrations. Les provinces ne semblent pas arriver à réduire davantage le temps pendant lequel les Canadiens doivent attendre pour avoir accès aux soins médicaux nécessaires, outre ce qui a été réalisé jusqu'ici, même avec l'injection de fonds supplémentaires. C'est pourquoi l'ATA est d'avis que l'augmentation du financement ne peut être la seule solution. La meilleure façon d'obtenir des réductions soutenues des temps d'attente consiste plutôt à instaurer des changements structurels dans la façon d'atténuer, de mesurer, de surveiller et de gérer les temps d'attente (approche lancée pour la première fois par l'ATA dans la Trousse 4 M de stratégies¹). Des exemples de changements structurels sont fournis.

Changement structurel : le moment est venu

Il y a presque 10 ans que les premiers ministres du Canada ont signé l'Accord sur la santé de 2004. L'engagement pris par les gouvernements de s'attaquer à la durée des temps d'attente pour obtenir des soins médicaux constituait un élément de premier plan de l'Accord. L'ATA suit depuis 2007 le rendement des gouvernements provinciaux en la matière en publiant ses rapports annuels. Notre rapport de 2013 soulève des préoccupations et en particulier le recul soutenu du pourcentage des patients traités en deçà des points de repère sur les temps d'attente approuvés par les gouvernements. Comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) le signalait récemment, même si de plus en plus d'interventions chirurgicales sont pratiquées dans les domaines visés par l'Accord de 2004, les temps d'attente ne diminuent pas. Il semblerait que « la demande augmente à un taux qui dépasse la capacité de suivre du système de santé »².

Comme on le voit en détail dans ce rapport, il y a eu des améliorations au cours des dernières années, mais l'objectif collectif qui consiste à améliorer l'accès aux soins en temps opportun pour les Canadiens n'est pas encore atteint. Les

* L'imagerie diagnostique (en particulier l'imagerie par résonance magnétique et la tomодensitométrie) constituait le cinquième domaine prioritaire initial. Il n'y a toutefois encore aucun point de repère gouvernemental pancanadien dans ce domaine.

Canadiens attendent toujours trop longtemps pour avoir accès à beaucoup de services de santé. Ils attendent en outre plus longtemps que les citoyens de la plupart des autres pays industrialisés qui ont un système financé par le secteur public. Le temps d'attente moyen pour une arthroplastie de la hanche et du genou aux Pays-Bas, par exemple, est de huit semaines et la moyenne des temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte s'établit à cinq semaines³, mais beaucoup de Canadiens attendent pendant plus de 26 semaines pour subir une arthroplastie et plus de 16 semaines pour une chirurgie de la cataracte. L'Écosse et l'Angleterre ont toutes deux fixé et atteint l'objectif qui consiste à ne pas laisser 90 % des patients en soins électifs attendre plus de 18 semaines entre la référence de l'omnipraticien et le début du traitement pour un vaste éventail de soins médicaux. Cette période de 18 semaines inclut la période d'attente avant de consulter un spécialiste et l'attente qui précède les examens diagnostiques.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a analysé récemment les stratégies adoptées par d'autres pays industrialisés où les temps d'attente sont longs afin d'assurer l'accès aux soins en temps opportun pour leurs citoyens. Le rapport qui en a découlé — *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* — a des leçons à offrir au Canada en ce qui concerne l'efficacité des stratégies de réduction des temps d'attente³. Les constatations présentées par l'OCDE démontrent que la stratégie courante qui consiste à augmenter temporairement le financement afin d'accroître l'offre de services n'a qu'un effet temporaire sur les temps d'attente. Souvent, les temps d'attente s'allongent de nouveau après une diminution initiale, puisque le financement de courte durée n'entraîne aucun changement structurel des modes de prestation des services. Cette constatation tombe à point, étant donné qu'il est peu probable que les gouvernements provinciaux consacrent avant longtemps des sommes additionnelles à la réduction des temps d'attente.

L'OCDE a conclu que les pays qui ont mis en œuvre des changements structurels ont plus de chances de réussir à réduire les temps d'attente et à maintenir ces réductions. Les changements structurels appliqués à l'échelle nationale ont consisté notamment à adopter des budgets basés sur les activités pour les hôpitaux (au lieu d'un financement global, comme le fait le Canada), à adopter des garanties sur les temps d'attente qui sont appliquées et donnent davantage de choix aux patients désireux de trouver d'autres fournisseurs offrant des temps d'attente plus courts (souvent grâce à des systèmes d'information intégrés) et à utiliser des outils d'établissement

de priorités cliniques et de détermination de la pertinence pour évaluer les besoins des patients et leur attribuer une priorité. Les Pays-Bas, le Danemark, le Portugal et le Royaume-Uni sont quelques-uns des pays qui ont mis en œuvre de telles réformes structurelles (voir Encadré 1). Des pays où la conjoncture diffère pourront devoir utiliser des outils différents.

Le moment est venu d'adopter les changements structurels ou transformateurs — tant à l'échelle du système de santé qu'à celui des soins de première ligne — pour que le Canada ait le moindre espoir de réussir à réduire les temps d'attente et à maintenir ces réductions. Comme l'ICIS le signalait dans son rapport de 2013², la réaffectation de ressources a le plus de chances d'être efficace si elle est conjuguée à des modifications des façons de gérer les interventions.

Il est encourageant de constater que des changements structurels visant les temps d'attente sont en cours dans la plupart des provinces; plusieurs de ceux-ci sont mis en évidence tout au long du présent rapport. D'autres changements semblables s'imposent toutefois pour réduire les temps d'attente, maintenir ces réductions et améliorer la qualité des soins pour les Canadiens. Ces efforts devraient consister notamment à :

- Répondre aux besoins des patients âgés et de ceux qui sont en attente d'un transfert dans un établissement offrant un autre niveau de soins (ANS) souvent plus approprié.
- Répondre aux besoins des patients qui utilisent fréquemment le système mais qui ont souvent besoin de solutions simples.
- Restructurer le financement des hôpitaux (p. ex., par un financement basé sur les activités) afin de les inciter non seulement à offrir davantage de services mais aussi à fournir les services de la façon la plus efficace possible. Cette approche appuierait aussi l'utilisation de garanties effectives sur les temps d'attente assorties de conséquences, contrairement aux garanties actuelles au Canada qui ont une incidence minimale sur les temps d'attente.
- Redoubler d'efforts pour assurer que les soins appropriés sont fournis (p. ex., par l'application de guides sur la pertinence).
- Améliorer pour les Canadiens l'accès à des médicaments d'ordonnance abordables.
- Déterminer les buts communs entre les parties prenantes du système de santé, y compris les patients, les fournisseurs et les gouvernements.
- Créer des modèles entièrement nouveaux de soins axés sur les patients.
- Consacrer davantage d'efforts à la collecte, la surveillance et

la gestion de données normalisées sur les temps d'attente portant sur l'éventail complet des services de santé fournis.

- Faire participer les patients à toutes les stratégies énumérées ci dessus.

1. Évaluation de l'accès aux soins en temps opportun pour les Canadiens

Dans ses rapports de 2007 et 2008, l'ATA s'est concentrée uniquement sur le rendement des provinces pour les inter-

ventions indiquées dans l'Accord sur la santé de 2004 : soins en oncologie (et particulièrement radiothérapie), soins cardiaques (pontage aortocoronarien [PAC] en particulier), arthroplastie (hanche et genou), rétablissement de la vue (plus précisément, chirurgie de la cataracte) et imagerie diagnostique (tomodensitométrie [TDM] et imagerie par résonance magnétique [IRM]) – même si les gouvernements n'ont pas établi de points de repère pour l'imagerie diagnostique à l'époque de la signature de l'accord original.

Depuis, l'ATA s'est concentrée sur les buts suivants : (1) élargir la portée de son rapport afin d'y inclure l'accès pour

Encadré 1 : Réformes structurelles mises en œuvre dans d'autres pays pour réduire les temps d'attente*

Angleterre et Écosse

Garantie d'attente entre la référence et le traitement : Au plus 18 semaines entre la référence par un omnipraticien et le début d'un traitement spécialisé pour des interventions électives, y compris les consultations de spécialistes et les tests diagnostiques. Cette garantie est enchâssée dans la constitution du National Health Service (NHS)⁴.

Le ministère de la Santé surveille l'application de la garantie et on vise à traiter 90 % des patients hospitalisés et 95 % des patients en service externe en deçà de la limite de 18 semaines. Tout manquement au respect de ces cibles entraîne une réduction pouvant atteindre 5 % des revenus de la spécialité pertinente au cours du mois où la violation se produit.

Portugal

Système intégré de gestion des listes d'attente en chirurgie (SIGIC) : Plateforme électronique centralisée qui facilite la circulation des patients dans tout le pays pour accélérer l'accès aux soins. Lorsqu'un patient en attente de soins a atteint 75 % du temps d'attente maximal, il reçoit un bon qui lui permet de passer à un autre hôpital (public ou privé). Comme le financement suit le patient, le premier hôpital a intérêt à veiller à ce qu'il soit traité avant que l'attente atteigne 75 % du maximum. Le SIGIC fournit aussi de l'information clinique sur le patient et suit le rendement du système. Même si la demande a augmenté en chirurgie, le temps d'attente médian pour une intervention chirurgicale a diminué de presque 63 % de 2005 à 2010 après la mise en œuvre du SIGIC.

Pays-Bas

Financement basé sur les activités pour les hôpitaux et les spécialistes.

Services de médiation sur les listes d'attente : Le système de santé financé par le secteur public des Pays-Bas est administré par des compagnies d'assurance-maladie privée. Ces entreprises cherchent activement, pour le compte des patients, les hôpitaux où les temps d'attente sont plus courts. Les patients peuvent utiliser les solutions de rechange trouvées par les services de médiation.

Danemark

Le système fonctionne en partie avec du financement basé sur les activités pour les hôpitaux (50 % du total des budgets). Garantie d'attente d'au plus un mois pour les problèmes qui ne mettent pas la vie en danger. Des garanties de périodes d'attente plus courtes ont été établies pour tous les types de cancer.

Présentation de rapports publics solides sur les temps d'attente par un portail gouvernemental sur la santé qui offre des fonctions de recherche.

*Source: Siciliani et al.³

tous les Canadiens à tous les domaines des soins, (2) mettre en évidence des domaines où la qualité des rapports publics sur l'accès en temps opportun peut et doit être améliorée, (3) mettre en évidence les enjeux qui contribuent à la longueur des temps d'attente et (4) déterminer les meilleures pratiques à suivre afin de réduire les temps d'attente.

À partir des données déclarées par les provinces, le Tableau 1 présente des cotes alphabétiques pour illustrer le rendement de chaque province en termes de pourcentage des patients traités en deçà du point de repère pour chaque intervention étudiée. L'attribution d'une cote A+ dans les cas où 90 % ou plus des patients sont traités en deçà du délai repère est nouvelle dans le rapport de 2013. Les couleurs indiquent si le pourcentage des patients traités en deçà du point de repère a changé entre le printemps 2012 et celui de 2013 : le vert indique une augmentation de 5 % ou plus par rapport à l'année précédente, le rouge, une baisse de 10 % ou plus et le jaune, aucun changement important pendant l'intervalle en cause.

A. Évaluation du rendement en fonction des points de repère nationaux établis par les gouvernements provinciaux

L'Accord sur la santé de 2004 visait cinq interventions médicales pour lesquelles il fallait réduire les temps d'attente : arthroplastie, chirurgie de la cataracte, radiothérapie, PAC et imagerie diagnostique. Les gouvernements provinciaux ont établi et accepté des points de repère sur les temps d'attente pour quatre de ces cinq interventions sans pouvoir toutefois dégager de consensus sur les points de repère en imagerie diagnostique. La partie supérieure du Tableau 1 présente, pour ces interventions, des cotes alphabétiques basées sur les points de repère nationaux établis par les gouvernements provinciaux. Les résultats de 2013 peuvent se résumer ainsi :

- Les cotes alphabétiques nationales globales ne se sont pas améliorées en 2012 et 2013 pour ce qui est du pourcentage des patients traités en deçà des points de repère établis par les gouvernements. Plus précisément, le pourcentage des cotes A et A+ s'est établi à 58 % au cours des deux années. Ce sont toujours les patients canadiens en attente d'une arthroplastie du genou qui attendent le plus longtemps : la cote nationale est de C et deux provinces obtiennent un F (Nouvelle-Écosse et Î.-P.-É.).
- Le changement des cotes couleur entre 2012 et 2013 indique une légère amélioration annuelle. Plus précisément, la proportion de carrés verts, qui indiquent des

augmentations de 5 % ou plus du pourcentage des patients traités en deçà des points de repère, est passée de 22 % en 2012 à 29 % en 2013. Ces résultats pâlisent toutefois par rapport aux résultats de 2011 qui comportaient 45 % de carrés verts (Tableau 2) :

Tableau 2 : Comparaison des cotes, 2011 à 2013

Indicateur	Rapport de 2011	Rapport de 2012	Rapport de 2012
Somme des cotes A et A+ en pourcentage de toutes les cotes	56 %	58 %	58 %
Nombre de cotes F	1	2	2
Pourcentage de carrés verts*	45 %	22 %	29 %
Pourcentage de carrés rouges†	4 %	16 %	13 %
Pourcentage de carrés jaunes‡	51 %	62 %	59 %


*Les carrés verts du Tableau 1 représentent des augmentations de 5 % ou plus du pourcentage des patients traités en deçà des points de repère par rapport à l'année précédente.
 †Les carrés rouges du Tableau 1 représentent des diminutions de 10 % ou plus du pourcentage des patients traités en deçà des points de repère par rapport à l'année précédente.
 ‡Les carrés jaunes du Tableau 1 indiquent qu'il n'y a eu aucun changement important par rapport à l'année précédente.

La recherche de l'un accès aux soins en temps opportun est un périple qui connaîtra sa part de déboires. L'ATA est toutefois préoccupée par cette deuxième année consécutive sans diminution relative importante des temps d'attente dans plusieurs provinces, étant donné particulièrement que les points de repère des gouvernements représentent toujours de longues attentes. L'évaluation de cette année démontre clairement qu'un changement structurel s'impose si l'on veut maintenir les améliorations de l'accès aux soins en temps opportun pour les Canadiens.

B. Évaluation d'un plus vaste éventail d'interventions, de traitements et de diagnostics basée sur les points de repère de l'ATA

Depuis 2007, l'ATA demande aux gouvernements d'approuver des points de repère ou des objectifs nationaux

sur les temps d'attente pour obtenir des services de santé autres que ceux des cinq domaines définis au départ. L'Accord sur la santé de 2004 prévoyait en fait que les gouvernements devaient « commencer » dans les cinq domaines définis au début sans toutefois s'en tenir à eux. Reconnaisant l'importance de réduire les temps d'attente pour tous les patients, 14 membres de l'ATA ont établi des points de repère sur les temps d'attente pour un total de 925 traitements, interventions et diagnostics (la liste complète est disponible à http://www.waittimealliance.ca/french/wait_times.htm).

La partie inférieure du Tableau 1 énumère 45 interventions, traitements et diagnostics qui ont les volumes les plus élevés et présentent le plus de potentiel d'amélioration ou le meilleur potentiel de rendement de l'investissement, selon les commentaires des membres de l'ATA. Pour cette partie du Tableau 1, les attentes ont été évaluées en fonction de l'information publique disponible sur les sites web des provinces. Un point d'interrogation apparaît dans le tableau si la province ne fait pas état des temps d'attente pour l'intervention, le traitement ou le diagnostic en cause. Un symbole de lunettes () indique que la province suit les temps d'attente dans la spécialité pertinente, mais non pour l'intervention en cause, d'une manière qui permettrait l'évaluation en fonction des paramètres de l'ATA. Cette partie du tableau inclut des cotes pour certaines des interventions à l'égard desquelles il existe des points de repère établis par le gouvernement provincial (en particulier le PAC, la radiothérapie et l'imagerie diagnostique), mais les cotes en l'occurrence sont basées sur les points de repère de l'ATA, qui diffèrent considérablement des points de repère nationaux. Il importe de noter que l'ATA considère tout rapport comme positif, même si la cote qui en découle est basse ou si un symbole de lunettes est affecté à l'intervention. Une cote basse ou le symbole de lunettes indique une situation plus favorable que l'absence totale de rapport (indiquée par un point d'interrogation).

Il convient de signaler que le point de repère de l'ATA dans le cas de l'imagerie diagnostique non urgente a été révisé et est maintenant fixé à au plus 60 jours civils (la Section 3 contient plus de détails).

Il est possible d'évaluer en fonction des points de repère de l'ATA un peu plus de 20 % des interventions énumérées à la partie inférieure du Tableau 1 : l'Ontario et la Nouvelle-Écosse font rapport du plus grand nombre d'interventions à évaluer. Le nombre global d'interventions dont il est fait rapport en 2013 représente toutefois une faible augmentation par rapport à 2012. Même si beaucoup des évaluations basées sur les points de repère de l'ATA étaient faibles, les déclarations annuelles ont augmenté légèrement (c.-à-d. que le pourcentage des carrés verts a augmenté) par rapport à 2012. Dans le cas des soins en oncologie et en cardiologie, les cotes ont été plus faibles et les points de repère de l'ATA, plus courts que ceux des gouvernements, ont été utilisés à la partie supérieure du Tableau 1. Par exemple, même si toutes les provinces qui offrent le PAC ont reçu une cote A par rapport au point de repère gouvernemental fixé à 26 semaines, les cotes basées sur le point de repère de l'ATA, qui s'établit à 6 semaines, ont été moins élevées.

On constate toutefois que les rapports provinciaux portant sur des spécialités comme l'anesthésiologie (prise en charge de la douleur chronique), la gastroentérologie, les soins d'urgence (l'Ontario et l'Alberta étant les seules provinces à rédiger un rapport sur les temps d'attente à l'urgence) et la psychiatrie n'indiquent aucun progrès. L'ATA est d'avis qu'il importe pour les Canadiens d'avoir accès en temps opportun à l'éventail complet des soins médicaux, ainsi qu'à de l'information sur le rendement de ces composantes du système de santé.

Tableau 1. Évaluation des temps d'attente basée sur les points de repère des gouvernements et de l'ATA

Traitement/service/intervention	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
5 premiers domaines : Cote basée sur les points de repère établis par les gouvernements										
Imagerie diagnostique – IRM	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr
Imagerie diagnostique – TDM	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr	apr
Arthroplastie – Hanche	26 semaines	A+	B	D	B	B	A	D	C	B
Arthroplastie – Genou	26 semaines	A	F	F	C	B	A	D	D	B
Radiothérapie [Ⓐ]	4 semaines	A+	A+	A	A+	A+	A+	A+	A+	A+
Chirurgie de la cataracte	16 semaines	A+	C	C	A	A	C	C	B	A
Pontage aortocoronarien (PAC)♥	26 semaines	A+	ad	/	A+	ad	A+	A+	A+	A+
Interventions choisies par l'ATA : cote basée sur les points de repère établis par l'ATA										
Anesthésiologie (douleur chronique) ☀										
Nerfs endommagés après une intervention chirurgicale ou un traumatisme	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur liée à des problèmes de disque	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur attribuable au cancer	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Exacerbations ou flambées de douleur chronique	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Soin du cancer (radiothérapie, soins curatifs)										
Tous sites du corps combinés	14 jours	?	C	D	?	A+	B	A	A	A
Sein	14 jours	?	?	D	?	A+	D	?	?	?
Prostate	14 jours	?	?	D	?	A	F	?	?	?
Poumon	14 jours	?	?	B	?	A+	B	?	?	?
Soins cardiaques (cas prévus) ☀										
Électrophysiologie — ablation par cathéter	90 jours	?	ad	/	?	?	?	?	?	?
Réadaptation cardiaque	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Échocardiographie	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
PAC♥	6 semaines	B	ad	/	A+	B	ad	A	F**	B
Imagerie diagnostique (non urgent)										
IRM	60 jours	?	F	D	?	A	?	?	F	?
TDM	60 jours	?	A	A	?	A	?	?	A	?
Urgences (point de repère sur la durée du séjour)										
Patients non admis : FETJ niveau 1 (réanimation)	8 heures	?	?	?	?	A	?	?	A (en fonction d'une cible de 4 heures pour tous les patients non admis)	?
FETJ niveau 2 (urgence immédiate)	8 heures	?	?	?	?	A+	?	?		?
FETJ niveau 3 (urgent)	6 heures	?	?	?	?	A	?	?		?
FETJ niveau 4 (moins urgent)	4 heures	?	?	?	?	A	?	?		?
FETJ niveau 5 (non urgent)	4 heures	?	?	?	?	A	?	?		?
Patients admis : FETJ niveau 1 (réanimation)	8 heures	?	?	?	?	D	?	?	D (en fonction d'une cible de 8 heures pour tous les patients admis)	?
FETJ niveau 2 (urgence immédiate)	8 heures	?	?	?	?	F	?	?		?
FETJ niveau 3 (urgent)	6 heures	?	?	?	?	F	?	?		?
FETJ niveau 4 (moins urgent)	4 heures	?	?	?	?	F	?	?		?
FETJ niveau 5 (non urgent)	4 heures	?	?	?	?	F	?	?		?
Gastroentérologie										
Cancer	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Maladie intestinale inflammatoire (MII)	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Résultats positifs au test de recherche de sang occulte dans les selles	2 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Arthroplastie (Orthopédie) ☀										
Arthroplastie totale de la hanche	26 semaines	A+	B	D	B	B	A	D	C	B
Arthroplastie totale du genou	26 semaines	A	F	F	C	B	A	D	D	B
Médecine nucléaire (cas prévus) ☀										
Scintigraphie osseuse — corps au complet	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
FDG-PET	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Imagerie nucléaire cardiaque	14 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Obstétrique et gynécologie (cas prévus) ☀										
Saignement utérin préménopausé anormal	12 semaines	?	?	B	?	?	?	?	?	?
Incontinence urinaire	12 semaines	?	?	D	B	?	C	?	D	?
Prolapsus pelvien	12 semaines	?	?	F	?	?	D	?	?	?

Traitement/service/intervention		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Chirurgie plastique											
Reconstruction à la suite d'un cancer du sein	4 semaines	?	?	?	?	?	F	?	?	?	?
Débridement du tunnel carpien	2 mois	?	?	C	B	?	?	?	B	F	?
Traitement d'un cancer de la peau	4 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Chirurgie pédiatrique*											
Caries dentaires avancées : lésions/douleur carieuse	90 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Bec de lièvre et fente palatine	21 jours	?	?	A+	?	?	?	?	?	?	?
Strabisme : 2 à 6 ans	90 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Psychiatrie (cas prévus)											
Début de psychose	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Trouble thymique postnatal grave	4 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Problèmes de santé mentale aigus ou urgent	1 semaine	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Rétablissement de la vision											
Chirurgie de la cataracte	16 semaines	A+	C	C	A	A	A	C	C	B	A

Méthodologie

Basée sur les sites web des provinces entre avril et mai 2013 :

- A+ : de 90 à 100 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- A : de 80 à 89 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- B : de 70 à 79 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- C : de 60 à 69 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- D : de 50 à 59 % de la population traitée en-deçà du point de repère
- F : Moins de 50 % de la population traitée en-deçà du point de repère

ad : aucune donnée - ou les données ne se prêtent pas à l'établissement de l'estimation du rendement. La diagonale « / » dans les carrés blancs indique que le service n'est pas offert. P. ex., PAC à l'Î.P.-É.

apr : aucun point de repère - les gouvernements n'ont pas encore établi de points de repère pancanadiens pour l'imagerie diagnostique. Lorsque les provinces ont signalé des temps d'attente, on attribue une cote couleur pour indiquer les progrès réalisés au cours des 12 derniers mois.

† Les notes nationales sont fondées sur une moyenne pondérée des notes alphabétiques des provinces.

♥ La catégorie du pontage aortocoronarien (PAC) constitue un élément limité seulement de l'ensemble des soins coronariens dispensés aux patients. Veuillez consulter le site web de la Société canadienne de cardiologie à www.ccs.ca qui présente l'ensemble des points de repère pour les services et interventions cardiovasculaires. Tous ces points de repère devront être adoptés pour intervenir de façon significative sur les temps d'attente.

⊕ Radiothérapie contre le cancer : Les temps d'attente ne reflètent actuellement que la période pendant laquelle il faut attendre pour recevoir des traitements par faisceau externe puisque les périodes d'attente pour la curiethérapie (radiothérapie implantée, par exemple, pour le cancer de la prostate et les cancers du col utérin) ne sont pas signalés.

Le symbole ? est attribué à la province qui ne fait pas rapport de temps d'attente pour le traitement.

↗ La province fait rapport de temps d'attente pour cette spécialité mais non pour l'intervention en particulier d'une manière qui permettrait de l'évaluer en fonction des paramètres de l'ATA.

☼ La province fait rapport au sujet des interventions ou des temps d'attente pour cette spécialité.

* Ces points de repère permettent aux établissements de pédiatrie de se comparer à des pairs et d'échanger par l'apprentissage.

** L'Alberta calcule les temps d'attente pour les PAC à partir de la date de la cathétérisation cardiaque jusqu'à la date de la chirurgie, ou de la date de l'imagerie (si un autre mode est utilisé que la cathétérisation). S'il n'y a aucune imagerie, le temps d'attente est calculé à partir de la référence en chirurgie. Cette méthode peut produire une attente inscrite plus longue que si la référence en chirurgie est utilisée comme point de départ.

Méthode de cotation par couleurs

Ce tableau indique le changement des temps d'attente en fonction des données publiques disponibles les plus récentes dans chacun des cinq domaines prioritaires, selon la province, de la façon suivante :

	↓ diminution des temps d'attente au cours de l'année
	↑ augmentation des temps d'attente au cours de l'année
	↔ aucun changement marqué (c.-à-d. augmentation de moins de 5 % ou diminution de moins de 10 % au cours de l'année)
	? données insuffisantes pour déterminer

C. Évaluation et réduction du temps d'attente total pour les soins au Canada

Dans son rapport de 2012, l'ATA s'est concentrée sur la nécessité d'améliorer la mesure du temps total pendant lequel les Canadiens doivent attendre pour avoir accès aux soins et les rapports à cet égard. La plupart des efforts déployés par le Canada jusqu'à maintenant ont visé à raccourcir la période d'attente entre la décision de traiter (prise conjointement par le spécialiste et le patient) et le début du traitement (Figure 1). Or, il s'agit là d'une partie seulement de la période totale pendant laquelle les patients doivent attendre. En effet, comme le montre le rapport de 2012 de l'ATA, les patients attendent souvent plus longtemps pour consulter le spécialiste que pour commencer le traitement⁵, sans compter qu'il peut aussi y avoir une période d'attente pour l'imagerie diagnostique (p. ex., IRM ou TDM). De surcroît, bien des Canadiens doivent aussi attendre pour consulter un médecin de famille, tandis que d'autres n'ont même pas de médecin de famille.

On en sait peu à l'heure actuelle au sujet de l'attente pour consulter un spécialiste au Canada. Comme on l'a indiqué l'an dernier, quelques provinces ont pris des mesures pour saisir les données au sujet de cette partie de l'attente et en faire état. La Saskatchewan, par exemple, produit des rapports sur le premier rendez-vous avec le spécialiste pour de nombreuses interventions. Les données ne sont pas disponibles pour tous les spécialistes de la province, mais le rapport constitue un solide point de départ pour la production de rapports sur les

temps d'attente à cet égard. La Nouvelle-Écosse fait état des temps d'attente pour consulter un spécialiste dans 14 spécialités définies dans la région Capital Health.

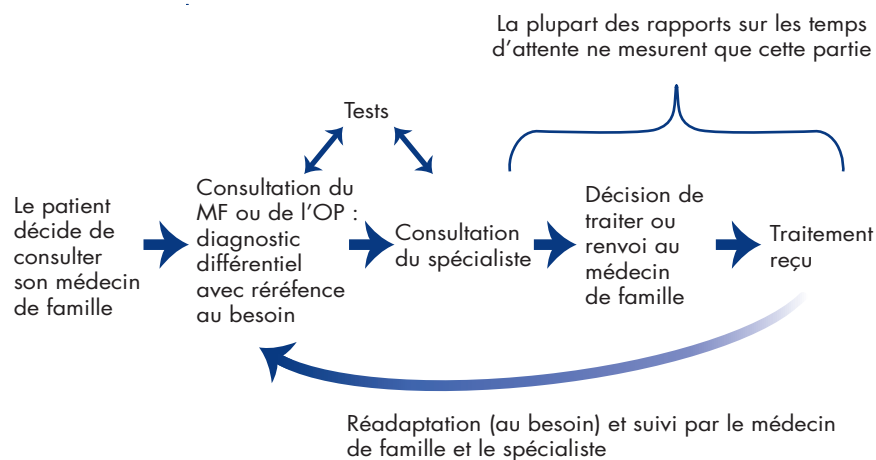
En collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne (AMC) a créé une trousse d'outils visant à améliorer les temps d'attente pour les références et les demandes de consultation (la Section 3 contient plus de détails).

D. Détermination de l'effet de la situation socioéconomique sur les temps d'attente

Le rapport de l'an dernier décrivait des différences au niveau des temps d'attente à l'intérieur des provinces, les résidents de certaines régions attendant moins longtemps que ceux d'autres régions. Les membres de l'ATA reconnaissent que beaucoup de facteurs contribuent à la longueur des temps d'attente. Plus particulièrement, comme nous en avons discuté dans nos rapports de 2011 et 2012, des facteurs systémiques, tels que le nombre de patients en attente d'un ANS, peuvent jouer sur les temps d'attente.

Dans cette section, nous discutons brièvement de facteurs externes du système de santé qui peuvent contribuer aux temps d'attente. Plus particulièrement, un ensemble de facteurs que l'on regroupe sous l'appellation « déterminants sociaux de la santé » (ce qui comprend notamment le revenu, le niveau d'instruction, le logement et le sexe) peuvent avoir

Figure 1 : Temps d'attente du point de vue du patient



des répercussions sur la santé des populations et déterminer qui a accès au système de santé et comment. Par exemple, le sexe ou l'âge d'une personne peut entraîner des besoins particuliers en santé et un parcours précis pour le patient, ce qui nécessitera certaines interventions en santé (p. ex., une analyse comparative entre les sexes pour déterminer l'effet de la prestation des services sur l'accès)⁷.

La plupart des maladies majeures comme les maladies cardiovasculaires et les maladies mentales, par exemple, suivent un gradient social. Ainsi, les membres des groupes socioéconomiques les plus faibles portent le fardeau morbide le plus lourd⁸. Par ailleurs, l'utilisation des services de santé suit un gradient socioéconomique inverse : les personnes dont la situation socioéconomique est la plus faible utilisent beaucoup plus de services de santé que ceux dont la situation socioéconomique est meilleure. Le lien entre la situation socioéconomique et l'utilisation du système de santé a-t-il un effet sur l'accès en temps opportun pour l'ensemble de la population ? Des études antérieures ont révélé que les personnes qui vivent dans une situation socioéconomique inférieure étaient beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisées pour des affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA) et pour des problèmes de santé mentale, et que des soins primaires appropriés pourraient permettre d'éviter ces hospitalisations qui ont des répercussions sur la capacité totale du système^{9,10}. On a aussi constaté que ces patients étaient en moyenne hospitalisés plus longtemps¹¹. Les patients en attente d'un ANS étaient plus susceptibles d'avoir un faible revenu¹². De plus, les personnes qui ont des ASSA et font partie des groupes à faible revenu, celles qui vivent en région rurale et celles qui ont de multiples problèmes chroniques sont deux fois plus susceptibles de déclarer recourir aux services d'urgence pour obtenir des soins qu'un fournisseur de soins primaires aurait pu leur offrir¹³.

Beaucoup de ces patients doivent utiliser ces services souvent inutiles à cause d'obstacles à l'accès aux soins primaires et aux services non assurés. Par exemple, les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu sont plus susceptibles de déclarer avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille pour des problèmes de santé urgents et extrêmement urgents. Elles sont aussi plus susceptibles de signaler des besoins en soins de santé auxquels il n'est pas satisfait¹⁴. Cette situation comporte aussi un élément lié au sexe, car les femmes canadiennes sont plus susceptibles que les hommes de vivre dans la pauvreté¹⁵. Des chercheurs ont signalé que les membres des groupes aux revenus les plus faibles sont

trois fois moins susceptibles de faire remplir leurs ordonnances et 60 % moins capables d'obtenir les examens dont ils ont besoin à cause du coût¹⁶.

De plus en plus, on élabore des stratégies pour mieux jumeler les services aux besoins en santé de ces patients. Aux États-Unis, en collaboration avec l'Institute for Healthcare Improvement, des hôpitaux ont établi un processus à quatre étapes à l'intention des utilisateurs du système de santé. Ils commencent par déterminer les groupes de patients d'intérêt en analysant des paramètres comme les visites à l'urgence et les hospitalisations. Une fois que le groupe a été cerné, les hôpitaux évaluent les diverses causes profondes de l'usage élevé de services. Ils élaborent ensuite des programmes à l'intention d'un nombre limité d'utilisateurs, et les étendent ensuite au groupe complet d'utilisateurs coûteux.

En Ontario, le programme des Maillons santé vise à resserrer la coordination et à réduire ainsi le recours indu aux services par des personnes considérées comme de gros utilisateurs du système de santé. Un des établissements pilotes (à Guelph) veut affecter un fournisseur de soins primaires, probablement un médecin ou une infirmière, comme principal contact pour les patients qui ont de grands besoins, cette personne étant chargée d'intervenir en leur nom afin de mieux coordonner les soins¹⁷.

Même si l'allègement du fardeau sanitaire lié au contexte socioéconomique échappe à la compétence de l'ATA, nous insistons sur le fait que les efforts visant à accroître l'accès et à utiliser adéquatement les services de santé contribueront à réduire les temps d'attente pour toute la population canadienne.

2. Évaluation des sites web provinciaux sur les temps d'attente

Le site web provincial idéal devrait permettre à un patient, à un membre de sa famille ou à un fournisseur de soins de santé de vérifier rapidement et facilement les temps d'attente dans son secteur, au moyen de données fiables. Pour la quatrième année consécutive, l'ATA a évalué les sites web provinciaux sur les temps d'attente (en mai 2013) en se fondant sur les cinq critères suivants* :

1. **Actualité** : Les données sur les temps d'attente sont-elles à jour et à quelle fréquence les données sont-elles mises à jour ?
2. **Intégralité** : L'éventail des interventions ou des traitements sur lesquels porte le rapport est-il complet ?

*Le document d'information technique de l'ATA sur le rapport de 2013 (www.waittimealliance.ca/french/index.htm) explique en détail l'évaluation des sites web.

3. Convivialité pour les patients et accessibilité :

L'information sur les temps d'attente est-elle facile à trouver et à utiliser pour les patients et le public en général et pour les fournisseurs de soins ?

4. Souci du rendement :

Est il facile de déterminer la durée de l'attente et de savoir si elle est conforme au point de repère ou à la cible visée ?

5. Qualité et fiabilité :

Les temps d'attente déclarés reflètent-ils la réalité ?

L'ATA a demandé à trois groupes de patients de l'aider à évaluer le troisième critère – convivialité pour les patients et accessibilité – afin d'intégrer l'opinion des patients dans le processus d'analyse de cette année†.

Tableau 3 : Évaluation 2013 des sites web provinciaux sur les temps d'attente (maximum de cinq points pour chacun des cinq critères)*

Province	Actualité	Intégralité	Convivialité pour les patients	Rendement	Qualité et fiabilité	Note moyenne	Note en 2013	Pratiques exemplaires/ commentaires
Sask.	4	4	4	4,5	4	4,1	A	Améliorations majeures du site web : données actualisées et complètes; convivialité pour les patients; schéma du corps utile et liste par spécialiste; il faudrait l'étendre au delà des services chirurgicaux pour y inclure les temps d'attente à l'urgence.
C.-B.	4	4	4	4,5	4	4,1	A	Complet; convivial pour les patients; offre de multiples façons d'évaluer le rendement; schéma du corps utile et liste par spécialiste; il faudrait l'étendre au delà des services chirurgicaux pour y inclure les temps d'attente à l'urgence; devrait présenter des données tendanciennes au delà des cinq domaines initiaux.
Ont.	4	4,5	3	4	5	4,1	A	Très complet; inclut les temps d'attente à l'urgence et de solides rapports sur les temps d'attente en oncologie; fournit de solides données tendanciennes; il faudrait l'étendre au delà des services chirurgicaux; pourrait être plus convivial pour les patients (p. ex., liens rompus et nombreux clics pour accéder aux données).
N.-É.	3	4,5	4	4	4	3,9	B	Présentation solide (généralement conviviale pour les patients); meilleurs rapports au-delà des services chirurgicaux; manque d'information sur le rendement.

†L'ATA remercie les trois groupes de représentation des patients qui ont participé à l'évaluation de la convivialité des sites web pour les patients, soit l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux, la Société canadienne du sida et l'Association canadienne des lésés cérébraux.

N.-B.	4.5	4	4	3	4	3,9	B	Certains secteurs sont conviviaux pour les patients; devrait fournir plus de détails sur les temps d'attente pour les soins en cancérologie et des données tendancielle pour toutes les interventions; on apprécie la capacité de voir les temps d'attente selon la catégorie d'urgence.
Qc	4	3	3	5	4	3,8	B	Amélioration par rapport à 2012 : inclusion de données particulières aux hôpitaux. Les données sont actuelles, mais elles devraient être plus complètes; texte en caractères très petits.
N.-B.	3	4	4	4	4	3,8	B	Solides données tendancielle; en général convivial pour les patients; devrait indiquer le nombre de patients traités et en attente.
T.-N.-L.	2	2	4	4	4	3,2	C	Convivial pour les patients; devrait inclure les temps d'attente autres que pour les cinq domaines prioritaires; devrait afficher l'information une fois par trimestre.
Man.	4	2.5	3	2	4	3,1	C	Données actuelles; devrait fournir de l'information sur un plus grand éventail de services; devrait fournir de multiples façons d'évaluer le rendement; devrait inclure des données tendancielle et des liens vers des points de repère ou des objectifs.
Î.-P.-É.	3	1	3	4	4	3,0	C	Bons rapports sur le rendement, mais il peut être difficile de savoir où trouver de l'information qui convient aux patients; il faudrait étendre la liste des services qui font l'objet de rapports.
Note nationale globale						3,7	B	

*Évaluation, par l'Alliance sur les temps d'attente, des sites web provinciaux sur les temps d'attente : maximum de cinq points pour chacun des cinq critères (note moyenne parfaite = 5).

Résultats de 2013

Le Tableau 3 présente les résultats de l'évaluation de 2013 des sites web provinciaux sur les temps d'attente. Les améliorations dignes de mention par rapport à l'année dernière comprennent l'affichage des temps d'attente selon l'hôpital au Québec et d'autres améliorations de la déclaration des temps d'attente

en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse (p. ex., nouvel outil de recherche en ligne d'un chirurgien). Nous nous sommes en outre réjouis de découvrir que cinq provinces déclarent maintenant les temps d'attente en chirurgie pédiatrique : l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec.

La note globale attribuée en 2013 aux sites web provin-

ciaux s'établit à B, soit la même qu'en 2012. Trois provinces ont reçu un A : la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et l'Ontario. Même si les sites web provinciaux se sont améliorés au cours des cinq dernières années, l'ATA est d'avis que le moment est venu de hausser la barre dans les rapports provinciaux :

- Pour la plupart des sites web, il faudrait améliorer la facilité d'utilisation en pensant aux patients, aux membres de leur famille et aux fournisseurs comme principaux utilisateurs. Par exemple, certains sites web n'offrent pas de caractères plus gros à l'intention des personnes qui ont un handicap de la vue, ou sont difficiles à utiliser pour ceux qui ont une incapacité associée à une lésion cérébrale.
- Dans la plupart des cas, il faudrait faire mieux connaître au public l'existence de ces sites web.
 - Pour presque tous les sites web, il faudrait élargir l'envergure des services affichés. La plupart se limitent à un éventail limité d'interventions chirurgicales, mais il faudrait inclure divers autres services comme la gastroentérologie, les soins psychiatriques et les soins d'urgence.
 - Les rapports sur les temps d'attente en cancérologie (et en particulier en radiothérapie) sont minimales dans la plupart des provinces; l'Ontario et le Manitoba sont les seules à déclarer des temps d'attente selon l'endroit du corps.
 - Même s'il existe une certaine normalisation, il faut beaucoup plus d'information pour bien évaluer les temps

d'attente. Par exemple, certaines provinces fournissent des temps d'attente séparément pour les patients hospitalisés et les patients en service externe et selon les catégories d'urgence, tandis que beaucoup de provinces combinent tous les patients et toutes les catégories d'urgence.

Le Tableau 4 présente des exemples de rapports publics qui sont les meilleurs de leur catégorie.

3. Changements structurels visant à maintenir les réductions obtenues des temps d'attente

La réduction des temps d'attente stagne dans beaucoup d'administrations. Même si les gouvernements provinciaux ont injecté beaucoup de financement supplémentaire dans le système de santé afin de réduire les temps d'attente, les réductions ont été temporaires ou minimales. Quelle est donc la meilleure voie à suivre pour l'avenir ? L'ATA est d'avis que la meilleure façon de continuer à réduire les temps d'attente consiste à mettre en œuvre des changements structurels dans notre façon de réduire, mesurer, surveiller et gérer les temps d'attente (approche lancée pour la première fois par l'ATA sous forme de « trousse 4 M de stratégies »¹). Le Tableau 5 présente des exemples des types de changements structurels possibles.

Certains des changements structurels indiqués au Tableau 5 sont déjà en vigueur à certains endroits. Dans certains de ces cas, les gouvernements provinciaux pilotent les change-

Tableau 4 : Rapports publics provinciaux les meilleurs de leur catégorie selon l'intervention.

Intervention	Meilleur exemple de rapport	Points forts des rapports
Cancérologie (radiothérapie)	Ontario	Indique les temps d'attente selon l'endroit du corps et inclut les attentes à la fois pour la consultation et pour le début du traitement.
Chirurgie de la cataracte	Saskatchewan	Sépare les temps d'attente en cas électifs et cas urgents.
Temps d'attente à l'urgence	Ontario	Indique le pourcentage des patients traités dans les 10 catégories d'urgence.
Imagerie diagnostique	Ontario	Permet de séparer les données sur les patients hospitalisés et les patients en service externe.
Pontage aortocoronarien (PAC)	Alberta	Calcule le temps d'attente entre la date du cathétérisme cardiaque ou d'un autre examen d'imagerie et celle de la chirurgie. Si l'on ne procède à aucun test d'imagerie, le temps d'attente commence à compter à la date de la référence en chirurgie. Cette méthode rend compte plus fidèlement de l'attente du patient que celles qu'utilisent d'autres provinces. L'ATA félicite en outre l'Alberta d'avoir fixé à six semaines son objectif dans le cas des PAC non urgents.
Consultations de spécialistes	Nouvelle-Écosse et Saskatchewan	La Nouvelle-Écosse a été la première à produire des rapports sur les temps d'attente pour la consultation de certains spécialistes et elle est la seule à produire une liste des temps d'attente pour des consultations en réadaptation cardiaque et en électrophysiologie. La Saskatchewan produit des rapports sur les temps d'attente pour avoir accès aux spécialistes dans toutes les spécialités (même si les temps d'attente varient énormément pour le moment).

Tableau 5 : Exemples de changements structurels ou stratégiques qui pourraient améliorer l'accès en temps opportun.

Catégorie	Exemples de stratégies
Réduire les temps d'attente	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies (p. ex., alimentation, activité physique, tabagisme) Lignes directrices sur la pertinence et outils d'établissement de priorités cliniques afin d'aider à savoir à quels patients le traitement conviendra et afin d'améliorer les références vers les soins spécialisés et les tests de diagnostic*
Mesurer les temps d'attente	<ul style="list-style-type: none"> Définitions normalisées des temps d'attente qui reflètent le parcours du patient et qu'il est possible d'évaluer et de suivre adéquatement; devrait inclure les temps d'attente pour des services de santé autres que la chirurgie (p. ex., soins à domicile)* Mesures communes de l'urgence pour les mêmes interventions et pour différentes interventions*
Surveiller les temps d'attente	<ul style="list-style-type: none"> Accès facile à l'information sur les temps d'attente pour les patients et les fournisseurs Production de rapports périodiques sur les temps d'attente basés sur des indicateurs faciles à comprendre Offrir des choix aux patients qui veulent avoir un accès plus rapide en allant ailleurs
Gérer les temps d'attente	<ul style="list-style-type: none"> Réservation en mode accès avancé (advanced access) pour permettre le rendez-vous le jour même en soins primaires Systèmes d'admission centralisés pour l'accès aux soins spécialisés là où c'est possible Financement partiellement basé sur les activités pour les hôpitaux afin de faciliter l'augmentation du volume des interventions Optimisation de l'utilisation des salles d'opération et du matériel de diagnostic Services de santé communautaires et services sociaux adéquats afin de réduire la durée d'attente pour les patients hospitalisés en attente d'un ANS)*

*Exemples précis décrits dans le texte connexe.

Tableau 6 : Points de repère nationaux sur les temps d'attente en IRM et TDM tels qu'établis par l'Association canadienne des radiologistes.

Catégories de priorité	Target for maximum wait time
Priorité 1 (P1) Extrême urgence : examen nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou un traumatisme qui met immédiatement en danger la vie ou un membre.	P1 : Même jour – au plus 24 heures Dans le cas d'un problème d'extrême urgence ou qui met la vie en danger, certains patients ont besoin d'imagerie dans l'heure et ces décisions sont fondées sur le jugement de l'équipe clinique.
Priorité 2 (P2) Urgent : examen nécessaire pour diagnostiquer et(ou) traiter une maladie et(ou) un traumatisme qui ne met pas la vie ou un membre en danger sur le-champ, et(ou) pour en modifier le traitement. Compte tenu de l'information clinique fournie, on ne prévoit aucun résultat négatif découlant du retard du traitement pour le patient si l'examen est effectué en deçà du délai repère.	P2 : Au plus sept jours civils La catégorie « urgent » comporte tout un éventail « d'urgences ». Dans la plupart des cas, l'examen devrait être effectué aussitôt que possible après l'arrivée du patient. Dans certains cas, toutefois (selon le besoin médical basé sur le jugement de l'équipe clinique), même si le besoin demeure urgent, une période d'attente d'au plus sept jours peut être médicalement acceptable.
Priorité 3 (P3) Semi-urgent : examen nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou un traumatisme ou pour modifier un plan de traitement, lorsque l'information clinique fournie oblige à effectuer l'examen plus tôt que la période repère P4.	P3 : Au plus 30 jours civils
Priorité 4 (P4) Non urgent : examen nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une maladie ou un traumatisme lorsque, compte tenu de l'information clinique fournie, on ne prévoit aucun résultat médical à long terme négatif à la suite du retard du traitement si l'examen est effectué en deçà de la période repère.	P4 : Maximum de 60 jours civils
Date d'intervention précisée Date de rendez-vous pour IRM ou TDM demandée par le médecin prescripteur pour surveiller une maladie.	Il est recommandé de suivre le rendement en fonction de dates précises, car un rendement médiocre dans les catégories P1 à P4 peut modifier le rendement dans la présente catégorie et soulever, sur le plan du soin des patients, de graves préoccupations à l'égard desquelles il faudrait élaborer des stratégies.

Source : Association canadienne des radiologistes¹⁹.

ments. Par exemple, quelques provinces comme l'Ontario et la Colombie-Britannique ont implanté le financement basé sur les activités pour les hôpitaux tandis que la Saskatchewan a lancé une Initiative chirurgicale afin d'améliorer l'expérience des soins vécue par les patients en chirurgie et d'assurer que d'ici 2014, tous les patients pourront subir leur intervention chirurgicale dans les trois mois. D'autres organisations contribuent aussi. Le Conseil canadien de la santé, par exemple, a créé le Portail de l'innovation en santé (<http://innovation.healthcouncilcanada.ca/fr>), site web qui sert de centre d'information sur les pratiques, les politiques, les programmes et les services innovateurs en soins de santé de toutes les régions du Canada. Le site web inclut une base de données consultable sur les pratiques innovatrices.

Des membres de l'ATA pilotent certains des changements structurels qui s'imposent, comme on peut le voir brièvement ci dessous.

Nouvelles cibles pour les temps d'attente et lignes directrices sur pertinence en imagerie diagnostique

L'Association canadienne des radiologistes (CAR), association nationale qui représente les radiologistes au Canada, a pris récemment des mesures pour réduire les temps d'attente et en améliorer la mesure. Dans un rapport récent intitulé *Cibles concernant les temps d'attente maximum pour l'imagerie médicale (IRM et TDM)*¹⁸, la CAR recommande de nouvelles définitions normalisées pour le recours à l'imagerie médicale (IRM et TDM) ainsi que des façons de mesurer et surveiller les temps d'attente et d'en faire rapport afin d'assurer une uniformité pancanadienne de la collecte de données et de la production de rapports. D'autres recommandations portent sur l'amélioration de la pertinence des soins en imagerie pour chaque patient et sur la réduction des délais de production des rapports médicaux. Dans un système de classification des priorités en cinq points, la CAR recommande de nouveaux temps d'attente cibles pour les examens d'IRM et de TDM afin d'assurer l'accès rapide en fonction du besoin médical (voir le Tableau 6). La CAR a aussi produit des lignes directrices sur les références en imagerie diagnostique afin d'aider les médecins à effectuer des références appropriées dans des cas particulier¹⁹. Les lignes directrices et les points de repère mis à jour constituent des contreparties essentielles.

Le travail effectué jusqu'à maintenant par la CAR pour mettre à jour ses cibles repères en IRM et TDM peut servir de modèle à d'autres sociétés de spécialistes qui revoient leurs

propres normes ou à toute organisation nationale de spécialité qui envisage d'établir les siennes.

Amélioration de l'accès pour les patients en chirurgie pédiatrique : Les objectifs canadiens en matière d'accès aux chirurgies pédiatriques (P-CATS)

Les enfants et les adolescents du Canada composent plus du quart de la population²⁰. Ils ont souvent besoin d'une intervention chirurgicale à des stades cruciaux de leur développement. Le retard d'une intervention chirurgicale peut avoir des répercussions permanentes et durables. Des recherches et l'expérience ont de plus démontré qu'en nous occupant de nos enfants et de nos adolescents par le dépistage et l'intervention précoces, nous pourrions non seulement réduire les incidences négatives sur la santé, mais aussi alléger le fardeau pour toute la vie, y compris le coût des soins pendant la vie du patient²¹.

Le Projet sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique au Canada (TACPC) a créé un système d'établissement de priorités en chirurgie, les « Objectifs canadiens en matière d'accès aux chirurgies pédiatriques » (P-CATS) qui regroupe 867 diagnostics dans 11 disciplines de la chirurgie. On reconnaît en général qu'une terminologie commune en soins de santé (une classification commune des maladies, par exemple) est avantageuse. Une terminologie commune permet non seulement un apprentissage partagé au niveau de l'élaboration de la méthodologie, mais aussi au niveau de l'interprétation des données et des mesures à prendre par la suite. Le système P-CATS a été créé pour les cliniciens par des cliniciens (plus précisément des chirurgiens pédiatriques de centres de pédiatrie du Canada). Le système s'est révélé avantageux car il a permis de créer des cibles d'accès pertinentes et utiles sur le plan clinique pour la prise de décisions cliniques dans la gestion des temps d'attente (c. à d. « traiter le bon cas au bon moment »). Comme la chirurgie pédiatrique est très spécialisée, une méthodologie commune a aussi permis aux hôpitaux de collaborer pour dégager des domaines où il y avait un besoin commun et pour trouver des pistes de solutions.

Le système P-CATS a été mis au point par des groupes d'experts réunissant plus d'une centaine de chirurgiens pédiatriques provenant de toutes les surspécialités de la chirurgie de toutes les régions du Canada. Dans l'application de cette méthodologie, on accorde la même priorité aux enfants qui ont reçu le même diagnostic (c.-à-d. le même temps d'attente cible pour avoir accès) sans égard à l'endroit où ils vivent au Canada. En rattachant une priorité à chaque diagnostic et en

utilisant des priorités uniformes dans toutes les surspécialités de la chirurgie, le système P-CATS génère des données qui ont moins tendance à varier dans la pratique.

Le projet TACPC a :

- créé et appliqué une méthodologie commune pour mesurer, surveiller et gérer les temps d'attente en chirurgie chez les enfants et les adolescents;
- créé une base de données centrale contenant des données et des tendances sur les temps d'attente pour quelque 289 000 cas de chirurgie pédiatrique;
- fourni de l'information de gestion que les hôpitaux participants peuvent utiliser afin d'améliorer l'accès aux soins chirurgicaux pour leurs patients.

À l'échelle nationale, la base de données TACPC constitue la seule source d'information détaillée et *comparable* sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique actuellement disponible au Canada. Les données de janvier 2012 à décembre 2012 ont démontré qu'en moyenne, 31 % des patients en pédiatrie ont subi leur intervention chirurgicale plus tard que leur cible d'accès (c. à d. temps d'attente acceptable)²².

Sur la scène locale, les hôpitaux participant au projet ont réduit le pourcentage des enfants qui attendent plus longtemps que les périodes acceptables en utilisant ce système pour attribuer des priorités fondées sur la gravité et redistribuer les ressources afin de répondre à leurs besoins particuliers. Dans un hôpital, les chirurgiens utilisent le système P CATS pour classer par ordre de priorité les patients inscrits sur leurs listes chirurgicales. Dans un autre, le système sert à répartir le temps en salle d'opération entre les divisions de chirurgie. Ailleurs, on a utilisé le système P-CATS pour déterminer le besoin le plus important de temps supplémentaire en salle d'opération. Grâce à du financement complémentaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, le pourcentage global des patients pédiatriques qui ont subi leur intervention chirurgicale après la période d'attente cible est tombé de 46 à 15 %. L'utilisation de normes communes a aussi permis aux hôpitaux participants de partager le savoir acquis²².

En 2009, le projet a reçu le Prix de leadership Or de l'Institut d'administration publique du Canada pour la vision, l'innovation, le leadership et la collaboration dont il a fait

preuve. Beaucoup de provinces ont reconnu la valeur du projet. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, par exemple, a adopté le système P-CATS pour mesurer les temps d'attente pour toutes les interventions chirurgicales en pédiatrie dans la province. Le registre d'accès pour les patients de la Nouvelle-Écosse (PAR NS) inclut de l'information pédiatrique codée en fonction du système P-CATS provenant du Centre de santé IWK pour environ 70 % des cas de chirurgie pédiatrique de la province. Enfin, dans le contexte d'une initiative lancée récemment en Alberta, on envisage d'utiliser le système P CATS comme modèle pour établir des objectifs semblables pour les adultes.

De janvier 2007 à mars 2011*, le projet TACPC a reçu du financement de Santé Canada dans le cadre d'ententes prévues au Programme de contribution de la politique des soins de santé et il s'autofinance depuis grâce aux contributions des établissements participants. Comme il n'y avait pas de financement continu, le 1er avril 2013, le projet TACPC a transféré les rapports sur les points de repère portant sur des cas terminés à l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques — Réseau canadien d'aide à la décision en pédiatrie (ACCSP-RCADP)[†]. Les données sont présentées dans des champs de projets spéciaux de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'ICIS et dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Même si l'on est reconnaissant à l'ACCSP-RCADP et à l'ICIS de leur appui, pour des raisons financières, la production de rapports sur les points de référence du projet TACPC a dû continuer à une échelle beaucoup plus réduite.

Ce projet constitue un exemple solide de la façon dont la collaboration et le leadership professionnels à l'échelle nationale peuvent aboutir à une méthodologie normalisée de mesure, de surveillance et de gestion des temps d'attente dans de multiples centres et de nombreuses administrations.

Modèles de soins en orthopédie : un projet de proximité

L'Association canadienne d'orthopédie (ACO) et son partenaire, Os et Articulation Canada, ont mis au point un processus de création de modèles de soins centrés sur les patients pour

*L'aide financière a été accordée à ce projet dans le cadre du Programme de contribution de la politique des soins de santé de Santé Canada, par l'entremise du Projet sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique au Canada. Les opinions exprimées ici ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

†Depuis le 1^{er} avril 2013, il est possible de soumettre à l'ICIS, par l'entremise de la BDGP et des abrégés du SNISA, la date de la décision de traiter, la date de l'intervention chirurgicale et le code P CATS pour les cas de chirurgie pédiatrique terminés au Canada. L'ACCSP-RACDP a convenu de créer, pour ses membres, des rapports que l'association publiera dans son rapport annuel.

les interventions en arthroplastie de la hanche et du genou. Le modèle connaît beaucoup de succès et il est possible de l'adapter pour tenir compte des variations régionales de la prestation des soins en orthopédie. Cette approche s'est inspirée de l'industrie de la restauration rapide où de nombreuses petites étapes sont coordonnées et chronométrées pour livrer des centaines de commandes personnalisées par jour.

Pour atteindre ce niveau d'efficacité et de productivité, une planification minutieuse et des directives claires s'imposent afin que les quelque 50 professionnels de la santé et techniciens ou plus qui s'occupent d'un seul patient subissant une arthroplastie puissent fonctionner de façon véritablement intégrée et coordonnée dans le temps. C'est pourquoi le processus d'établissement du modèle de soins et le redéploiement des ressources qui en découle doivent obligatoirement être créés à partir de zéro.

La solution entraîne souvent une réorganisation mineure et une communication qui ont peu d'effet en elles-mêmes, mais dont la valeur augmente de façon exponentielle lorsqu'elles sont intégrées à de nombreux autres éléments de réorganisation et de communication. Les pratiques exemplaires sont déterminées et affichées dans une « trousse d'outils » en ligne qui permet aux travailleurs des premières lignes de choisir dans un menu des solutions qu'il est possible de personnaliser ensuite en fonction de la conjoncture locale.

La clinique d'évaluation totale des articulations constitue l'une de ces pratiques exemplaires qui est maintenant répandue dans beaucoup de centres au Canada. Les patients référés à des soins spécialisés en orthopédie sont triés à la clinique avant la première consultation (souvent menée par un physiothérapeute de pratique avancée). Jusqu'à 30 % des patients référés ne sont pas candidats à une intervention chirurgicale et il est possible de diriger ces patients vers des soins plus appropriés, ce qui améliore l'efficacité et est une source de grande satisfaction pour les patients.

Dans les 10 provinces, un réseau de savoir constitué de chefs de file de l'administration et des soins cliniques applique cette approche à l'arthroplastie de la hanche et du genou, et cherche à uniformiser la pratique et à faire appliquer à l'échelle nationales les normes établies par le réseau. Même si les pratiques sont loin d'être uniformes d'un bout à l'autre du Canada à l'heure actuelle, les efficacités qui découlent de cette collaboration peuvent contribuer à raccourcir le séjour d'un patient à l'hôpital, à réduire les coûts et à créer l'avantage durable d'un réseau de savoir multidisciplinaire là où il n'y en avait pas auparavant. Bref, ce modèle de soins produit une

valeur beaucoup plus élevée compte tenu des budgets de la santé consacrés à l'arthroplastie.

La même méthodologie devrait fonctionner dans tous les domaines des soins de l'appareil locomoteur — et, probablement, dans pour tous les domaines des soins de santé. Divers groupes cliniques s'inspirent actuellement de l'approche de l'ACO pour élaborer des modèles de soin des fractures de la hanche, des traumatismes au dos et des problèmes au pied et à la cheville. Par ailleurs, sous l'égide de l'Alliance de l'arthrite du Canada, qui réunit 35 organismes interlocuteurs (y compris l'ACO), ce processus est maintenant appliqué en amont et en aval à l'éventail complet des problèmes d'arthrite et de l'appareil locomoteur.

Réduction des temps d'attente pour les références et les consultations des spécialistes

Les médecins de toutes les régions du pays ont de multiples défis à relever aux deux extrémités du processus de référence des patients et de demande consultation de spécialistes. Beaucoup d'initiatives sont en cours dans diverses régions du Canada pour relever ces défis, mais elles sont peu connues dans le reste du pays.

Afin d'aider à les faire mieux connaître, l'AMC a créé, grâce à du financement reçu de Santé Canada et à l'aide du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *la Boîte à outils sur les processus de référence et de consultation*. Cette boîte à outils est une collection en ligne qui met en valeur les initiatives ayant réussi à améliorer le processus de référence et de consultation, regroupées en quatre catégories : communications interprofessionnelles, mesure de la première attente, système centralisé de référence et répertoires de médecins.

On présente aussi des guides sur la façon de procéder, là où c'est possible, afin d'aider les intéressés à créer leurs propres réussites dans leur administration et leur pratique respective. Par exemple, on a créé les *Six étapes* de la mise en place d'une centrale efficace de demandes de référence et de consultation, fiche technique produite avec la collaboration des interlocuteurs qui s'occupent de systèmes centralisés d'admission en orthopédie au Canada.

On trouvera des résumés concis de près de 30 initiatives visant à améliorer le processus de référence et de consultation dans les spécialités dans un document qui se trouve à la page principale de la boîte à outils, ici : *Referral and Consultation Process Improvement Projects*.

Un sondage des médecins réalisé à l'automne 2012 a révélé que parmi ceux qui connaissaient la boîte à outils, 76 % l'ont trouvée utile et 20 % ont été incités à mettre en œuvre de nouvelles façons d'aborder le processus de référence et de consultation.

La Boîte à outils sur les processus de référence et de consultation est une « ressource vivante » qui prendra de l'ampleur et évoluera à mesure que l'on découvrira de nouvelles façons d'améliorer ces processus.

Le besoin d'améliorer l'accès aux soins communautaires

Dans ses rapports de 2011 et 2012, l'ATA a déterminé qu'il était urgent de tenir compte des répercussions des séjours en attente d'un autre niveau de soins (ANS) sur les temps d'attente. L'ATA a déjà affirmé en fait que la mesure la plus importante à prendre pour accélérer l'accès aux soins spécialisés pour les Canadiens consiste à s'attaquer au problème des ANS. On utilise en général l'expression ANS pour décrire les patients qui continuent d'occuper un lit d'hôpital en soins actifs après que la phase active de leur séjour en service interne est terminée²³. Les patients en ANS sont réputés être assez bien pour être traités ailleurs, l'endroit exact dépendant de leur situation. Les patients en ANS ont représenté 5 % des hospitalisations et 14 % des jours d'hospitalisation dans les établissements de soins actifs au Canada en 2007-2008. Cela signifie que les patients en ANS occupent tous les jours presque 5200 lits dans des hôpitaux de soins actifs²³. Le nombre élevé de patients en ANS peut avoir de nombreuses répercussions, y compris sur la longueur des temps d'attente et l'engorgement à l'urgence, car des patients de l'urgence ne peuvent être admis puisque les lits sont occupés par des patients en ANS, sur le retard d'accès aux services du personnel paramédical, sur les annulations à la dernière minute d'interventions chirurgicales prévues et même sur les listes d'attente qui s'allongent pour des interventions chirurgicales urgentes qui exigent un lit dans une unité de soins intensifs.

De nombreux facteurs contribuent à la crise des ANS. Des patients atteints de démence ont compté pour près du quart des hospitalisations en ANS et plus du tiers des jours en ANS²⁴. Dans son rapport de 2012, l'ATA a indiqué qu'il fallait trouver des solutions à ce problème aux niveaux des soins communautaires, des hôpitaux et des soins en établissement (c. à d., soins de longue durée). La solution pourrait inclure une façon plus proactive d'aborder la question des ANS – regarder en amont, identifier mieux et plus tôt les personnes

qui risquent d'avoir besoin d'un ANS et les traiter de façon à empêcher leur état de se détériorer inutilement.

Dans le cas des personnes âgées dont l'hospitalisation est appropriée et inévitable, les hôpitaux de soins actifs doivent établir des stratégies de tri afin de détecter les cas qui risquent le plus de devenir un séjour en ANS. De telles approches incluront inévitablement le dépistage du délire et de la démence, ainsi qu'une mobilisation rapide et agressive. Le dépistage et l'intervention dans le cas du risque d'ANS devraient se produire le plus tôt possible au cours de l'admission et devraient déclencher l'évaluation et l'intervention rapides du service le plus compétent (p. ex., médecine gériatrique, soins des personnes âgées, psychiatrie), même si le patient attend toujours à l'urgence qu'un lit d'hôpital soit disponible.

Le Canada doit en outre adopter une Stratégie nationale de lutte contre la démence qui intègre officiellement les rôles des soins primaires, des soins spécialisés et des services de soins à domicile et qui viserait avant tout à garder les personnes âgées dans la communauté (en dehors de l'urgence et de l'hôpital), à éviter de les placer ou à retarder leur placement dans un centre de soins de longue durée⁵. Une telle stratégie atténuerait les répercussions de la démence sur les taux de séjours en ANS à la fois en évitant le recours aux services d'urgence ou à l'hospitalisation et en libérant des lits en soins de longue durée pour des patients en soins actifs qu'il faut vraiment placer dans des services de soins de longue durée. Le Conseil général de l'AMC a approuvé l'appel à une Stratégie nationale de lutte contre la démence en août 2012. L'AMC a aussi présenté au gouvernement fédéral un mémoire où elle préconise du financement fédéral pour contrer le manque de capacité en infrastructure dans le secteur des soins de longue durée du Canada (à la fois pour construire de nouveaux établissements et pour mettre à niveau des établissements qui existent déjà)²⁴.

En dépit de l'effet que les soins continus peuvent avoir sur la capacité des Canadiens d'avoir accès à d'autres composantes du système de santé, quelques provinces seulement utilisent actuellement des rapports sur les temps d'attente dans le cas des services de soins à domicile ou du placement dans un établissement de soins de longue durée.

Autres exemples de changements structurels visant à améliorer l'accès aux soins en temps opportun pour les Canadiens

Garantir l'accès aux soins en temps opportun constitue une responsabilité commune. Les gouvernements ont un rôle à

jouer, par exemple, en finançant adéquatement le système et en aidant d'autres intervenants à améliorer les processus (p. ex., par la normalisation). Les fournisseurs font aussi partie de la solution globale pour améliorer le rendement de notre système de santé. Les membres de l'ATA reconnaissent qu'ils doivent collaborer avec les autres fournisseurs de soins de santé, les patients et les gouvernements pour aider les Canadiens à obtenir un accès opportun, approprié et équitable à des soins de santé de grande qualité et centrés sur les patients. Les membres de l'ATA appuient de tels efforts de diverses façons notamment en :

- déterminant les meilleures pratiques d'amélioration de l'accès à des soins de qualité partout au Canada (comme les cheminement des soins, les cheminement des références et les listes de contrôle intégrées dans les dossiers médicaux électroniques) et mettant en commun ces meilleures pratiques pour instaurer un changement positif;
- déterminant les réformes structurelles qui ont un effet sur l'accès, comme les modèles d'accès avancé et les équipes multidisciplinaires;
- contribuant à la collecte des données sur les temps d'attente.

Des détails sur d'autres projets dirigés par l'ATA et maintenant en cours pour mieux gérer les temps d'attente sont disponibles sur le site web de l'ATA, à http://www.waittimealliance.ca/French/leading_practices_f.htm.

Au sujet de l'Alliance sur les temps d'attente

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA) a été créée à l'automne de 2004 suite au dévoilement de l'Accord sur la santé signé la même année (*Un Plan décennal pour consolider les soins de santé*). Les membres de l'ATA ont utilisé leur savoir-faire particulier pour créer et promouvoir des points de repère sur les temps d'attente en médecine et surveiller le respect par les gouvernements des engagements relatifs aux temps d'attente.

Énoncé de mission de l'ATA : L'ATA est préoccupée par les retards d'accès aux soins pour les Canadiens. Nous collaborons avec nos membres pour informer, représenter et proposer des solutions afin d'assurer l'accès opportun, approprié et équitable à des soins de santé de grande qualité.

L'ATA regroupe 14 organisations médicales nationales dont les membres participent directement à la prestation de soins aux patients :

- Association canadienne d'orthopédie (ACO) — www.coa-aco.org/

- Association canadienne de chirurgie pédiatrique (ACCP) — www.caps.ca
- Association canadienne de gastroentérologie (ACG) — www.cag-acg.org
- Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN) — www.canm-acmn.ca
- Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) — www.caro-acro.ca
- Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) — www.caep.ca
- Association canadienne des radiologistes (CAR) — www.car.ca
- Association des psychiatres du Canada (APC) — www.cpa-apc.org
- Association médicale canadienne (AMC) — www.cma.ca
- Société canadienne d'ophtalmologie (SCA) — www.eyesite.ca
- Société canadienne de cardiologie (SCC) — www.ccs.ca
- Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) — www.cas.ca
- Société canadienne des chirurgiens plasticiens (SCCP) — www.plasticsurgery.ca
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) — www.sogc.org

Outre ces membres, l'ATA établit des partenariats avec beaucoup d'autres organisations, y compris le Collège des médecins de famille du Canada, la Société canadienne de gériatrie et l'Association canadienne des chirurgiens généraux.

Références

1. 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. Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun; 2005. Disponible ici : http://www.waittimealliance.ca/images/Il_est_grand_temps.pdf (consulté le 28 mai 2013).
2. *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2013*. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2013. Disponible ici : https://secure.cih.ca/free_products/wait_times_2013_fr.pdf (consulté le 17 avril 2013).
3. Siciliani L, Borowitz M, Moran V, s.l.d. *Waiting time policies in the health sector: What works?* Études de l'OCDE en politiques de santé. Paris (France) : Publications de l'OCDE, 2013.
4. The NHS constitution. London (R.-U.) : Department of Health, National Health Service; 2013. Disponible ici : <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Overview.aspx> (consulté le 29 mai 2013).
5. *Jeter la lumière sur les temps d'attente totaux en santé pour les Canadiens*. Bulletin sur les temps d'attente au Canada. Alliance sur les temps d'attente; 2012. Disponible ici : http://www.waittimealliance.ca/media/2012reportcard/WTA2012-reportcard_f.pdf (consulté le 14 mai 2013).

6. Tu JV, Pinfold SP, McColgan, et al. *Access to health services in Ontario*. Toronto (Ont.) : Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2005. Disponible ici : www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=31&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=2862 (consulté le 29 mai 2013).
7. Jackson BE, Pederson A, Boscoe M. « Gender-based analysis and wait times: new questions, new knowledge ». Groupe Les femmes et la réforme de la santé; 2006. Disponible ici : www.womenandhealthcarereform.ca/publications/genderwaittimesen.pdf (consulté le 27 mai 2013). Document de travail publié dans Postl B. *The final report of the federal advisor on wait times*.
8. Dunn JR. *The Health Determinants Partnership Making Connections Project: Are widening income inequalities making Canada less healthy?* Toronto (Ont.) : Health Determinants Partnership; 2002. Disponible ici : http://www.medicalreformgroup.ca/wp-content/uploads/2012/08/health.and_income.pdf (consulté le 31 mai 2013).
9. Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2010. Disponible ici : https://secure.cihi.ca/free_products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf (consulté le 6 février 2013).
10. Roos LL, Walld R, Uhanova J, et al. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Serv Res*. 2005;40(4):1167-85.
11. Curtis LJ, MacMinn WJ. Health-care utilization in Canada: 25 years of evidence. SEDAP Research Paper No. 190. Hamilton (Ont.) : Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Program; 2007. Disponible ici : http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/23002.PDF?Archive=102297992047&File=23002_PDF (consulté le 14 février 2013).
12. Murphy K, Glazier R, Wang X, Holton E, Fazli G, Ho M. *Hospital care for all: an equity report on differences in household income among patients at Toronto Central Local Health Integration Network (TC LHIN) hospitals, 2008–2010*. Toronto (Ont.) : Centre for Research on Inner City Health; 2012. Disponible ici : www.stmichaelshospital.com/pdf/crich/hospital-care-for-all-report.pdf (consulté le 10 décembre 2012).
13. Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2012. Disponible ici : https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Experiences_AiB2012_F.pdf (consulté le 14 février 2013).
14. Bierman AS, Johns A, Hyndman B, Mitchell C, Degani N, Shack AR, et al. Social determinants of health and populations at risk. Dans : Bierman AS, editor. *Project for an Ontario women's health evidence-based report*. Volume 2. Toronto (Ont.) : St. Michael's Hospital, Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2012. Disponible ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter12-SDOHandPopsatRisk.pdf> (consulté le 10 décembre 2012).
15. Bierman AS, Angus J, Ahmad F, Degani N, Vahabi M, Glazier RH, et al. Access to health care services. Dans : Bierman AS, editor. *Project for an Ontario women's health evidence-based report*. Volume 1. Toronto (Ont.) : Hôpital St. Michael's, Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2009/10. Disponible ici : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter7-AccessToHealthCareServices.pdf> (consulté le 10 décembre 2012).
16. Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: the Canadian facts. Toronto (Ont.) : Université York, School of Health Policy and Management; 2010. Disponible ici : www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf (consulté le 22 avril 2011).
17. Amélioration des soins aux patients ayant des besoins élevés — Le gouvernement McQuinty établit des liens entre les fournisseurs de soins pour offrir aux patients des soins mieux coordonnés [communiqué]. Toronto (Ont.) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 6 décembre 2012. Disponible ici : <http://news.ontario.ca/mohltc/fr/2012/12/amelioration-des-soins-aux-patients-ayant-des-besoins-eleves.html> (consulté le 10 décembre 2012).
18. *Cibles concernant les temps d'attente maximum pour l'imagerie médicale (IRM et TDM)*. Ottawa (Ont.) : l'Association canadienne des radiologistes; 2013. Disponible ici : http://www.car.ca/uploads/standards%20guidelines/CAR_Cibles_concernant_les_temps_d-attente_maximum_IRM_et_TDM_2013_FR.pdf (consulté le 30 mai 2013).
19. *Lignes directrices relatives aux demande d'examen en radiologie*. Ottawa (Ont.) : l'Association canadienne des radiologistes; 2012. Disponible ici : www.car.ca/fr/standards-guidelines/guidelines.aspx (consulté le 14 mai 2013).
20. *3, 2, 1 départ pour la santé de nos enfants. Établir les priorités de la recherche canadienne en santé des enfants et des adolescents*. Ottawa (Ont.) : Instituts de recherche en santé du Canada; 2007. Disponible ici : www.cihr-irsc.gc.ca/e/34070.html (consulté le 30 mai 2013).
21. Ahn H, Kreder H, Mahomed N, Beaton D, Wright JG. Empirically derived maximal acceptable wait time for surgery to treat adolescent idiopathic scoliosis. *CMAJ* 2011;183(9):E565-70.
22. Wright JG, Menaker RJ; Canadian Paediatric Surgical Wait Times Study Group. Waiting for children's surgery in Canada: the Canadian Paediatric Surgical Wait Times project. *CMAJ* 2011;183(9):E559-64.
23. *Niveaux de soins alternatifs au Canada*. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2009. Disponible ici : https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FINAL_FR.pdf (consulté le 14 mai 2013).
24. *Mémoire de l'AMC : Le besoin d'une infrastructure de la santé au Canada*. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne; 2013. Disponible ici : www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Submissions/2013/Health-Infrastructure_en.pdf (consulté le 14 mai 2013). Mémoire présenté à l'hon. Denis Lebel, CP, député, ministre des Transports, de l'Infrastructure et des Collectivités.