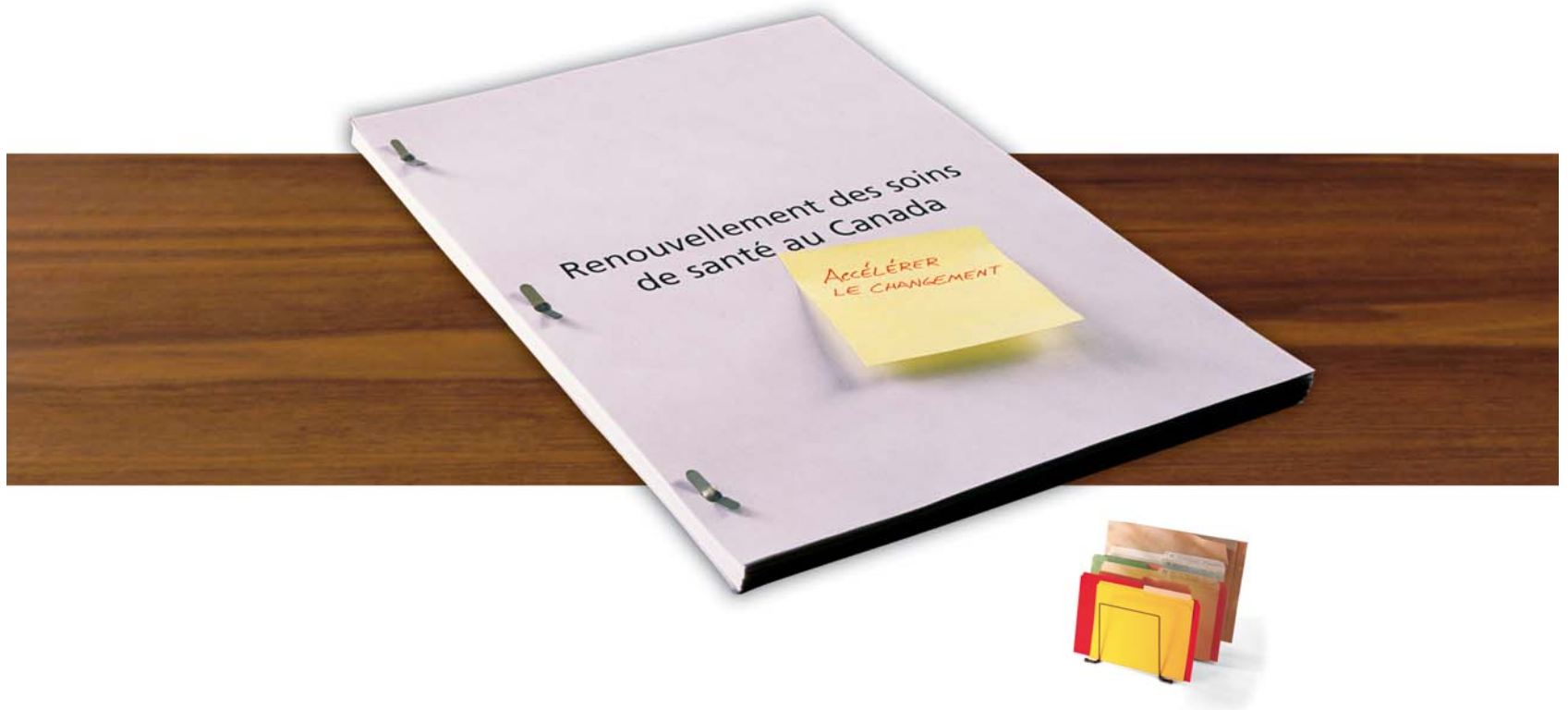




TEMPS D'ATTENTE ET ACCÈS

Document de travail joint à
Renouvellement des soins de santé au Canada: Accélérer le changement
(Janvier 2005)



Remerciements

Le Conseil canadien de la santé remercie les personnes suivantes de leurs contributions au rapport. Tout d'abord, les membres (anciens et actuels) du Groupe de travail du Conseil sur les temps d'attente et l'accès : Robert McMurtry (président), Steven Lewis, Les Vertesi et Glenda Yeates. Lilian Bayne a appuyé par son expertise des politiques la production du rapport et Peter Glynn a formulé des commentaires perspicaces. Lisa Maslove, membre du personnel du Conseil, a aussi fourni des services de soutien.

Veillez noter que les renseignements contenus dans le rapport étaient à jour en novembre 2004.

Temps d'attente et accès

Document de travail joint à *Renouvellement des soins de santé : Accélérer le changement* (janvier 2005)

Les Canadiens considèrent la longueur des temps d'attente comme le principal obstacle à l'accès aux services de santé. Pour répondre à cette préoccupation, les premiers ministres se sont engagés, au cours de leur dernière réunion (septembre 2004), à réduire considérablement les temps d'attente dans le cas d'une série d'interventions médicales prioritaires.

Ni les préoccupations ni les promesses d'amélioration ne sont nouvelles. Les gouvernements, ainsi que les régies régionales de la santé et les hôpitaux, ont prévu de l'argent pour réduire les temps d'attente. Ils ont ajouté du personnel, de l'équipement et des installations. Ils ont mis en place des systèmes de gestion et créé des sites Web afin d'informer les prestataires, les patients et le public. Les enjeux reliés aux temps d'attente pour des soins sont toutefois complexes et les solutions durables, difficiles à trouver. Le défi consiste à assurer que les ressources affectées aux problèmes produisent des améliorations réelles.

Ce document vise à aider à mieux comprendre les enjeux reliés à l'accès en temps opportun à des soins de qualité. On y aborde les questions suivantes : pourquoi l'accès en temps opportun pose-t-il un problème? Pourquoi faut-il attendre? Qu'a-t-on fait pour améliorer l'accès en temps opportun? Que pourrions-nous faire pour surmonter les obstacles et améliorer les progrès? Nous concluons par des commentaires sur la façon dont le Conseil canadien de la santé peut contribuer à faire progresser la situation au cours des mois et des années à venir.

1. Pourquoi la question de l'accès en temps opportun est-elle importante?

En réalité, les soins de santé ne sont pas toujours facilement accessibles pour ceux qui en ont besoin, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, dans les domaines où il y a pénurie de prestataires et de services, ou dans les populations qui ont des besoins spéciaux. Même chez ceux qui vivent en milieu urbain où les ressources sont abondantes, on constate une grande anxiété au sujet des délais d'attente pour des soins nécessaires. Les gens ont raison de craindre de se faire inscrire sur une liste d'attente. Ils savent que s'ils attendent trop longtemps pour obtenir des soins, l'attente peut nuire à leur santé.

Prenons, par exemple, deux interventions très médiatisées – la chirurgie de la cataracte et l'arthroplastie. Ni les cataractes ni l'arthrite ne mettent habituellement la vie en danger. Non traitée, l'arthrite peut toutefois avoir des répercussions sur la structure et le fonctionnement des articulations et entraîner une dégradation des muscles qui les contrôlent. Une mauvaise acuité visuelle peut causer des accidents et des blessures qui peuvent être invalidantes ou même mettre la vie en danger. L'accès aux soins en temps opportun peut signifier la différence entre une participation active à la population active, à la vie familiale ou aux loisirs, et une spirale de douleur croissante, de lésions et d'incapacité.

Dans le cas du cancer ou des cardiopathies, le retard du traitement peut être encore plus grave. Non traités, les cancers malins peuvent se propager, compromettre le contrôle de la maladie et entraîner des taux plus élevés de complications et de mortalité. Les victimes de crises cardiaques meurent souvent avant d'arriver à l'hôpital ou d'obtenir leur congé. Les interventions rapides peuvent éviter une incapacité et une mort prématurées.

L'anxiété suscitée par l'incertitude associée aux attentes s'ajoute aux risques physiques. Les personnes inscrites sur des listes d'attente sont préoccupées par l'effet que l'attente aura sur leur santé et leur rétablissement, se demandent exactement quand elles recevront des soins et si le système établit équitablement ses priorités.

Les attentes excessives ont des répercussions sur le système de santé aussi. La détérioration de l'état de santé d'une personne qui attend des soins peut, à long terme, alourdir les besoins en soins des patients. Ce n'est pas une bonne nouvelle pour un système qui s'efforce de satisfaire à de nombreuses demandes concurrentes. Comme la capacité du système est déjà remise en question, les temps d'attente pour des soins sont devenus une mesure abrégée de la viabilité du système. Les attentes excessives minent la confiance que la population a dans le système de santé financé par l'État et administré par le secteur public.

Les temps d'attente sont aussi un élément normal de tout système de santé. S'il n'y avait pas d'attente, cela signifierait que le système est inefficace. La question consiste à déterminer comment gérer les listes d'attente afin d'assurer que les patients sont soignés au bon moment. En outre, les périodes d'attente ne sont pas toutes nuisibles. Parfois, une attente d'une durée limitée permet de confirmer un diagnostic ou de demander un deuxième avis. Parfois, une « veille attentive » constitue la meilleure stratégie clinique. Il faut distinguer *ces* temps d'attente de ceux qui causent du tort.

2. Comment les médecins déterminent-ils la place d'un patient dans une file d'attente?

Pour servir les gens en fonction de leurs besoins, il faut évaluer la *gravité* et l'*urgence* de l'état de chacun.

Gravité s'entend du degré de souffrance, des restrictions imposées à une personne et du risque de mort prématurée. Il existe des outils normalisés de mesure de la douleur, mais il est souvent difficile de comparer des degrés de souffrance entre patients parce que les évaluations de la douleur, de l'incapacité et du risque sont subjectives et peuvent donc varier.

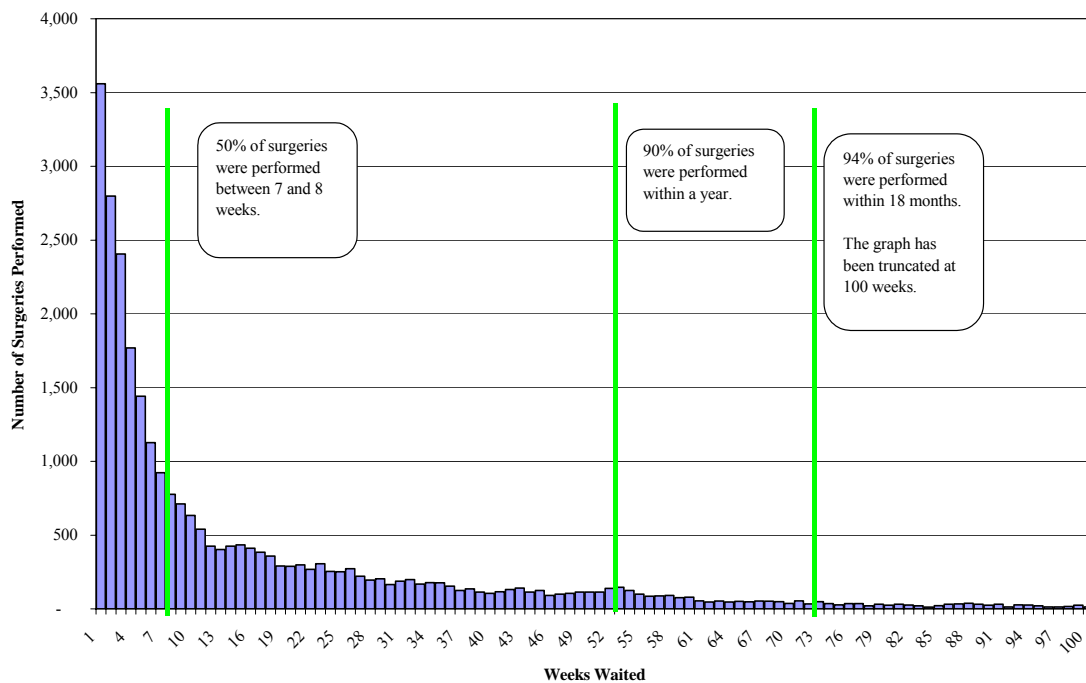
L'urgence s'entend de la mesure dans laquelle une attention clinique immédiate s'impose. L'évaluation de l'urgence repose en général sur un jugement clinique parce qu'elle est reliée à la compréhension des antécédents naturels du problème non traité. Les patients qui exigent une attention immédiate sont considérés comme des cas d'urgence.

3. Que savons-nous au sujet des temps d'attente et de l'accès?

Même si le public considère qu'elles sont le reflet du rendement du système, les listes d'attente peuvent être très trompeuses. La répartition des temps d'attente dans le cas des personnes inscrites sur des listes d'attente illustre le problème. Comme le montre la figure 1, la plupart des temps d'attente montrent un « sommet » de prestation de services après une semaine d'attente seulement. Suit une longue « descente » d'attente prolongée. La plupart des gens reçoivent des soins en temps opportun. Ceux qui attendent – ou semblent attendre – trop longtemps attirent la majeure partie de l'attention du public.

Figure 1.

La plupart des périodes d'attente pour des soins se situent en-deçà d'objectifs cliniques : Le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan (RSCS) recueille et publie de l'information sur les temps d'attente pour des services chirurgicaux. Il est clair que certaines personnes attendent trop longtemps pour recevoir des soins – soit parce que le système ne s'est pas occupé d'elles rapidement, soit parce qu'il ne faudrait pas les écrire sur une liste d'attente au départ. (Dans le dernier cas, on peut à peine dire que les intéressés attendent trop longtemps.) La moitié des interventions chirurgicales pratiquées en Saskatchewan entre janvier et juin 2004 l'ont toutefois été dans les huit semaines suivant la réservation établie par le chirurgien. Quarante-vingt-dix pour cent des interventions chirurgicales ont été pratiquées dans l'année qui a suivi la réservation. (Glynn 2004). On trouve des renseignements à jour sur le site Web du RSCS à : www.sasksurgery.ca.



Nombre d'interventions chirurgicales pratiquées

50 % des interventions chirurgicales ont été pratiquées dans les sept et huit semaines.

90 % des interventions chirurgicales ont été pratiquées dans l'année.

94 % des interventions chirurgicales ont été pratiquées dans les dix-huit mois.

On a tronqué le graphique à 100 semaines.

Semaines d'attente

Les critères sur lesquels les médecins se fondent pour inscrire les patients sur des listes d'attente varient considérablement, tout comme leurs méthodes de surveillance, de modification de la liste en fonction des besoins des patients et d'élimination des gens qui n'ont plus à s'y trouver. Dans le cas de certains médecins et de certaines spécialités, les listes d'attente identifient les patients qu'ils veulent suivre de près. Ces patients sont inscrits sur une liste d'attente pour des raisons cliniques. Aussi longtemps qu'on évalue régulièrement leur état, qu'on les informe de façon routinière et qu'ils participent à ces évaluations, l'attente ne pose aucun risque thérapeutique. Les intéressés n'ont pas besoin d'une intervention sur-le-champ et peuvent en fait ne pas en avoir besoin – ou décider de ne pas en subir.

Certaines personnes figurent sur des listes d'attente pour des raisons personnelles : elles peuvent vouloir choisir un moment qui leur convient pour recevoir des soins, ou attendre de se faire soigner par un prestataire en particulier. Au moins un cinquième des gens inscrits sur des listes d'attente reportent ou annulent leur intervention. Certaines personnes inscrites sur les listes peuvent avoir déménagé et d'autres peuvent être mortes.

Des études réalisées au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande ont révélé un important dénombrement excessif de patients figurant sur les listes, que l'on fixe couramment à 30 % et parfois jusqu'à 70 %. Si le système ne peut identifier les personnes qui n'ont plus besoin de soins et les rayer des listes, elles sont susceptibles d'y demeurer – et de laisser croire que les temps d'attente sont de plus en plus longs.

Il faudrait donc se préoccuper non pas des listes d'attente, mais plutôt des attentes que personne ne souhaite – attentes incertaines, injustes et trop longues. Un système de gestion de l'accès qui fonctionne bien doit viser avant tout à réduire le risque d'événements irréversibles fatals et non fatals et limiter le fardeau que les symptômes imposent à ceux qui attendent de recevoir des soins.

3.1 Les patients s'arrachent des ressources hospitalières.

Dans les grands hôpitaux, les patients admis à l'urgence consomment la majeure partie des services hospitaliers – lits, salles d'opération, soins infirmiers – ce qui laisse peu de place pour ceux qui ont besoin d'un lit afin de subir une intervention prévue.

L'interdépendance entre les interventions chirurgicales prévues et d'urgence est complexe. L'état des patients qui sont inscrits sur une liste d'attente pour une intervention chirurgicale prévue peut se détériorer et ils peuvent se présenter à l'urgence. Par ailleurs, il est courant de voir des patients évalués à l'urgence recevoir une classification moins urgente et leur congé, mais être placés en période d'attente prévue ou semi-urgente pour subir une intervention qui s'impose. On peut, par exemple, immobiliser sans danger avec un plâtre une fracture instable du poignet chez un adulte pendant quelques jours avant de pratiquer l'intervention chirurgicale. Dans le cas d'un patient qui se présente à l'urgence en état de crise de la vésicule biliaire, on peut très bien diagnostiquer qu'il a sûrement besoin d'une intervention chirurgicale. On peut toutefois l'inscrire aussi sur une liste d'attente avec d'autres personnes qui ont besoin de la même intervention chirurgicale.

Lorsque la collision entre les patients dont l'état n'est pas urgent et ceux dont il est urgent devient trop fréquente, les médecins peuvent avoir à prendre des décisions afin d'attribuer une priorité : le patient à l'urgence ou celui qui attend et dont l'intervention a peut-être déjà été annulée à plusieurs reprises (Vertesi 2004).

Quelle que soit l'urgence d'une intervention envisagée, il faut démontrer un avantage qui ne se produira pas autrement. Comme toutes les interventions entraînent un risque, il faut tenir compte de leurs avantages et préjudices éventuels dans le cas de chaque patient. Les évaluations de l'avantage net sont toujours prospectives – c.-à-d. qu'elles se produisent entre l'intervention ou le traitement même. Les évaluations régulières des avantages effectuées après l'intervention produisent des données importantes sur la valeur de l'intervention et la pertinence du seuil – niveau approprié de besoin – où il faut intervenir. Si les seuils ne sont pas fixés au bon niveau, il se peut que des patients reçoivent des soins inutiles ou, ce qui est encore pire, nuisibles.

3.2 Les variations des taux d'interventions chirurgicales non urgentes et le manque de mesures des résultats soulèvent des questions sur la pertinence des soins.

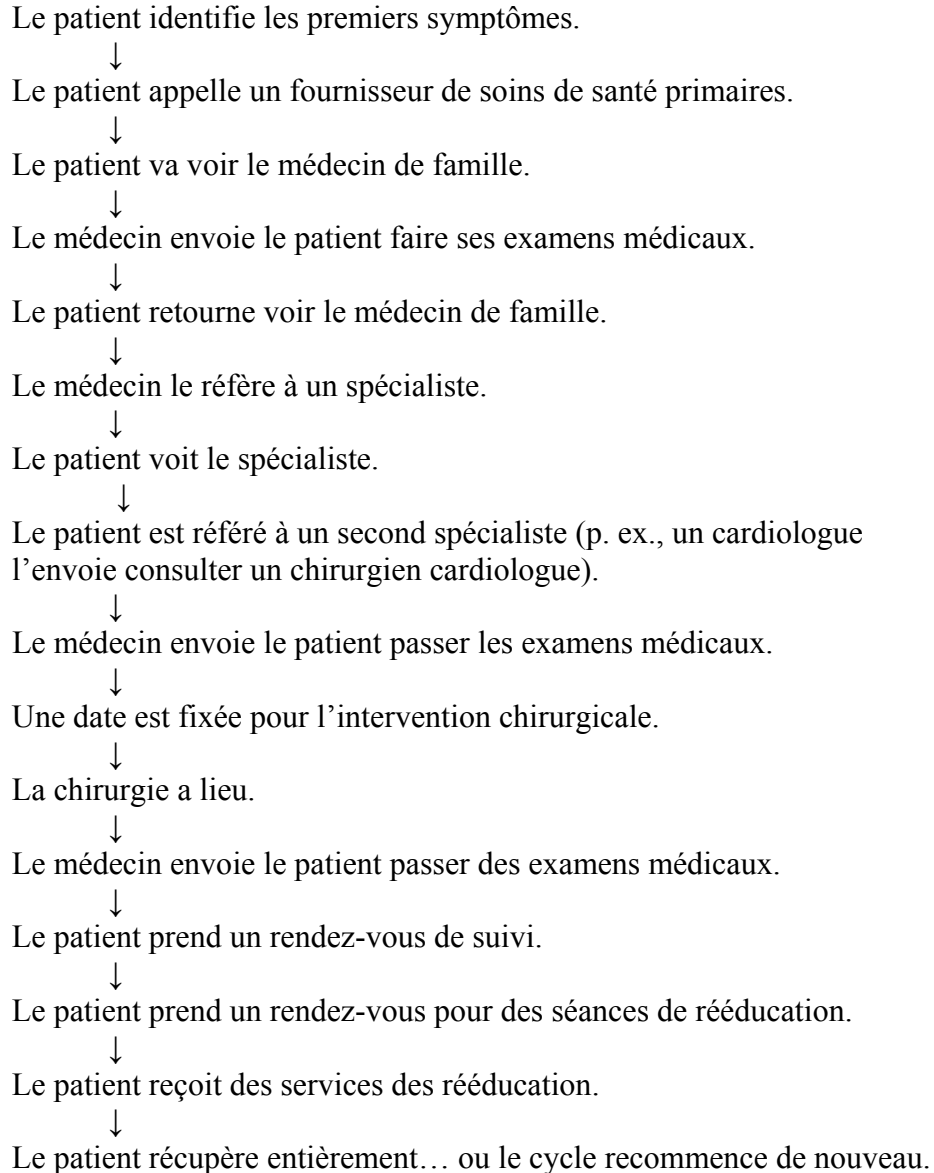
Une étude portant sur les indications relatives aux interventions chirurgicales non urgentes et leurs résultats a révélé un vaste éventail de niveaux de symptômes et d'incapacité auxquels on a recommandé une intervention chirurgicale dans le cas de certaines interventions non urgentes. Ont participé à l'étude notamment 138 chirurgiens et 5 313 patients pour lesquels on avait réservé six interventions chirurgicales non urgentes de grand volume à cinq hôpitaux de soins actifs de la région sanitaire de Vancouver. Les mesures de résultats spécifiques à la maladie ont montré que l'intervention chirurgicale avait produit des avantages chez les sujets de tous les groupes. Les mesures ont toutefois dégagé aussi des cas où l'état des patients s'était aggravé après l'intervention chirurgicale. Ces cas ont varié de 2 % des patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche à 26 % – plus du quart – de ceux qui avaient subi une chirurgie de la cataracte. Un pourcentage important de patients qui devaient subir une chirurgie de la cataracte prévue ont obtenu des résultats élevés au test d'acuité visuelle *avant* de subir l'intervention chirurgicale, ce qui laissait entendre que les indications seuils dans le cas de la chirurgie de la cataracte étaient très basses. (Wright et al. 2002)

3.3 Le voyage du patient peut-être long et tortueux.

La plupart des Canadiens pensent seulement au système de santé lorsqu'un proche, un être cher ou eux-mêmes ont des symptômes de maladie ou de traumatisme. Certaines de ces personnes n'auront pas recours au système de santé. Leur maladie se résorbera d'elle-même, ou ils s'occuperont des symptômes eux-mêmes à la maison. Comme on peut toutefois le voir à la Figure 2, dans le cas de ceux qui ont besoin de soins, le voyage vers un état de santé amélioré peut être long et tortueux. De plus, ces étapes peuvent être plus longues et plus difficiles pour les patients qui vivent dans des régions éloignées. Est-il juste de demander comment simplifier ce voyage du patient? Pourquoi ces périodes d'attente pour des soins se produisent-elles et que peut-on faire pour les réduire ou les éliminer?

Figure 2. (Une version illustrée de ce schéma figure à la p. 28 de *Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement.*)

Le voyage du patient : des symptômes à l'intervention chirurgicale



3.4 Il y a attente pour de nombreuses raisons

Le voyage comporte trop d'étapes :

Le voyage du patient compte de nombreuses étapes et des périodes d'attente à chacune d'entre elles. Pour simplifier le voyage, il faut synchroniser ces nombreux éléments constituants indépendants qui fonctionnent à de multiples niveaux du système.

Responsabilités multiples à l'égard de l'accès :

Si l'accès à chaque étape est géré de façon indépendante, on ne sait pas trop qui doit rendre compte des pannes en cours de route. L'intégration de nombreux éléments constituant le système de santé sous l'administration des régions régionales de la santé a aidé à améliorer le soin des patients et la gestion de la circulation, mais certains éléments constituant des clés, comme les médecins de famille et les spécialistes, fonctionnent indépendamment dans des cadres institutionnels distincts.

On ne s'est pas occupé de «la queue» :

Même si certaines personnes attendent pour leurs propres raisons ou à cause de la décision de leur médecin, d'autres échappent à l'attention du système et attendent tout simplement trop longtemps. Un système qui fonctionne bien doit faire attention à la répartition des temps d'attente, reconnaître les répercussions tant physiques que psychologiques de périodes d'attente excessives et s'occuper de ceux qui attendent trop longtemps.

Défaillance de la prospective :

Des urgences déplacent souvent des interventions chirurgicales prévues, ce qui allonge les périodes d'attente. Même si certaines demandes d'urgence sont imprévisibles, comme l'épidémie de SRAS qui a enrayé les hôpitaux de l'Ontario en 2003, d'autres, comme les pics saisonniers des taux d'accidents ou des cas de grippe, sont prévisibles. L'incapacité de faire face à l'imprévisible est pardonnable. L'incapacité de gérer une variation de routine constitue un échec de la planification et du leadership.

Expansion rapide de la demande :

Les progrès de la technologie ont augmenté considérablement à la fois le nombre d'interventions et leur champ d'application. Des patients déjà jugés trop fragiles pour une intervention chirurgicale à la vésicule biliaire (cholécystectomie) peuvent maintenant bénéficier d'une intervention moins effractive (cholécystectomie par laparoscopie) qui produit le même résultat et réduit le risque. L'augmentation du nombre de personnes qui pourraient en bénéficier équivaut à celle du nombre d'interventions chirurgicales pratiquées chaque année, ou la dépasse.

Reputation des seuils :

Même si de nouvelles techniques chirurgicales moins effractives peuvent abaisser le seuil d'intervention, une capacité excédentaire peut aussi avoir le même effet – et ne faire rien de bon pour les patients. Si le seuil de l'intervention est trop bas, les risques peuvent l'emporter sur les avantages qu'offrent les soins. Pour assurer l'utilisation la plus judicieuse de ressources précieuses de la santé, il faut mesurer les résultats à divers stades, à court et à long termes. Il faut retourner ces renseignements aux cliniciens et aux administrateurs pour assurer que le seuil d'intervention est le bon.

4. Qu'est-ce qui passe actuellement au sujet de l'accès en temps opportun?

On a lancé aux échelons local, régional, provincial et multilatéral du Canada des efforts pour améliorer la gestion des listes et des temps d'attente. Beaucoup de ces efforts mettent à contribution un vaste éventail de groupes qui souhaitent améliorer l'accès, des patients et des cliniciens jusqu'aux ministères de la Santé, en passant par les hôpitaux, les régies régionales de la santé et les chercheurs de la santé.

Les Canadiens ne sont pas les seuls à se préoccuper des listes et des temps d'attente. Beaucoup de systèmes de santé qui ressemblent au nôtre font face à des préoccupations publiques soulevées par l'accès aux soins. Dans le contexte d'une étude, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a étudié les politiques de lutte contre les temps d'attente excessifs pour des interventions chirurgicales prévues dans 12 pays. L'Organisation a trouvé un vaste éventail de politiques visant à accroître la capacité et à gérer la demande. (Hurst et Siciliani 2003)

Autres renseignements sur ce qu'on a fait : On a publié plusieurs résumés utiles d'activités en cours au Canada et ailleurs dans le monde, dont les suivants :

Résumé des actes de la Conférence produit par les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, *The Taming of the Queue: Wait Time Measurement, Monitoring and Management*. Disponible sur le site Web des RCRPP à :

<http://www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=825>

Document de réflexion de l'Association médicale canadienne, *Maîtriser les files d'attente : vers une solution aux délais de prestation des soins*. Disponible sur le site web de l'AMC à

http://www.cma.ca/multimedia/staticcontent/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Releases/pdf/Taming-Queue-french.pdf

Enquête comparative internationale de l'Organisation de coopération et de développement économiques réalisée par Jeremy Hurst et Luigi Siciliani, *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. Disponible sur le site web de l'OCDE à :

<http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>

5. Quels sont les enjeux et les défis immédiats?

5.1 Leçons apprises

Il est possible de tirer de nombreuses leçons importantes de ces expériences. La bonne nouvelle, c'est qu'il y a des mesures peu coûteuses et à effets importants qu'il est possible de prendre pour améliorer l'accès en temps opportun aux soins. Les éléments clés d'un programme fructueux qui permettent de mesurer, de surveiller et de gérer les temps d'attente consistent notamment à :

- *Assurer l'intégralité* – **Une stratégie intégrée de mesure, de surveillance et de gestion des temps d'attente et des besoins en accès est essentielle pour protéger l'équité entre les domaines où l'on s'arrache des ressources limitées de la santé.** Il y a concurrence non seulement entre différentes spécialités chirurgicales, mais aussi entre les services communautaires et institutionnels. Il faut éviter de consacrer attention et ressources seulement aux domaines suivis, comme les interventions chirurgicales, par rapport à la prise en charge du patient au complet.
- *Rendre l'information disponible pour le public* – **Rendre de l'information fiable et comparable sur les temps d'attente accessible aux prestataires et au public aide à mieux comprendre les enjeux et les problèmes.** La centralisation de la gestion de la collecte de données sur les temps d'attente augmente la probabilité qu'elle soit exacte et comparable. Il est essentiel de normaliser les conditions et les paramètres – de définir quand l'attente commence et prend fin et de dégager une entente sur des conditions comme les seuils, l'éducation et les priorités – pour pouvoir comparer et mesurer le rendement. Il faut étudier périodiquement les listes d'attente pour assurer que les priorités accordées demeurent valables et que les intéressés n'attendent pas trop longtemps ou plus longtemps qu'il le faut.
- *Évaluer les résultats* – **Il faut évaluer les résultats des interventions en soins de santé pour assurer que les seuils sont les bons et que les ressources consacrées aux soins de santé sont utilisées de la façon la plus rentable possible.** Pour déterminer quand une intervention est justifiée, il faut se fonder beaucoup plus sur l'objectivité scientifique et beaucoup moins sur la subjectivité.
- *Mobiliser tous les intervenants clés pour simplifier le voyage du patient* – **Pour s'attaquer aux nombreux goulots d'étranglement possibles dans le voyage du patient, il faut mobiliser les patients, les cliniciens, les gestionnaires et les administrateurs à tous les échelons.** Lorsqu'on réussit à faire participer tous les intervenants clés à une étude des étapes que comporte le voyage du traitement, à les consulter et à mobiliser leur collaboration pour simplifier ou accélérer les processus, il peut en découler des améliorations spectaculaires des temps d'attente. De meilleurs modèles prédictifs conjugués à des stratégies de gestion active de la capacité pourraient diminuer l'incertitude que vivent les parents et les prestataires et assurer que l'on traite équitablement les flots de patients d'urgence et d'interventions prévues.
- *Harmoniser les incitatifs* – **Pour améliorer la productivité et assurer l'amélioration continue de la qualité, il est crucial que tous les intéressés attachent de l'importance à l'accès en temps opportun.** Il est essentiel de créer des systèmes appropriés de récompense pour assurer que tous les prestataires, y compris les cliniciens, les gestionnaires et les administrateurs, sont reconnus à la fois pour le nombre et la qualité de leurs interventions en soins de santé.
- *Améliorer la capacité au besoin* – **Il faut considérer les ressources nouvelles comme des investissements dans un changement concerté, sinon un système d'accès non organisé les absorbera rapidement.** Il faut en outre veiller à assurer

que la chaîne d’approvisionnement ne comporte pas de maillons faibles, que les membres du personnel professionnel, technique et de soutien, les fournitures nécessaires et les installations physiques convergent tous au bon endroit et au bon moment.

- *Définir le besoin* – Il faut appliquer des méthodes comme les sondages communautaires validés cliniquement afin de déterminer le niveau de besoin de la population, de comprendre les répercussions de ces besoins sur la capacité et de repérer les disparités au niveau de l’accès à des soins appropriés. (Hawker et al 2001)

En ce qui concerne les temps d’attente et l’accès, les problèmes ne se résoudre pas du jour au lendemain. Il est impératif d’offrir des incitatifs qui poussent à accorder de l’importance à une saine organisation et à l’efficacité. La découverte de solutions passera obligatoirement par l’engagement continu de tous les intervenants clés envers une vision et un plan d’action commun. Il faut investir, mais seulement si l’investissement entraîne les changements qui s’imposent. Heureusement, on est plus réceptif au changement et désireux de l’instaurer que dans le passé.

5.2 Étapes suivantes

Le Conseil canadien de la santé peut jouer un rôle en appuyant les progrès sur les temps d’attente et l’accès. Même s’il interviendra pas dans la création et la mise en œuvre d’améliorations de l’accès en temps opportun, le Conseil de la santé continuera d’analyser les progrès et de formuler des commentaires à ce sujet. Le Conseil veillera notamment à :

- Continuer d’expliquer au public le comment et le pourquoi des temps d’attente.
- Informer les médias afin qu’ils comprennent de façon plus équilibrée et éclairée un système très complexe.
- Mettre en vedette les pratiques exemplaires et recommander aux administrations celles qui reposent sur une assise factuelle solide.
- Surveiller l’incidence, autant prévue qu’imprévue, de différentes stratégies, notamment concentrer les efforts sur des domaines choisis pour réduire les temps d’attente et offrir des incitations afin de modifier des comportements et des habitudes.
- Analyser de plus près certains secteurs problèmes clés comme les urgences, l’IRM et les services communautaires de santé mentale.
- Promouvoir la recherche et l’évaluation afin que le système bénéficie d’un réseau d’information continue.

Nous avons hâte de nous attaquer au travail qui nous attend.

Références

- Badley EM (2004). *Arthritis related conditions in Ontario*. Institut de recherche en services de santé.
http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=31&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=2233
- Glynn PAR, Donnelly LM, Calder DA, Brown JC (2003). The Saskatchewan Surgical Care Network – toward timely and appropriate care. *Hospital Quarterly* 7(1).
<http://www.longwoods.com/hq/index.html>
- Hadorn DC et le Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (2000). Setting priorities for waiting lists: defining our terms. *JAMC* 163(7) : 857-862.
<http://www.cmaj.ca/>
- Hawker GA, Wright JG, Coyte PC et al (2001). Determining the need for hip and knee arthroplasty. *Medical Care* 39(3) : 206-216.
- Hurst J et Siciliani L (2003). *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. ÉcoSanté, document de travail 6.
<http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf>
- Lewis S, Barer ML, Sanmartin C, Sheps S, Shortt SED, McDonald PW (2000). Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. *JAMC*; 162(9) : 1297-1300.
- Sanmartin C, Shortt SED, Barer ML, Sheps S, Lewis S, McDonald PW (2000). Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. *JAMC* 162(9) : 1305-1310.
- Sanmartin C (2001). *Establishing Acceptable Waiting Times for Medical Services: A Review of the evidence and proposed methods*. Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada. www.wcwl.org
- Sanmartin C (2001). *Toward standard definitions of waiting times for health care services*. Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada. www.wcwl.org
- Saulnier M, Shortt SED, Gruenwoltd E (2004). *Maîtriser les files d'attente : vers une solution aux délais de prestation des soins*. Document de réflexion de l'Association médicale canadienne.
http://www.cma.ca/multimedia/staticcontent/CMA/Content/Images/Inside_cma/MediaReleases/pdf/Taming-Queue-french.pdf
- Statistique Canada (2003). *Enquête sur l'accès aux services de santé*. 30 juin 2004.
www.statscan.ca
- Wright C, Chambers GK, Robens-Paradise Y (2002). Evaluation of indications and outcomes in elective surgery. *JAMC* 167(5) : 461-466.
- Vertesi L (2004). Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *Journal canadien de la médecine d'urgence* 6(5) : 337-342.