Les soins de santé au Canada 2012

Regard sur les temps d'attente

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé iii

Remerciements v

Pour obtenir de plus amples renseignemements vii

Avant-propos ix

Le prochain chapitre xi

Sommaire xiii

Introduction et aperçu des temps d'attente 1

Chapitre 1 : Temps d'attente pour des soins courants 11

Accès à un médecin de famille 13

Accès à un médecin spécialiste 14

Détection précoce, diagnostic et traitement rapides : les temps d'attente pour les examens diagnostiques et de dépistage 16

Stratégies de réduction des temps d'attente 20

Conclusion 22

Références 23

Chapitre 2 : Temps d'attente pour des soins au service d'urgence 27

Temps d'attente avant d'entrer au service d'urgence 28

Temps d'attente au service d'urgence 29

Temps d'attente à la sortie du service d'urgence 34

Stratégies de réduction des temps d'attente 35

Conclusion 37

Références 39

Chapitre 3 : Temps d'attente pour des soins de courte durée 43

Temps d'attente pour une chirurgie non urgente 44

Attente du congé 49

Stratégies de réduction des temps d'attente 52

Conclusion 54

Références 55

Chapitre 4 : Temps d'attente pour des soins spécialisés 59

Temps d'attente pour des services de réadaptation 59

Temps d'attente pour des services de santé mentale 63

Temps d'attente pour des soins en hébergement et des services à domicile 66

Stratégies de réduction des temps d'attente 67

Conclusion 68

Références 70

Bilan et perspectives 75
Sommaire des conclusions du rapport 75
Les enjeux à l'horizon 76
Assembler les pièces du casse-tête 81
Références 82
Index 85

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour plus de renseignements, consultez notre site Web au www.icis.ca.

Au 1er septembre 2012, le Conseil d'administration de l'ICIS était formé des personnes suivantes :

Dr Brian Postl
Président du Conseil d'administration, ICIS
Doyen de la Faculté de médecine, Université du Manitoba

M. John Wright (d'office)
Président-directeur général
ICIS

Dr Luc Boileau
Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec

Dr Marshall Dahl
Consultant en endocrinologie
Hôpital et Centre des sciences de la santé de Vancouver et Hôpital de Burnaby

Mme Janet Davidson
Chef canadienne du Global Healthcare Center of Excellence
KPMG

Dr Chris Eagle
Président-directeur général
Services de santé de l'Alberta

Dr Vivek Goel
Président-directeur général
Santé publique Ontario

M. David Hallett
Sous-ministre associé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

M. John McGarry
Conseiller privé en administration de la santé

M. Peter Morrison
Statisticien en chef adjoint
Statistique Canada

Dr Cordell Neudorf
Président, Conseil de l'ISPC
Médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon

Mme Marlene Smadu
Vice-doyenne des sciences infirmières
Université de la Saskatchewan

M. Howard Waldner
Président-directeur général
Autorité sanitaire Vancouver Island

M. Graham Whitmarsh
Sous-ministre
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les nombreux organismes qui ont contribué à la préparation du présent rapport.

Merci aux spécialistes suivants, qui ont passé en revue les documents pertinents :

Eric Bohm, B. Ing., M.D., M. Sc., FRCPC
Professeur adjoint en chirurgie, Université du Manitoba
Coprésident, Comité consultatif du Registre canadien des remplacements articulaires

Laurie Bourne
Directrice principale
Informatique, Accès aux soins, Action Cancer Ontario

Brie DeMone
Directrice générale
Soins de courte durée, tertiaires et spécialisés, Santé Manitoba

Sheryl Harris
Directrice adjointe
Soins de courte durée et qualité, Direction des stratégies de soins de santé,
Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada

Howard Ovens, M.D., FCFP(EM)
Directeur du centre d'urgence Schwartz/Reisman, Hôpital Mount Sinai
Professeur agrégé, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
Responsable des services des urgences du RLISS du Centre-Toronto
et responsable provincial de l'Ontario

Janice Sanger
Directrice
Division de l'accès aux soins et de l'efficacité clinique, ministère de la Santé
et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Claudia Sanmartin, Ph. D.
Directrice
Analyse de la santé, Statistique Canada

Sonya Stasiuk
Directrice
Gestion de l'information, Santé et Mieux-être Alberta

Stephen Vail
Directeur
Recherche et développement des politiques, Association médicale canadienne

L'équipe principale et l'ICIS souhaitent également remercier M^me^ Jennifer Zelmer, première vice-présidente, Adoption clinique et innovation, Inforoute Santé du Canada, pour avoir souligné la dernière édition du rapport *Les soins de santé au Canada* en rédigeant l'avant-propos.

Il est important de préciser que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des organismes affiliés.

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* est le résultat d'une collaboration entre de nombreuses sections de l'ICIS. Nous tenons à remercier toutes les personnes dont l'expertise et le temps ont été mis à contribution de diverses façons, notamment pour la recherche, les analyses documentaires et contextuelles, la compilation, l'analyse et la validation des données, la rédaction et la révision des chapitres ainsi que l'examen du contenu, et qui ont généreusement fourni un soutien constant à l'équipe principale.

L'équipe de projet principale responsable de l'élaboration de ce rapport comprend

- Hani Abushomar, analyste principal
- Jessica Burnett, analyste
- Allie Chen, analyste principale
- Alexey Dudevich, analyste principal
- Josh Fagbemi, chef de section
- Cheryl Gula, gestionnaire
- Sharon Gushue, analyste principale
- Kristen Hart, analyste
- Hong Ji, analyste principale
- Mark McPherson, analyste principal
- Kathleen Morris, directrice
- Michelle Parker, coordonnatrice principale
- Karen Poon, analyste
- Rob Ranger, chef de section
- Agustina Silva, analyste
- Jeremy Veillard, vice-président

Des membres de nombreuses sections de l'ICIS nous ont également fourni leur appui et leurs conseils. En particulier, nous tenons à remercier Rachel Armstrong, Debra Chen, Shirley Chen, Natalie Damiano, Kinga David, Cathy Davis, Nicole De Guia, Colleen Dwyer, Jennifer Frood, Jun Gao, Tracy Johnson, Robert Kyte, Christina Lawand, Claude Lemay, Jenny Lineker, Nawaf Madi, Deborah McCartney, Ryan Metcalfe, Connie Paris, Ben Reason, Yvonne Rosehart, Sonia Shukla et Isabel Tsui. Nous soulignons enfin la contribution des employés de l'ICIS qui ont travaillé à la traduction, aux communications, à la conception Web, à l'impression et à la distribution.

Pour obtenir de plus amples renseignements

Tous les commentaires sur le présent rapport sont les bienvenus. L'ICIS aimerait également recevoir vos suggestions afin que les prochains rapports répondent le mieux possible à vos besoins en matière d'information. Veuillez envoyer vos commentaires par courriel à rapportsante@icis.ca.

Pour obtenir des renseignements plus précis dans tout domaine d'intérêt ou de recherche concernant les soins de santé au Canada, veuillez consulter le site Web de l'ICIS (www.icis.ca). Les points saillants et le texte intégral du rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* sont accessibles gratuitement, en français et en anglais, sur le site Web de l'ICIS.

Avant-propos

Toute bonne chose ayant une fin, la présente édition du rapport *Les soins de santé au Canada* sera la dernière, le programme d'analyse de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) empruntant une nouvelle trajectoire. Mon parcours personnel a également changé au fil du temps : pendant plusieurs années, j'ai abordé le rapport annuel *Les soins de santé au Canada* du point de vue de la lectrice, plutôt que de celui de la rédactrice ou de la réviseure. C'est selon cette perspective qu'on m'a demandé de poser un regard sur l'évolution de ce rapport annuel.

Depuis ses débuts, en 2000, le rapport *Les soins de santé au Canada* jette un regard novateur sur de nombreux domaines importants. Voici quelques exemples des sujets stratégiques abordés dès la parution du rapport :

- la comparaison, d'une région à l'autre, des résultats d'indicateurs clés en matière de santé et de soins de santé, de même que les tendances au fil du temps;
- la part de l'augmentation récente des dépenses de santé attribuable à la croissance démographique, à l'inflation et aux changements au chapitre des dépenses dans les secteurs public et privé;
- le nombre de Canadiens ayant déclaré qu'un événement indésirable évitable est survenu lorsqu'eux-mêmes ou un membre de leur famille recevaient des soins de santé, ainsi que les conséquences de tels événements;
- les liens entre les volumes de cas et les résultats dans les hôpitaux canadiens, la fréquence de différents types de chirurgies dans les centres à volume élevé, moyen ou faible, ainsi que l'opinion des Canadiens concernant les compromis entre la proximité des soins et la qualité des services de santé;
- l'évolution au cours des dernières années du risque de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission initiale en raison d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral, la variation des taux correspondants au pays et les facteurs d'influence propres à l'hôpital et au patient qui influent sur ces taux;
- la fréquence à laquelle les Canadiens subissent des chirurgies ou d'autres types de soins qui, selon les données probantes, n'améliorent pas les résultats;

- le nombre de personnes âgées qui prennent de multiples médicaments sur ordonnance, le nombre de personnes âgées qui prennent des médicaments potentiellement contre-indiqués dans leur groupe d'âge et l'augmentation du risque d'interactions et d'effets secondaires qui en résulte.

De façon tout aussi importante, le rapport *Les soins de santé au Canada* a constitué une source fiable, réunissant les derniers résultats de recherche et les données récentes sur des enjeux importants concernant les soins de santé.

Ted Marmor, professeur de politiques publiques à l'Université Yale, a dit du rapport annuel *Les soins de santé au Canada* qu'il est « l'ennemi de l'anecdote ». Selon un ministre fédéral de la Santé, les rapports constituent « une ressource précieuse pour les décideurs, les professionnels de la santé et, surtout, pour tous les Canadiens ». Au fil des ans, ce rapport annuel a été cité lors de débats parlementaires; il a poussé des gouvernements et des organismes non gouvernementaux à l'action, mené à des examens de l'utilisation et de la qualité des services au sein des hôpitaux et des régions sanitaires, alimenté le débat public dans des milliers de reportages diffusés à des millions de Canadiens et servi de référence dans le cadre de cours universitaires.

Or le travail n'est pas terminé pour autant. Certes, bon nombre de questions se trouvant sans réponses dans les premiers rapports sont maintenant élucidées, mais beaucoup d'entre elles sont toujours à l'étude. C'est donc avec impatience que j'attends de découvrir les prochains résultats du programme d'analyse de l'ICIS qui paraîtront dans ses nouveaux outils de diffusion.

Jennifer Zelmer
Vice-présidente principale
Adoption clinique et innovation
Inforoute Santé du Canada

Le prochain chapitre

La santé des Canadiens et les systèmes de santé du pays sont en constante évolution, tout comme les besoins en information de nos clients et des intervenants. Tourné vers l'avenir, l'ICIS entend répondre à ces besoins changeants en information sur la santé. Nous continuerons, comme toujours, de produire des analyses pertinentes et réalistes. Nous redoublerons d'efforts en vue d'améliorer la compréhension et l'utilisation de l'information sur la santé, ce qui donnera lieu à des décisions mieux éclairées. Nous offrirons également à nos clients de tout le pays des produits, des services et des outils de pointe qui viendront appuyer la gestion de la performance.

Pour ce faire, il nous faudra changer certains de nos modes habituels de diffusion de l'information. L'ICIS aura toujours le souci de fournir de l'information pancanadienne, exhaustive et fiable sur les systèmes de santé du pays, mais devra diversifier et modifier ses méthodes de diffusion de cette information. La fin du rapport annuel *Les soins de santé au Canada* s'inscrit dans cette vague de changement. Nous faisons ainsi place à de nouvelles initiatives qui appuieront la prise de décisions au sein du système tout en correspondant davantage à la manière dont les décideurs préfèrent utiliser les données à l'heure actuelle.

Je vous invite à vous joindre à moi pour remercier tous ceux qui, au cours des 12 dernières années, à l'ICIS et ailleurs, ont rendu possible la publication du rapport annuel *Les soins de santé au Canada* et en ont favorisé les retombées. Nous sommes tous impatients de passer au prochain chapitre.

John Wright
Président-directeur général
Institut canadien d'information sur la santé

Sommaire

L'accès aux soins, particulièrement la question des temps d'attente, ne manque pas d'attirer l'attention des médias et de susciter de vifs débats publics. L'information disponible sur les temps d'attente, encore loin d'être parfaite, est beaucoup plus abondante et de meilleure qualité aujourd'hui qu'au début de 2006, lorsque l'ICIS a publié son dernier rapport sommaire sur le sujet. Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* présente un bilan des connaissances sur les temps d'attente au Canada, dans le contexte de l'accès aux soins dans l'ensemble du continuum de soins.

Le rapport dresse tout d'abord un constat : la performance actuelle du Canada en matière de temps d'attente n'est pas à la hauteur de celle d'autres pays. Un bref historique de la mesure des temps d'attente au Canada est ensuite présenté, suivi d'un examen des temps d'attente pour des soins courants. L'accès aux soins de santé primaires est au cœur de la prévention et de la prise en charge de la plupart des affections; or à ce chapitre, le Canada fait plutôt mauvaise figure comparativement aux autres pays. Par exemple, selon une comparaison internationale effectuée en 2010 entre 11 pays, le Canada se classe au dernier rang en ce qui a trait au temps d'attente pour voir un médecin ou une infirmière en cas de besoin. Les Canadiens déclarent également les plus longs temps d'attente pour consulter un spécialiste, 41 % d'entre eux signalant devoir attendre deux mois ou plus. Bien que le temps d'attente pour consulter un médecin de famille soit plus long au Canada que dans les autres pays, la plupart des Canadiens jugent toutefois les délais acceptables. Ils ont plutôt tendance à déclarer des difficultés concernant l'accès à un médecin spécialiste et l'attente connexe.

En dépit de tous les efforts de prévention, les soins hospitaliers demeurent nécessaires pour de nombreuses personnes. La suite du rapport renferme des renseignements sur l'attente au service d'urgence et en milieu de soins de courte durée. Les temps d'attente dans les services d'urgence canadiens sont plus longs que ceux des autres pays; ils dépassent également les délais idéaux recommandés par l'Association canadienne des médecins d'urgence. Parmi 11 pays, le Canada affiche la plus grande proportion d'adultes devant attendre quatre heures ou plus à l'urgence avant de recevoir un traitement (19 % de plus que la moyenne internationale). La durée globale moyenne du séjour au service d'urgence est d'un peu plus de quatre heures, 90 % des visites se concluant dans les huit heures.

En ce qui a trait aux soins de courte durée, le rapport présente ensuite les tendances observées depuis l'introduction des domaines prioritaires associés aux temps d'attente. Les données recueillies à l'échelle nationale ne permettent pas de conclure que l'accent mis sur les chirurgies prioritaires a eu un effet d'éviction sur les autres interventions. Des variations sont néanmoins observées entre les provinces, sans doute attribuables, en partie du moins, aux stratégies appliquées localement pour réduire les temps d'attente et faciliter l'accès aux soins. L'attente du congé des établissements de soins de courte durée demeure également problématique, le taux d'occupation des lits en soins de courte durée par des patients de niveau de soins alternatif se maintenant à environ 5 % au pays depuis 2008-2009. À l'échelle canadienne, les personnes souffrant de démence ou recevant des soins palliatifs ont tendance à connaître la plus longue attente, suivies de celles en attente de services de réadaptation ou de convalescence.

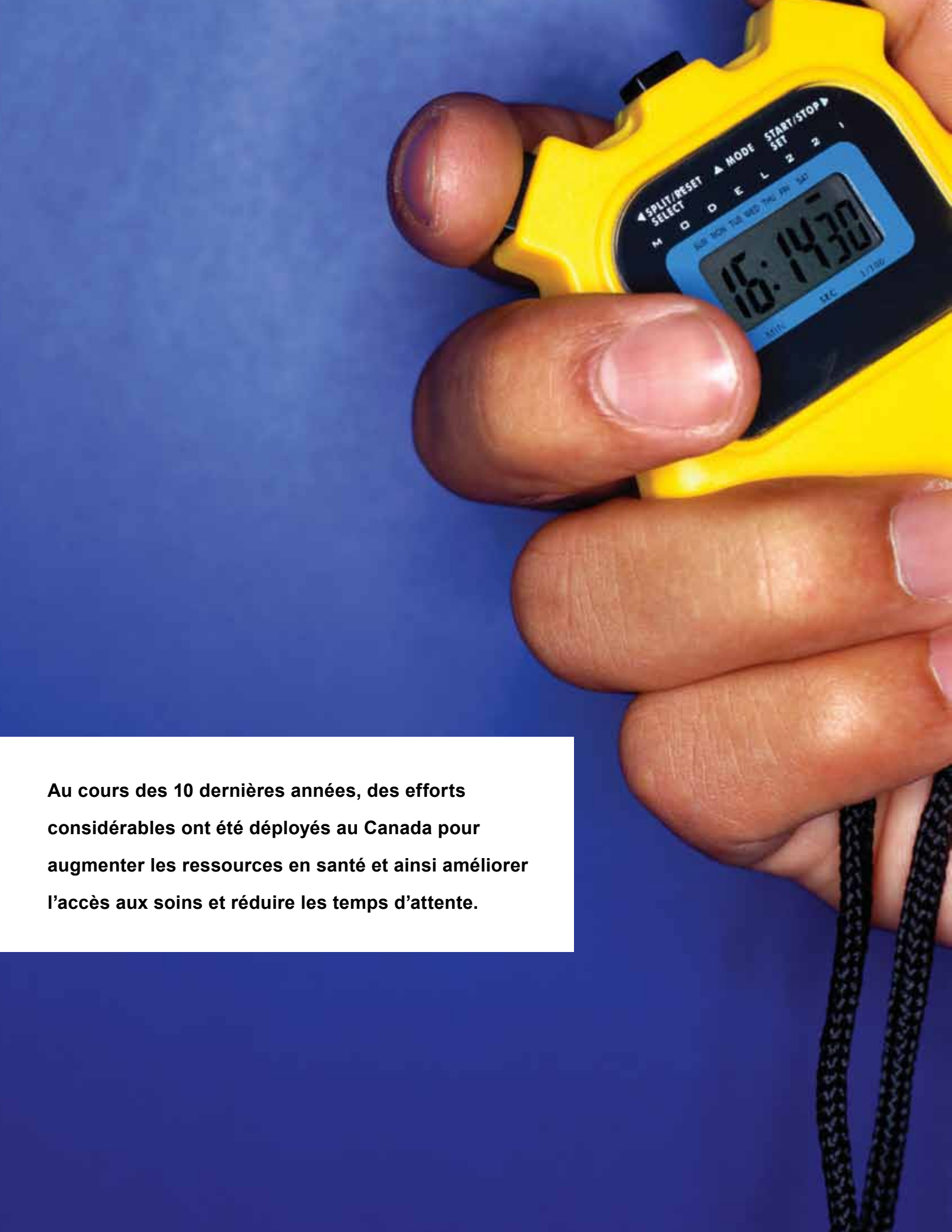
Le rapport se penche ensuite sur le temps d'attente pour des soins spécialisés, y compris les services de réadaptation et de santé mentale. Selon les données disponibles, l'état clinique des patients et leur destination à la sortie semblent être les principaux facteurs influant sur les temps d'attente dans les services de réadaptation et de santé mentale. Les patients en réadaptation en attente d'un transfert vers les soins en hébergement sont ceux qui attendent le plus longtemps avant d'obtenir leur congé, le délai variant selon le groupe de clients en réadaptation. Dans le même ordre d'idées, les patients souffrant de troubles de la personnalité sont ceux qui attendent le plus longtemps pour obtenir leur congé des services de santé mentale. Chez les patients en santé mentale à un niveau de soins alternatif, les établissements de soins de longue durée représentent la destination la plus courante à la sortie. Le rapport *Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances* renseigne sur les patients en attente d'un transfert vers les services à domicile ou d'un placement dans un établissement de soins en hébergement.

Bilan et perspectives

Depuis l'établissement des domaines prioritaires en 2004, les temps d'attente sont au cœur des efforts de planification des soins de santé. Des sommes considérables ont été investies pour accroître les ressources et approfondir les connaissances, l'objectif ultime étant de réduire l'attente des patients pour les services de santé. Des progrès ont été réalisés dans les cinq domaines prioritaires ciblés en 2004, mais le travail est loin d'être terminé, tant à cet égard que dans d'autres secteurs du système de santé. Le présent rapport aidera les décideurs puisqu'il favorise une meilleure compréhension de la situation actuelle et oriente l'établissement des priorités pour les années à venir.

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* fait état des stratégies et des programmes pilotes visant à réduire les temps d'attente. Pour conclure, il résume ces programmes et explique les raisons de leur succès, et cette information est essentielle à ceux qui souhaitent mettre en place des programmes semblables dans leur province ou territoire. Il est possible d'améliorer la compréhension des temps d'attente si de meilleures données sont disponibles, tandis que la technologie peut contribuer à améliorer l'actualité et la qualité des données recueillies. L'utilisation de délais de référence

a manifestement conduit à une réduction des temps d'attente dans des domaines précis. Or, d'autres secteurs où l'établissement de tels points de référence pourrait s'avérer bénéfique retiennent maintenant l'attention. D'un point de vue global, la réduction de la demande de services de santé au moyen d'efforts de prévention favoriserait une diminution de l'attente dans tous les secteurs. Avant d'adopter une stratégie de réduction des temps d'attente, il importe de garder à l'esprit la perspective du patient. C'est pourquoi le rapport *Les soins de santé au Canada 2012* met l'accent sur l'expérience du patient et se termine par une réflexion à cet égard.



Au cours des 10 dernières années, des efforts considérables ont été déployés au Canada pour augmenter les ressources en santé et ainsi améliorer l'accès aux soins et réduire les temps d'attente.

Introduction et aperçu des temps d'attente

L'accès aux soins se définit communément comme la mesure dans laquelle la capacité des personnes à accéder à des soins et des services ainsi qu'à recevoir des soins et des services du système de santé est restreinte ou facilitée[1]. Bon nombre de facteurs peuvent influer sur l'accès, le plus important du point de vue du patient étant probablement le temps d'attente. Les temps d'attente ne sont toutefois pas tous égaux : certains peuvent être nécessaires d'un point de vue clinique, alors que d'autres sont tout simplement un désagrément. Or certains temps d'attente peuvent avoir des conséquences négatives pour les patients. Des recherches ont en effet révélé que des temps d'attente élevés peuvent contribuer à la détérioration de l'état de santé, donner de moins bons résultats et avoir une incidence sur l'ensemble du système de santé. Les Canadiens à qui on a posé la question ont déclaré que la longue attente finit par augmenter le niveau d'inquiétude, d'anxiété, de stress et de douleur[2].

Au cours des 10 dernières années, le gouvernement, les décideurs du système de santé, les médias et le grand public ont manifesté un intérêt accru pour l'accès aux soins et, plus particulièrement, pour les temps d'attente. Lorsque la question des temps d'attente pour des soins a commencé à soulever des inquiétudes, on disposait de bien peu de données exhaustives et comparables à l'échelle nationale pour alimenter le débat. Si certaines lacunes persistent, la mesure et la déclaration des temps d'attente ont toutefois beaucoup évolué, surtout pour les domaines considérés comme prioritaires.

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* rend compte de l'état actuel de la situation en ce qui a trait aux temps d'attente dans le continuum de soins. La présente introduction propose une description de l'évolution de la mesure et de la déclaration des temps d'attente, ainsi que des domaines où des progrès quantifiables ont été réalisés. On y traite aussi de l'ajout de ressources comme moyen efficace de réduire les temps d'attente. En réunissant les données disponibles, les résultats d'études antérieures et les faits tirés de la documentation scientifique, l'introduction présentée ici donne le ton au reste du rapport, qui examine les domaines du système de santé canadien où les temps d'attente gagneraient à être mieux ciblés.

Ressources et temps d'attente

Bien que le Canada ne soit pas le seul pays à tenter d'offrir un accès approprié et en temps opportun aux services de santé, il accuse un retard par rapport à d'autres pays. Selon une étude menée en 2010, le Canada se classe au dernier rang parmi 11 pays en ce qui a trait aux temps d'attente dans les domaines suivants :

- **accès à un médecin ou une infirmière en cas de maladie :** 33 % des répondants ont indiqué avoir attendu six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous, soit 5 % de plus que le pays classé à l'avant-dernier rang;
- **accès à un spécialiste :** 41 % des répondants ont déclaré avoir attendu deux mois ou plus, soit 7 % de plus que le pays classé à l'avant-dernier rang;
- **chirurgie non urgente :** 25 % des répondants ont déclaré avoir attendu quatre mois ou plus, soit 3 % de plus que le pays classé à l'avant-dernier rang[3].

L'augmentation des ressources en santé est souvent mentionnée comme une approche susceptible de réduire les temps d'attente. Le Canada s'est systématiquement classé en dessous d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour plusieurs indicateurs clés de la disponibilité des ressources, comme le nombre de lits par habitant, le taux d'occupation des lits et le taux d'utilisation de l'imagerie diagnostique. Au cours des 10 dernières années, des efforts considérables ont été déployés au Canada pour augmenter les ressources en santé et ainsi améliorer l'accès aux soins et réduire les temps d'attente. Plusieurs changements de politiques ont été également adoptés au cours des années 2000 afin d'augmenter le nombre de médecins travaillant au Canada (p. ex. l'augmentation du nombre de médecins formés à l'étranger de même que du nombre de places dans les écoles de médecine)[4].

En 2003, l'OCDE a réalisé une étude des pays qui publient des rapports sur les temps d'attente afin de déterminer si une disponibilité accrue des ressources avait contribué à réduire les temps d'attente pour des chirurgies non urgentes (p. ex., l'arthroplastie du genou et l'extraction d'une cataracte). L'étude a révélé que les ressources mesurées, notamment le financement global des services de santé, le nombre de lits d'hôpital, le nombre de médecins et le mode de rémunération des médecins influent de façon importante (à divers degrés) sur les temps d'attente, mais que la mesure des ressources en tant que telle ne contribue pas directement à l'amélioration ou à la réduction des temps d'attente[5].

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a appliqué la méthode utilisée par l'OCDE afin d'examiner les variations de temps d'attente entre les 10 provinces canadiennes, en fonction de la mesure des ressources suivantes :

- financement (dépenses de santé par habitant);
- capacité (nombre de lits en soins de courte durée, nombre total de médecins et de médecins spécialistes);
- activité de l'hôpital (taux d'occupation des lits, nombre de patients hospitalisés et de chirurgies d'un jour);
- activité dans les salles d'opération (heures du personnel producteur d'unités).

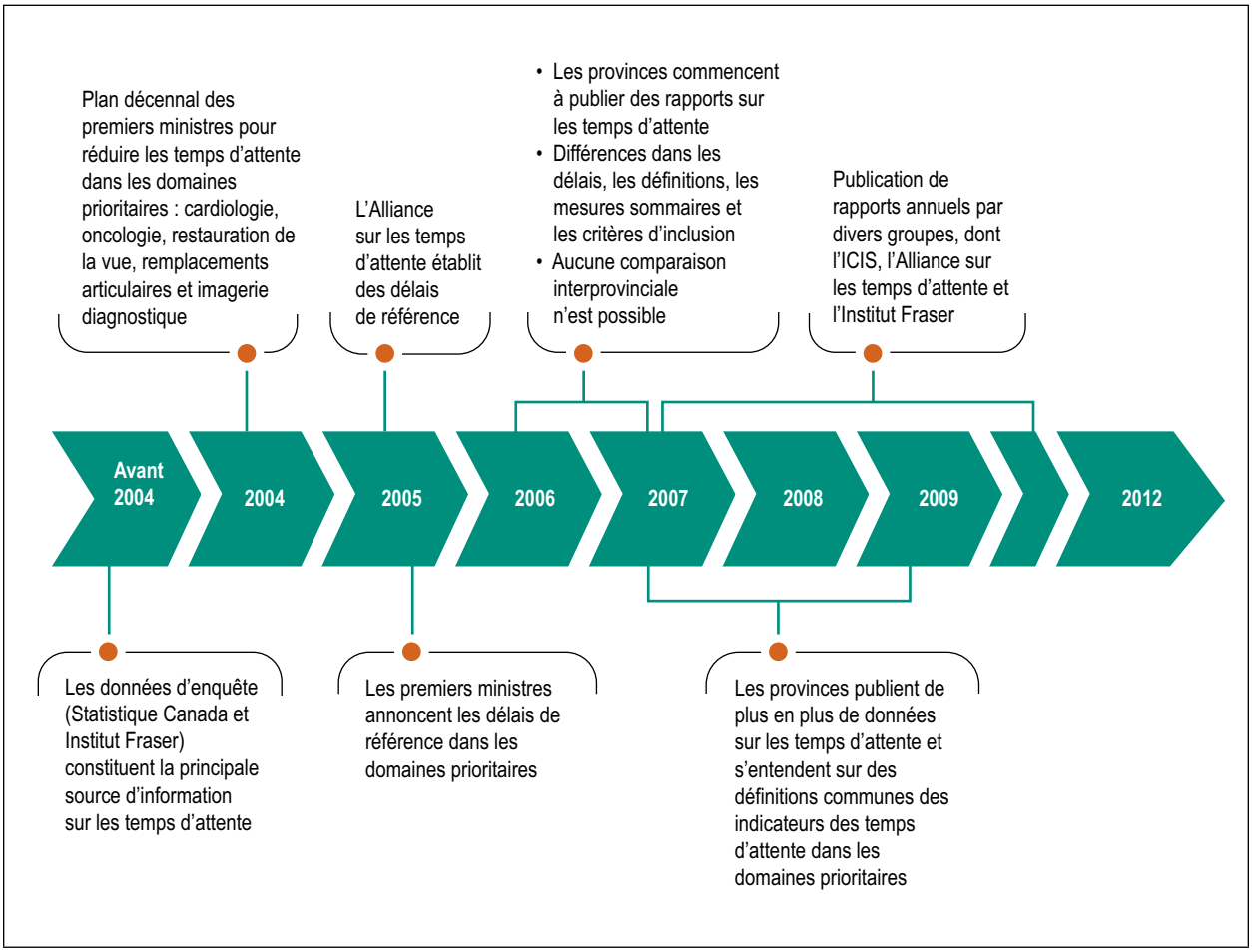
L'analyse des données canadiennes réalisée par l'ICIS confirme les conclusions de l'OCDE, à savoir que les ajouts au système ne mènent pas nécessairement à une amélioration de l'accès ou à une réduction des temps d'attente. Des facteurs interreliés peuvent toutefois avoir une incidence sur les temps d'attente d'une province à l'autre : différences en matière de politiques et de procédures, stratégies et structures de prestation des soins, gestion de l'offre et de la demande, efficacité et productivité, pertinence et taux d'utilisation, et mesures incitatives et dissuasives propres à chacun des modèles de financement. Compte tenu des contraintes en matière de dépenses de santé auxquelles sont confrontés les gouvernements, il serait avantageux de chercher des stratégies autres que l'augmentation des dépenses afin d'améliorer l'accès aux soins.

Accords de réduction des temps d'attente au Canada

En 2004, les premiers ministres canadiens ont reconnu que les temps d'attente constituaient une priorité dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Le plan reconnaît cinq domaines prioritaires pour lesquels les temps d'attente devaient être réduits : l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue. Les premiers ministres ont également convenu de travailler ensemble pour respecter les points de référence factuels en ce qui a trait aux temps d'attente médicalement acceptables déterminés à la fin de 2005 pour certaines interventions prioritaires. Un échéancier a été établi pour l'atteinte de réductions significatives, mais chaque province devait établir ses propres stratégies et cibles, ainsi que publier des rapports annuels. L'ICIS a reçu le mandat de rendre compte des progrès réalisés dans l'ensemble des provinces et territoires au chapitre de la réduction des temps d'attente[6].

L'accord fédéral de 41 milliards de dollars convenu en 2004 prévoyait un fonds de 5,5 milliards consacré à la réduction des temps d'attente et qui venait s'ajouter aux investissements déjà effectués par les provinces et territoires pour réduire les temps d'attente dans les domaines prioritaires. Le gouvernement fédéral s'est engagé à injecter 4,25 milliards sur cinq ans à compter de 2004-2005. Les fonds ont été alloués selon un montant égal par habitant que les provinces et territoires peuvent retirer à leur entière discrétion. À partir de 2009-2010, le montant de 1,25 milliard restant a été versé aux provinces et territoires par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé, à hauteur de 250 millions par année[7]. Le fonds devait servir principalement à former et embaucher plus de professionnels de la santé, éliminer les retards accumulés, préparer le terrain pour exploiter des centres régionaux d'excellence et élargir les programmes et outils appropriés de gestion des temps d'attente dans les domaines des soins ambulatoires et communautaires[6]. Le gouvernement fédéral a également réservé 1 milliard de dollars à l'appui des garanties concernant les délais d'attente pour les patients, dont 612 millions pour le Fonds de fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients, 400 millions de plus pour l'enveloppe de financement d'Inforoute Santé du Canada et jusqu'à 30 millions pour le Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais pour les patients, un programme de contribution visant à aider les provinces et territoires à mettre à l'essai des moyens d'instaurer les garanties[8].

Figure 1 : Évolution de la mesure et de la déclaration des temps d'attente au Canada

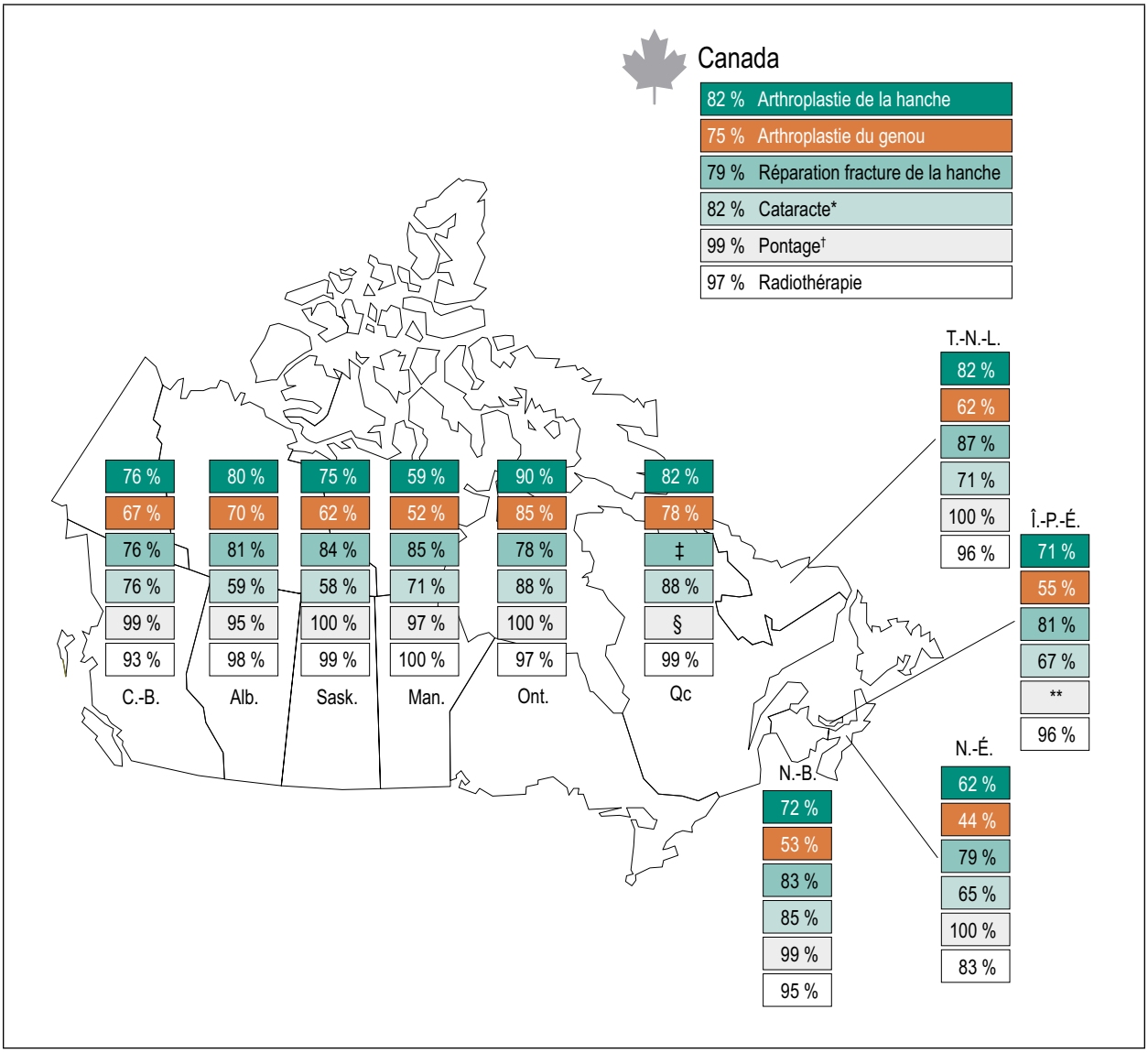


Source
Institut canadien d'information sur la santé.

Suivi des progrès accomplis en matière de réduction des temps d'attente dans les domaines prioritaires

Au moment où l'Accord sur la santé de 2004 a été conclu, les données sur les temps d'attente au Canada étaient limitées. Il est maintenant possible de suivre les progrès réalisés pour diverses interventions prioritaires grâce aux améliorations apportées à la mesure et à la déclaration des temps d'attente. Alors que les plus importantes réductions des temps d'attente ont été observées au cours des premières années du plan décennal, l'ampleur des changements des dernières années a plafonné pour la majorité des interventions. En 2011, environ 80 % des Canadiens ont subi des interventions prioritaires dans les délais de référence, mais des variations demeurent à l'échelle des provinces (consulter la figure 2)[9].

Figure 2 : Proportion de patients ayant reçu des soins dans le délai de référence, au Canada et selon la province et le domaine prioritaire, du 1er avril au 30 septembre 2011



Remarques

* D'après le délai de référence pancanadien, la chirurgie de la cataracte doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé. Comme la définition de « risque élevé » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.

† Le délai de référence pancanadien pour le pontage coronarien est de 2 à 26 semaines (de 14 à 182 jours), selon le niveau d'urgence. Comme les définitions des niveaux d'urgence ne sont pas encore uniformes, les provinces déclarent le pourcentage de patients traités au cours d'une période de six mois.

‡ Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison de différences dans la collecte des données. Pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec, consultez la publication de l'ICIS *Comparer les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche entre le Québec et les autres provinces et territoires*.

§ Le Québec déclare le pourcentage de patients ayant subi un pontage coronarien dans le délai de référence selon ses propres définitions des niveaux d'urgence.

** L'Île-du-Prince-Édouard ne dispense aucun service de cardiologie; les patients sont traités à l'extérieur de la province.

Source

Institut canadien d'information sur la santé.

Au-delà des domaines prioritaires : l'attente dans le continuum de soins

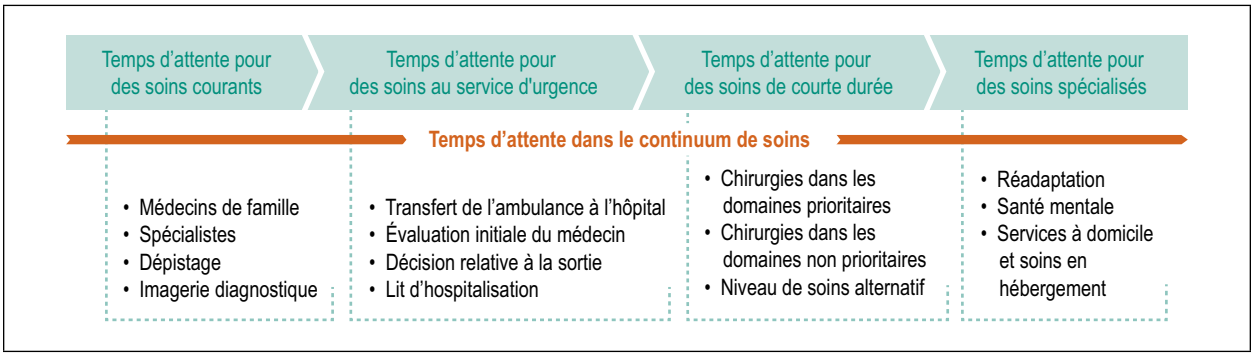
Le fait de mettre l'accent sur la réduction des temps d'attente pour certains domaines prioritaires a permis d'obtenir des résultats prometteurs jusqu'à présent. Le système de santé du Canada englobe toutefois un vaste éventail de services, outre les interventions chirurgicales et l'imagerie diagnostique. D'aucuns ont réclamé une façon de faire plus intégrée lorsque vient le temps d'examiner les temps d'attente dans le continuum de soins, de comprendre ce que l'attente pour des services de santé signifie du point de vue des patients et de mettre en œuvre à plus grande échelle des stratégies qui ont fait leurs preuves[10-13]. Une étude exhaustive de l'état actuel des connaissances s'impose pour aller de l'avant.

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* décrit globalement l'attente à divers points dans le continuum de soins telle qu'elle est vécue par le patient. Chacun des quatre chapitres présente les données actuelles sur les temps d'attente pour un ou plusieurs segments particuliers des soins ainsi que les principales lacunes en matière de données. Chaque chapitre présente aussi des exemples d'initiatives ayant contribué à réduire efficacement les temps d'attente, incluant celles axées sur des incitatifs financiers, des politiques en matière de ressources humaines, la technologie, le cheminement des patients et la performance. Tous ces renseignements, pris globalement, peuvent servir à informer les responsables de l'élaboration des politiques sur les secteurs qui affichent les temps d'attente les plus élevés. En conclusion, le rapport résume les initiatives décrites dans les chapitres et suggère des domaines où les responsables de l'élaboration des politiques pourront éventuellement concentrer leurs efforts sur le plan de l'acquisition de connaissances.

Le rapport, afin d'illustrer le point de vue du patient, présente de courtes capsules décrivant le cheminement d'un patient type. Les capsules intitulées **L'histoire d'Hani** suivent un immigrant canadien de 55 ans qui s'est récemment établi sur l'île de Vancouver. Elles illustrent l'expérience d'Hani dans le continuum de soins alors qu'il attend de subir une arthroplastie du genou. Ces capsules sont également présentées dans un outil complémentaire en ligne qui accompagne le présent rapport. Les utilisateurs peuvent ainsi suivre Hani tout au long de son parcours et en apprendre plus sur les différents segments de son attente.

La figure 3 indique le contenu de chaque chapitre du rapport. Cette même structure figure au début de chaque chapitre.

Figure 3 : Structure du rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*



Chapitre 1 : Temps d'attente pour des soins courants

Le chapitre 1 porte sur le temps d'attente pour des soins courants. Il décrit le temps d'attente pour consulter un médecin de famille qui exerce en soins de santé primaires, fournit des renseignements sur le temps d'attente pour consulter un spécialiste et souligne le rôle des orientations. Le temps d'attente pour des examens d'imagerie diagnostique et de dépistage est également abordé.

Chapitre 2 : Temps d'attente pour des soins au service d'urgence

Le chapitre 2 décrit les temps d'attente au service d'urgence de même que les causes et conséquences possibles de temps d'attente élevés dans ce milieu.

Chapitre 3 : Temps d'attente pour des soins de courte durée

Le chapitre 3 décrit le temps d'attente pour des services dans des établissements de soins de courte durée et cherche à vérifier si l'accent mis sur des domaines prioritaires particuliers à compter de 2004 a eu une incidence sur l'accès à d'autres types d'interventions chirurgicales. Pour conclure, le chapitre présente le profil de patients qui occupent un lit de soins de courte durée en attente d'un niveau de soins alternatif.

Chapitre 4 : Temps d'attente pour des soins spécialisés

Le chapitre 4 décrit le temps d'attente pour des soins spécialisés, plus particulièrement les soins de réadaptation, les soins de santé mentale, les soins de longue durée et les services à domicile. Dans la mesure du possible, il examine les temps d'attente dans les hôpitaux et les services de consultation externes ainsi que les facteurs qui influent sur ces délais.

Bilan et perspectives

La dernière section résume les principales constatations du rapport ainsi que les stratégies qui, selon les chercheurs, pourraient contribuer à réduire les temps d'attente. La mesure et l'évaluation des progrès réalisés grâce à ces stratégies, qui pourraient toutes profiter d'une approche axée sur le client aux stades de l'élaboration et de la mise en œuvre, reposent sur la comparabilité des données et sur l'utilisation accrue des délais de référence.

Références

1. US National Library of Medicine. Medical subject headings. US National Library of Medicine. http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2012/MB_cgi. Dernière modification en 2012. Consulté le 19 juillet 2012. N5.300.430.

2. Berthelot JM, Sanmartin C. *Access to Health Care Services in Canada*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 11 juillet 2006. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-575-x/82-575-x2006002-eng.pdf. Consulté le 28 mars 2012. 82-575-XIE.

3. Fonds du Commonwealth. *2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in 11 Countries, Chartpack*. New York: Fonds du Commonwealth; 18 novembre 2011. http://www.commonwealthfund.org/Surveys/View-All.aspx. Consulté le 29 mars 2012.

4. J. Tepper, S. Larente. Health Human Resources: A Key Policy Challenge. *Health Policy Research Bulletin* 8. Ottawa, ON: Santé Canada, 2004:6.

5. Siciliani L, Hurst J. *Explaining waiting time variations for elective surgery across OECD countries*. OECD Economic Studies. 10 mars 2005; 2004(1):95-123. http://www.oecd.org/eco/productivityandlongtermgrowth/35028282.pdf. Consulté le 28 mars 2012.

6. Santé Canada. A 10-year plan to strengthen health care. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php. Dernière modification le 9 mai 2006. Consulté le 13 juin 2012.

7. Ministère des finances du Canada. Federal investments in support of the 10-year plan to strengthen health care. http://www.fin.gc.ca/fedprov/typhc_-eng.asp. Dernière modification le 5 mai 2011. Consulté le 28 juin 2012.

8. Gouvernement du Canada. *The Budget Plan 2007*. 19 mars 2007. http://www.budget.gc.ca/2007/pdf/bp2007e.pdf. Consulté le 26 juin 2012. F1-23/2007-3E.

9. Institut canadien d'information sur la santé. *Wait Times in Canada—A Summary, 2012*. Ottawa, ON: ICIS; 22 mars 2012. https://secure.cihi.ca/free_products/WaitTimesSummary2012_EN.pdf. Consulté le 25 avril 2012.

10. Alliance sur les temps d'attente. *It's About Time! Achieving Benchmarks and Best Practices in Wait Time Management*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 5 août 2005. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2005/wta-final.pdf. Consulté le 26 juin 2012.

11. Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires. *The Wait Starts Here*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; Association médicale canadienne; décembre 2009. http://cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/ENGLISH20PCWTP20FINAL20-20DECEMBER202009.pdf. Consulté le 28 juin 2012.

12. Conseil canadien de la santé. *Wading Through Wait Times: What Do Meaningful Reductions and Guarantees Mean? An Update on Wait Times for Health Care*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; juin 2007. http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.05hcc_wait-times-update_200706_FINAL_ENGLISH.pdf. Consulté le 28 juin 2012. H174-7/2007E.

13. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Registered Nurses: On the Front Lines of Wait Times - Moving Forward*. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada; mars 2011. http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Wait_Times_Paper_2011_e.pdf. Consulté le 28 juin 2012.

La majorité des Canadiens jugent acceptable le temps d'attente pour un rendez-vous avec un médecin de famille, même s'ils sont longs par rapport aux normes internationales. Toutefois, les Canadiens signalent plus souvent des problèmes concernant l'attente pour les rendez-vous avec des spécialistes.

chapitre 1

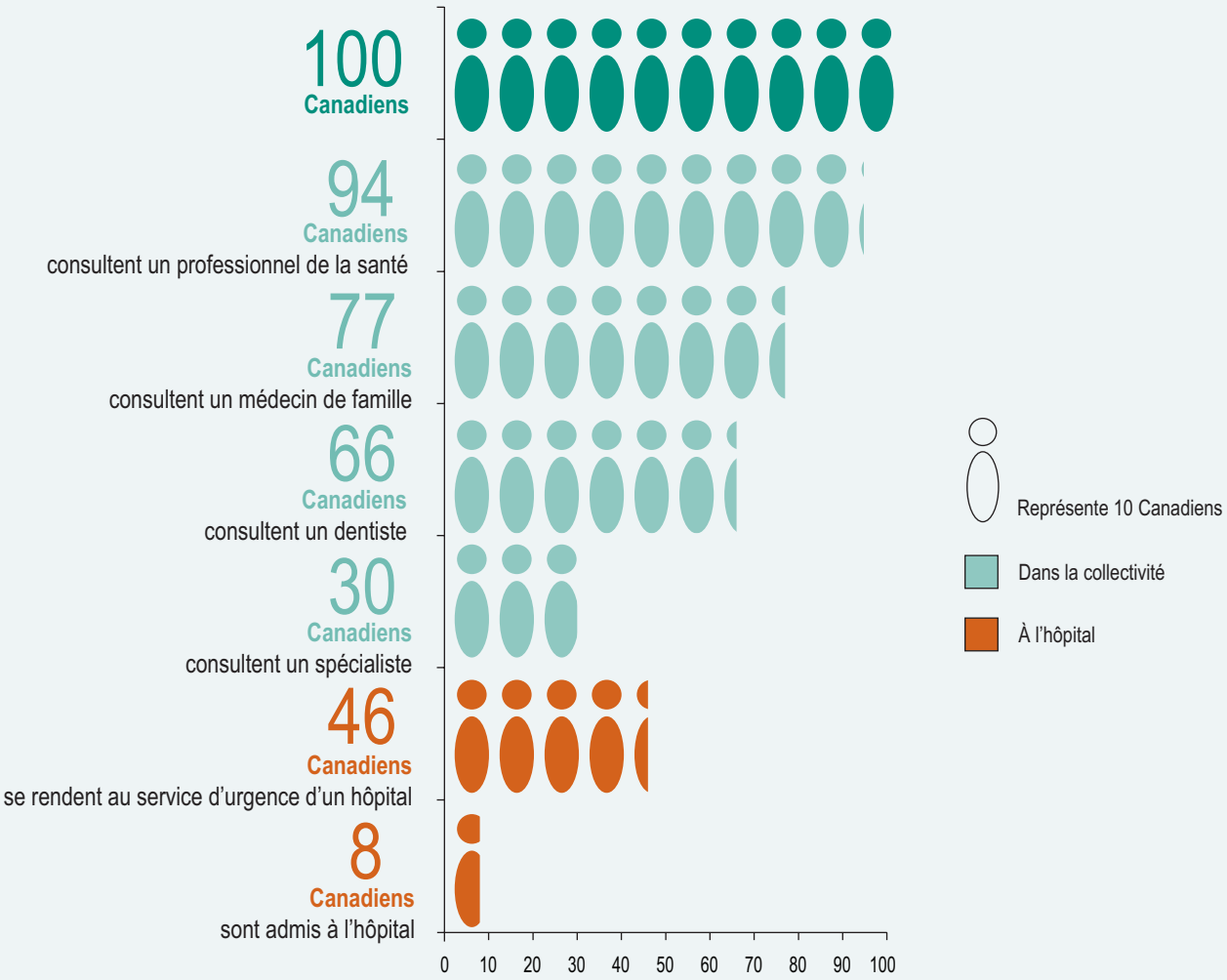
Temps d'attente pour des soins courants

Le présent chapitre contient de l'information sur le temps d'attente pour les Canadiens qui doivent accéder à des services de santé publics offerts dans la collectivité, notamment les services de soins primaires (p. ex. un médecin de famille), l'orientation vers un spécialiste et certains examens diagnostiques et de dépistage. Certains temps d'attente, bien que plus longs selon les normes internationales, semblent acceptables pour la plupart des Canadiens : ainsi, seulement 15 % d'entre eux jugent inacceptable le temps d'attente pour un rendez-vous avec un médecin de famille. Les Canadiens signalent plus souvent des problèmes concernant l'attente pour d'autres services, comme les rendez-vous avec des spécialistes.

Les soins en contexte

La figure ci-dessous, qui illustre le nombre moyen de Canadiens qui ont recours à différents types de services de santé dans une année, indique la mesure de l'utilisation des services dans la collectivité comparativement aux soins hospitaliers, en établissement et post-actifs.

Figure 4 : Services de santé



Remarques

Les statistiques concernant les soins hospitaliers ne représentent pas le nombre total de patients, mais le nombre total de visites ou d'admissions. Elles ne tiennent pas compte des réadmissions ou des visites multiples et incluent les cas pédiatriques et d'obstétrique.

Les statistiques concernant les soins dans la collectivité portent sur les personnes âgées de 15 ans ou plus. Les données excluent les réponses des catégories Non déclaré, Refus et Ne sait pas.

Les données sur les services d'urgence sont uniquement celles des provinces qui soumettent des données au Système national d'information sur les soins ambulatoires.

Sources

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010, et recensement de 2010, Statistique Canada; Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Accès à un médecin de famille

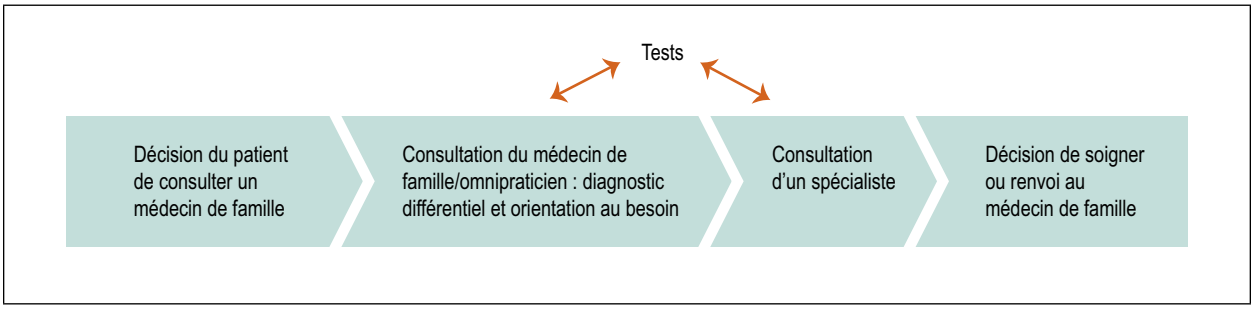
Le médecin de famille constitue habituellement le premier point de contact pour accéder à des services de santé primaires. La majorité (85 %) des Canadiens âgés de 12 ans ou plus déclarent avoir un médecin de famille, mais devoir attendre en moyenne deux jours pour une consultation de routine ou de suivi[i]. Parmi les Canadiens ayant accès à un dispensateur de soins primaires qui disent éprouver des difficultés d'accès aux soins,

- 45 % déclarent devoir attendre trop longtemps pour un rendez-vous;
- 32 % signalent avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous;
- 10 % affirment devoir attendre trop longtemps au cabinet du médecin avant le début de leur consultation.

Dans le cadre d'une comparaison avec d'autres pays effectuée en 2010, le Canada s'est classé dernier (avec la Norvège) en ce qui a trait à l'accès à un médecin ou une infirmière en cas de maladie[1] : seulement 45 % des Canadiens ont déclaré pouvoir consulter un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain. Au fil des ans, la performance du Canada ne s'est guère améliorée. En 2004, un Canadien sur quatre (25 %) déclarait devoir attendre six jours ou plus pour voir un médecin en cas de maladie ou de besoin en soins médicaux[2]; en 2010, c'était un Canadien sur trois (33 %)[1]. Or seulement 15 % des Canadiens ont jugé inacceptable le temps d'attente pour voir leur médecin de famille[3].

Bien que de nombreux problèmes de santé peuvent être traités au cabinet du médecin de famille, certains patients doivent être orientés vers un spécialiste ou subir des examens complémentaires (voir la figure 5). Les prochaines sections font état de certains aspects du temps d'attente pour ces services plus spécialisés.

Figure 5 : Temps d'attente pour une consultation médicale



Source
Figure adaptée d'un prototype créé par le Collège des médecins de famille du Canada et de la figure 1.1 du document *Access to Health Services in Ontario*, Institut de recherche en services de santé (IRSS).

i. La mesure des temps d'attente fondée sur l'autodéclaration peut être influencée par la capacité des répondants à se rappeler combien de temps ils ont dû attendre pour obtenir un service de santé en particulier. Le point de départ de l'attente n'étant pas clairement défini, le délai peut s'avérer difficile à estimer, d'où la variabilité des réponses obtenues.

Jumeler les patients à un médecin de famille

Les provinces et territoires de l'ensemble du pays mettent tout en œuvre pour augmenter le nombre de patients ayant accès à un médecin de famille. Les patients signalent entre autres qu'ils ont de la difficulté à trouver dans leur collectivité un médecin qui accepte de nouveaux patients[4]. Plusieurs programmes novateurs ont été mis en place pour jumeler les patients aux médecins disponibles :

- En 1998, l'Île-du-Prince-Édouard a mis en place un registre provincial des patients[5], qui vise à dresser la liste des patients qui n'ont pas de médecin de famille afin de les jumeler à un dispensateur dès qu'une place est disponible. En 2011 et 2012, plus de 6 500 personnes ont été jumelées à un médecin de famille par l'intermédiaire du registre.
- Lancé en 2009, le programme Accès Soins de l'Ontario permet aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille de s'inscrire en ligne ou par téléphone afin d'être jumelées à un dispensateur[6]. Une fois la personne inscrite, une infirmière (appelée « personne-ressource pour les soins ») de la collectivité s'efforce de trouver un médecin ou une infirmière praticienne qui accepte de nouveaux patients. La priorité est accordée aux personnes qui ont le plus besoin d'un médecin de famille, selon les réponses au questionnaire rempli lors de l'inscription. Entre le 12 février et le 31 décembre 2009, plus de 108 000 personnes inscrites à Accès Soins (soit 68 %) ainsi que 80 % des patients présentant des besoins prioritaires ont été jumelés à un dispensateur.
- Le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique offre un outil en ligne qui permet aux utilisateurs de chercher dans leur collectivité un médecin qui accepte de nouveaux patients[7]. La recherche peut être affinée selon certains critères, comme le sexe du médecin ou les langues parlées. Les renseignements sur les médecins sont recueillis chaque année au moyen du formulaire de renouvellement du permis d'exercice, et les médecins sont tenus d'informer le collège de tout changement survenant dans leur situation professionnelle en cours d'année. Des systèmes semblables sont en place en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Accès à un médecin spécialiste

Les gouvernements et les experts reconnaissent l'importance du temps d'attente entre le moment où le patient est orienté vers un spécialiste et celui où la consultation a lieu[8, 9]. Quelques provinces et territoires déclarent à présent les temps d'attente pour certaines spécialités. L'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta déclarent les temps d'attente pour le traitement du cancer, le délai cible étant de 14 jours entre l'orientation et la consultation. La Saskatchewan déclare les temps d'attente pour l'orientation en vue d'interventions précises (comme l'ablation de la vésicule biliaire ou de la glande thyroïde), tandis que la Nouvelle-Écosse les déclare pour certaines spécialités.

En 2009, la moitié des Canadiens de 15 ans ou plus ont déclaré devoir attendre plus d'un mois pour consulter un médecin spécialiste, 14 % devant attendre plus de trois mois. Bien que dans l'ensemble les temps d'attente déclarés soient demeurés relativement stables depuis 2003, le pourcentage des attentes de plus de trois mois a augmenté, passant de 10 % en 2003 à 14 % en 2009[10]. Malgré les nombreux problèmes d'accès aux soins signalés dans les régions rurales et éloignées, une étude a révélé que les Canadiens vivant en région rurale étaient 70 % moins enclins que les résidents des régions urbaines à juger inacceptable leur temps d'attente pour consulter un spécialiste[11]. Dans l'ensemble, environ le tiers des Canadiens rapportaient des temps d'attente inacceptables pour voir un spécialiste[12].

Dans le cadre d'une comparaison (entre 11 pays) du temps d'attente pour une consultation avec un spécialiste, les Canadiens ont déclaré encore une fois les temps d'attente les plus élevés. Plus précisément, 41 % des Canadiens devaient attendre deux mois ou plus, tandis que 7 % et 9 % des Allemands et des Américains, respectivement, devaient attendre aussi longtemps[1].

Les temps d'attente perçus comme prolongés ne se répercutent toutefois pas seulement sur la satisfaction des patients. Des études révèlent que l'attente pour la consultation d'un spécialiste a des effets réels et souvent négatifs sur le patient. Près d'un quart des Ontariens ont ainsi indiqué avoir attendu pour recevoir des soins d'un médecin spécialiste en 2009-2010. Ce temps d'attente, au dire des répondants, a entraîné des conséquences, notamment l'accroissement de l'inquiétude (73 %) et de la douleur (43 %), la difficulté à effectuer les activités quotidiennes (29 %), l'inquiétude envers la famille ou les amis (27 %) et la détérioration générale de la santé (26 %)[4].

Il arrive également que les spécialistes prescrivent des examens afin d'établir le diagnostic et le meilleur plan de traitement pour le patient. L'attente pour ces services diagnostiques peut s'ajouter à la perception du temps d'attente. La prochaine section fait état des renseignements disponibles sur ces temps d'attente.

L'histoire d'Hani

Hani est un Néo-Canadien de 55 ans qui habite depuis peu l'île de Vancouver. Comme la majorité des Canadiens, Hani a pu trouver un médecin de famille et prendre rendez-vous pour une consultation. Hani voulait obtenir un bilan de santé général, mais voulait aussi que son médecin examine son genou, qui lui faisait de plus en plus mal. En fonction de l'âge d'Hani, son médecin a prescrit plusieurs tests de dépistage de routine, dont un électrocardiogramme et des analyses de sang et d'urine, pour évaluer l'état de santé actuel de son patient. Compte tenu des ses antécédents familiaux d'arthrose, le médecin d'Hani lui a prescrit des examens visant à confirmer la source de ses douleurs au genou. Il a aussi demandé une radiographie de routine et un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour déterminer l'état des tissus mous de son genou.

Détection précoce, diagnostic et traitement rapides : les temps d'attente pour les examens diagnostiques et de dépistage

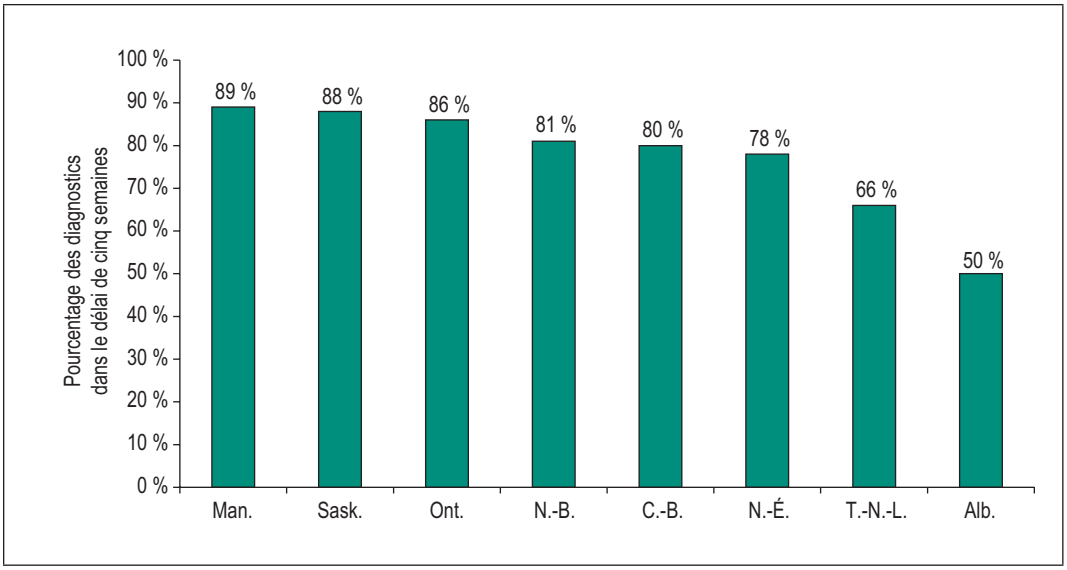
Temps d'attente pour des examens de dépistage

Pour certaines maladies, le dépistage précoce contribue considérablement à améliorer les résultats des traitements. Les lignes directrices cliniques recommandent des tests de dépistage précis en fonction des symptômes, de l'âge et des antécédents médicaux du patient.

En général, les Canadiens ne signalent pas d'attente excessive pour les services de santé courants (comme la prise de tension artérielle et les examens de la vue et dentaires)[4]. La plupart des provinces et territoires publient de l'information détaillée sur les temps d'attente pour deux tests de dépistage importants : l'ostéodensitométrie et la mammographie de dépistage.

1. L'ostéodensitométrie, recommandée pour les adultes de plus de 50 ans, sert à détecter l'ostéoporose et à déterminer s'il y a un risque élevé de fractures. Ce type d'examen, s'il est réalisé en temps opportun, peut favoriser une gestion optimale des facteurs de risque[13]. L'information sur les temps d'attente est accessible dans certaines régions : le temps d'attente moyen signalé par l'Office régional de la santé de Winnipeg est de 21 jours[14], le temps d'attente médian à Regina est de 33 jours (pour les cas urgents)[15] et l'attente oscille entre 14 et 91 jours dans les hôpitaux de la Nouvelle-Écosse[16].
2. Le cancer du sein est le type de cancer le plus courant chez les Canadiennes[17], et la mammographie peut contribuer à le détecter de façon précoce. Le pourcentage des femmes âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de routine en 2006 ou 2007 variait selon la province, passant de 61 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 74 % au Nouveau-Brunswick et en Alberta (les données du Nunavut n'étaient pas disponibles)[18]. La plupart des provinces mesurent le temps d'attente entre les résultats anormaux et l'obtention du diagnostic (voir la figure 6). Pour ce qui est des femmes ne nécessitant pas de biopsie, 90 % d'entre elles devraient obtenir leur diagnostic dans le délai cible de cinq semaines[19].

Figure 6 : Pourcentage des femmes de 50 à 69 ans ne nécessitant pas de biopsie qui ont reçu un diagnostic à la suite d'une mammographie aux résultats anormaux dans le délai cible de cinq semaines, par province, 2010



Remarques

Le délai cible pour l'obtention d'un diagnostic à la suite d'une mammographie aux résultats anormaux chez les patientes ne nécessitant pas de biopsie est de cinq semaines.

Seules les provinces pour lesquelles les données sont disponibles sont incluses.

Les données de l'Alberta ne comprennent que les tests de dépistage (10 à 12 % des mammographies de dépistage dans la province).

Les données recueillies portent sur les femmes qui subissent une mammographie ou un examen clinique des seins dans le cadre de programmes de dépistage provinciaux structurés. Les taux de participation aux programmes varient d'une province à l'autre.

Source

Données utilisées avec la permission du Partenariat canadien contre le cancer.

Diagnostic rapide des troubles du spectre autistique

Au Canada, les troubles du spectre autistique (TSA) sont les troubles neurologiques les plus courants chez les enfants et comptent parmi les déficiences développementales les plus répandues dans l'ensemble de la population. On estime qu'ils touchent un enfant sur 200 au pays[20]. Dans la plupart des provinces et territoires, les médecins et les psychologues sont autorisés à diagnostiquer les TSA[21]. Bien que les enfants puissent recevoir un diagnostic valide dès l'âge de deux ans, ils ne le reçoivent souvent qu'à l'âge de quatre ans, ou même plus tard[22].

L'accès rapide aux services de diagnostic permet de détecter les TSA plus promptement et d'améliorer les résultats des interventions. Un diagnostic précoce permet notamment d'accéder rapidement à des services d'intervention, ce qui peut entraîner l'amélioration du fonctionnement intellectuel et des comportements adaptatifs[23, 24]. L'âge optimal pour l'intervention n'est toujours pas déterminé, mais des études démontrent l'efficacité du traitement chez les enfants de moins de quatre ans[25]. Un diagnostic précoce peut également maximiser l'accès aux services d'intervention : le gouvernement de la Colombie-Britannique, par exemple, offre une aide pouvant atteindre 22 000 $ par année par enfant atteint d'un TSA, jusqu'à ce qu'il ait six ans[26].

L'âge au moment du diagnostic varie à l'échelle du pays. Une analyse de la base nationale de données épidémiologiques pour l'étude de l'autisme au Canada, portant sur les enfants diagnostiqués entre 1997 et 2005 dans six régions, a révélé que l'âge médian au moment du diagnostic varie entre 39 et 54 mois. L'étude a en outre permis d'examiner l'influence de certains facteurs sur l'âge au moment du diagnostic et de tirer les conclusions suivantes[22] :

- ni le statut socioéconomique ni le sexe n'avaient beaucoup d'influence sur l'âge au moment du diagnostic;
- le fait d'avoir un frère ou une sœur atteint d'un TAS était associé à un diagnostic précoce;
- à l'exception des enfants autochtones, les enfants appartenant à une minorité visible étaient diagnostiqués plus tôt que les enfants de race blanche;
- les enfants nés à l'étranger étaient diagnostiqués plus tard;
- le syndrome d'Asperger et les troubles envahissants du développement étaient diagnostiqués considérablement plus tard que l'autisme.

Temps d'attente pour l'imagerie diagnostique

L'imagerie diagnostique est un autre outil souvent utilisé par les médecins. La mesure des temps d'attente et l'amélioration de l'accès aux services d'imagerie diagnostique comme la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont été désignées comme prioritaires dans l'Accord sur la santé de 2004. Or, en 2012, aucun délai de référence pancanadien n'a encore été établi pour ces services. Certaines provinces ont fixé leurs propres délais cibles :

- Ontario : immédiatement pour le niveau de priorité I (urgence), dans les 48 heures pour le niveau II (possibilité de détérioration), dans les 10 jours pour le niveau III (semi-urgent) et dans les 4 semaines pour le niveau IV (non urgent)[27].
- Île-du-Prince-Édouard : 48 heures pour les cas très urgents, 14 jours pour les cas urgents, 28 jours pour les cas semi-urgents et 84 et 56 jours (IRM et TDM, respectivement) pour les cas non urgents ou les examens de routine[5].

Dans les provinces et territoires qui déclarent les temps d'attente (tableau 1), les délais étaient généralement plus longs pour l'IRM que pour la TDM. Dans la plupart des provinces, la majorité des examens de TDM étaient réalisés dans un délai d'environ cinq semaines, tandis que neuf examens d'IRM sur dix étaient effectués dans un délai de trois à huit mois. En date de mars 2012, les données disponibles indiquent une diminution du temps d'attente pour l'IRM au cours des trois dernières années, tandis que les délais pour la TDM sont restés stables ou ont diminué pour la plupart des patients.

Tableau 1 : Temps d'attente provinciaux (médiane et 90e percentile) pour des examens de TDM et d'IRM

Province ou territoire	Imagerie diagnostique					
	Examens de TDM			Examens d'IRM		
	50e percentile (médiane)	90e percentile	Autres résultats	50e percentile (médiane)	90e percentile	Autres résultats
Terre-Neuve-et-Labrador*	s.o.	s.o.	Délai de 1 jour à 2 semaines selon la partie du corps et l'établissement	s.o.	s.o.	Entre 3 semaines pour un examen par IRM de l'abdomen et du bassin et 10 semaines pour un examen par IRM d'un membre ou d'une articulation
Île-du-Prince-Édouard †	8 jours	29 jours		32 jours	86 jours	
Nouvelle-Écosse†	20 jours	74 jours		52 jours	135 jours	
Ontario†	7 jours	34 jours		34 jours	94 jours	
Manitoba†	16 jours	35 jours		55 jours	119 jours	
Saskatchewan†	10 jours	39 jours		48 jours	148 jours	
Alberta†	13 jours	37 jours		51 jours	235 jours	
Colombie-Britannique‡	s.o.	s.o.	88 % des examens dans le délai de référence	s.o.	s.o.	66 % des examens dans le délai de référence

Remarques

* L'Autorité sanitaire régionale Western de Terre-Neuve-et-Labrador déclare les données par établissement et partie du corps pour les examens de TDM et d'IRM. Fondé sur les examens non urgents chez les patients en consultation externe. Temps d'attente déclarés en date du 9 juillet 2012.

† Données recueillies par l'ICIS. Examens de TDM et d'IRM réalisés entre le 1er avril et le 30 septembre 2011.

‡ Données régionales publiées sur le site Web de l'Autorité sanitaire Vancouver Island, consulté le 24 mai 2012. Les examens immédiats, urgents et semi-urgents sont exclus.

s.o. : sans objet.

Comme dans plusieurs secteurs où la collecte de données sur les temps d'attente est relativement récente, l'interprétation des données doit tenir compte de considérations importantes.

Pour en savoir davantage sur les mesures présentées ici, veuillez consulter les sources de données ci-dessous.

50e percentile : la moitié des patients attendent moins longtemps que le nombre de jours indiqué dans cette colonne, et la moitié attendent plus longtemps.

90e percentile : 90 % des patients attendent moins longtemps que le nombre de jours indiqué dans cette colonne, et 10 % attendent plus longtemps.

Sources

Temps d'attente pour les interventions prioritaires pratiquées au Canada, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.
VIHA Performance Measures, Autorité sanitaire Vancouver Island.
Medical (Diagnostic) Imaging Services, Autorité sanitaire régionale Western.

L'échographie diagnostique est un autre type d'imagerie utilisée pour visualiser les structures de l'organisme comme les organes, les tendons, les muscles et les articulations. Trois provinces publient des rapports sur les temps d'attente pour l'échographie diagnostique :

- À Terre-Neuve-et-Labrador, les temps d'attente varient en fonction de l'établissement et de l'emplacement anatomique visé. L'attente la plus longue concerne l'échographie du bassin (29 semaines dans un hôpital en particulier)[28].
- Dans les hôpitaux de la Nouvelle-Écosse, les temps d'attente médians pour l'échographie diagnostique oscillent entre 2 et 18 semaines[29].
- Le temps d'attente moyen au Manitoba est de 11 semaines, mais il varie entre 2 et 16 semaines selon l'établissement[30].

Stratégies de réduction des temps d'attente

Il est possible de réduire le temps d'attente pour les personnes qui ont besoin de soins, entre autres par la prévention des affections qui nécessitent le recours aux services de santé (la question de la prévention est explorée plus en profondeur dans la dernière section du rapport). La prévention et la promotion de la santé reposent notamment sur un accès en temps opportun aux soins de santé primaires. Voici quelques stratégies visant à améliorer l'accès aux soins primaires :

Incitatifs financiers

- À l'Île-du-Prince-Édouard, dans le cadre d'une entente triennale débutant en 2007, de nouveaux incitatifs ont été offerts aux médecins pour contrer la pénurie dans le système de santé, dont une prime de 150 $ lors du jumelage avec un patient en attente d'un médecin de famille, une hausse de la rémunération à l'acte en radiologie afin de réduire les délais pour la TDM, l'IRM, l'échographie et la radiographie, ainsi que des primes pour la pratique en milieu rural (offertes aux médecins ayant plus de 1 200 patients attitrés). Quatre mois après l'entrée en vigueur des incitatifs, plus de 350 personnes inscrites au Registre des patients de l'Île-du-Prince-Édouard avaient été jumelées à un médecin[31].

L'histoire d'Hani

Hani a obtenu rendez-vous pour un examen d'IRM, mais il doit attendre un certain temps (en décembre 2011, l'Autorité sanitaire Vancouver Island rapportait que 66 % des patients subissaient un examen d'IRM dans les 91 jours suivant la demande d'examen). Le médecin d'Hani doit ensuite attendre les résultats de l'examen avant de diagnostiquer avec certitude la source de ses douleurs au genou. Il existe toutefois des moyens d'atténuer la douleur qu'Hani ressent actuellement, notamment la prise d'analgésiques.

- En vertu d'un régime de rémunération proposé par le gouvernement de l'Alberta en collaboration avec l'Association des pharmaciens de l'Alberta, les pharmaciens seraient rémunérés pour des services cliniques comme l'élaboration de plans de soins annuels pour les patients atteints d'affections chroniques, l'examen des médicaments, l'administration d'injections, l'ajustement de prescriptions, ainsi que l'évaluation de patients ayant besoin d'un renouvellement d'ordonnance, d'une nouvelle ordonnance ou de médicaments en cas d'urgence. Cette façon de faire permettrait d'améliorer l'accès aux soins primaires (particulièrement en région rurale) et la gestion des médicaments[32].

Politiques en matière de ressources humaines

- En 2009, pour pallier temporairement une pénurie de radiologues à l'Île-du-Prince-Édouard, une collaboration a été instaurée entre le personnel en imagerie diagnostique de la province et un groupe de radiologie d'Halifax. Dans le cadre de ce projet de téléradiologie, les images prises à l'Île-du-Prince-Édouard étaient envoyées par liaison électronique sécurisée vers un serveur en Nouvelle-Écosse. Les radiologues à Halifax s'étaient engagés à interpréter un nombre prédéfini d'images chaque jour (radiographies, TDM, IRM et imagerie nucléaire) et à produire leurs rapports dans un délai précis. Le personnel de l'Île-du-Prince-Édouard pouvait également consulter au besoin les radiologues de la Nouvelle-Écosse. Ce partenariat a permis d'augmenter le nombre d'examens réalisés et de soutenir le personnel en imagerie diagnostique de l'Île-du-Prince-Édouard, en plus d'entraîner une diminution des temps d'attente pour des examens de TDM et d'IRM[33].

Technologie et cheminement des patients

- Les systèmes de télésanté peuvent être avantageux pour les patients à l'extérieur des centres urbains. En 2010, plus de 94 000 consultations de télésanté ont eu lieu dans des régions rurales et éloignées au Canada. On a démontré que la vidéoconférence, qui élimine le besoin de se déplacer, permet de réduire de 20 à 90 % les temps d'attente pour une consultation auprès d'un spécialiste. Les activités de télésanté au Canada génèrent annuellement des économies d'environ 55 millions de dollars à l'échelle du système et d'environ 70 millions de dollars en frais de déplacement pour les particuliers[34]. Grâce aux programmes de télédermatologie mis en place en Ontario, le temps d'attente pour consulter un dermatologue a été réduit à 10 jours dans la province, comparativement à la moyenne canadienne de 7,1 semaines pour la première visite et de 5,3 semaines pour les visites de suivi. Il en est de même pour le programme de téléophtalmologie de l'Ontario : après sa mise en œuvre, le délai moyen pour qu'un patient diabétique obtienne un dépistage rétinien est passé de six mois à quatre semaines[34]. En Colombie-Britannique, la mise en place d'un système de télénéphrologie par l'Autorité sanitaire Interior a entraîné une réduction des temps d'attente de 212 à 156 jours (soit 26 %).
- La théorie des files d'attente, soit l'ensemble des modèles mathématiques et statistiques relatifs aux files d'attente[35], a été appliquée dans plusieurs industries[36-38]. Selon les experts, son utilisation dans le système de santé permettrait de diminuer considérablement les temps d'attente sans augmenter les ressources[39]. Le modèle de rendez-vous accéléré (également appelé prise de rendez-vous ouverts ou prise de rendez-vous le jour même)

est l'une des applications de cette théorie en santé[39]. Le modèle de rendez-vous accéléré, approuvé par le Collège des médecins de famille du Canada et l'Institute for Healthcare Improvement[40, 41], a été appliqué dans divers secteurs de la santé dans plusieurs provinces et territoires (voir les exemples présentés au chapitre 3). En Colombie-Britannique, où le modèle a été appliqué, la moitié des omnipraticiens participants ont vu les temps d'attente diminuer pour les rendez-vous urgents (de 2,2 jours à 0,2 jour en moyenne) et les trois quarts ont constaté une réduction des délais pour les rendez-vous ordinaires (de 6,8 à 2,2 jours en moyenne)[42]. Parmi les médecins participants, 64 % ont pu réduire les retards accumulés et 61 % ont indiqué pouvoir commencer et terminer leur journée de travail à l'heure prévue[42].

Conclusion

Le présent chapitre a résumé les connaissances actuelles sur divers aspects des services de santé courants qui touchent les Canadiens, non seulement lorsqu'ils tombent malades, mais également dans leur vie quotidienne. On peut constater que le Canada, comparativement à d'autres pays, continue de faire mauvaise figure au chapitre de l'accès aux soins primaires. L'accès aux médecins spécialistes demeure également problématique : les Canadiens devant attendre plus de trois mois pour un rendez-vous étaient plus nombreux en 2009 qu'en 2003. Ce chapitre a également présenté de l'information sur les temps d'attente pour certains examens de dépistage et de routine.

Dans certaines régions, les temps d'attente diminuent pour les examens diagnostiques comme la TDM et l'IRM. On en sait par ailleurs de plus en plus sur les temps d'attente dans d'autres secteurs; nombre de provinces et territoires publient désormais les temps d'attente pour le dépistage et la détection précoces et pour l'orientation vers certains spécialistes. Il serait utile de disposer de plus d'information sur les services de santé dispensés par d'autres professionnels, notamment les pharmaciens, les physiothérapeutes et les orthophonistes, afin d'obtenir une vue d'ensemble des temps d'attente pour les patients hors du milieu hospitalier. Les chapitres qui suivent résument les connaissances actuelles concernant les temps d'attente dans ces secteurs des soins de santé.

Références

1. Fonds du Commonwealth. *International Health Policy Survey in Eleven Countries*. New York, É.-U.: novembre 2010. http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2010/Nov/Int%20Survey/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FINAL_white_bkgd_111610_ds.pdf.

2. Fonds du Commonwealth. *2004 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults' Experiences With Primary Care*. New York, É.-U.: 2004. http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2004/2004-Commonwealth-Fund-International-Health-Policy-Survey-of-Adults-Experiences-with-Primary-Care.aspx.

3. Statistique Canada. *Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2008. http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5138&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2.

4. Statistique Canada. *Canadian Community Health Survey 2009/2010 Annual Component*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2011.

5. Santé Î.-P.-É. Health PEI Computed Tomography (CT) Scan and Magnetic Resonance Imaging (MRI) Scan. http://www.healthpei.ca/index.php3?number=1037886&lang=E. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

6. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Health Care Connect. http://health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect/public/. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

7. Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique. Find a Physician. https://www.cpsbc.ca/node/216. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

8. Alliance sur les temps d'attente. *No Time for Complacency: Report on Wait Times in Canada*. Ottawa,ON: ATA; 2010.

9. Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires. *. . . And Still Waiting: Exploring Primary Care Wait Times in Canada*. Ottawa,ON: RMR et CMFC; 2008.

10. Santé Canada. *Healthy Canadians—A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa,ON: Santé Canada; 2011.

11. Sanmartin C, Berthelot JM, McIntosh C. Determinants of unacceptable waiting times for specialized services in Canada. *Healthcare Policy*. 2007;2(3):e140-e154.

12. Statistique Canada. *Access to Health Care Services in Canada*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2005. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-575-x/82-575-x2006002-eng.pdf. 82-575-XIE.

13. Papaionnaou A, Morin S, Cheung A et al., dir. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. CMAJ. 2010;182(17):1864-1873.

14. Gouvernement du Manitoba. Diagnostic Services - Bone Density Tests. Santé Manitoba. http://www.gov.mb.ca/health/waittime/diagnostic/bone.html. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

15. Gouvernement de la Saskatchewan. Bone Mineral Densitometry (BMD) Wait Times. http://www.health.gov.sk.ca/diagnostic-imaging-bmd-wait-times. Dernière modification en 2011. Consulté le 30 août 2012.

16. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Wait Times - Bone Density. http://gov.ns.ca/health/waittimes/procedure.asp?pid=1030&catid=di. Dernière modification en 2011. Consulté le 30 août 2012.

17. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2012*. Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2012.

18. Statistique Canada. Tabeau CANSIM 105-0543 - Mammogram obtained within the last 2 years by age group, females aged 50 to 69 year. http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1050543&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=. Dernière modification en 2009. Consulté le 29 août 2012.

19. Partenariat canadien contre le cancer. *The 2011 Cancer System Performance Report*. Toronto,ON: PCCC; 2011.

20. Société canadienne de l'autisme. Canadian Autism Research and Strategy Agenda - White Paper. http://www.autismsocietycanada.ca/DocsAndMedia/ASC_Internal/WhitePaperPRE_final.pdf. Dernière modification en 2004. Consulté le 30 août 2012.

21. Nachshen J, Garcin N., Moxness K., et al. *Screening, Assessment, and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Young Children: Canadian Best Practice Guidelines*. Montréal, QC: Fondation Miriam; 2008.

22. Coo H, Ouellette-Kuntz H, Lam M, et al. Correlates of age at diagnosis of autism spectrum disorder in six Canadian regions. Chronic Dis Inj Can. 2012;32(2):90-99.

23. Barbaro J, Dissanayake C. Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *J Dev Behav Pediatr*. 2009;30(5):447-459.

24. Eldevik S, Hastings R, Hughes J, Jahr E, Eikeseth S, Cross S. Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38(3):439-450.

25. Burrows K, Canadian Paediatric Society MHaDDC. Early intervention for children with autism. *Paediatr Child Health*. 2004;9(4):267-270. http://www.cps.ca/english/statements/pp/pp04-02.htm.

26. Ministère du Développement des enfants et de la famille de la Colombie-Britannique. Autism Funding Program. http://www.mcf.gov.bc.ca/autism/funding_programs.html. Dernière modification en 2012. Consulté le 10 mai 2012.

27. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ontario Wait Times. http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/waittimes/surgery/target.aspx. Dernière modification en 2010. Consulté le 7 septembre 2012.

28. Autorité régionale sanitaire Western. Medical (Diagnostic) Imaging Services - Ultrasound. www.westernhealth.nl.ca/index.php/newsroom-2/wait-times-2/medical-imaging-services. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

29. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Wait Times - Ultrasound. www.gov.ns.ca/health/waittimes/procedure.asp?pid=1040&catid=di. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

30. Gouvernement du Manitoba. Diagnostic Services - Ultrasound Exams. www.gov.mb.ca/health/waittime/diagnostic/ultrasound.html. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

31. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Provincial Government Reaches New Agreement With Physicians. http://www.gov.pe.ca/news/getrelease.php3?number=5841. Dernière modification en 2008. Consulté le 7 septembre 2012.

32. Gouvernement de l'Alberta. *Compensation for Pharmacy Services*. Calgary, AB: Gouvernement de l'Alberta; 2012.

33. Callaghan T. *In Recent Years, a Growing Satistfcation With the Imaging Wait Times on PEI Emerged*. Charlottetown, Î.-P.-É.: Santé Î.-P.-É.; 2010. http://www.gov.pe.ca/photos/original/art_ct_wait_tim.pdf.

34. Gartner Inc. et Praxia Information Intelligence. *Telehealth Benefits and Adoption: Connecting People and Providers Across Canada*. Commandée par Inforoute Santé du Canada; 30 mai 2011. https://www2.infoway-inforoute.ca/Documents/telehealth_report_summary_2010_en.pdf.

35. Merriam Webster Dictionary. Queuing Theory. http://www.merriam-webster.com/dictionary/queuing%20theory. Dernière modification en 2012. Consulté le 31 août 2012.

36. Nosek JR, Wilson J. Queuing theory and customer satisfaction: a review of terminology, trends, and applications to pharmacy practice. *Hosp Pharm*. 2012;36(3):275-279.

37. Troutbeck RJ, Brilon W. *Unsignalized Intersection Theory*. Washington, DC: É.-U. Department of Transportation: Administration fédérale des autoroutes; 2010. http://www.fhwa.dot.gov/publications/research/operations/tft/chap8.pdf.

38. Giambene G. *Queuing Theory and Telecommunications: Networks and Applications*. New York, NY: Springer Science + Business Media Inc; 2005.

39. Murray M, Berwick D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-1040.

40. Cameron S, Sadler L, Lawson B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician*. 2010;56(9):906-911.

41. Hudec J, MacDougall S, Rankin E. Advanced access appointments: effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Can Fam Physician*. 2010;56:e361-e367.

42. MacCarthy D, Kallstrom L, Gray R, Miller J, Hollander M. Supporting family physicians in British Columbia: the experience of the Practice Support Program. *BCMJ*. Novembre 2009;51(9):394-397.

L’attente aux services d’urgence est longue par rapport aux normes internationales ou par comparaison avec les délais recommandés par l’Association canadienne des médecins d’urgence.

2 chapitre

Temps d'attente pour des soins au service d'urgence

Les services d'urgence au Canada enregistrent plus de 16 millions de visites par année, dont plus d'un million se terminent par l'admission du patient à l'hôpital[1]. L'attente peut débuter avant l'arrivée de la personne à l'urgence, et se poursuivre lorsqu'elle est prête à quitter le service d'urgence; elle peut aussi se produire à divers points intermédiaires. Ces périodes d'attente prolongée peuvent représenter davantage qu'un simple désagrément : elles peuvent se répercuter sur les résultats pour le patient. Le patient qui attend longtemps au service d'urgence est plus susceptible de ressentir de la douleur ou de la souffrance de manière prolongée sans traitement, d'exprimer une insatisfaction accrue et de quitter les lieux sans recevoir de soins[2]. Du point de vue du système, le cheminement du patient au service d'urgence pose également problème. Les temps d'attente dans les services d'urgence canadiens sont plus longs que dans d'autres pays. Une comparaison effectuée entre 11 pays[3] a révélé que le Canada présentait non seulement le plus haut pourcentage d'habitants s'étant rendus au service d'urgence au moins une fois au cours des deux années précédentes (44 %, soit 14 points de pourcentage de plus que la moyenne), mais également le plus haut pourcentage de patients ayant dû attendre quatre heures ou plus avant d'être soignés (31 %, soit 19 points de pourcentage de plus que la moyenne).

Il est possible, en mesurant les temps d'attente, en explorant les facteurs qui y contribuent et en étudiant les raisons qui poussent les Canadiens à se rendre à l'urgence, d'améliorer l'expérience relative aux soins pour les patients, les dispensateurs et le système dans son ensemble. Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS permet de recueillir l'information sur l'utilisation des services d'urgence dans six provinces et un territoire (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Yukon), selon divers taux de participation. Les données du SNISA, pour les besoins du présent chapitre, servent à évaluer combien de temps les patients passent à l'urgence et à quels moments l'attente peut se produire.

Temps d'attente avant d'entrer au service d'urgence

Un appel au service 911 peut constituer le point de départ pour les services médicaux d'urgence. Malgré l'absence de données pancanadiennes sur le temps d'attente avant l'arrivée de l'ambulance, on dispose de données provinciales de bonne qualité. Le gouvernement de l'Ontario, par exemple, qui mesure le délai d'intervention du service 911 et des services médicaux d'urgence, a fixé des délais de référence pour évaluer la performance dans les régions et les municipalités. Le délai d'intervention visé est de huit minutes dans les cas graves nécessitant une réanimation et de six minutes pour les cas où un défibrillateur est requis[4]. Certaines données indiquent que ces objectifs ne seraient pas toujours atteints[5-7]. En Colombie-Britannique, le British Columbia Ambulance Service a fixé le délai d'intervention à neuf minutes ou moins dans les zones urbaines et métropolitaines[8]. Toutefois, en 2009-2010, les délais d'intervention moyens variaient entre près de 9,5 minutes (région Vancouver Island) et près de 11 minutes (région Interior). Le pourcentage d'appels où le délai d'intervention était inférieur à neuf minutes allait de 47 % (région Lower Mainland) à 61 % (région Vancouver Island)[8].

Le patient, une fois qu'il est dans l'ambulance, peut également devoir attendre dès son arrivée à l'urgence (selon les données de 2010-2011, environ 12 % des patients du service d'urgence arrivent en ambulance). À l'arrivée, le personnel ambulancier doit confier le patient au personnel de l'hôpital; il s'agit là du temps de transfert de l'ambulance à l'hôpital. En Ontario, selon les délais de référence proposés pour ce type de transfert (fondés sur les pratiques exemplaires du milieu), 90 % des patients devraient être vus par le personnel de l'urgence dans les 30 minutes suivant leur arrivée à l'hôpital[9]. Selon les données de l'Ontario pour 2010-2011, bien que la majorité des patients (81 %) ont été vus par le personnel des services d'urgence dans les 30 minutes suivant leur arrivée, 10 % d'entre eux ont dû attendre 54 minutes ou plus. Les délais lors du transfert de l'ambulance à l'hôpital ont un effet manifeste sur la rapidité du traitement, mais également sur la disponibilité des services médicaux d'urgence qui doivent répondre au prochain appel au service 911.

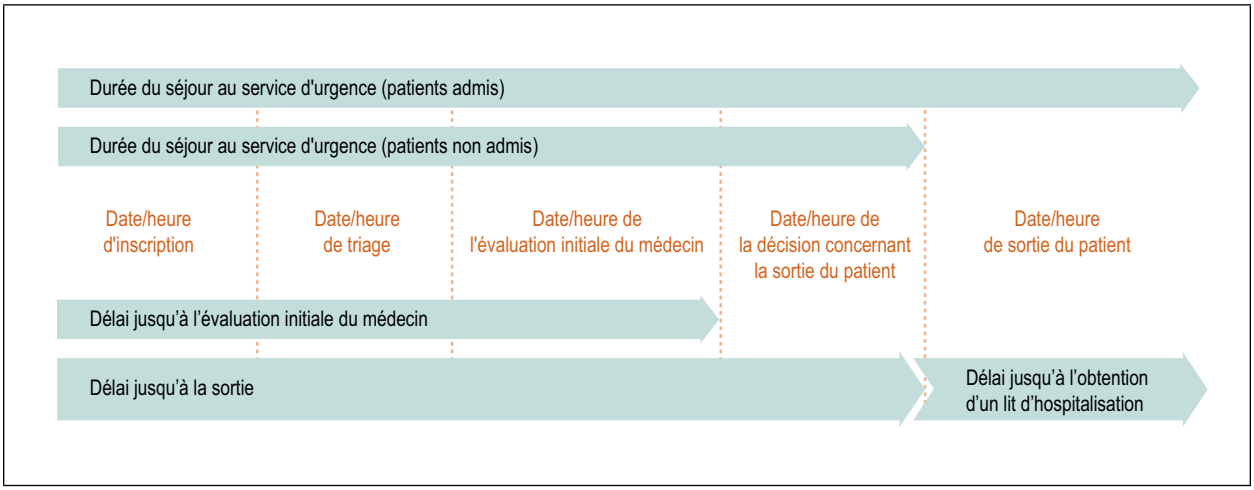
Temps d'attente au service d'urgence

Une fois que le service d'urgence a pris en charge le patient, il arrive que ce dernier doive attendre pour subir une évaluation et recevoir un traitement. Plusieurs mesures, calculées systématiquement à partir des données du SNISA, peuvent aider à évaluer le temps que les patients passent au service d'urgence et les moments où une partie de l'attente se produit :

- **Durée du séjour au service d'urgence :** Délai entre l'inscription ou le triage du patient et le moment où le dispensateur de services principal (habituellement le médecin du service d'urgence) prend la décision d'accorder son congé au patient ou le moment où le patient est admis à l'hôpital. Les autres mesures permettent de mieux évaluer quelle proportion de la durée du séjour au service d'urgence est passée à attendre.
- **Délai jusqu'à l'évaluation initiale du médecin :** Délai entre l'inscription ou le triage du patient et le moment où le médecin (ou l'infirmière) l'évalue pour la première fois.
- **Délai jusqu'à la sortie :** Délai entre l'inscription ou le triage et le moment où le dispensateur de services principal prend une décision concernant la sortie du patient (décision quant au congé ou à l'admission).
- **Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation :** Délai entre la décision d'admettre un patient en soins de courte durée et le moment où le patient est transféré du service d'urgence à l'unité de soins aux patients hospitalisés.

La figure 7 illustre les liens entre ces différentes mesures.

Figure 7 : Liens entre les mesures des temps d'attente au service d'urgence calculées systématiquement à partir des données du SNISA



Source
Institut canadien d'information sur la santé.

Facteurs déterminant le temps d'attente au service d'urgence

Bien que divers facteurs puissent influer sur le temps d'attente au service d'urgence, les experts ont relevé deux déterminants principaux, tous deux liés à la complexité des besoins du patient :

- L'admission aux soins pour patients hospitalisés : en 2010-2011, environ une visite au service d'urgence sur dix s'est terminée par une admission.
- La gravité de l'état du patient, mesurée selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les services d'urgence[i]. Les cinq niveaux de gravité (en ordre décroissant) sont les suivants[10] :

Affections graves

- Niveau I (réanimation) : affections qui mettent la vie en danger ou présentent un risque imminent de détérioration, nécessitant des interventions énergiques immédiates (p. ex. un arrêt cardiaque, un traumatisme grave ou un état de choc).
- Niveau II (très urgent) : affections qui peuvent mettre la vie en danger ou compromettre la fonction d'un membre, nécessitant une intervention médicale rapide ou une délégation d'actes (p. ex. une blessure à la tête, une douleur à la poitrine, une hémorragie gastro-intestinale, une douleur abdominale accompagnée de symptômes d'affection viscérale ou l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés).
- Niveau III (urgent) : affections qui pourraient entraîner un problème grave nécessitant une intervention d'urgence (p. ex. la dyspnée ou l'asthme modéré, un traumatisme modéré ou des vomissements et de la diarrhée chez des patients âgés de moins de deux ans).

Affections mineures

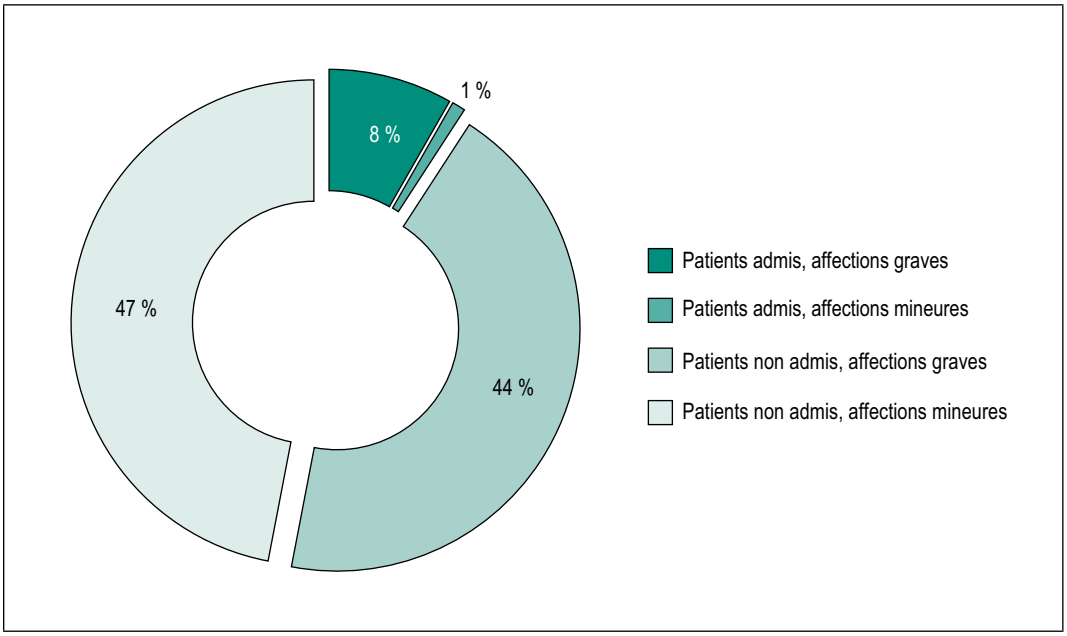
- Niveau IV (moins urgent) : affections liées à l'âge du patient, à une situation de détresse ou à une possibilité de détérioration ou de complications, qui bénéficieraient d'une intervention ou d'un réconfort dans un délai de deux heures (comme des symptômes d'affection urinaire, une légère douleur abdominale ou un mal d'oreilles).
- Niveau V (non urgent) : affections pour lesquelles les interventions ou les examens pourraient être reportés ou aiguillés vers d'autres secteurs de l'hôpital ou du système de santé (p. ex. un mal de gorge, les menstruations, les affections liées à des problèmes chroniques ou les affections psychiatriques non accompagnées d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide).

Pour plus de clarté, les niveaux de l'ÉTG peuvent être classés en deux catégories : les affections graves (niveaux I, II et III) et les affections mineures (niveaux IV et V).

i. L'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les services d'urgence a été instaurée en 1999. Elle vise à définir de façon précise les besoins des patients concernant la rapidité des soins et à décrire les objectifs opérationnels à des fins de normalisation des services.

La figure 8 illustre la proportion des patients des services d'urgence qui se retrouvent dans ces deux catégories.

Figure 8 : Pourcentage des patients des services d'urgence qui ont été admis ou non en soins pour patients hospitalisés, par niveau de gravité, 2010-2011

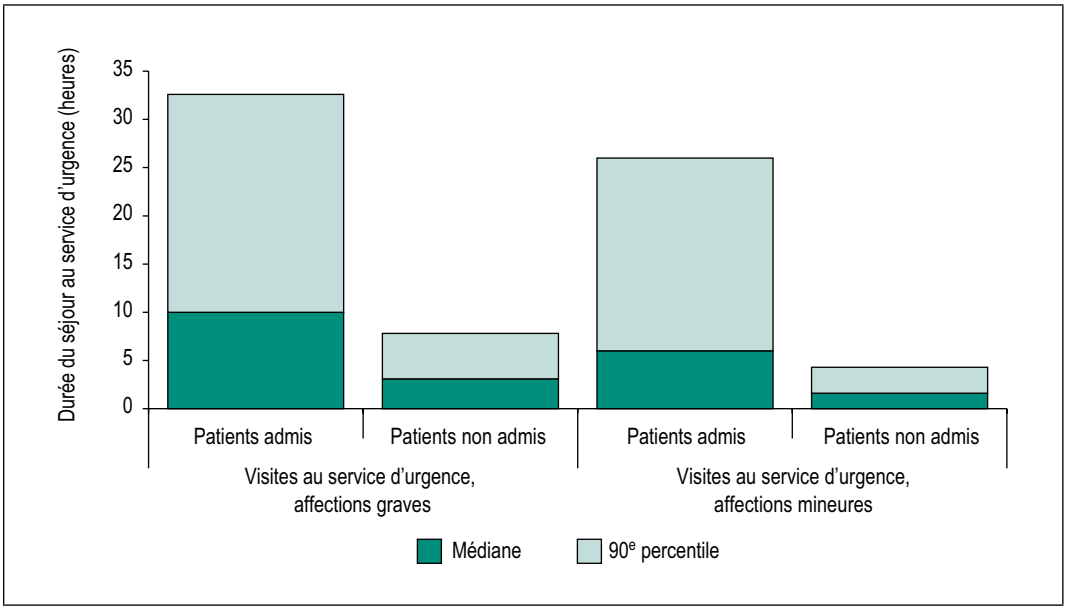


Source
Système national d'information sur les soins ambulatoires 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Le niveau de gravité et le fait que le patient soit admis ou non ont influé sur les temps d'attente au service d'urgence de la façon suivante :

- **Durée du séjour au service d'urgence :** En 2010-2011, la durée moyenne du séjour au service d'urgence était d'environ 4,4 heures, 90 % des visites se concluant dans les 8 heures. Les patients admis à l'hôpital à l'issue de leur visite au service d'urgence passaient beaucoup plus de temps au service d'urgence que ceux qui n'étaient pas admis, et la durée de leur séjour était également prolongée en raison de la gravité de leur problème de santé (voir la figure 9).

Figure 9 : Durée totale du séjour au service d'urgence (médiane et 90e percentile), selon l'issue de la visite et le niveau de gravité, 2010-2011



Source
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

- **Délai jusqu'à l'évaluation initiale du médecin :** Dans l'ensemble et pour chaque niveau ÉTG, le délai avant de voir un médecin est supérieur aux délais recommandés par l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU). Le tableau 2 présente les temps d'attente par niveau ÉTG, les délais cibles — plus longs dans les cas moins graves — et la fréquence à laquelle ces délais sont respectés. Les délais cibles sont respectés dans 50 % des cas d'affections mineures (niveau ÉTG V), mais ils ne le sont pas dans 90 % des visites, tous niveaux ÉTG confondus.

Tableau 2 : Comparaison des délais recommandés et réels entre le triage et l'évaluation initiale du médecin, par niveau ÉTG

Niveau ÉTG	Délai jusqu'à l'évaluation initiale du médecin		
	Délai idéal*	Délai réel (médiane)	Délai réel (90e percentile)
I (réanimation)	Immédiat (< 5 minutes)	11 minutes	47 minutes
II (très urgent)	15 minutes ou moins	54 minutes	190 minutes
III (urgent)	30 minutes ou moins	79 minutes	229 minutes
IV (moins urgent)	60 minutes ou moins	66 minutes	188 minutes
V (non urgent)	120 minutes ou moins	53 minutes	165 minutes

Gravité

Remarque
* Adapté à partir du Guide d'implantation de l'ÉTG.

Source
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

L'applicabilité des délais cibles a été remise en question dans certaines situations. Par exemple, les efforts de réanimation sont souvent déployés avant l'admission ou le tri. Par ailleurs, les médecins travaillant dans les hôpitaux en région rurale ont fait remarquer que les délais d'intervention recommandés pour les médecins sont irréalistes dans le contexte des services d'urgence en milieu rural[11]. En milieu urbain, les médecins sont présents au service d'urgence durant leur quart de travail, tandis que dans les services d'urgence en milieu rural, le médecin de garde peut passer une bonne partie de la journée à la maison, à la clinique ou en visite auprès de patients en centre de soins infirmiers[11]. L'ACMU a reconnu que les délais prescrits constituent des objectifs idéaux plutôt que des normes de soins établies, l'intention générale étant d'améliorer les soins aux patients par un meilleur triage[12].

- **Délai jusqu'à la sortie :** Le délai jusqu'à la sortie était grandement influencé par la décision d'admettre ou non le patient. Pour 90 % des patients admis, la décision concernant l'issue des soins a été prise dans les 13 heures suivant leur arrivée, soit près du double comparativement aux patients non admis.

L'utilisation appropriée des services d'urgence par les patients atteints d'affections chroniques a fait l'objet d'une étude minutieuse, puisqu'elle pourrait contribuer aux attentes prolongées au service d'urgence. Bon nombre de complications associées aux affections chroniques, comme l'insuffisance cardiaque congestive et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), peuvent être évitées ou retardées par la prestation de soins primaires adéquats[13]. Ces affections sont donc considérées comme des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA)[ii].

Comme il a été mentionné au chapitre 1, bien que la majorité des Canadiens déclarent avoir un médecin de famille, nombre d'entre eux indiquent qu'ils ont de la difficulté à le consulter le jour même ou le lendemain en cas de besoin. On en a donc déduit que les patients atteints de maladies chroniques se tournent vers les services d'urgence pour obtenir des soins pouvant autrement être dispensés par leur médecin de famille, ce qui exercerait une pression supplémentaire sur un système déjà surchargé.

Or, selon les données de 2010-2011, les patients se présentant à l'urgence et dont le problème principal était une CPSA représentaient une très faible proportion (4 %) des utilisateurs des services d'urgence. En outre, la plupart (85 %) des patients de ce groupe ont été classés dans la catégorie des affections graves (niveaux ÉTG I, II et III) par le personnel du service d'urgence, comparativement à 57 % de l'ensemble des visites à l'urgence. Les visites en raison d'une CPSA étaient également plus susceptibles de se terminer par une admission aux soins de courte durée pour patients hospitalisés : une admission a eu lieu dans 33 % des cas, comparativement à 10 % seulement de l'ensemble des visites aux services d'urgence. Le même phénomène a été observé pour tous les niveaux ÉTG, ce qui porte à croire que les patients qui se sont présentés à l'urgence en raison d'une CPSA avaient véritablement besoin de soins hospitaliers. Il reste à déterminer cependant si de telles complications auraient pu être évitées grâce à d'autres types de soins dans la collectivité.

ii. Au Canada, les CPSA sont l'angine, l'asthme, les MPOC, l'épilepsie, le diabète, l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire, ainsi que l'hypertension.

Temps d'attente à la sortie du service d'urgence

Après avoir reçu des soins au service d'urgence, certains patients retournent à leur domicile, d'autres sont admis à l'hôpital et d'autres encore sont transférés vers d'autres milieux de soins. Toutes ces situations peuvent donner lieu à des délais.

- **Délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation :** Parmi les patients admis à l'hôpital, la moitié de ceux présentant une affection grave obtenaient un lit d'hospitalisation dans les trois heures, soit deux fois le délai observé dans les cas d'affections mineures. Toujours chez les patients admis, 90 % des patients souffrant de problèmes graves étaient admis à l'hôpital dans les 24 heures, soit 8 heures de plus que pour les problèmes mineurs.

Ces résultats peuvent sembler contre-intuitifs, mais de nombreux facteurs ont une incidence sur le délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation, notamment le temps nécessaire pour surveiller le patient, pour obtenir les résultats de tests diagnostiques ou d'analyses en laboratoire, et pour consulter des spécialistes. Le manque de lits d'hospitalisation disponibles peut aussi retarder l'admission des patients des services d'urgence. Le nombre de patients de niveau de soins alternatif (NSA) a souvent été considéré comme l'un des facteurs influençant la disponibilité des lits. Le terme NSA décrit la situation des patients qui occupent un lit en soins de courte durée en attendant d'être transférés vers d'autres soins, comme des soins en hébergement ou de réadaptation. En 2010-2011, environ 5 % des hospitalisations au Canada étaient liées aux NSA.

L'analyse des données de 2010-2011 de l'Ontario n'a pas révélé de lien étroit entre les NSA et l'attente dans les services d'urgence. D'autres facteurs, comme un grand nombre de visites à l'urgence (plus de 50 000 visites par année) et une proportion accrue de cas graves (plus de deux tiers des visites chaque année), ont eu une incidence plus marquée que les NSA sur le temps d'attente au service d'urgence.

Il semble qu'on puisse établir un lien entre le NSA et le temps d'attente dans les services d'urgence dans des circonstances particulières ou des milieux précis. Par exemple, dans les grands hôpitaux et les hôpitaux d'enseignement en zone urbaine recevant à l'urgence une grande proportion de cas graves (niveaux ÉTG I, II et III), l'analyse a révélé un lien possible entre le NSA et le temps d'attente. Plus précisément, le délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation dans les services d'urgence de ces hôpitaux augmentait au même rythme que la proportion des jours NSA. La part importante des jours NSA dans la durée du séjour en soins de courte durée dans ce type d'hôpital peut résulter de facteurs cliniques sous-jacents, comme le regroupement des patients traités. Ces considérations seront explorées plus en détail au chapitre 3.

Temps d'attente dans les services d'urgence du Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a établi un délai moyen cible de 12 heures au service d'urgence (avant que le patient soit admis ou dirigé vers un autre étage ou établissement ou vers des ressources intermédiaires, ou qu'il reçoive son congé)[14]. Contrairement aux objectifs fixés dans d'autres provinces et territoires, ce délai cible ne tient compte que des patients sur civière, qui, habituellement, ont plus besoin de soins que les autres patients. La difficulté à atteindre le délai cible est également due à l'achalandage accru dans les services d'urgence : en 2010-2011, les services d'urgence au Québec ont enregistré 111 802 visites de plus que l'année précédente (une augmentation de 3,4 %). D'autres facteurs contributifs sont observés, comme l'augmentation de la charge de travail à l'urgence en raison du nombre croissant de patients âgés (les personnes de 75 ans et plus représentent plus de 25 % des patients sur civière) et une augmentation de 4,6 % du nombre de patients arrivés en ambulance[14].

Stratégies de réduction des temps d'attente

Au cours des dernières années, les provinces et territoires du pays ont tout mis en œuvre en vue de réduire le temps d'attente dans les services d'urgence. De nombreuses initiatives ont porté leurs fruits, dont les suivantes :

Incitatifs financiers

- En 2008, l'Ontario a lancé la Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences, qui vise à réduire la durée totale du séjour au service d'urgence. Les grands principes de cette stratégie étaient l'utilisation de mesures de performance claires, l'établissement d'objectifs de réduction de la durée totale des séjours au service d'urgence, telle que mesurée au 90^{e} percentile, et la mise en place d'un financement particulier accordé aux hôpitaux qui font la démonstration de réductions quantifiables du temps d'attente à leur service d'urgence[15]. En mai 2012, le temps d'attente moyen au service d'urgence avait diminué de 14 % par rapport à 2008, 86 % des visites à l'urgence se concluant dans les délais visés[16].
- Les hôpitaux qui atteignent leurs objectifs d'efficacité et les médecins dont les patients obtiennent les résultats visés en matière de santé peuvent bénéficier d'incitatifs dans le cadre de programmes de rémunération à la performance. Ces incitatifs sont offerts sous forme de primes à la qualité, de barèmes tarifaires axés sur la performance ou de taux de remboursement majorés pour les dispensateurs de soins de qualité supérieure[17]. En 2007, l'Autorité sanitaire Vancouver Coastal a mis en place un modèle de rémunération à la performance visant à récompenser les hôpitaux atteignent les objectifs en matière de durée du séjour au service d'urgence. De 2007 à 2008, les objectifs liés au temps d'attente au service d'urgence ont connu des améliorations à plusieurs niveaux. Les améliorations allaient de 13 % à 24 %[18].

Politiques en matière de ressources humaines

- En Nouvelle-Écosse, dans le cadre d'un programme de soins paramédicaux prolongés mis en place sur le territoire de la Régie régionale de la santé Capital, des ambulanciers paramédicaux en soins avancés ont été formés pour évaluer les patients en centre de soins infirmiers (évaluation en gériatrie, prise en charge et soins comme les points de suture et les prises de sang). Un ambulancier paramédical assurait une garde sept jours par semaine de 9 h à 21 h, avec l'appui d'un médecin des services de santé d'urgence. En 67 semaines, 961 visites ont été effectuées dans les centres de soins infirmiers. De ce nombre, 74 % se sont soldées par un traitement sur place, 23 % par un transport prévu de manière à minimiser le temps d'attente et seulement 3 % par un transfert immédiat. Le succès du programme a mené à l'élaboration d'un cadre et d'une évaluation en vue de l'appliquer à l'ensemble de la province[19-21].
- En août 2008, les services médicaux d'urgence de Toronto (EMS Toronto) ont mis sur pied un programme de prise en charge par les infirmières des patients transportés en ambulance, selon lequel une infirmière spécialisée devenait responsable du patient jusqu'à ce que celui-ci soit traité au service d'urgence. En décembre 2007, le temps de transfert moyen de l'ambulance à l'hôpital était de 61,2 minutes; un an plus tard, il était de 51,9 minutes. Selon EMS Toronto, cela équivaut à libérer trois ambulances de plus par heure[22].

Technologie et cheminement des patients

- Le Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan a élaboré un modèle de simulation informatique afin d'explorer une réorganisation des services d'urgence à Regina. Le modèle a permis d'évaluer l'incidence de la délimitation d'un espace, au service d'urgence, réservé aux patients souffrant d'affections moins graves, de façon à ce qu'ils n'occupent pas les lits de l'urgence principale. Un essai pilote de deux semaines a ensuite été réalisé aux services d'urgence de l'Hôpital général de Regina et de l'Hôpital Pasqua. On a observé une réduction considérable du délai typique entre l'arrivée du patient au service d'urgence et l'évaluation du médecin (à l'Hôpital Pasqua, le temps d'attente est passé de 63 à 35 minutes), ainsi que du pourcentage des patients qui quittent l'urgence avant d'avoir été évalués par un médecin (de 8,8 % à 2,3 % à l'Hôpital Pasqua). La satisfaction des patients et du personnel s'est également améliorée[23].
- Au début de 2010, les Services de santé de l'Alberta ont lancé l'initiative « De l'urgence aux soins à domicile : le voyage d'une personne âgée vers les bons soins ». Comptant des sites pilotes à Edmonton, Calgary et Red Deer, le programme visait à réduire le nombre de visites évitables à l'urgence et d'hospitalisations non nécessaires pour les personnes âgées, qui représentaient jusqu'à 20 % des visites à l'urgence à l'échelle provinciale[24]. Dans les services d'urgence, les personnes âgées étaient évaluées et prises en charge par le personnel de l'urgence et des soins à domicile ainsi que par un coordonnateur des soins, puis étaient transférées de manière sécuritaire vers les services à domicile et d'autres services communautaires de soutien[24]. Un an après le début du projet, 17 % des personnes âgées (contre 8 % avant le programme) étaient orientées vers des programmes

de services à domicile dans leur collectivité qui étaient mieux adaptés à leurs besoins en santé. Une importante réduction des admissions en soins de courte durée a également été observée (atteignant 50 % à Red Deer, par exemple), ce qui a permis à d'autres d'accéder plus rapidement aux services d'urgence[24, 25]. Compte tenu de son succès, l'initiative a été mise en place à l'automne 2011 dans d'autres régions (Fort McMurray, Ponoka, Wetaskiwin, Grande Prairie et Medicine Hat, en plus d'autres établissements à Edmonton)[24, 25].

Conclusion

Le présent chapitre a permis de brosser un portrait des temps d'attente dans les services d'urgence au Canada. En 2010-2011, la plupart des visites à l'urgence ont duré huit heures ou moins. Les patients admis à l'issue de leur visite et ceux souffrant d'affections graves étaient les patients qui passaient le plus de temps à l'urgence. Même après ajustement en fonction de la gravité des cas, bon nombre de patients attendaient l'évaluation du médecin plus longtemps que les délais de réponse ciblés recommandés par l'ACMU. Les données d'enquête montrent en outre que les patients attendent plus longtemps dans les services d'urgence du Canada que dans les autres pays. La collecte de données pancanadiennes s'accentue au fil du temps, de sorte qu'on observera sans doute une augmentation de la qualité et de la compréhension de ces données, ce qui donnera lieu à des comparaisons interprovinciales et interterritoriales plus nombreuses et d'une qualité accrue.

Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) et le niveau de soins alternatif (NSA) sont deux des critères le plus souvent associés à l'attente prolongée dans les services d'urgence. Or des analyses récentes ont révélé que la majorité des visites à l'urgence en raison de CPSA étaient sans doute appropriées. Il semble également que le volume de cas traités au service d'urgence et la proportion des patients souffrant d'affections graves soient de meilleurs prédicteurs des temps d'attente au service d'urgence que toute mesure de l'incidence des NSA ayant pu être examinée. Le chapitre suivant traite de façon plus détaillée des séjours NSA et des temps d'attente en milieu de soins de courte durée.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Highlights of 2010-2011 Inpatient Hopitalizations and Emergency Department Visits*. Canada: juin 21, 2012. https://secure.cihi.ca/free_products/DAD-NACRS_Highlights_2010-2011_EN.pdf.

2. Association canadienne des médecins d'urgence et National Emergency Nurses Affiliation. Joint position statement on emergency department overcrowding. *Canadian Journal of Emergency Medecine*. 2001;3(2):82-84. http://www.cjem-online.ca/v3/n2/p82.

3. Fonds du Commonwealth. *2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in 11 Countries, Chartpack*. New York, É.-U.: Fonds du Commonwealth; 18 novembre 2011. http://www.commonwealthfund.org/Surveys/View-All.aspx. Consulté le 26 juin 2012.

4. Services médicaux d'urgence de Huron County. Response times. County of Huron. http://www.huroncounty.ca/ambulance/restime.php. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

5. Corporate and Emergency Services Department. *Land Ambulance Call Volume and Response Time*. Bracebridge, Ontario: The District Municipality of Muskoka; 5 septembre 2008. https://muskoka.civicweb.net/content/pdfstorage/E5868CF6FB5240C7A3085401552299C3-CES-12-2007-4_Land%20Ambulance%20Call%20Volume.pdf.

6. Nosal B. *EMS Issues Update*. Halton, Ontario: Municipalité régionale de Halton; 20 septembre 2007. http://sirepub.halton.ca/cache/2/zvmtuk45451o4wuit4el3uir/118814083020121027009 63.PDF. Consulté le 30 août 2012.

7. EMS Toronto. EMS 2011 recommended operating budget & 2011-2020 capital plan. Ville de Toronto. http://www.toronto.ca/budget2011/pdf/presentation11_ems.pdf. Dernière modification le 11 janvier 2011. Consulté le 30 août 2012.

8. British Columbia Ambulance Service. *Annual Report 2009-2010: Helping Save Lives*. British Columbia: British Columbia Ambulance Services (BCAS); 2010. http://www.bcas.ca/assets/About/PDFs/Annual%20Report.pdf. Consulté le 16 juillet 2012.

9. Municipalité régionale de York. *Report No. 5 of the Finance and Administration Committee Regional Council Meeting- Hospital MOU Capital Funding Update Report 2012*. Ontario: Municipalité régionale de York; 17 mai 2012. http://www.york.ca/NR/rdonlyres.

10. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ontario wait times- time spent in ER- about the data. http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/waittimes/edrs/about_ts.aspx. Dernière modification le 21 juin 2011. Consulté le 30 août 2012.

11. Thompson J, Dodd G. Ruralizing the Canadian triage and acuity scale small urban and rural issues. *CJEM*. 2000;2(4):267-269. http://www.cjem-online.ca/v2/n4/p267. Consulté le 1er août 2012.

12. Groupe de travail du Comité sur les services d'urgence de la Societé de la médecine rurale. CAEP and SRPC position statement - rural implementation of CTAS. Canadian Association of Emergency Physicians. http://caep.ca/resources/position-statements-and-guidelines/caep-and-srpc-rural-implementation-ctas. Dernière modification en 2012. Consulté le 1er août 2012.

13. Porter J, Herring J, Lacroix J, Levinton C. Avoidable admissions and repeat admissions: what do they tell us? *HealthCare Quarterly*. 2007;10(1):26-28. www.longwoods.com/product/download/code/18645.

14. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Rapport annuel de gestion 2010-2011. Québec: gouvernement du Québec; 2011. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-102-01F.pdf.

15. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ontario wait times: Ontario's emergency room wait time strategy. Gouvernement de l'Ontario. http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/waittimes/edrs/strategy.aspx. Dernière modification le 13 janvier 2011. Consulté le 11 juillet 2012.

16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ontario wait times: provincial summary. Gouvernement de l'Ontario. http://edrs.waittimes.net/En/ProvincialSummary.aspx?view=0. Dernière modification en juillet 2012. Consulté le 10 juillet 2012.

17. Pink GH, Brown AD, Studer ML, Reiter KL, Leatt P, dir. Pay-for-Performance in publicly fiananced healthcare: some international experiences and considerations for Canada. *Healthcare Papers*. 2006;6(4):8-26. http://www.longwoods.com/content/18260. Consulté le 30 août 2012.

18. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Fraser Valley Health et Vancouver Coastal Health. Innovation reduces ER congestion in lower mainland. Gouvernement de la Colombie-Britannique. http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2009HSERV0019-000256.htm. Dernière modification le 2 mars 2009. Consulté le 19 juillet 2012.

19. Moulton D. Paramedic program reducing emergency room congestion. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*. July 12, 2011;183(10):E631-E632. http://www.cmaj.ca/content/183/10/E631. Consulté le 2 août 2012.

20. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. Extended care paramedic program. Institut d'administration publique du Canada. http://www.ipac.ca/documents/EMSCC%20Webinar.pdf. Dernière modification en 2012. Consulté le 30 août 2012.

21. Services de santé d'urgence, Emergency Medical Care Inc et Care by Design. Nova Scotia- extended care paramedic program. Institut d'administration publique du Canada. http://ipac.ca/documents/Extended-Care-Paramedic-Program.pdf. Dernière modification en 2011. Consulté le 30 août 2012.

22. Ville de Toronto. Hospital Offload Delay: Status Update. http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2009/cd/bgrd/backgroundfile-18932.pdf. Dernière modification le 15 janvier 2009.

23. Health Quality Council. *Reducing Emergency Department Wait Times*. Saskatoon, SK: Health Quality Council of Saskatchewan; mars 2007. http://www.hqc.sk.ca/download.jsp?VZejh2TfFOsmWOH660fFPTBIzBf0QfLQkUwK4QBZaJt/f87E9szCng==. Consulté le 30 août 2012.

24. Santé et Mieux-être Alberta. Emergency to home initiative expands to northern Alberta. Services de santé de l'Alberta. http://www.albertahealthservices.ca/5129.asp. Dernière modification le 20 juin 2011. Consulté le 8 août 2012.

25. Santé et Mieux-être Alberta. New emergency to home program supports local seniors. Services de santé de l'Alberta. http://www.albertahealthservices.ca/5956.asp. Dernière modification le 10 novembre 2011. Consulté le 8 août 2012.

Des garanties, points de référence et exigences en matière de publication de résultats ont contribué à réduire considérablement les temps d'attente dans les domaines de chirurgie prioritaires établis en 2004.

chapitre 3

Temps d'attente pour des soins de courte durée

Les hôpitaux de soins de courte durée fournissent les soins nécessaires pour traiter des maladies ou des épisodes graves de maladies sur une courte période[1]. En 2010-2011, plus de 2,8 millions de personnes ont obtenu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée[2]. Depuis 2004, le système s'efforce de réduire les temps d'attente pour un groupe précis de chirurgies prioritaires[3]. Le présent chapitre cherche à vérifier si la priorité accordée à la réduction des temps d'attente pour un petit nombre de chirurgies a contribué à augmenter les temps d'attente pour d'autres types de soins chirurgicaux. Il présente également le profil des patients qui occupent un lit de soins de courte durée en attente d'un niveau de soins alternatif.

Temps d'attente pour une chirurgie non urgente

En situation d'urgence, la plupart des Canadiens attendent moins de 24 heures avant d'être hospitalisés — 90 % sont admis dans les 24 heures suivant la décision du médecin (consulter le chapitre 2 pour plus de renseignements). Par contre, les temps d'attente sont nettement plus élevés pour les cas moins urgents comme les chirurgies non urgentes. Selon un sondage réalisé par le Fonds du Commonwealth en 2010 dans 11 pays, le temps d'attente déclaré pour une chirurgie non urgente au Canada est l'un des plus longs. En fait, un Canadien sur quatre a indiqué avoir attendu au moins quatre mois avant de subir une chirurgie non urgente, un taux semblable à celui déclaré par les patients au Royaume-Uni (21 %), mais nettement plus élevé que celui enregistré en Allemagne (près de 0 %) et aux États-Unis (7 %)[4].

Temps d'attente pour la réparation d'une fracture de la hanche

Chaque année, on compte près de 30 000 cas de fracture de la hanche au Canada[5]. Bien que certains patients ayant subi une fracture de la hanche aient besoin de traitements médicaux pour stabiliser leur état avant la chirurgie, la recherche laisse à penser que la majorité des patients gagnent habituellement à être opérés rapidement (réduction de la morbidité, de la douleur et de la durée du séjour à l'hôpital)[6, 7]. En 2005, un délai de référence de 48 heures a été établi pour les réparations d'une fracture de la hanche en raison de l'importance de procéder rapidement pour ce type d'intervention[8].

Entre avril et septembre 2011, près de 80 % des patients ont subi une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche dans le délai de référence, un taux qui est demeuré stable au cours des trois dernières années. On constate entre les provinces (à l'exclusion du Québec) une faible variation quant au respect du délai de référence, la Colombie-Britannique et l'Ontario affichant le taux le moins élevé (76 % et 78 % respectivement) et le Manitoba, le taux le plus élevé (85 %)[9].

Puisque la plupart des patients ayant subi une fracture de la hanche passent un certain temps au service d'urgence, ces données ne tiennent pas compte du temps d'attente total de la plupart des patients. La boîte à outils sur les pratiques exemplaires pour le traitement des fractures de la hanche (National Hip Fracture Toolkit), publiée en juin 2011 par Bone and Joint Canada, recommande que l'intervention chirurgicale soit réalisée dans les 48 heures suivant l'admission au service d'urgence[5]. Le couplage des données sur les services d'urgence et les hospitalisations permet à l'ICIS de calculer ce temps d'attente pour l'Alberta et l'Ontario. En 2011, 74 % des patients de l'Alberta et 70 % de ceux de l'Ontario ont subi leur chirurgie dans le délai de référence de 48 heures, alors que les taux étaient de 81 % et 78 % respectivement si on ne tient compte que du temps d'attente lié à l'hospitalisation. À Terre-Neuve-et-Labrador, qui déclare également ces temps d'attente, 87 % des patients subissent leur chirurgie dans le délai de référence de 48 heures. Les provinces et territoires sont de plus en plus nombreux à déclarer des données comparables, de sorte qu'il sera possible de mieux comprendre les temps d'attente pour la réparation d'une fracture de la hanche tout au long du continuum de soins.

L'histoire d'Hani

Hani a reçu un diagnostic d'ostéoarthrite après avoir attendu trois mois pour passer un examen d'IRM et deux mois pour consulter un chirurgien orthopédiste. Le chirurgien a recommandé une arthroplastie totale du genou afin de soulager la douleur et permettre à Hani de retrouver la vie active qu'il menait auparavant, et lui a mentionné que le temps d'attente pour cette chirurgie non urgente était d'au moins six mois. Le chirurgien lui a aussi précisé que 67 % des personnes qui avaient besoin de cette intervention en Colombie-Britannique l'avaient subi dans un délai de 182 jours, le délai de référence fondé sur des données probantes. Une fois la date de l'intervention fixée, Hani peut s'attendre à être admis à l'hôpital le jour même de son arthroplastie du genou.

Interventions chirurgicales dans les domaines prioritaires

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé au Canada cible une réduction des temps d'attente dans cinq domaines prioritaires, soit l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue[3]. En 2005, des délais de référence pancanadiens fondés sur des données probantes ont été établis pour que les provinces et territoires puissent évaluer et déclarer leurs temps d'attente pour les cas non urgents :

- radiothérapie contre le cancer : dans les 4 semaines à partir du moment où le patient est prêt pour le traitement;
- arthroplastie de la hanche ou du genou : dans les 26 semaines;
- chirurgie de la cataracte : dans les 16 semaines;
- pontage aortocoronarien : niveau 1 dans les 2 semaines, niveau 2 dans les 6 semaines, niveau 3 dans les 26 semaines;
- imagerie diagnostique : les points de référence pancanadiens n'ont pas encore été établis[9].

L'accord de 2004 prévoyait l'établissement par les provinces d'objectifs pluriannuels en vue du respect des délais de référence avant le 31 décembre 2007[3]. Aujourd'hui, environ 80 % des patients subissent une intervention prioritaire dans les délais de référence. Les réductions les plus marquées des délais d'attente liés aux domaines prioritaires ont été observées au cours des premières années de la stratégie décennale[8]. L'amplitude du changement a toutefois diminué ces dernières années, cinq provinces n'affichant aucun changement depuis 2009-2010.

Temps d'attente pour d'autres chirurgies : la priorité accordée aux interventions choisies a-t-elle des effets non attendus?

Nous en savons maintenant davantage sur les temps d'attente pour les interventions dans les domaines non prioritaires. La Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique recueillent des données sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales courantes, dont les chirurgies gynécologiques, les neurochirurgies, les chirurgies dentaires ainsi que les chirurgies esthétiques et reconstructives. Exemples :

- Nouvelle-Écosse : entre le 1er janvier et le 30 juin 2012, 90 % des patients ont subi une chirurgie de libération du canal carpien dans les 169 jours[10].
- Saskatchewan : l'objectif est que tous les patients, d'ici 2014, aient la possibilité de subir leurs chirurgies dans les trois mois; entre le 1er janvier et le 30 juin 2012, 89 % des patients ont été opérés dans les six mois suivant la date de prise de rendez-vous[11].
- Alberta : en date de mai 2012, 90 % des patients ont subi leur chirurgie du cerveau et de la moelle épinière dans les 17 semaines[12].
- Colombie-Britannique : entre le 1er mars et le 31 mai 2012, 90 % des patients ont subi une chirurgie bariatrique dans les quatre ans[13].

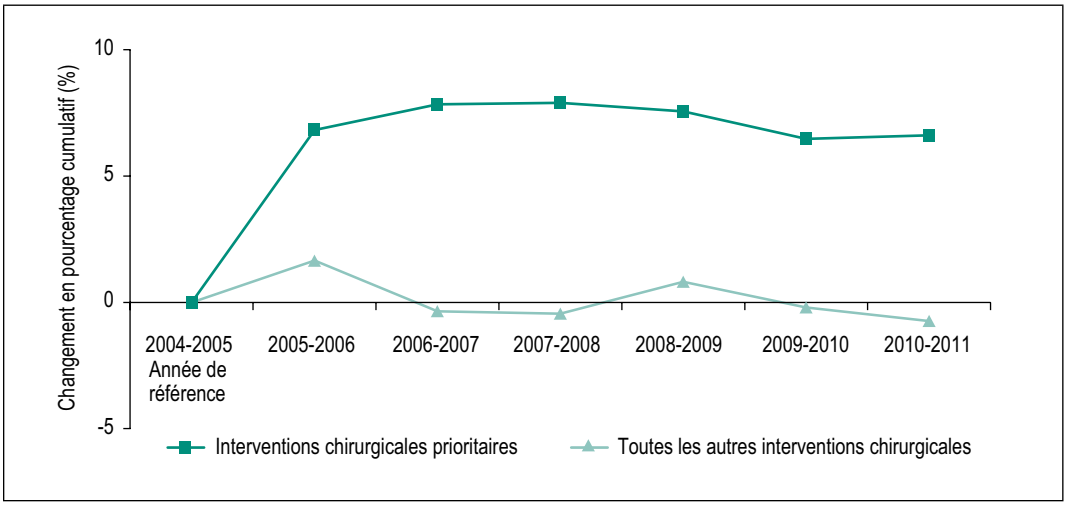
La possibilité que la priorité accordée aux chirurgies choisies ait entraîné fortuitement des temps d'attente plus élevés dans d'autres domaines a soulevé certaines préoccupations[14, 15]. En d'autres termes, l'augmentation du nombre d'interventions dans un nombre restreint de

domaines prioritaires a pu influer sur d'autres types d'interventions. Bien que des données soient maintenant recueillies sur les temps d'attente pour d'autres interventions, les tendances n'ont pas encore été dégagées. En l'absence de données de tendance, il est possible de faire la lumière sur la question en examinant les tendances générales en matière de volumes et de taux d'interventions pratiquées dans les domaines prioritaires depuis 2004 et en comparant ces tendances avec celles ayant trait à d'autres interventions.

En 2010-2011, environ 100 000 interventions prioritaires (arthroplasties de la hanche et du genou, chirurgies oncologiques, cardiaques et de la cataracte) de plus qu'en 2004-2005 ont été pratiquées, une hausse principalement attribuable aux chirurgies de la cataracte (plus de la moitié) et aux arthroplasties du genou. Les hausses les plus marquées ont été observées au cours des années suivant l'établissement des priorités (de 2004-2005 à 2006-2007), après quoi, la croissance s'est essoufflée. On a observé au même moment une croissance correspondante du nombre total de toutes les autres interventions chirurgicales (incluant notamment l'ablation de la vésicule biliaire et l'hystérectomie), qui sont passées de 2,03 millions en 2004-2005 à 2,28 millions en 2010-2011.

Pour que la croissance réelle soit bien comprise, la croissance démographique et le vieillissement ont été pris en compte. Le taux combiné ajusté des interventions prioritaires était 7 % plus élevé en 2010-2011 qu'en 2004-2005, la majeure partie de la croissance ayant été enregistrée l'année suivant l'établissement des domaines prioritaires. Par contre, le taux combiné ajusté de toutes les autres interventions chirurgicales n'a presque pas bougé, connaissant une baisse légère mais soutenue au cours des trois dernières années.

Figure 10 : Variation des taux ajustés selon l'âge des interventions prioritaires par rapport à d'autres interventions chirurgicales, 2004-2005 à 2010-2011



Remarques

Les taux canadiens comprennent les territoires, mais excluent le Québec.
Les estimations sont présentées en fonction du lieu de résidence des patients et non de la province dans laquelle est situé l'établissement.
Certaines estimations provenant de sources externes ont été ajoutées.

Sources

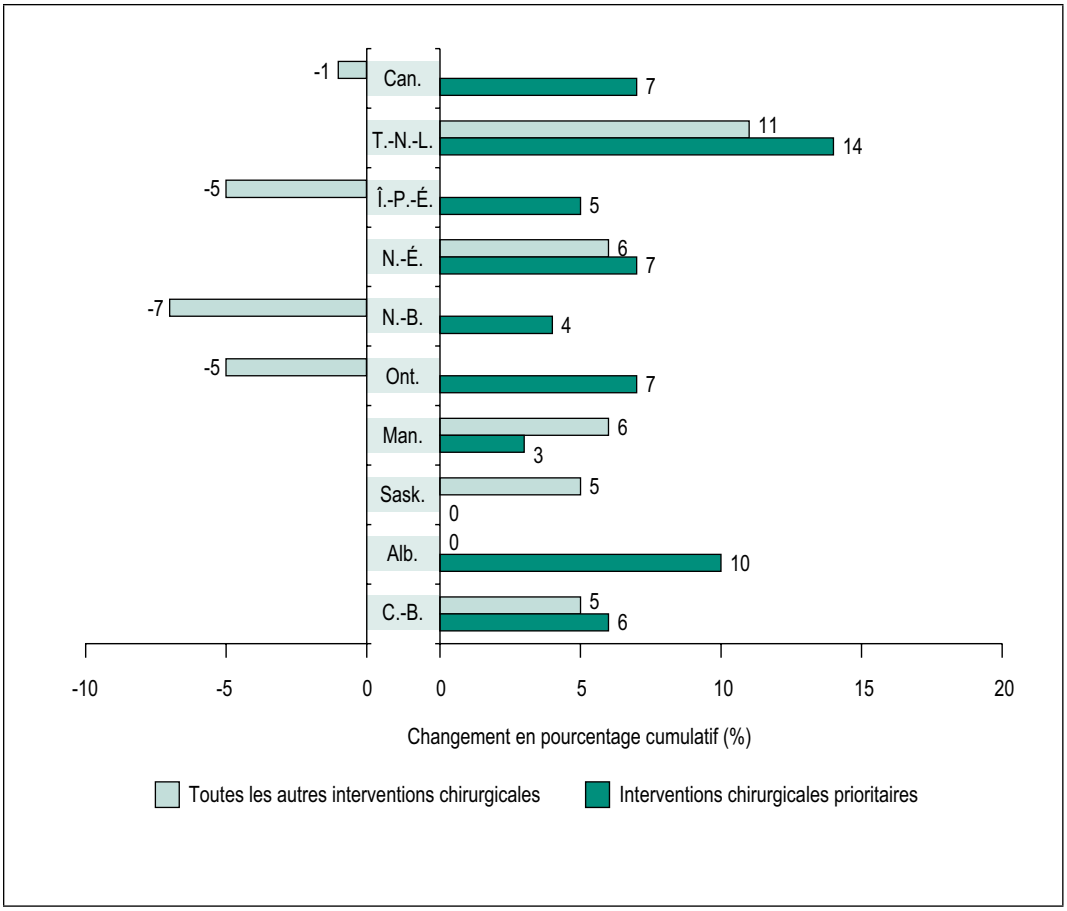
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2004-2005 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; données sur les soins ambulatoires, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, 2004-2005 à 2008-2009.

Variation à l'échelle du pays

Bien que le taux global d'interventions prioritaires ait augmenté depuis 2004-2005 et que le taux des autres chirurgies soit demeuré relativement stable, les résultats montrent des variations à l'échelle des provinces et territoires, surtout au cours des trois dernières années de données. Depuis 2004-2005, comme l'illustre la figure 11, des hausses du taux ajusté des interventions prioritaires ont été observées en Ontario (7 %), à l'Île-du-Prince-Édouard (5 %) et au Nouveau-Brunswick (4 %), alors que le taux ajusté des autres interventions a chuté (-7 % au Nouveau-Brunswick et -5 % à l'Île-du-Prince-Édouard et en Ontario). D'autres provinces ont affiché une tendance inverse. Le Manitoba et la Saskatchewan ont en effet enregistré des hausses plus marquées du taux ajusté des autres interventions (6 % et 5 % respectivement) que de celui des interventions prioritaires (3 % et 0,3 % respectivement).

D'autres facteurs, outre l'effet d'éviction, peuvent également agir sur les volumes et les taux d'interventions pratiquées au fil du temps. Les stratégies mises en œuvre par les provinces pour réduire les temps d'attente et faciliter l'accès aux soins sont en partie responsables des écarts provinciaux. Par exemple, l'introduction de garanties générales par rapport aux temps d'attente, la création de cheminements chirurgicaux pour les arthroplasties de la hanche et du genou ainsi que l'augmentation récente de la capacité chirurgicale en Saskatchewan ont permis d'accroître le nombre de chirurgies orthopédiques (prioritaires et autres) pratiquées ces dernières années. Les progrès réalisés dans les domaines des techniques chirurgicales et des appareils implantables jouent également un rôle, tout comme les changements relatifs à l'endroit où les chirurgies sont pratiquées. Au Nouveau-Brunswick notamment, certaines interventions admissibles ne nécessitant pas d'anesthésie générale (comme la libération du canal carpien) sont désormais pratiquées dans des unités de soins ambulatoires plutôt que dans des salles d'opération principales. Cette décision a probablement contribué à la hausse récente du nombre de chirurgies de la cataracte et d'arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées dans cette province. Les résidents des provinces limitrophes, en particulier de l'Île-du-Prince-Édouard, pourraient tirer profit de cette capacité supplémentaire de pratiquer des chirurgies prioritaires. Enfin, les tendances à plus long terme amorcées avant 2004 pourraient aussi avoir une incidence sur les taux observés. Selon une étude menée en Ontario en 2006 ayant trait aux tendances sur 14 ans des volumes d'interventions chirurgicales, les taux de nombreuses interventions (comme l'ablation de la vésicule biliaire, l'implantation de tubes dans les oreilles et la ligature des trompes) avaient déjà commencé à chuter bien avant 2004[15].

Figure 11 : Variation en pourcentage cumulatif du taux ajusté selon l'âge des interventions prioritaires par rapport à toutes les autres interventions chirurgicales, 2004-2005 à 2010-2011, Canada et par province



Remarque
Le pourcentage du Canada comprend les territoires, mais exclut le Québec. Les résidents du Nouveau-Brunswick qui ont subi des chirurgies au Québec ne sont donc pas inclus, ce qui peut avoir une incidence sur les taux d'interventions prioritaires et des autres chirurgies du Nouveau-Brunswick.

Sources
Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; données sur les soins ambulatoires, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

En raison de différences dans la collecte de données (le Québec n'a pas utilisé les normes CIM-10-CA et CCI[i] pour saisir les données pour l'année de référence 2004-2005), les données du Québec ont été analysées séparément. Aucune comparaison n'a été faite avec les autres types de chirurgie. Les données du Québec révèlent toutefois une augmentation des interventions prioritaires semblable à celle observée dans d'autres régions du Canada. Le nombre de pontages aortocoronariens, d'arthroplasties de la hanche et du genou et de chirurgies de la cataracte a augmenté de 29 % (de 88 700 à 114 400) de 2006-2007 à 2010-2011. Au cours de la même période, on a observé une augmentation du taux ajusté selon l'âge des arthroplasties du genou (29 %) et de la hanche (24 %) de même que des chirurgies

i. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada, et Classification canadienne des interventions en santé.

de la cataracte (18 %), alors que le taux de pontages aortocoronariens a chuté (24 %). Cette baisse peut être attribuable à une réduction de la demande ou à la décision de pratiquer une intervention différente. Par exemple, l'intervention coronaire percutée (ICP) est considérée comme une solution moins invasive que le pontage aortocoronarien. Le taux d'ICP a augmenté au Québec et dans d'autres provinces et territoires ces dernières années.[16]

Temps d'attente pour une transplantation d'organe plein

Bien que le nombre de Canadiens ayant besoin d'une transplantation d'organe plein soit relativement peu élevé, le temps d'attente est très long pour les personnes qui sont au stade terminal de l'insuffisance organique. En 2010, il s'est pratiqué 2 103 transplantations d'organe (rein, foie, cœur, pancréas, intestin grêle et poumon) à l'échelle pancanadienne et 4 529 personnes étaient sur la liste d'attente. Le rein représente l'organe le plus souvent transplanté (1 197 transplantations) et celui pour lequel la liste d'attente est la plus longue (3 362 personnes). Le temps médian que les Canadiens ayant reçu un rein d'un donneur décédé ont passé en dialyse était de 3,7 ans. Les patients disposant d'un donneur vivant ont passé environ 1,5 an en dialyse avant de subir une première transplantation. Toujours en 2012, 247 personnes figurant sur une liste d'attente sont décédées et 511 ont été retirées de la liste, la majorité étant en attente d'un rein ou d'un foie[17].

Jusqu'à tout récemment, l'attribution des organes et les listes d'attente étaient gérées à l'échelle provinciale, d'où les variations entre les provinces et territoires. En 2008, la Société canadienne du sang a reçu pour mandat de créer un système national d'attribution et de registre d'organes, à commencer par les trois premiers registres spécialisés suivants :

- Le Registre de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires (DVEB), lancé en 2009 pour les greffes de reins, est le premier registre pancanadien de don d'organes[18].
- La Liste d'attente nationale, lancée officiellement le 26 juin 2012, vise à faciliter les échanges interprovinciaux pour les patients ayant besoin d'une greffe non rénale au stade terminal de l'insuffisance organique[18].
- Le Registre des patients hyperimmunisés, pour les patients ayant besoin d'une greffe rénale, est en cours d'élaboration et devrait être lancé en 2012[19].

Attente du congé

La question du niveau de soins alternatif (NSA) et de son lien avec les temps d'attente au service d'urgence a été abordée au chapitre 2. Les séjours NSA influent également sur le cheminement des patients dans le continuum de soins ainsi que sur le coût de la prestation des soins, l'accès au milieu de soins le plus approprié et les résultats pour le patient. La présente section s'intéresse plus particulièrement aux patients NSA hospitalisés en soins de courte durée.

Environ 5 % des patients attendent de recevoir un autre type de soins dans un lit d'hôpital, ce qui représente environ 580 lits occupés chaque jour par des patients NSA; ce chiffre est demeuré stable au cours des dernières années. En général, la plupart des patients NSA (74%) sont en attente de placement.

Bien que les temps d'attente pour un NSA semblent varier selon l'emplacement géographique, il est difficile de savoir dans quelle mesure cette variation est attribuable aux différents modes de collecte de données. Au Québec par exemple, la saisie des données NSA se limite aux patients des soins de courte durée qui attendent un placement en soins de longue durée. À l'échelle nationale, 16 % des patients NSA ont attendu un ou deux jours avant d'obtenir leur congé en 2010-2011, alors que 21 % d'entre eux ont attendu plus d'un mois et 5 %, plus de 100 jours. Un bon nombre de patients (41 %) ont été placés en soins de longue durée, 29 % sont retournés chez eux (avec ou sans services) et 13 % ont été hospitalisés en réadaptation. Un patient sur dix est décédé alors qu'il était en attente; dans la plupart des cas, le patient attendait d'être transféré aux soins palliatifs ou admis dans un autre établissement.

Comprendre les patients NSA

Pour aborder la question des NSA, il faut entre autres mieux comprendre les besoins en matière de soins des patients qui attendent d'obtenir leur congé. Ces patients sont admis à l'hôpital pour un large éventail de problèmes de santé. Les causes les plus courantes d'admission en 2010-2011 étaient la démence (7 %), des signes et symptômes généraux (5 %) et les accidents vasculaires cérébraux (4 %). Malgré les différences quant aux groupes de patients, de nombreuses similitudes ont été observées quant aux affections dont souffraient les patients NSA dans l'ensemble des provinces et territoires. Même si la destination ou le type de soins pour lesquels les patients attendent varient, les causes les plus courantes d'admission sont l'attente pour le placement (74 %), la convalescence (9 %) et les soins palliatifs (8 %).

L'histoire d'Hani

L'arthroplastie du genou d'Hani s'est bien passée. Comme il vit seul et qu'il doit monter des escaliers pour accéder à son appartement, l'équipe de soins a recommandé qu'il soit transféré au service de réadaptation pour patients hospitalisés. Bien qu'il soit physiquement prêt et qu'il ait hâte de commencer la réadaptation, Hani doit demeurer dans son lit d'hôpital et devra probablement attendre environ deux jours avant d'entamer cette étape de son rétablissement. Il a entendu parler d'autres patients qui avaient attendu jusqu'à huit jours avant de commencer la réadaptation et il espère ne pas avoir à attendre aussi longtemps. Le temps d'attente d'Hani pour son congé est assez typique de celui de 5 % des patients de la Colombie-Britannique qui font un séjour à un niveau de soins alternatif.

Figure 12 : Raisons les plus courantes d'admission des patients NSA, par province, 2010-2011

Colombie-Britannique

8 % Démence
5 % Signes et symptômes généraux
4 % Convalescence
4 % Réadaptation
3 % Insuffisance cardiaque

Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections ▶ 1/4

Québec

23 % Démence
10 % Troubles mentaux divers
5 % Signes et symptômes généraux
3 % Trouble mental organique
2 % Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur

2/5 ◀ Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections

Alberta

11 % Démence
6 % Signes et symptômes généraux
5 % Trouble mental organique
4 % Accident vasculaire cérébral
4 % Attente de placement

Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections ▶ 1/3

Nouveau-Brunswick

10 % Attente de placement
8 % Démence
6 % Signes et symptômes généraux
3 % Convalescence
3 % Accident vasculaire cérébral

moins de 1/3 ◀ Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections

Saskatchewan

14 % Attente de placement
9 % Convalescence
5 % Démence
5 % Signes et symptômes généraux
4 % Insuffisance cardiaque

Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections ▶ 1/3

Nouvelle-Écosse

11 % Attente de placement
6 % Démence
6 % Soins palliatifs
6 % Convalescence
4 % MPOC

1/3 ◀ Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections

Manitoba

12 % Attente de placement
10 % Démence
5 % Réadaptation
4 % Insuffisance cardiaque
4 % Signes et symptômes généraux

Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections ▶ 1/3

Île-du-Prince-Édouard

11 % Attente de placement
10 % Convalescence
7 % Démence
5 % Signes et symptômes généraux
5 % MPOC

2/5 ◀ Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections

Ontario

5 % Accident vasculaire cérébral
4 % Signes et symptômes généraux
4 % Soins palliatifs
4 % Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur
4 % Démence

Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections ▶ 1/5

Terre-Neuve-et-Labrador

5 % Convalescence
5 % MPOC
4 % Fixation ou réparation de la hanche ou du fémur
3 % Attente de placement
3 % Arthroplastie de la hanche avec lésion

1/5 ◀ Proportion de tous les cas NSA représentés par les cinq affections

Remarques
MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.
Exclut les patients en obstétrique et les patients pédiatriques.
Les territoires sont exclus de la présente analyse.

Sources
Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Stratégies de réduction des temps d'attente

La demande de services de soins de courte durée a toujours été élevée. Certains patients attendent d'être admis afin de bénéficier de ces services, alors que d'autres occupent des lits en attendant de recevoir des soins dans un milieu plus approprié. Les décideurs et gestionnaires du système de santé qui désirent réduire les temps d'attente pour ces deux types de patients peuvent s'inspirer de nombreux exemples de réussite :

Incitatifs financiers

- Les garanties de revenus introduites par la Nouvelle-Écosse en 2007 ont permis à cette province d'encourager un plus grand nombre de professionnels de la santé à travailler dans une unité de soins intensifs (USI), surtout en milieu rural. Les médecins qui travaillent dans des USI peuvent choisir un revenu annuel supplémentaire de 10 000 $ ou l'accès à une nouvelle enveloppe de financement visant à recruter d'autres médecins aux USI et ainsi réduire leur charge de travail. Ces médecins bénéficient également d'une nouvelle garantie de revenus à hauteur de 1 850 $ par jour pour les services USI en milieu hospitalier[20].
- Depuis 2004, le Québec a accordé un financement additionnel aux centres qui s'engagent à effectuer un nombre défini d'autres interventions chirurgicales (ce qui peut comprendre des chirurgies prioritaires et d'autres chirurgies). La réduction des temps d'attente pour ces interventions est grandement attribuable à la mise en œuvre du Mécanisme central de gestion de l'accès (MCGA) et à l'apport du financement additionnel.

Politiques en matière de ressources humaines

- L'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse ont travaillé ensemble à l'élaboration du modèle intitulé Un système de santé unique — le modèle collaboratif de soins[21]. Ce modèle stipule notamment que le personnel doit être en mesure de mettre en pratique toute l'étendue de sa formation professionnelle. Certains des changements proposés au chapitre des ressources humaines en santé touchent les soins infirmiers : d'une part, la participation du personnel infirmier à la planification, à la gestion et à la coordination des soins, à la sensibilisation des patients et de leur famille, et à la réévaluation continue des patients, et d'autre part, l'ajout d'autres types de personnel infirmier comme les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les travailleurs offrant des services à domicile. Les hôpitaux de soins de courte durée seront dotés en personnel selon une approche collaborative, les dispensateurs participant directement à l'unité et assurant une présence en tout temps. Les patients sont vus, selon les besoins, par du personnel assumant un rôle de conseiller[22].
- La Régie des hôpitaux du Yukon a mis en place des initiatives visant à faciliter l'accès à des lits d'hospitalisation. Une de ces initiatives a pour but de faire en sorte qu'une infirmière clinique en chef agisse en tout temps à titre de point de contact afin de faciliter les déplacements de patients au sein de l'hôpital et de coordonner le rapatriement de patients des régions du Sud[23].

Technologie et cheminement des patients

- Terre-Neuve-et-Labrador, par une approche centralisée semblable à celle du Québec visant à réduire le temps d'attente pour une arthroplastie, a mis en place des cliniques d'admission et d'évaluation centrale pour les patients en attente d'une intervention chirurgicale. Les cliniques utilisent un outil commun pour recevoir et coordonner toutes les orientations ainsi que pour classer les patients devant subir une chirurgie selon qu'ils sont prêts à subir la chirurgie, qu'ils ont besoin d'autres services pour optimiser les résultats de l'intervention ou que leur degré de préparation à l'intervention doit être évalué. La clinique pilote de l'Autorité sanitaire régionale Eastern a connu une réduction de 72 % du temps d'attente pour les demandes de consultation prioritaires en orthopédie et de 45 % pour les orientations de routine provenant d'un praticien de soins primaires. Ces cliniques pourront éventuellement élargir leurs activités afin d'inclure toutes les orientations en orthopédie[24].
- L'Autorité sanitaire régionale Eastern de Terre-Neuve-et-Labrador a également commandé, en mars 2009, une étude du cheminement des patients afin de cerner les domaines des soins aux patients pouvant être améliorés. Bon nombre des recommandations formulées ont été mises en œuvre ou sont en voie de l'être; elles ont notamment permis de réduire de 32 % le nombre de chirurgies cardiaques annulées et de diminuer le délai de transfert des patients. Une étude et une validation de la liste d'attente régionale des soins chirurgicaux pour adultes ont été entreprises en 2010. De juillet à décembre 2010, environ 3 410 patients ont été contactés afin qu'on puisse déterminer s'ils devaient demeurer sur la liste d'attente des chirurgies non urgentes. Environ 860 de ces patients ont demandé à être retirés de la liste (ce qui a libéré des places pour d'autres patients) parce qu'ils avaient déjà subi leur chirurgie, avaient changé d'avis ou croyaient ne plus avoir besoin de l'intervention[25].
- Un réseau de soins chirurgicaux a été introduit au Nouveau-Brunswick en 2007, dans le cadre duquel un modèle d'évaluation clinique et des définitions normalisées des temps d'attente, des temps de traitement des cas, des codes de délai et des noms d'intervention ont été élaborés. Le registre d'accès aux soins chirurgicaux fournit des données en temps réel qui facilitent la prise de rendez-vous et la réservation des salles d'opération. Depuis l'entrée en vigueur du registre en janvier 2008, on a constaté une réduction du temps d'attente médian pour l'ensemble des chirurgies (24 %) ainsi que pour les chirurgies oncologiques (50 %); de plus, le nombre de patients qui devaient attendre de 12 à 18 mois ou plus de 18 mois a baissé de 27 %[26].
- Le Registre de l'accès des patients du Manitoba consiste en un système de technologie de l'information et une méthodologie normalisée de consignation de données sur tous les patients en attente d'une consultation médicale et de services chirurgicaux (interventions prioritaires et autres) dans la province[27]. Le registre, initialement mis en œuvre sur une base de participation volontaire en 2007, est devenu obligatoire en janvier 2010. À l'heure actuelle, il offre des renseignements sur les temps d'attente au grand public de même que des données plus détaillées aux régies régionales de la santé. Le système électronique de demandes de consultation eBooking a récemment été intégré au registre. Ce système permet de suivre les formulaires électroniques de demande de consultation et d'obtenir en temps réel des renseignements sur les disponibilités des salles d'opération. Des mesures législatives semblables à celles adoptées au Manitoba existent également en Saskatchewan, en Ontario et au Nouveau-Brunswick[28].

- La Saskatchewan a utilisé le modèle de rendez-vous accéléré dans plusieurs domaines. En 2007, une clinique d'urologie de Saskatoon a mis en œuvre ce modèle afin de réduire de quatre mois à deux semaines ou moins le temps d'attente pour les patients orientés vers un spécialiste. On y a libéré des plages de rendez-vous en évaluant quels patients avaient besoin d'un suivi auprès d'un urologue et quels patients pouvaient voir leur propre médecin. Celle approche, jumelée à une série d'autres améliorations, a permis au personnel de bureau d'attribuer les patients à l'urologue dont le temps d'attente était le moins élevé, et ainsi d'éviter le retour à des retards accumulés[29]. L'initiative sur les chirurgies en Saskatchewan a été mise en œuvre pour les chirurgiens orthopédistes de Prince Albert en mars 2012 et pour les chirurgiens généraux à la fin mai. Ce système de mise en commun organise et retrace toutes les orientations provenant d'omnipraticiens pour diriger les patients vers le spécialiste approprié. Étant donné que le temps d'attente pour un spécialiste est plus long dans les grands centres (Regina et Saskatoon) que dans les plus petits centres (Prince Albert et Moose Jaw), les salles d'opération de ces derniers avaient tendance à ne pas être utilisées. Le système de mise en commun vise à éliminer ce gaspillage en équilibrant le temps d'attente pour l'ensemble des chirurgiens. Le gouvernement provincial s'est engagé à mettre en commun toutes les pratiques chirurgicales de la Saskatchewan d'ici le 31 mars 2016, à un coût annuel de 200 000 $[30].

Conclusion

Le présent chapitre a traité des problèmes potentiels de temps d'attente et d'accès avec lesquels doivent composer les personnes hospitalisées en soins de courte durée. Selon les comparaisons internationales des temps d'attente pour des chirurgies non urgentes, les Canadiens font face à des temps d'attente relativement longs. Des garanties, points de référence et exigences en matière de publication de résultats ont toutefois contribué à réduire considérablement les temps d'attente dans les domaines prioritaires établis en 2004. Actuellement, environ 8 patients sur 10 subissent leur chirurgie prioritaire dans le délai de référence prescrit, mais il y a encore matière à amélioration. Les analyses à jour présentées dans ce chapitre ne permettent pas de conclure que le fait de mettre l'accent sur les interventions prioritaires a eu un impact négatif sur les autres interventions à l'échelle pancanadienne. Des variations ont toutefois été observées entre les provinces, probablement parce que celles-ci ont adopté des stratégies différentes pour régler les problèmes locaux de temps d'attente et d'accès aux soins.

L'élaboration de solutions viables pour les patients NSA pose encore et toujours un défi. Bien que le taux de jours NSA soit demeuré stable au Canada depuis 2008-2009 (à environ 5 %), le temps d'attente pour un placement dans un milieu de soins plus approprié a tendance à être plus élevé pour certaines personnes, surtout celles souffrant de démence et les patients en soins palliatifs. Le prochain chapitre traite des patients qui ont besoin de soins spécialisés après un séjour en soins de courte durée, ainsi que du temps qu'ils doivent attendre.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Acute Care. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785. Dernière modification en 2012. Consulté le 19 juillet 2012.

2. Institut canadien d'information sur la santé. *Highlights of 2010-2011 Inpatient Hospitalizations and Emergency Department Visits*. Ottawa, ON: ICIS; 2012. https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1840.

3. Santé Canada. First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php. Dernière modification en 2006. Consulté le 9 juillet 2012.

4. Schoen C, Osborn R. *The Commonwealth Fund: 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*. New York, É.-U. : Fonds du Commonwealth; 2010. http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx.

5. Décennie des os et des articulations. National hip fracture toolkit. http://www.boneandjointcanada.com/?sec_id=310&msid=3. Dernière modification en juin 2011. Consulté le 19 juillet 2012.

6. Décennie des os et des articulations. Ontario Fracture Care: Removing Access Barriers to Return People Home. http://www.boneandjointcanada.com/?sec_id=384&msid=3. Dernière modification en 2010. Consulté le 9 août 2012.

7. Orosz GM MJ. Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. *JAMA*. 14 avril 2004; 291(14) :1738-1743. http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.14.1738. Consulté le 9 août 2012.

8. Institut canadien d'information sur la santé. *Wait Times in Canada - A Summary, 2012*. Ottawa, ON: ICIS; mars 2012. https://secure.cihi.ca/free_products/WaitTimesSummary2012_EN.pdf.

9. Santé Canada et le gouvernement fédéral canadien. The Wait Times Issue and the Patient Wait Times Guarantee. http://www.parl.gc.ca/content/LOP/ResearchPublications/prb0582-e.htm#a10; http://www.parl.gc.ca/content/LOP/ResearchPublications/prb0582-e.htm#a2. Dernière modification en 2009. Consulté le 10 juillet 2012.

10. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Carpal tunnel surgery. http://www.gov.ns.ca/health/waittimes/procedure.asp?pid=1062. Dernière modification en 2012. Consulté le 7 octobre 2012.

11. Saskatchewan Surgical Initiative. What's New - Wait No Longer than Three Months by 2014. http://www.sasksurgery.ca/. Dernière modification en 2012. Consulté le 24 août 2012.

12. Gouvernement de l'Alberta. Alberta wait times reporting website. http://waittimes.alberta.ca/. Dernière modification en 2012. Consulté le 11 juillet 2012.

13. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Search wait times. http://www.health.gov.bc.ca/swt/. Dernière modification en 2012. Consulté le 11 juillet 2012.

14. Alliance sur les temps d'attente. *Time's Up - Acheiving Meaningful Reductions in Wait Times*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2007. http://www.waittimealliance.ca/images/report_times_up.pdf.

15. Rapport d'enquête du CIEM. *The Ontario Wait Time Strategy: No Evidence of an Adverse Impact on Other Surgeries*. 2007. http://www.ices.on.ca/file/Wait_Time_Strategies_other_surgeries_IR.pdf. Consulté le 7 septembre 2012.

16. Page M, Doucet M, Eisenberg MJ, Behlouli H, Pilote L. Temporal trends in revascularization and outcomes after acute myocardial infarction among the very elderly. *CMAJ*. 2010;182(13):1415-1420. http://www.ecmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.092053v1.

17. Institut canadien d'information sur la santé. *Canadian Organ Replacement Registry Annual Report*. Ottawa, ON: ICIS; 2012. https://secure.cihi.ca/free_products/2011_CORR_Annua_Report_EN.pdf.

18. Société canadienne du sang. Blueprint for a National, Integrated Organs and Tissues System Release. http://www.blood.ca/centreapps/internet/uw_v502_mainengine.nsf/web/3424DA4DC50467E885257A23004C4BCC?OpenDocument. Dernière modification en 2012. Consulté le 21 juin 2012.

19. Société canadienne du sang. Update for the Organ Donation and Transplantation Community. Organ and Tissue Donation and Transplantation. http://www.organsandtissues.ca/s/english-expert/news. Dernière modification en 2012. Consulté le 1er juillet 2012.

20. Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse. Recruitment, Patient Care Get Boost Under New Agreement. Nova Scotia Canada. http://novascotia.ca/news/release/?id=20071005006. Dernière modification en 2007. Consulté le 25 juillet 2012.

21. Santé Î.-P.-É. Collaborative Model of Care (CMoC). Health PEI. One Island Future, One Island Health System. http://www.healthpei.ca/cmoc. Dernière modification en 2012. Consulté le 26 juillet 2012.

22. Santé Î.-P.-É. *A New Model of Care for PEI: Building a Plan to Improve Care Delivery Across the Continuum*. PEI: Santé Î.-P.-É; 2009. http://www.gov.pe.ca/photos/original/hpei_moc_report.pdf. Consulté le 26 juillet 2012.

23. Régie des hôpitaux du Yukon. *Annual Report 2010-2011*. Whitehorse, YT: Régie des hôpitaux du Yukon; 2011.

24. Terre-Neuve-et-Labrador. A Strategy to Reduce Hip and Knee Joint Replacement Surgery Wait Times in Newfoundland and Labrador. http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2011/health/0304n02.htm. Dernière modification en 2012.

25. Terre-Neuve-et-Labrador. Progress Continues in Addressing Wait Times for Health Care Services. Newfoundland Labrador Canada. Dernière modification en 2011. Consulté le 15 août 2012.

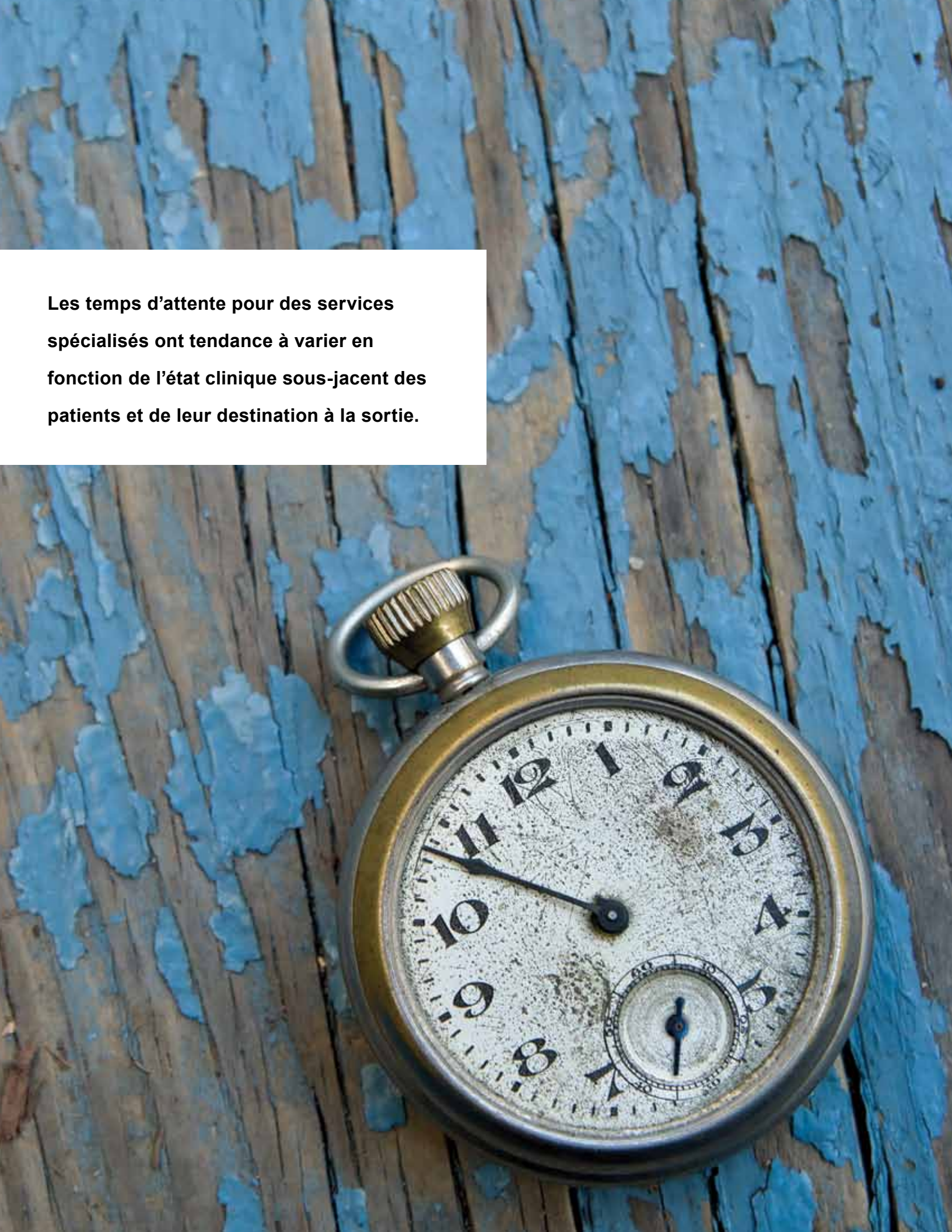
26. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Access to surgery in British Columbia: the cutting edge. http://www.health.gov.bc.ca/cpa/mediasite/pdf/SAC-Final-Report.pdf. Consulté le 3 août 2012.

27. Doctors Manitoba. Patient access registry tool shows promise. http://www.docsmb.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=211. Dernière modification en décembre 2008. Consulté le 3 août 2012.

28. Santé Manitoba. eBooking: electronic OR booking. Patient Access Registry Tool (PART). http://www.gov.mb.ca/health/mpan/pdf/ebooking.pdf. Dernière modification en 2012. Consulté le 25 juillet 2012.

29. Saskatchewan Health Quality Council. QReview - Finding the time to shorten wait times for patients. https://www.hqc.sk.ca/portal.jsp?W21LQum+YEhUTQFLXSnxnDBIzBf0QfLQkUwK4QBZaJtC0GkpNuk4YFVvI5thiwzu. Dernière modification en juillet 2007. Consulté le 18 août 2012.

30. Cornet D. Surgeons adopt cutting-edge pooling system. *The Prince Albert Daily Herald*. 16 avril 2012; http://www.paherald.sk.ca/Local/News/2012-04-16/article-2955418/Surgeons-adopt-cutting-edge-pooling-system/1. Consulté le 24 août 2012.



Les temps d'attente pour des services spécialisés ont tendance à varier en fonction de l'état clinique sous-jacent des patients et de leur destination à la sortie.

chapitre 4

Temps d'attente pour des soins spécialisés

Jusqu'à présent, les efforts déployés pour mieux comprendre et évaluer les temps d'attente au Canada étaient principalement axés sur les soins de courte durée. L'ensemble du continuum de soins englobe toutefois une gamme plus large de services. De nombreux patients ont en effet besoin de services spécialisés, comme les services de réadaptation, de santé mentale, à domicile ou de soins en hébergement. Le présent chapitre s'intéresse à ce que l'on sait des temps d'attente pour des services spécialisés et met en évidence les domaines où il manque encore des données.

Temps d'attente pour des services de réadaptation

Les soins de réadaptation, qui comprennent divers services hospitaliers (patients hospitalisés et cliniques de consultation externe) et communautaires (cliniques privées et services à domicile), ont pour but de favoriser l'autonomie chez les personnes souffrant d'une maladie

L'histoire d'Hani

En 2010-2011, 9 % des 50 000 patients et plus ayant subi une arthroplastie du genou ont ensuite été admis en soins de réadaptation pour patients hospitalisés. Hani, compte tenu des circonstances particulières propres à son cas (comme précisé au chapitre 3), a été dirigé vers des soins pour patients hospitalisés. Il ne devrait pas avoir à attendre trop longtemps; les patients en orthopédie attendent environ 36 heures, en moyenne, avant d'être admis en réadaptation. Si l'on se fie à la durée moyenne du séjour des patients en orthopédie, Hani peut s'attendre à passer deux semaines en réadaptation à l'hôpital.

ou d'une blessure débilitante[1, 2]. La transition de la prestation des services dans les hôpitaux vers les dispensateurs communautaires amorcée ces dernières années avait initialement été introduite afin d'alléger le fardeau des hôpitaux. On constate qu'aujourd'hui, la majorité des services de réadaptation sont dispensés ailleurs qu'en milieu hospitalier[3-5].

Les temps d'attente pour des services de réadaptation au Canada sont difficiles à définir. La plupart des études publiées utilisent la longueur de la liste d'attente comme un indicateur des temps d'attente. En général, ces études concluent que l'attente pour des services de réadaptation demeure un enjeu important au Canada[6, 7].

Temps d'attente pour des services de réadaptation dans la collectivité

L'accès rapide à des services de réadaptation dans la collectivité peut réduire le nombre de visites aux services d'urgence ainsi que la durée du séjour à l'hôpital et repousser le moment où des soins en hébergement deviennent nécessaires[8, 9]. L'attente pour des services de réadaptation peut avoir de multiples conséquences. Elle peut notamment contribuer à la hausse des coûts des services de santé et à la prévalence de l'incapacité chez les personnes en attente, qui peuvent alors nécessiter des soins dans d'autres établissements[6, 9]. Une étude menée en Ontario révèle que le temps d'attente d'un patient type est de 15 jours pour des services d'ergothérapie et de 29 jours pour des services de physiothérapie[3]. Le temps d'attente pour des services de physiothérapie en cliniques externes était plus élevé que pour ceux offerts dans des centres d'accès aux soins communautaires, alors que le temps d'attente pour des services d'ergothérapie était sensiblement le même dans ces deux types d'établissements[3].

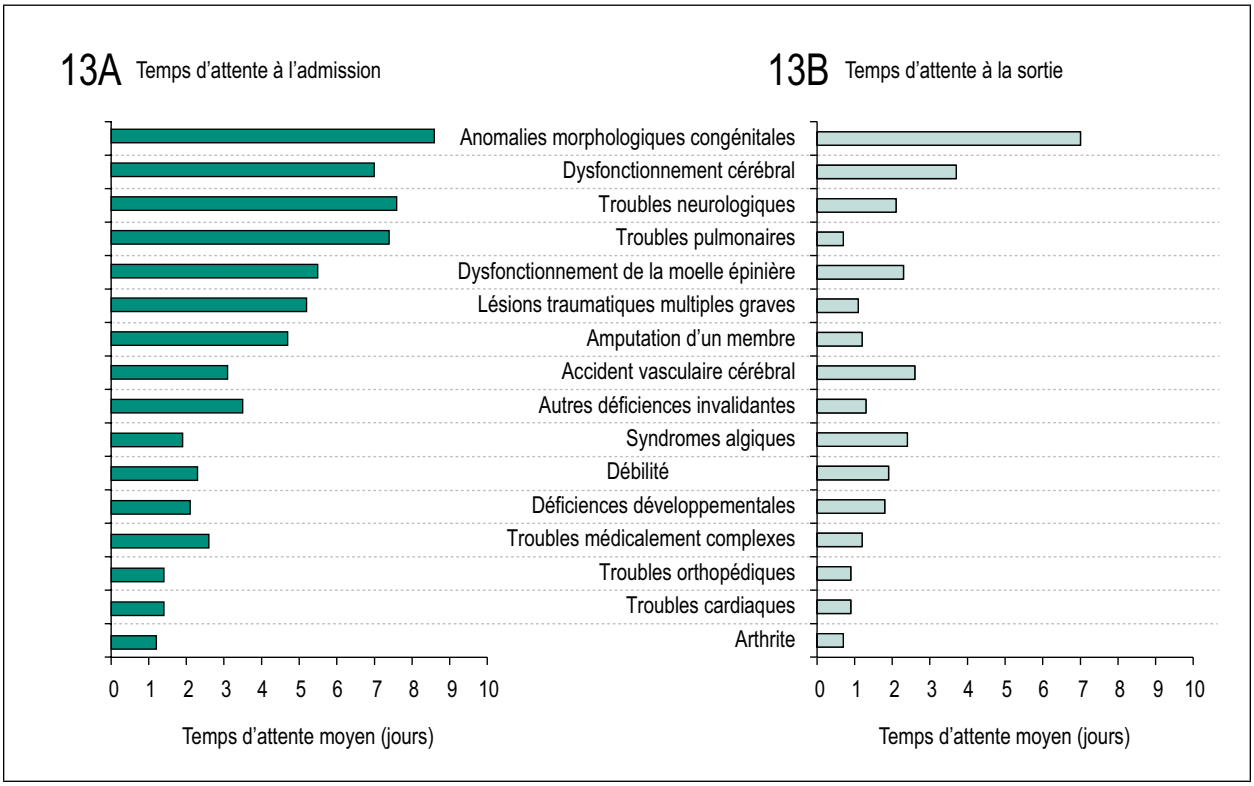
Plusieurs facteurs influent sur le temps d'attente pour des services de réadaptation dans la collectivité, dont les heures d'ouverture, la capacité de payer et les caractéristiques géographiques. L'accès à des centres financés par l'État peut poser problème parce que la plupart de ces centres sont fermés la fin de semaine ou après les heures de travail habituelles[9]. Le temps d'attente s'est révélé plus court dans les cliniques privées ainsi que pour les patients qui ne souffrent pas d'affections chroniques[6, 9]. Par contre, il peut être plus élevé dans les zones rurales ou éloignées qu'en milieu urbain, en raison du nombre restreint d'endroits qui offrent des services spécialisés de réadaptation[7].

Temps d'attente pour des services de réadaptation pour patients hospitalisés

Le temps d'attente moyen pour être admis dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés est d'environ trois jours. En 2010-2011, près de 31 % des patients transférés d'un établissement de soins de courte durée vers un service de réadaptation pour patients hospitalisés ont dû attendre dans l'établissement de soins de courte durée avant d'amorcer leur réadaptation. Selon les données du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) de l'ICIS, en 2011-2012, plus de 90 % des patients en réadaptation ont été orientés par un établissement de soins de courte durée, alors que seulement 2 % ont été orientés par un établissement privé.

Bien que les temps d'attente globaux soient demeurés stables, des facteurs démographiques et cliniques ont entraîné certaines variations des temps d'attente. Par exemple, l'état et l'âge du patient, le type d'établissement dans lequel il attend d'être admis et l'emplacement de l'établissement peuvent tous influer sur le temps d'attente. En 2011-2012, le temps d'attente à l'admission variait considérablement selon le groupe de clients en réadaptation (consulter la figure 13A), allant d'un jour (arthrite) à neuf jours (anomalies morphologiques congénitales). Le temps d'attente à l'admission dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés variait également d'une province à l'autre en 2011-2012, allant d'environ un jour en Alberta à 17 jours en Nouvelle-Écosse.

Figure 13 (A et B) : Nombre moyen de jours d'attente à l'admission et à la sortie, par groupe de clients en réadaptation, 2011-2012



Remarques

Comprend les patients qui ont obtenu leur congé en 2011-2012 et dont les évaluations étaient complètes à la sortie.
La date à laquelle le patient est prêt pour sa sortie n'est obligatoire dans le Système national d'information sur la réadaptation que si les objectifs en matière de services fournis au patient sont atteints.
Veuillez consulter le rapport *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada* (www.icis.ca) afin d'obtenir de plus amples renseignements sur chaque groupe de clients en réadaptation.

Source

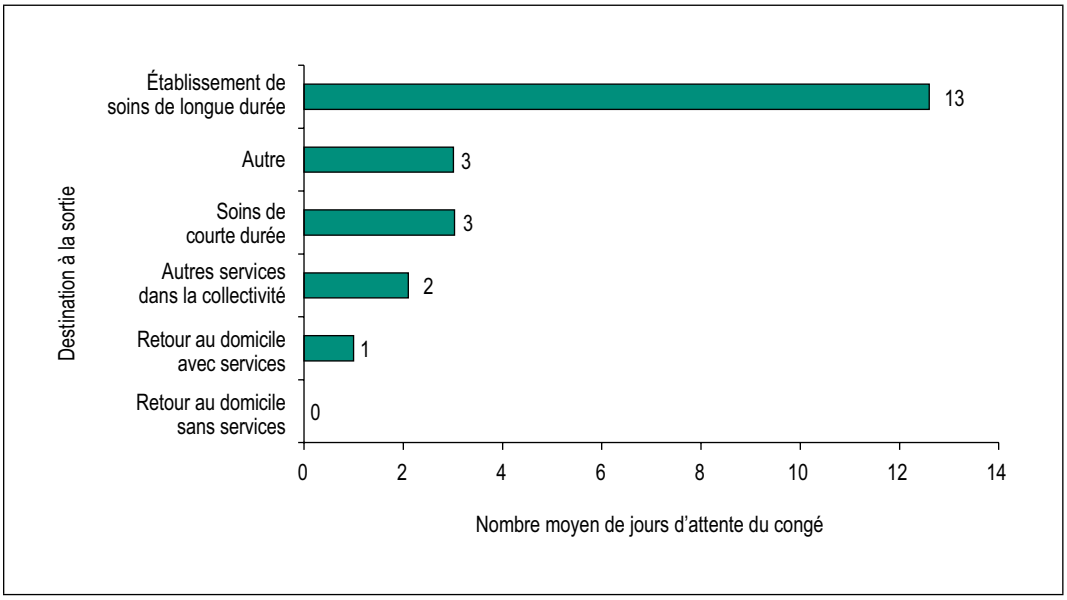
Système national d'information sur la réadaptation, Institut canadien d'information sur la santé, 2011-2012.

Temps d'attente du congé d'un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés

Certains patients doivent également attendre lorsqu'ils sont transférés d'un établissement de réadaptation au prochain milieu de soins. Selon le Système national d'information sur la réadaptation, chaque jour, environ 8 % des personnes en réadaptation pour patients hospitalisés attendent de recevoir leur congé. Ces temps d'attente ont légèrement augmenté au fil des ans, passant d'environ un jour en 2006-2007 à un peu plus d'un jour et demi en 2011-2012.

Les temps d'attente ont tendance à être plus élevés pour les patients qui nécessitent les soins les plus intenses à la sortie (selon la destination à la sortie et le groupe de clients en réadaptation). Les patients qui retournent à leur domicile sans services attendent en moyenne moins d'un jour, alors que ceux qui sont transférés dans des établissements de soins en hébergement attendent près de 13 jours (consulter la figure 14). La figure 13B indique les temps d'attente du congé par groupe de clients en réadaptation, l'attente ayant tendance à être plus longue pour les patients qui nécessitent le plus de soins (dysfonctionnement cérébral, AVC).

Figure 14 : Nombre moyen de jours d'attente du congé dans les établissements de réadaptation pour patients hospitalisés, selon la destination à la sortie, 2011-2012



Remarques

Comprend les patients qui ont obtenu leur congé en 2011-2012 et dont les évaluations étaient complètes à la sortie; exclut les patients dont la destination à la sortie était inconnue et les patients qui sont décédés. La date à laquelle le patient est prêt pour sa sortie n'est obligatoire dans le Système national d'information sur la réadaptation que si les objectifs en matière de services fournis au patient sont atteints.

« Autre » comprend les destinations à la sortie comme les pensions, les résidences avec services, les refuges et les lieux publics.

Source

Système national d'information sur la réadaptation, Institut canadien d'information sur la santé, 2011-2012.

Temps d'attente pour des services de santé mentale

On estime qu'environ un Canadien sur cinq aura un problème de santé mentale au cours de sa vie[10]. Le fardeau économique de la maladie mentale sur le système de santé du Canada est important; il est estimé à 51 milliards de dollars pour les Canadiens de 20 ans ou plus[11].

Les délais de traitement des maladies mentales peuvent avoir des conséquences négatives, comme la détérioration de l'état du patient[12]. Or, les temps d'attente pour des services de santé mentale demeurent un des nombreux défis auxquels les personnes touchées par ce type d'affection sont confrontées[13]. De longs temps d'attente peuvent également nuire à l'accès aux soins. En effet, plus le délai entre le contact initial et l'admission est long, moins le patient sera enclin à persister dans sa volonté d'obtenir des traitements[14].

Des études antérieures ont cerné les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé mentale à l'échelle du système, de la collectivité et des individus. Les facteurs systémiques peuvent comprendre

- la fragmentation des services[13];
- la hausse de la demande et le manque de ressources humaines en santé[15];
- le manque de logements supervisés[16];
- la difficulté d'obtenir une orientation pour un psychiatre[17].

Les obstacles à l'échelle de la collectivité peuvent comprendre

- l'emplacement géographique[14];
- la perception sociétale du sexe, du statut socioéconomique et de l'orientation sexuelle[14].

Les obstacles personnels qui empêchent un patient de chercher un soutien et d'obtenir un diagnostic ou un traitement peuvent comprendre

- les préjugés[10, 14];
- la tendance ou préférence à chercher un soutien informel[14];
- l'expérience antérieure des soins de santé mentale[14].

En mars 2006, l'Association des psychiatres du Canada a publié un document de politique faisant état de délais de référence fondés sur des données probantes pour les patients souffrant de maladies psychiatriques graves[18]. Au total, trois niveaux d'urgence ont été établis : urgence immédiate, urgence et cas prévu. Des délais de référence ont également été recommandés concernant l'accès à un médecin de famille et l'accès à un psychiatre après que le patient ait été orienté par un médecin de famille.

Tableau 3 : Délais de référence recommandés pour consulter un médecin de famille et un psychiatre pour les patients souffrant de maladies psychiatriques graves, 2006

Délais de référence recommandés			
Indication	Extrême urgence	Urgence	Rendez-vous de consultation
Consultation du médecin de famille			
Problème de santé mentale aigu ou urgent	Selon ce qui est jugé approprié à la suite du triage	Dans les 24 heures	Dans la semaine
Consultation psychiatrique demandée par le médecin de famille			
Premier épisode psychotique	Dans les 24 heures	Dans la semaine	Dans les 2 semaines
Manie	Dans les 24 heures	Dans la semaine	Non pertinent en général
Hypomanie, conjuguée à un diagnostic antérieur de manie	Non pertinent en général	Dans les 2 semaines	Dans les 4 semaines
Psychose ou grave trouble de l'humeur post-partum	Dans les 24 heures	Dans la semaine	Dans les 4 semaines
Dépression majeure	Dans les 24 heures	Dans les 2 semaines	Dans les 4 semaines
Consultation aux fins de diagnostic et de prise en charge (y compris les consultations pédopsychiatriques et gérontopsychiatriques non mentionnées plus haut)	Dans les 24 heures	Dans les 2 semaines	Dans les 4 semaines

Source
Établissement des priorités sur les délais d'attente touchant les personnes souffrant d'une maladie mentale grave, Association des psychiatres du Canada, mars 2006.

Temps d'attente pour des services communautaires de santé mentale

La plupart des personnes souffrant de maladie mentale sont traitées dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital[10]. Il n'existe toutefois aucune collecte systématique des données sur les temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale au Canada et les données disponibles sont pour le moins disparates. Plus précisément, le mode de calcul des temps d'attente, les mesures déclarées, le type de service de santé mentale ou de soutien pour lesquels les personnes attendent et les patients inclus dans la mesure du temps d'attente varient considérablement. La récente stratégie en matière de santé mentale au Canada (Changer les orientations, changer des vies) recommande l'établissement de normes sur le temps d'attente pour des services communautaires de santé mentale, et ce, pour les personnes de tout âge[19].

Plusieurs provinces et régions disposent de renseignements fiables sur le temps d'attente pour des services communautaires de santé mentale :

- Le site Web sur les temps d'attente[20] du gouvernement de la Nouvelle-Écosse comprend des rapports publics sur le temps d'attente pour des services de traitement des dépendances (p. ex. gestion du sevrage, traitement structuré) pour les adolescents et les adultes. Du 1er janvier au 31 mars 2012, les temps d'attente médians allaient de 0 à 6 jours pour la gestion du sevrage et de 12 à 23 jours pour le traitement structuré.
- ConnexOntario, un organisme financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, produit des rapports sur le temps d'attente pour des services communautaires de santé mentale[21]. En 2011-2012, certains des temps d'attente médians pour ces services financés par le ministère étaient de 1 jour (gestion des cas), 13 jours (consultation et traitement) et 62 jours (soutien avec logement).
- Les Services de santé de l'Alberta disposent d'une série de tableaux de bord servant à l'évaluation de la performance provinciale et des régions sanitaires. Ces tableaux de bord comprennent des données sur le pourcentage de jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un traitement de santé mentale dans la collectivité (c'est-à-dire une évaluation en personne planifiée avec un thérapeute en santé mentale) dans un délai de 30 jours[22]. Selon les données du troisième trimestre de 2011-2012, 83 % des jeunes ont été vus dans un délai de 30 jours.

Temps d'attente pour des soins de santé mentale offerts aux patients hospitalisés

La saisie des données NSA permet de constater que bon nombre des patients ayant besoin de services de santé mentale offerts aux patients hospitalisés doivent attendre avant d'obtenir leur congé à la fin de leur hospitalisation. Les jours NSA posent problème parce qu'ils contribuent au mauvais appariement entre les besoins des patients et le niveau de soins approprié[23]. En 2009-2010, les adultes hospitalisés ont passé plus de 2,2 millions de jours dans des hôpitaux de soins de courte durée au Canada afin d'être traités pour une maladie mentale, 23 % de ces jours étant des jours NSA. Les destinations à la sortie les plus courantes des patients en santé mentale ayant enregistré au moins un jour NSA étaient : les soins de longue durée (59 %), le domicile sans services (16 %) et le domicile avec services (14 %). Les patients souffrant de troubles de la personnalité sont ceux qui ont connu le plus de jours NSA (durée médiane du séjour NSA de 25 jours), suivis de ceux traités pour des troubles schizophréniques et psychotiques (24 jours), et de ceux souffrant de troubles organiques comme la maladie d'Alzheimer et la démence (23 jours).

Des données plus détaillées sont recueillies en Ontario sur les patients qui occupent des lits réservés aux soins de santé mentale. La plupart de ces patients ont reçu un diagnostic de trouble de l'humeur (p. ex. trouble bipolaire et dépression), de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques ou de trouble lié à la consommation de substances psychotropes. En 2009-2010, les jours NSA représentaient environ 4 % du nombre total de jours enregistrés par les adultes qui occupaient un lit réservé aux soins de santé mentale en Ontario. La durée moyenne du séjour de l'ensemble des patients des établissements de santé mentale était de 16 jours, la moitié de ces patients ayant passé 9 jours ou moins dans un hôpital. Par contre,

la durée moyenne du séjour des patients ayant connu des jours NSA était environ quatre fois plus longue (66 jours) que celle des patients sans jours NSA déclarés, et la moitié de ces patients sont restés à l'hôpital au moins 37 jours. Certaines données probantes laissent même entendre que les patients qui enregistrent des jours NSA ont des besoins et des problèmes plus complexes que ceux sans jours NSA; ils obtiennent notamment une note plus élevée quant à l'échelle de rendement cognitif (13 %, contre 2 % ayant une déficience cognitive grave ou très grave), l'indice de soins personnels (9 %, contre 4 % ayant connu une diminution des capacités à prendre soin de soi) et l'échelle des comportements agressifs (7 %, contre 3 % affichant une agressivité grave).

Temps d'attente pour des soins en hébergement et des services à domicile

Le vieillissement de la population canadienne entraînera probablement une hausse de la demande de soins en hébergement et de services à domicile. En fait, bon nombre de personnes sont déjà en attente de tels services. Plus de 40 % des patients NSA actuellement en soins de courte durée attendent de bénéficier de soins en hébergement. Une étude a permis d'évaluer que plus de la moitié (59 %) des patients NSA en réadaptation pour patients hospitalisés attendent également de recevoir des soins en hébergement[24]. En Ontario, les temps d'attente pour des soins de longue durée se sont stabilisés au cours des deux dernières années, le demandeur type devant toujours attendre près de quatre mois (113 jours) pour un placement[25]. En Nouvelle-Écosse, le temps d'attente moyen pour un lit est d'environ 154 jours, 68 % des patients ayant été placés dans un délai de six mois et 95 %, dans un délai d'un an[26]. Selon les données de l'Ontario, bien que 90 % des patients qui bénéficient de services à domicile reçoivent leur première visite dans les sept à neuf jours, des améliorations sont encore nécessaires[25].

Le rapport *Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances* de l'ICIS offre de plus amples renseignements sur les besoins en matière de soins des aînés canadiens en attente de placement dans la collectivité. Les données de la Base de données sur les congés des patients, du Système d'information sur les services à domicile et du Système d'information sur les soins de longue durée ont servi à étudier en profondeur les transferts des Canadiens de 65 ans ou plus des établissements de soins de courte durée vers la collectivité.

Voici certains des principaux résultats découlant de ce rapport[27] :

- Plus de la moitié (54 %) des personnes âgées qui étaient en attente dans un établissement de soins de courte durée ont été admises à un établissement de soins en hébergement.
- Les personnes transférées d'un établissement de soins de courte durée vers un établissement de soins en hébergement représentent au total plus de cinq millions de jours NSA. Certains de ces patients pourraient être soignés à domicile s'ils disposaient du soutien adéquat.

- Les personnes présentant des symptômes de démence, y compris des comportements difficiles, étaient plus susceptibles que d'autres personnes âgées d'avoir attendu dans une unité de soins de courte durée avant leur admission dans un établissement de soins en hébergement, ce qui suggère qu'ils étaient en attente de services spécialisés comme le soutien à la gestion du comportement.
- Les caractéristiques cliniques ne pouvaient à elles seules expliquer que les personnes ayant été admises dans un établissement de soins en hébergement avaient également connu des jours NSA. Les personnes aux besoins complexes en matière de soins de santé étaient plus susceptibles que celles bénéficiant d'un soutien d'avoir attendu dans un établissement de soins de courte durée avant d'être admissibles aux services à domicile, ce qui laisse croire qu'elles attendaient qu'un aidant naturel soit disponible ou que des services soient mis en place.

Stratégies de réduction des temps d'attente

Même si l'on commence à peine à connaître les temps d'attente dans les établissements de soins spécialisés, il y a lieu de tirer un enseignement des stratégies et programmes pilotes en cours. Plusieurs exemples sont présentés ci-dessous :

Incitatifs financiers

- L'évaluation gériatrique clinique des soins de longue durée est un des nouveaux (2010-2011) incitatifs de financement offerts aux médecins de famille de la Nouvelle-Écosse qui dispensent des soins de longue durée. Il s'agit d'un processus clinique fondé sur des données probantes qui permet, par une approche interdisciplinaire, de mieux évaluer les besoins en santé et en soins des résidents de centres de soins infirmiers. Les médecins qui procèdent à l'évaluation peuvent facturer des frais d'évaluation à deux reprises au cours de l'exercice financier pour chaque résident évalué. Les données de l'évaluation constituent le document clinique principal qui suit le résident quand il est transféré (à un service d'urgence ou dans un autre établissement) afin que les prochains dispensateurs disposent de renseignements cliniques exacts. En plus de réduire le temps nécessaire pour déterminer l'état clinique du patient, ces données contribuent à améliorer la qualité des soins fournis au patient[28].

Politiques en matière de ressources humaines

- La stratégie en matière de santé mentale au Canada « Changer les orientations, changer des vies » recommande entre autres de donner accès à la bonne combinaison de services, de traitements et de formes de soutien en temps opportun, là où les personnes en ont besoin[19]. Une des méthodes suggérées consiste à améliorer l'accès à la psychothérapie et au counselling clinique dispensés par des professionnels compétents qui sont en mesure d'offrir des approches s'appuyant sur les meilleures données probantes[19].

Technologie et cheminement des patients

- Providence Health Care de Toronto a réussi à réduire considérablement le nombre de jours NSA grâce à des initiatives ciblées[29]. Ce centre de réadaptation a utilisé des services d'information pour recueillir et gérer les données NSA, et produire des rapports hebdomadaires permettant de mieux suivre le processus NSA au sein de l'organisme et d'ainsi améliorer le cheminement des patients (les patients en réadaptation qui attendent d'être transférés dans un établissement de soins de longue durée). De nouvelles initiatives ont été mises en place pour améliorer le cheminement des patients; elles consistent notamment à discuter du plan de sortie peu de temps après l'admission, à communiquer régulièrement aux patients leur date estimée de sortie et à effectuer des « tournées rapides » afin de cerner les problèmes potentiels liés à la sortie. Grâce à ces changements dans les processus internes et aux solides relations forgées avec des hôpitaux en amont et des centres d'accès aux soins communautaires en aval, Providence Health Care a réduit d'environ 35 % le nombre de patients NSA sur la liste d'attente de mars 2010 à juin 2011[29].
- L'ancienne Région sanitaire Chinook en Alberta avait dans sa mire un modèle régional de prestation de soins de santé visant à répondre le plus possible aux besoins de son bassin de population. En 2003, la région sanitaire a fermé des lits en soins de courte durée et utilisé les fonds ainsi dégagés pour investir stratégiquement dans des logements supervisés qui répondent mieux aux besoins en matière de soins de santé de sa population. Cette décision a permis de mieux gérer le cheminement des patients en soins de courte durée et de réduire le pourcentage de jours NSA, de 7 % à moins de 1 % entre 2006-2007 et 2010-2011[30].

Conclusion

Les temps d'attente pour des services spécialisés ont tendance à varier en fonction de l'état clinique sous-jacent des patients et de leur destination à la sortie. Les patients en réadaptation qui ont besoin de soins de longue durée attendent habituellement plus longtemps avant d'obtenir leur congé; ces temps d'attente varient selon l'état clinique, les patients qui nécessitent plus de soins (p. ex. dysfonctionnement cérébral et AVC) connaissant les attentes les plus longues. Il semble que les patients en santé mentale qui souffrent de troubles de la personnalité sont ceux qui attendent le plus longtemps avant d'obtenir leur congé. Les établissements de soins de longue durée représentent la destination à la sortie la plus courante pour les patients en santé mentale.

Au moment où l'Accord sur la santé de 2004 a été conclu, les temps d'attente des patients pour des services à domicile et d'autres services (comme le placement en établissement de soins de longue durée, les services de santé mentale pour patients hospitalisés et d'autres types de soins) suscitaient toujours des interrogations. Quelques années plus tard, certains progrès avaient été réalisés dans ce domaine, de sorte que l'on comprend davantage les temps d'attente dans ces secteurs des soins de santé. Si les données administratives peuvent fournir quelques indications sur les temps d'attente pour des services de réadaptation pour patients hospitalisés, il en va autrement des services de réadaptation dans la collectivité.

La collecte systématique de données sur les temps d’attente pour ces services présente des lacunes que la récente stratégie en matière de santé mentale au Canada pourrait toutefois contribuer à pallier. De récentes initiatives de diffusion des données ont permis d’obtenir plus de renseignements sur les temps d’attente pour des services à domicile et des soins en hébergement. En guise de conclusion, le rapport se penche sur les domaines importants qui devront retenir notre attention afin que soient mieux éclairés ceux et celles qui doivent surmonter ces défis persistants que posent les temps d’attente.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Rehabilitation. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/rehabilitation/cihi010638. Dernière modification en 2012. Consulté le 12 juin 2012.

2. Groupe de travail sur la réadaptation du RLISS du Centre-Est. *Rehabilitation Is a Journey*. Toronto, ON: ministère de la Santé de l'Ontario; 2009. www.centraleastlhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Get_Involved/Task_Groups/REHAB_REPORT_-_Final.pdf. Consulté le 30 août 2012.

3. Passalent L, Landry M, Cott C. Wait times for publicly funded outpatient and community physiotherapy and occupational therapy services: implications for the increasing number of persons with chronic conditions in Ontario, Canada. *Physiotherapy Canada*. 2009;61(1):5-14. Consulté le 30 août 2012.

4. Baranek PM, Deber R, Williams A. *Almost Home: Reforming Home and Community Care in Ontario*. Toronto, ON: University of Toronto Press; 2004. Consulté le 27 juillet 2012.

5. Brekke J, Hoe M, Long J, Green M. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;33(5):1247-1256. Consulté le 30 août 2012.

6. Cook L, Landry M, Cott CA. *Wait Lists and Wait Times for Community-Based Adult Rehabilitation in Ontario*. Toronto,ON: Arthritis Community Research & Evaluation Unit; 2006. acreu.ca/pdf/pub5/06-02.pdf. Consulté le 30 août 2012.

7. GTA Rehab Network. *Outpatient Rehabilitation in the GTA: Understanding the Current State*. Toronto,ON: GTA Rehab Network; 2011. www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/reports/report-outpatientrehab-june2011.pdf. Consulté le 30 août 2012.

8. Association ontarienne de physiothérapie. *Position Statement: Access to Publicly Funded Physiotherapy in Ontario*. Toronto, ON: OPA; 2009. www.opa.on.ca/pdfs/position/access2physio_pos.pdf. Consulté le 30 août 2012.

9. Cott CA, Devitt R, Falter L, Soever L, Wong R. *Adult Rehabilitation and Primary Health Care in Ontario*. Toronto, ON: Arthritis Community Research & Evaluation Unit; 2004. www.acreu.ca/pdf/pub5/04-01.pdf. Consulté le 30 août 2012.

10. Santé Canada. *A Report on Mental Illnesses in Canada*. Ottawa, ON: Health Canada Editorial Board Mental Illnesses in Canada; 2002. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men_il_e.pdf. Consulté le 30 août 2012. Numéro 0-662-32817-5 au catalogue.

11. Lim K, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa C. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*. 2008;28(3):92-98. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/28-3/pdf/cdic28-3-2eng.pdf. Consulté le 30 août 2012.

12. Société de schizophrénie de l'Ontario. *Psychiatric Wait Times Strategy*. www.schizophrenia.on.ca/docs/Psychiatric_Wait_Times.pdf. Dernière modification en 2012. Consulté le 22 mai 2012.

13. Commission de la santé mentale du Canada. *Toward Recovery & Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*. Ottawa, ON: 2009. www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_EN_final.pdf. Consulté le 30 août 2012. ISBN: 978-0-9913795-0-0.

14. Association canadienne des centres de santé pédiatriques, Consortium national pour la santé mentale des enfants et des adolescents et Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados. *Access & Wait Times in Child and Youth Mental Health: A Background Paper*. Ottawa, ON: 2011. www.excellenceforchildandyouth.ca/download/329/649/policy_access_and_wait_times.pdf. Consulté le 30 août 2012.

15. Reid G, Brown JB. Money. Case complexity, and wait lists: Perspectives on problems and solutions at children's mental health centers in Ontario. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2008;35(3):334-346. Consulté le 30 août 2012.

16. Kirby MJ, Keon WJ. *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Ottawa, ON: 2006. www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm. Consulté le 30 août 2012.

17. Goldner E, Jones W, Fang M. Access to and waiting time for psychiatrist services in a Canadian urban area: A study in real time. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(8):474-480. Consulté le 30 août 2012.

18. Association des psychiatres du Canada. Wait Time Benchmarks for Patients With Serious Psychiatric Illnesses (document d'orientation). www.cpa-apc.org/media.php?mid=585. Dernière modification en 2006. Consulté le 19 avril 2012.

19. Commission de la santé mentale du Canada. *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada; 2012. strategy.mentalhealthcommission.ca. Consulté le 30 août 2012.

20. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Wait Times for Addiction Services. www.gov.ns.ca/health/waittimes/category.asp. Dernière modification le 20 mars 2012. Consulté le 31 janvier 2012.

21. ConnexOntario Information sur les services de santé. Average, median and 90th percentile wait times (in days) for mental health programs in the Mental Health Helpline (MHH) Database Fiscal Year 2011/2012 (Special Request). ConnexOntario Health Services Information. 27 juin 2012.

22. Mesures et rapports pour l'intégration des données. *Alberta Health Services Q3 Performance Report 2011/12*. Edmonton, AB: 30 mars 2012. www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-pr-2012-03-performance-report.pdf. Consulté le 30 août 2012.

23. Commission de la santé mentale du Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale, et Conseil canadien de développement social. *Turning the Key: Assessing Housing and Related Supports for Persons Living With Mental Health Problems and Illnesses*. Ottawa, ON: 2011. www.mentalhealthcommission.ca. Consulté le 30 août 2012.

24. GTA Rehab Network. *Beyond Acute Care: Next Steps in Understanding ALC Days*. Toronto, ON: GTA Rehab Network; 2008. www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/reports/report-ALC-march2008.pdf. Consulté le 30 août 2012.

25. Conseil ontarien de la qualité des services de santé et Institut de recherche en services de santé. *Quality Monitor: 2012 Report on Ontario's Health System*. Toronto, ON: HQO; 2012. www.ohqc.ca/pdfs/quality-monitor-2012-full-en.pdf. Consulté le 30 août 2012.

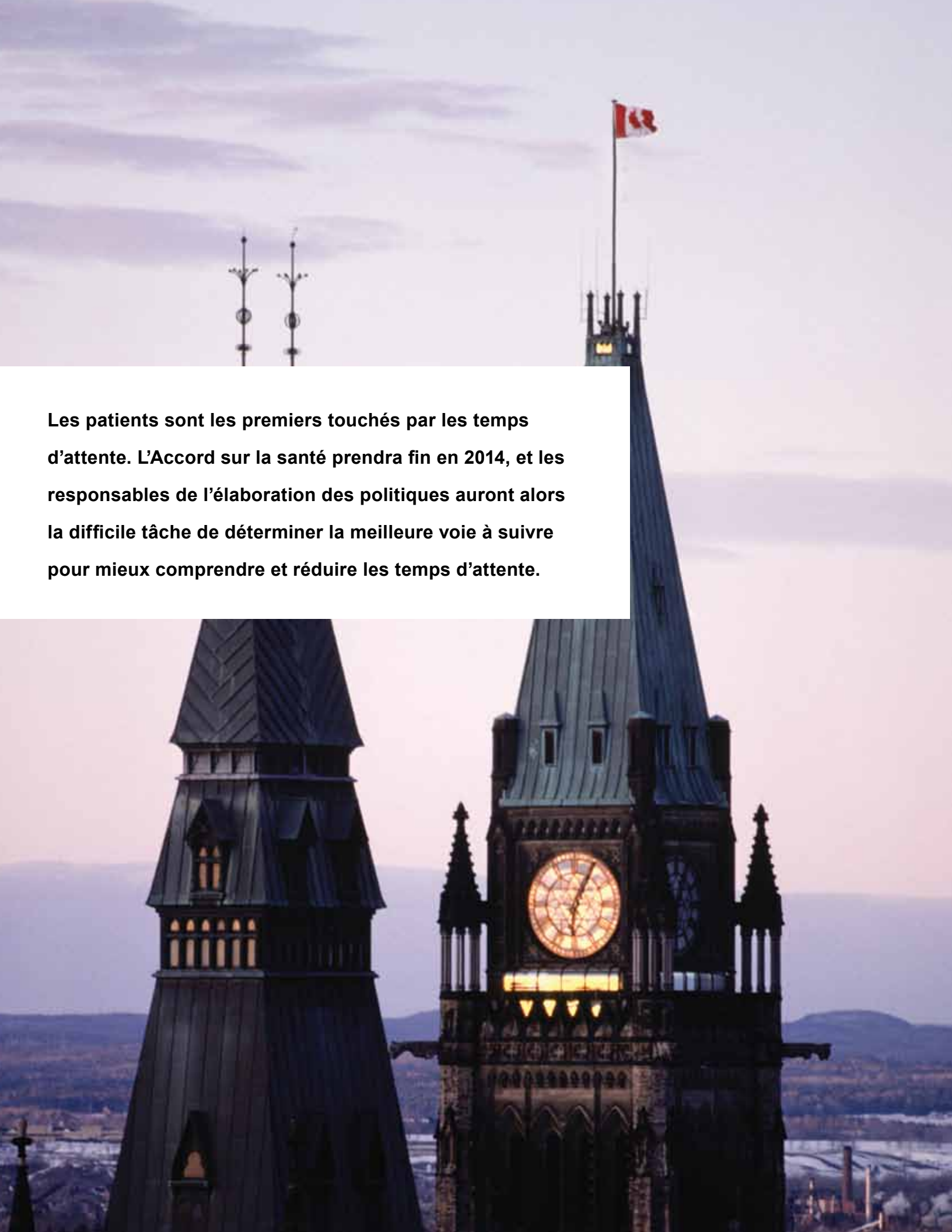
26. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Continuing Care Strategy. http://www.gov.ns.ca/health/ccs_strategy/faq.asp. Dernière modification en 2011. Consulté le 2 août 2012.

27. Institut canadien d'information sur la santé. *Seniors and Alternate Level of Care (ALC): Building on Our Knowledge*. Ottawa, ON: ICIS; 2012.

28. Medical Services Insurance, Nouvelle-Écosse. Physicians' Bulletin. http://www.gov.ns.ca/health/physicians_bulletin/msi-physicians-bulletin-april-2011.pdf. Dernière modification en 2011.

29. Action Cancer Ontario. *Performance Improvement Case Studies: Improving Access Through Information*. Toronto, ON: 2011.

30. Health Quality Council de l'Alberta. *Review of the Quality of Care and Safety of Patients Requiring Access to Emergency Department Care and Cancer Surgery and the Role and Process of Physician Advocacy*. Calgary, AB: 2012. http://www.hqca.ca/assets/files/EDCAP%20FINAL%20REPORT.pdf. Consulté le 30 août 2012.



Les patients sont les premiers touchés par les temps d'attente. L'Accord sur la santé prendra fin en 2014, et les responsables de l'élaboration des politiques auront alors la difficile tâche de déterminer la meilleure voie à suivre pour mieux comprendre et réduire les temps d'attente.

Bilan et perspectives

La réduction des temps d'attente pour une chirurgie et pour d'autres services de santé représente un défi de taille en matière de politiques et de prestation des services, tant au Canada qu'à l'étranger. Depuis 2004, l'accent a surtout été mis sur la réduction des temps d'attente pour cinq domaines prioritaires au Canada, mais l'attente pour des soins et services survient dans tout le continuum de soins. Que ce soit pour un rendez-vous avec un médecin de famille ou un spécialiste, au service d'urgence, à un niveau de soins alternatif (NSA), pour des services de santé mentale ou à la sortie d'un établissement de réadaptation, l'éventualité d'une attente pour de tels soins et services et pour de nombreux autres est bien présente dans le système de santé. Les personnes qui œuvrent à l'amélioration de la performance globale du système doivent mieux comprendre les temps d'attente. Une telle compréhension permettrait également aux patients et à leur famille d'être mieux informés sur les temps d'attente auxquels ils peuvent être confrontés et donc de connaître une meilleure expérience du système de santé.

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* rend compte de l'état actuel de la situation en ce qui a trait aux temps d'attente dans différents milieux et pour différents types de soins. Le rapport présente les domaines dans lesquels des progrès quantifiables ont été réalisés et examine les facteurs qui agissent sans doute sur les temps d'attente, en plus de faire état de certains obstacles à leur amélioration soutenue.

Sommaire des conclusions du rapport

En introduction, le rapport positionne la question des temps d'attente dans un contexte d'accès et fait état de la faible performance du Canada par rapport à d'autres pays. La mesure des temps d'attente a considérablement évolué depuis 2004; le résumé de cette évolution devrait préparer le terrain pour les discussions futures. Le reste du rapport présente une analyse des données sur les temps d'attente recueillies pendant cette période d'évolution jusqu'à tout récemment, soit 2011.

Le rapport aborde également la question des temps d'attente dans tout le continuum de soins, notamment l'attente pour des soins courants, incluant les services de soins primaires (soins fournis par les médecins de famille), les rendez-vous avec des spécialistes ainsi que les tests de dépistage et de diagnostic. Selon une comparaison internationale effectuée en 2010 entre 11 pays, le Canada se classe au dernier rang en ce qui a trait à l'accès à un médecin de famille ou à une infirmière en cas de maladie; les Canadiens ont par ailleurs déclaré les temps d'attente les plus élevés pour un rendez-vous avec un spécialiste.

Le rapport examine ensuite le temps d'attente dans les services d'urgence ainsi que dans les établissements de soins de courte durée. Selon les données étudiées, la durée moyenne globale du séjour au service d'urgence est d'un peu plus de quatre heures, 90 % des visites se concluant dans les huit heures. Depuis l'adoption de la stratégie de réduction des temps d'attente pour certaines chirurgies prioritaires, plusieurs se sont demandé si cette façon de faire avait eu une incidence négative sur l'accès à d'autres chirurgies et sur leurs temps d'attente. Les analyses présentées ne permettent toutefois pas de conclure à une telle incidence à l'échelle pancanadienne, mais des variations observées entre les provinces pourraient, du moins en partie, être attribuables aux stratégies déployées par les provinces et territoires pour aborder de front leurs problèmes respectifs en matière de temps d'attente et d'accès aux soins. L'attente à la sortie des établissements de soins de courte durée demeure problématique; les personnes souffrant de démence ou recevant des soins palliatifs sont parmi les plus susceptibles d'attendre, suivies de celles en attente de services de réadaptation et de convalescence.

Le rapport examine ensuite les temps d'attente pour des services spécialisés, notamment de réadaptation, de santé mentale, à domicile et de soins de longue durée. D'après les données disponibles sur les services de réadaptation et de santé mentale, l'état clinique des patients et la destination à la sortie seraient largement responsables des temps d'attente pour ces services. Parmi les patients en réadaptation, ce sont ceux transférés vers un établissement de soins de longue durée qui ont attendu le plus longtemps, le délai variant selon le groupe de clients en réadaptation. Pour ce qui est de l'attente du congé d'un établissement de santé mentale, les patients souffrant de troubles de la personnalité sont ceux qui ont attendu le plus longtemps. Les données révèlent que les établissements de soins de longue durée représentent la destination à la sortie la plus courante pour les patients en santé mentale à un niveau de soins alternatif. Le rapport *Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances* de l'ICIS, qui examine en profondeur les transferts de patients canadiens de 65 ans ou plus des établissements de soins de courte durée vers la collectivité, aide les responsables de l'élaboration des politiques à mieux comprendre les temps d'attente pour des services à domicile ou un placement dans un établissement de soins en hébergement.

Les enjeux à l'horizon

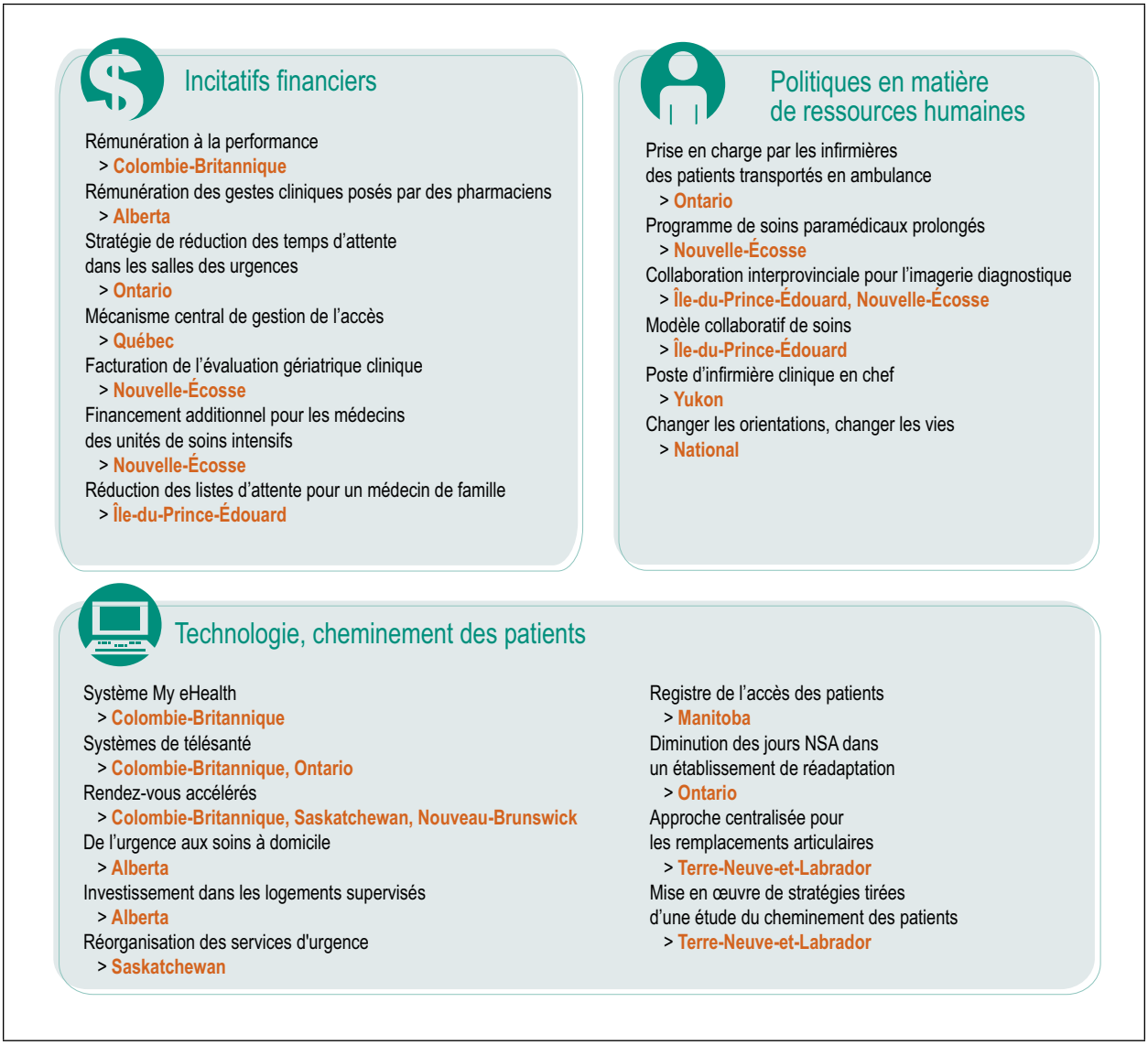
Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* présente une synthèse des connaissances actuelles sur l'attente pour des soins de santé au Canada. Des progrès ont certainement été réalisés dans certains domaines depuis 2004, mais le moment est venu de déterminer quelles devraient être les prochaines étapes de la stratégie

de réduction des temps d'attente. Les conclusions du présent rapport et une étude de la documentation disponible font ressortir quatre domaines clés sur lesquels les décideurs du système de santé pourraient se pencher.

1. Mise en œuvre de stratégies efficaces pour contribuer à réduire les temps d'attente connus

Le rapport présente des exemples de stratégies et de programmes pilotes visant à réduire les temps d'attente; certains n'en sont qu'à leurs premiers pas alors que d'autres ont engendré une réduction soutenue des temps d'attente. De tels programmes, et bien d'autres encore, sont en vigueur au pays. La figure 15 fait état des divers programmes mentionnés dans le rapport.

Figure 15 : Programmes et stratégies mis en place pour réduire les temps d'attente dans les provinces et territoires



La réussite des programmes pilotes repose sur le choix de stratégies qui sont concrètement réalisables; les nouvelles initiatives doivent en effet tabler sur les leçons apprises pendant les mises à l'essai. Les programmes de réduction des temps d'attente qui ont fait leurs preuves ont également d'autres points en commun : ils sont fondés sur des données probantes, ils comptent sur un champion, ils bénéficient du soutien solide ou de l'acceptation des intervenants et ils favorisent la participation du personnel de première ligne dès la phase de développement.

2. Collecte et déclaration de données comparables tout au long du continuum, et évaluation des temps d'attente par rapport aux délais de référence

Au moment où le Plan décennal pour consolider les soins de santé a été adopté, on ne disposait pas des données exhaustives sur les temps d'attente nécessaires pour comparer la performance des provinces et territoires. À l'époque, les dispensateurs de soins, les gestionnaires du système et les responsables des politiques gouvernementales cherchaient plutôt à savoir qui étaient les patients en attente, ce qu'il fallait mesurer et à quel moment un temps d'attente devenait inacceptable[1]. Aujourd'hui, ces mêmes responsables prévoient disposer d'une cinquième année de données comparables sur les domaines prioritaires choisis. Outre les données disponibles sur les temps d'attente, des définitions communes relatives aux patients en attente, des mesures communes des progrès et des délais de référence factuels ont été établis pour tous les domaines prioritaires, à l'exception d'un seul[1].

Après l'accord de 2004 des premiers ministres, l'ICIS a signalé plusieurs domaines du système de santé pour lesquels les connaissances sur les temps d'attente étaient limitées. Bien que notre connaissance des temps d'attente se soit améliorée depuis dans plusieurs de ces domaines, on ne peut en dire autant en ce qui touche plusieurs autres domaines :

- Dans quelles circonstances le fait d'attendre plus ou moins longtemps pour un service donné contribue-t-il à augmenter ou à diminuer le temps d'attente pour un autre service?
- Les temps d'attente pour des soins courants, des services d'évaluation et des services diagnostiques ont-ils tendance à augmenter ou à diminuer? Quelles sont les stratégies efficaces pour réduire les temps d'attente pour ces types de services?
- Quelles répercussions les temps d'attente ont-ils sur les résultats postopératoires, les services de santé subséquents et les coûts de santé?
- Combien de patients doivent attendre à différentes étapes de leur traitement pour différents types de soins? À quel point doivent-ils attendre à chacune de ces étapes du traitement?

Pour élargir la portée et l'étendue des données sur les temps d'attente, il faut notamment mieux tirer profit des technologies existantes. Les changements apportés par l'ICIS au système de collecte de données sur les services d'urgence illustrent bien comment la technologie peut servir à recueillir des données additionnelles en temps opportun. Grâce à une interface reliant l'ICIS et les systèmes d'information existants des hôpitaux, la plupart des éléments de données sont recueillis au moment où les services sont dispensés. Grâce à une interface reliant l'ICIS et les systèmes d'information existants des hôpitaux, la plupart des éléments de données sont recueillis au moment où les services sont dispensés, de sorte

que les hôpitaux sont en mesure de recueillir leurs données et de les soumettre à l'ICIS à un moindre coût. Il en résulte des données et des rapports plus à jour, comme les mesures des temps d'attente au service d'urgence abordés au chapitre 2. Les dossiers médicaux électroniques (DME) peuvent également servir à saisir une foule de données sur les temps d'attente : le modèle de collecte de données s'appliquant aux services d'urgence pourrait ainsi servir à alimenter éventuellement les DME.

Pour évaluer et améliorer la performance, il est essentiel de disposer de données comparables et de qualité supérieure, mais aussi de points de référence et de cibles. Les cibles les plus efficaces sont celles qui sont fondées sur des données probantes, renouvelées périodiquement et acceptées en milieu clinique. Par exemple, la pertinence de la mise à l'essai et de l'utilisation de lignes directrices factuelles dans le domaine de l'imagerie diagnostique a suscité beaucoup d'intérêt[2-6]. Les études suggèrent que les médecins orienteurs, qu'ils soient spécialisés ou non, ne sont pas suffisamment informés sur l'utilisation clinique appropriée des examens d'IRM et de TDM. Il peut donc leur arriver à l'occasion de prescrire des examens qui ne sont pas appropriés[6]. D'ailleurs, selon l'Association canadienne des radiologistes, de 10 à 20 % de ces demandes de services d'imagerie diagnostique ne respectent pas les lignes directrices de l'association pour ces examens[7].

Comme le montrent les progrès réalisés depuis 2004 au chapitre de la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, l'établissement de priorités et de cibles claires donne de bons résultats. La prochaine étape consiste à définir pour quels temps d'attente des données plus comparables et de qualité sont nécessaires afin d'être en mesure d'évaluer et d'améliorer la performance actuelle. Des points de référence factuels seront alors établis d'un commun accord. Des groupes comme l'Alliance sur les temps d'attente ont suggéré précisément de se concentrer davantage sur les temps d'attente pour les chirurgies pédiatriques, les services de santé mentale, la gastroentérologie et l'oncologie[8].

3. Promotion de la prévention comme moyen de réduction de la demande de services de santé

Des recherches ont démontré que les initiatives qui favorisent un mode de vie sain sous toutes ses formes réduisent la demande de soins de santé et de services de soutien et permettent d'éviter certains coûts ou de se tourner vers des services moins coûteux[9]. La prévention des maladies chez les personnes en santé (prévention primaire), la réduction du fardeau que les maladies présentent pour les personnes atteintes (prévention secondaire) et le fait d'aider davantage les personnes à vivre avec des problèmes de santé complexes à long terme (prévention tertiaire) jouent tous un rôle dans la réduction de la demande de services de santé.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, un groupe collaboratif fondé avec l'appui de l'Agence de la santé publique du Canada, a pour mandat de formuler des recommandations sur l'établissement de mesures préventives en fonction de données probantes et de pratiques exemplaires. Ses guides de pratique en matière de prévention et de dépistage peuvent servir à élaborer et à promouvoir une stratégie concertée de mise en place d'initiatives et de politiques qui sont axées sur la promotion de la santé dans l'ensemble de la population. Toute mesure d'amélioration de la santé de la population apportée aujourd'hui contribuera ultérieurement à une importante réduction de coûts.

4. Adoption d'une approche axée sur le patient et amélioration de la coordination des soins dans tout le continuum

Le concept de soins axés sur le patient n'est pas nouveau, pas plus que son utilisation en vue de comprendre et réduire les temps d'attente. Depuis la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé, bon nombre d'intervenants (comme le Collège des médecins de famille du Canada et l'Alliance sur les temps d'attente) sont d'avis que les temps d'attente doivent être mesurés du point de vue des patients[10].

Il n'empêche qu'à ce jour, le modèle de soins axés sur le patient n'a toujours pas été clairement défini. L'Organisation mondiale de la Santé considère les soins axés sur le patient comme un moyen d'améliorer les services par rapport à l'accès, à la qualité, à la satisfaction des usagers et à l'efficience[11]. Des chercheurs ont également défini certaines caractéristiques clés de ce modèle, l'une étant le respect des valeurs, des préférences et des besoins des patients et une autre, la coordination et l'intégration des soins[12]. Puisque les patients doivent souvent attendre avant d'être transférés vers un autre milieu de soins, une meilleure intégration des services de santé pourrait contribuer à réduire les temps d'attente et à améliorer l'expérience vécue par ces patients. Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé récemment mis sur pied par les premiers ministres a défini plusieurs modèles de soins dispensés en équipe qui, grâce à une meilleure intégration, ont contribué à réduire les temps d'attente et à améliorer par le fait même la satisfaction des patients[13].

Le modèle de rendez-vous accéléré abordé dans diverses sections du présent rapport est un bel exemple d'une approche axée sur le patient qui contribue à réduire les temps d'attente. Dans les cliniques qui utilisent ce modèle, lorsque le client appelle afin de prendre rendez-vous avec un médecin, il obtient un rendez-vous le jour même, qu'il ait besoin de soins courants ou urgents[14]. Si son médecin traitant n'est pas libre, le patient peut alors choisir de voir un autre médecin ou de prendre rendez-vous avec son médecin plus tard dans la semaine[14]. Le patient peut alors prendre sa décision selon ce qui lui importe le plus : un accès immédiat ou une continuité des soins[14]. Le modèle de rendez-vous accéléré, du fait qu'il favorise l'équilibre de l'offre et de la demande, la réduction des retards accumulés, l'élaboration de plans d'urgence pour les cas inhabituels et l'adaptation des profils de demandes, améliore l'accès aux soins primaires[15]. Au bout du compte, le patient en ressort gagnant du fait qu'il a accès à des soins plus tôt dans son cheminement, ce qui est susceptible d'améliorer les résultats des soins[16].

La communication est essentielle lorsqu'il s'agit de placer le point de vue du patient au centre de la prestation des soins. Le seul fait de savoir combien de temps il devra attendre pourrait réduire le niveau de stress et d'anxiété du patient et l'aider à mieux planifier son temps. Plus le patient et sa famille sont informés, plus ils font confiance au système. Pour ce faire, il y a lieu de communiquer l'information au patient dans un format facile à comprendre et à la fréquence appropriée. Grâce, par exemple, au Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens, un outil interactif en ligne de l'ICIS, les décideurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les patients ont accès à des indicateurs cliniques et financiers sur l'efficacité clinique, la sécurité des patients, la pertinence des soins, l'accessibilité et la performance financière. En Ontario et en Alberta, des hôpitaux ont par ailleurs commencé à

utiliser des sites Web et des applications pour téléphones intelligents afin de communiquer aux patients les temps d'attente estimatifs aux services d'urgence. Les renseignements sont mis à jour périodiquement au cours de la journée afin que les patients puissent fonder leurs décisions sur les données les plus récentes.

Assembler les pièces du casse-tête

Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* fait état des divers temps d'attente dans le continuum de soins au Canada. Il permet de constater les progrès réalisés depuis 2004, les améliorations apportées et les domaines sur lesquels se pencher afin de mieux comprendre les temps d'attente et de continuer à les réduire. Sur ce dernier point, le rapport présente une série de stratégies et de programmes pilotes mis en œuvre à l'échelle pancanadienne pour réduire les temps d'attente.

L'expérience des patients est également soulignée tout au long du rapport, les patients étant les premiers touchés par les temps d'attente. L'Accord sur la santé prendra fin en 2014, et les responsables de l'élaboration des politiques auront alors la difficile tâche de déterminer la meilleure voie à suivre pour mieux comprendre et réduire les temps d'attente. Le rapport, en plus de formuler des suggestions à prendre en compte, souligne qu'il est important de mettre le point de vue du patient au premier rang des décisions futures relatives aux temps d'attente.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Wait Times in Canada - A Summary, 2012*. Ottawa, ON: ICIS; 22 mars 2012. https://secure.cihi.ca/free_products/WaitTimesSummary2012_EN.pdf. Consulté le 25 avril 2012.

2. Laupacis A, Evans W. Diagnostic imaging in Canada. *Healthcare Papers*. 2005;6(1):8-15.

3. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Clinical decision support systems for diagnostic imaging. *Issues in Emerging Health Technologies*. Janvier 2012;(117):1-10. http://cadth.ca/media/pdf/PS4479_CDSS_Bulletin_Issue117_e.pdf.

4. Emery D, Forster A, Shojania K, Magnan S, Tubman M, Feasby T. Management of MRI wait lists in Canada. *Healthcare Policy*. Février 2009;4(3):76-86. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653696/.

5. You JJ, Alter DA, Iron K et al. *Diagnostic Services in Ontario: Descriptive Analyses and Jurisdictional Review*. ICES Investigative Report. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; avril 2007. http://www.ices.on.ca/file/diagnostic_services_ontario_oct16.pdf.

6. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Ontario Best Practice Guidelines for Managing the Flow of Patients Requiring an MRI or CT Examination*. 2009. http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/23006/292809.pdf.

7. Association canadienne des radiologistes. *Diagnostic Imaging Referral Guidelines: A Guide for Physicians*. Saint-Laurent, QC: Association canadienne des radiologistes; 2005. http://www.cehha.nshealth.ca/Services/downloads/Guidelines%20ENG.pdf.

8. Alliance sur les temps d'attente. *Shedding Light on Canadians' Total Wait for Care: Report Card on Wait Times in Canada*. 19 juin 2012. http://www.waittimealliance.ca/media/2012reportcard/WTA2012-reportcard_e.pdf. Consulté le 23 août 2012.

9. Edwards P, Mawani A. *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*. From Evidence to Action. A Background Paper Prepared For the Federal, Provincial and Territorial Committee of Officials (Seniors). Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2006. http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/vision_rpt_e.pdf. Consulté le 10 août 2012.

10. Collège des médecins de famille du Canada. *Family Medicine In Canada: Vision For The Future*. Novembre 2004. http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/FAMILY_MEDICINE_IN_CANADA_English.pdf. Consulté le 25 juin 2012.

11. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. 2001;1(e21) http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/. Consulté le 25 juin 2012.

12. Lewis S. *Patient-Centered Care: An Introduction to What It Is and How to Achieve It*. A Discussion Paper for the Saskatchewan Ministry of Health. Saskatoon: Access Consulting Ltd; 29 juillet 2009. http://www.changefoundation.ca/docs/patient-centred-care-intro.pdf. Consulté le 25 juin 2012.

13. Conseil de la fédération. *From Innovation to Action: The First Report of the Health Care Innovation Working Group*. 26 juillet 2012. http://www.councilofthefederation.ca/pdfs/Health%20Innovation%20Report-E-WEB.pdf. Consulté le 13 août 2012.

14. Murray M, Berwick D. Advanced access: Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 26 février 2003;289(8): 1035-1040. http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035. Consulté le 25 avril 2012.

15. Collège des médecins de famille du Canada. Continuity & comprehensiveness of care. Appendix 3: Advanced/open access scheduling in family practice. Trousse d'outils en soins de première ligne. http://www.toolkit.cfpc.ca/en/continuity-of-care/appendix-3.php. Dernière modification en 2007. Consulté le 9 juillet 2012.

16. Fournier J, Heale R, Rietze L. "I can't wait": Advanced access decreases wait times in primary healthcare. *Healthcare Quarterly*. 16 février 2012;15(1):64-68. http://www.longwoods.com/content/22763. Consulté le 9 juillet 2012.

Index

Remarque : La lettre « f » devant un numéro de page indique que le sujet est abordé dans une figure ou un tableau.

911, service, 28

A

accès aux soins, définition, 1
Accès Soins (Ontario), 14
Accord sur la santé (2004)
    domaines prioritaires, délais de référence, 45
    données sur les temps d'attente, 4
    expérience des patients, 81
    imagerie diagnostique, 18
    soins spécialisés, 68
affections chroniques, services d'urgence, 33
affections graves
    facteur du temps d'attente, 30-31, f31
    services d'urgence, f32, 33
affections mineures
    facteur du temps d'attente, 30-31, f31
    services d'urgence, f32
aînés
    attente de placement, soins en hébergement, 66-67
    services d'urgence, 36-37
Alberta
    cancer du sein, temps d'attente, f17
    causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
    communication des temps d'attente, 80
    déclaration des temps d'attente, 14
    imagerie diagnostique, temps d'attente, f19
    incitatifs financiers pour la réduction des temps d'attente, soins courants, 21
    interventions courantes, 45
    interventions prioritaires, taux, f48
    jumelage des patients à un médecin de famille, 14
    logements supervisés, 68

mammographie, 16
réadaptation, temps d'attente, 61
réparation d'une fracture de la hanche, délais de référence, 44
santé mentale, services communautaires, 65
services d'urgence, réduction des temps d'attente, 36-37
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, 36-37, f77
TDM et IRM, temps d'attente, f19
ambulance
délai d'intervention et transfert aux services d'urgence, 28
stratégies de réduction des temps d'attente, 36
arthroplastie de la hanche, délais de référence, f5, 45
arthroplastie du genou, délais de référence, f5, 45
Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), 32, 33
Association des psychiatres du Canada, 63
attente du congé
niveau de soins alternatif, 50
patients hospitalisés, réadaptation, 62, f62
autisme, diagnostic, 18
Autorité sanitaire régionale Eastern, 53
Autorité sanitaire Vancouver Coastal, 35

B

Base de données sur les congés des patients, 66-67
Bone and Joint Canada, 44

C

cancer du sein, temps d'attente, 16-17, f17
cataracte, et délais de référence, f5, 45
« Changer les orientations, changer des vies », 67
cheminement des patients *voir aussi* Hani
amélioration, 53
réadaptation, 68
pour la réduction des temps d'attente
programmes et stratégies mis en place, f77
services d'urgence, 36-37
soins courants, 21-22

soins de courte durée, 53-54
soins spécialisés, 68
services d'urgence, 27
chirurgie non urgente
comparaison internationale, 2
soins de courte durée, 43-49
cibles
pour la réduction des temps d'attente, 79
services d'urgence, f32, 32-33, 35
collectivité
aînés, attente de placement en soins en hébergement, 66-67
réadaptation, temps d'attente, 60
santé mentale, temps d'attente, 64-65
utilisation des services de santé, f12
Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, 14
Colombie-Britannique
arthroplastie du genou, temps d'attente, 44
cancer du sein, temps d'attente, f17
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
délai d'intervention avant les services d'urgence, 28
imagerie diagnostique, temps d'attente, f19
incitatifs financiers pour la réduction des temps d'attente, services d'urgence, 35
interventions courantes, 45
interventions prioritaires, taux, f48
jumelage des patients à un médecin de famille, 14
niveau de soins alternatif, 50
rendez-vous accéléré, modèle, 22
réparation d'une fracture de la hanche, délais de référence, 44
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, f77
TDM et IRM, temps d'attente, f19
troubles du spectre autistique, diagnostic, 18
comparaisons internationales
accès à un médecin ou une infirmière, 2, 13
ressources en santé, 2
services d'urgence, 27
soins de courte durée, 43
spécialistes, 2, 15
temps d'attente, 2

conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA), services d'urgence, 33, 37
congé, attente *voir* attente du congé
ConnexOntario, 65
Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan, stratégies de réduction des temps d'attente, 36
continuum de soins
    données, collecte et déclaration, 78-79
    stratégies de réduction des temps d'attente, 80-81
    temps d'attente, 6, f6

D

« De l'urgence aux soins à domicile : le voyage d'une personne âgée vers les bons soins », 36-37
délai jusqu'à la sortie
    description, 29, f29
    patients admis ou non, 33
délai jusqu'à l'évaluation initiale du médecin
    description, 29, f29
    gravité de l'état du patient, f32, 32-33
délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation
    description, 29, f29
    patients admis, 34
délais cibles et réels, services d'urgence, f32, 32-33, 35
délais de référence
    domaines prioritaires, 4-5, f5, 45
    imagerie diagnostique, 18-19
    réparation d'une fracture de la hanche, 44
    santé mentale, 63-64, f64
    stratégies de réduction des temps d'attente, 78-79
dentiste, consultation dans une année, f12
dépistage, examens, temps d'attente, 16-18
domaines non prioritaires *voir* chirurgie non urgente
domaines prioritaires *voir aussi* interventions prioritaires
    délais de référence, 4-5, f5, 45
    réduction du temps d'attente, 3, 45
        suivi des progrès, 4-5
    soins de courte durée, 45-49

dossiers médicaux électroniques, 79
durée du séjour aux services d'urgence
    description, 29, f29
    gravité de l'état du patient, délais cibles et réels, 32, f32

E

eBooking, 53
Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), 30, 32, f32
    conditions propices aux soins ambulatoires, 33
échographie diagnostique, temps d'attente, 20
EMS Toronto, stratégies de réduction des temps d'attente, 36
étude de cas *voir* Hani

F

files d'attente, théorie, utilisation, 21-22
fonds consacré à réduction des temps d'attente, 3
Fonds de fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients, 3
Fonds du Commonwealth, 43
Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais pour les patients, 3
fracture de la hanche, réparation, temps d'attente et délais de référence, 44

G

gouvernement fédéral, fonds et investissements, 3
gravité de l'état du patient
    conditions propices aux soins ambulatoires, 33
    facteur du temps d'attente, 30-31
    patients admis ou non en soins pour patients hospitalisés, f31, 31-33, f32
Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, 80
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 79

H

Halifax, imagerie diagnostique, temps d'attente, 21
Hani
- à propos de, 6
- chez le médecin de famille, 15
- chez le spécialiste, 20
- diagnostic et chirurgie non urgente, 44
- niveau de soins alternatif, 50
- réadaptation, soins spécialisés, 59

hôpital
- admissions dans une année, f12
- causes d'admission et niveau de soins alternatif, 50, f51
- délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation, 34
- incitatifs financiers, 35
- niveau de soins alternatif, 34, 50, f51
- utilisation des services de santé, f12

I

Île-du-Prince-Édouard
- causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
- déclaration des temps d'attente, 14
- imagerie diagnostique, temps d'attente, 18, f19, 21
- incitatifs financiers pour la réduction des temps d'attente, soins courants, 20
- interventions prioritaires, taux, 47, f48
- jumelage des patients à un médecin de famille, 14
- mammographie, 16
- personnel infirmier, rôle, 52
- programmes et stratégies mis en place pour réduire les temps d'attente, f77
- soins reçus dans le délai de référence, f5
- TDM et IRM, temps d'attente, f19

imagerie diagnostique
- délais de référence, 18-19, 45
- lignes directrices factuelles, 79
- temps d'attente, 18-20, f19

imagerie par résonance magnétique (IRM), temps d'attente, 18-19, f19

incitatifs financiers, réduction des temps d'attente
programmes et stratégies mis en place, f77
services d'urgence, 35
soins courants, 20-21
soins de courte durée, 52
soins spécialisés, 67
infirmières, accès aux, comparaison internationale, 2, 13
Inforoute Santé du Canada, 3
intervention coronaire percutée (ICP), taux d'interventions, 48
interventions prioritaires *voir aussi* domaines prioritaires
délais de référence, 4-5
influence sur les autres interventions, 45-46, f46
soins de courte durée, 45-49
taux d'intervention, f46, 46-48, f48
temps d'attente et points de référence, 3

L

Liste d'attente nationale, 49
logements supervisés, 68

M

maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), services d'urgence et médecin de famille, 33
mammographie, temps d'attente, 16-17, f17
Manitoba
cancer du sein, temps d'attente, f17
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
échographie diagnostique, temps d'attente, 20
imagerie diagnostique, temps d'attente, f19
interventions et consultations, registre, 53
interventions prioritaires, taux, 47, f48
réparation d'une fracture de la hanche, délais de référence, 44
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, f77
TDM et IRM, temps d'attente, f19

médecin de famille
accès, 13-14
comparaison internationale, 2, 13
consultation, 13
dans une année, f12
délais de référence, santé mentale, f64
incitatifs financiers, soins spécialisés, 67
jumelage aux patients, 14
maladies pulmonaires obstructives chroniques, 33
temps d'attente, 13, f13
médecin spécialiste *voir* spécialiste

N

911, service, 28
niveau de soins alternatif (NSA)
attente du congé, 50
causes d'admission, 50, f51
patients hospitalisés en santé mentale, 65-66
proportion par province, f51
réduction, initiatives, 68
services d'urgence, 34, 37
soins de courte durée, 49-51
soins en hébergement, 66, 67
Nouveau-Brunswick
cancer du sein, temps d'attente, f17
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
interventions prioritaires, taux, 47, f48
mammographie, 16
soins chirurgicaux, registre, 53
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, f77
Nouvelle-Écosse
cancer du sein, temps d'attente, f17
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
déclaration des temps d'attente, 14
échographie diagnostique, temps d'attente, 20
imagerie diagnostique, temps d'attente, f19, 21

incitatifs financiers pour la réduction des temps d'attente, soins de courte durée, 52
interventions courantes, 45
interventions prioritaires, taux, f48
ostéodensitométrie, temps d'attente, 16
réadaptation, temps d'attente, 61
rôle du personnel infirmier, 52
santé mentale, services communautaires, 65
soins en hébergement, 66
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, 36, f77
TDM et IRM, temps d'attente, f19
unités de soins intensifs, 52

O

Ontario
cancer du sein, temps d'attente, f17
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
communication des temps d'attente, 80
déclaration des temps d'attente, 14
délai d'intervention avant les services d'urgence, 28
effets des temps d'attente sur les patients, 15
imagerie diagnostique, temps d'attente, 18, f19
incitatifs financiers pour la réduction des temps d'attente, services d'urgence, 35
interventions prioritaires, taux, 47, f48
jumelage des patients à un médecin de famille, 14
niveau de soins alternatif, 34
réadaptation, temps d'attente, 60
réparation d'une fracture de la hanche, délais de référence, 44
santé mentale
niveau de soins alternatif, 65-66
services communautaires, 65
services d'urgence
facteurs, 34
temps d'attente moyen, 35
soins en hébergement et services à domicile, 66
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, 36, f77

TDM et IRM, temps d'attente, f19
télésanté, 21
transfert de l'ambulance aux services d'urgence, 28
organes, registres, 49
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), temps d'attente, 2
Organisation mondiale de la Santé (OMS), soins axés sur le patient, 80
ostéodensitométrie, données sur les temps d'attente, 16

P

patients *voir aussi* cheminement des patients; patients hospitalisés
communication des temps d'attente estimatifs, 80-81
effets des temps d'attente, 15
gravité de l'état, 30-33, f31, f32
jumelage à un médecin de famille, 14
soins axés sur, modèle, 80
dans les stratégies de réduction des temps d'attente, 80-81
patients hospitalisés
réadaptation
attente du congé, 62, f62
temps d'attente, 60-61
santé mentale, temps d'attente, 65-66
personnes âgées *voir* aînés
pharmaciens, rémunération pour services cliniques, 21
Plan décennal pour consolider les soins de santé, 3, 45, 78
politiques en matière de ressources humaines *voir* ressources humaines, politiques
pontage, délais de référence, f5, 45
prévention des maladies, stratégies de réduction des temps d'attente, 79
professionnels de la santé, consultation dans une année, f12
programmes mis en place pour la réduction des temps d'attente, f77
Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens, 80
Providence Health Care, 68
provinces *voir aussi chaque province*
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
déclaration des temps d'attente, 14
délai d'intervention avant les services d'urgence, 28
délais cibles et réels, 35
examens de dépistage, 16

fonds et investissements, 3
imagerie diagnostique, temps d'attente, f19
interventions prioritaires, volumes et taux, 47-48, f48
mammographie, temps d'attente, 16, f17
réparation d'une fracture de la hanche, délais de référence, 44
santé mentale, services communautaires, 65
soins reçus dans le délai de référence, f5
transplantation d'organe, 49
psychiatre, délais de référence, 63-64, f64

Q

Québec
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
incitatifs financiers pour la réduction des temps d'attente, soins de courte durée, 52
interventions prioritaires, taux, 48
niveau de soins alternatif, 50
services d'urgence, délais cibles et réels, 35
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, f77

R

radiothérapie, délais de référence, f5, 45
réadaptation
attente du congé, 62, f62
but et services inclus, 59-60
dans la collectivité, temps d'attente, 60
conséquences du temps d'attente, 60
évaluation du temps d'attente, 60
facteurs démographiques, temps d'attente, 61
facteurs d'influence, temps d'attente, 60
par groupes de clients, temps d'attente, f61
nombre moyen de jours du temps d'attente, 61, f61
patients hospitalisés, temps d'attente, 60-61
réduction des jours de niveau de soins alternatif, 68
temps d'attente, 59-62

réduction des temps d'attente *voir aussi* stratégies de réduction des temps d'attente
accords, 3
domaines prioritaires, 3
délais de référence, 45
suivi des progrès, 4-5
facteurs d'incidence, 3
fonds et investissements, 3
ressources en santé, 2-3
télésanté, 21
Régie régionale de la santé Capital, 36
Régina
ostéodensitométrie, temps d'attente, 16
stratégies de réduction des temps d'attente, 36
Région sanitaire Chinook, 68
régions rurales et éloignées
services d'urgence, délais cibles et réels, 33
spécialiste, temps d'attente, 15
télésanté, 21
régions urbaines
services d'urgence, délais cibles et réels, 33
spécialiste, temps d'attente, 15
Registre de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires (DVEB), 49
Registre de l'accès des patients du Manitoba, 53
Registre des patients hyperimmunisés, 49
registres d'organes, 49
rein, temps d'attente, 49
rendez-vous accéléré, modèle, 54, 80
soins courants, 21-22
réparation de la fracture de la hanche, délais de référence, f5
ressources en santé
comparaison internationale, 2
réduction du temps d'attente, 2-3
ressources humaines, politiques en, pour la réduction des temps d'attente
programmes et stratégies mis en place, f77
services d'urgence, 36
soins courants, 21
soins de courte durée, 52
soins spécialisés, 67

S

santé mentale
- accès aux soins, obstacles, 63
- conséquences des délais, temps d'attente, 63
- délais de référence, 63-64, f64
- niveau de soins alternatif, 65-66
- patients hospitalisés, temps d'attente, 65-66
- ressources humaines, politiques, 67
- services communautaires, temps d'attente, 64-65

Saskatchewan
- cancer du sein, temps d'attente, f17
- causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
- déclaration des temps d'attente, 14
- imagerie diagnostique, temps d'attente, f19
- interventions courantes, 45
- interventions prioritaires, taux, 47, f48
- rendez-vous accélérés, 54
- soins reçus dans le délai de référence, f5
- stratégies de réduction des temps d'attente, f77
- TDM et IRM, temps d'attente, f19

services à domicile, temps d'attente, 62, 66-67
services de santé, utilisation, f12
services d'urgence
- admission aux soins pour patients hospitalisés, 30, f31
- avant l'arrivée, temps d'attente, 28
- cheminement du patient, 27
- communication des temps d'attente estimatifs, 80-81
- comparaison internationale, 27
- délais cibles et réels, f32, 32-33, 35
- facteurs déterminants des temps d'attente, 30-33
- gravité de l'état du patient, 30-33, f31, f32
- mesure du temps d'attente, 29, f29
- sur place, temps d'attente, 29-33
- réparation d'une fracture de la hanche, 44
- à la sortie, temps d'attente, 34-35
- stratégies de réduction des temps d'attente, 35-37
- utilisation dans une année, f12, 27

soins axés sur le patient, 80
soins courants
acceptabilité des temps d'attente, 11
dépistage, 16-18
imagerie diagnostique, 18-20
médecin de famille, f12, 13-14
spécialiste, f12, 14-15
stratégies de réduction des temps d'attente, 20-22
soins de courte durée
chirurgie non urgente, 43-49
comparaison internationale, 43
conditions propices aux soins ambulatoires, 33
interventions prioritaires, 45-49
niveau de soins alternatif, 49-51
réadaptation, transfert vers, 60
santé mentale, temps d'attente, 65
soins de longue durée, 66-67, 68
soins en hébergement, transfert vers, 66-67
stratégies de réduction des temps d'attente, 52-54
soins de longue durée, 66-67, 68
soins en hébergement
aînés, temps d'attente, 66-67
patients hospitalisés, temps d'attente, 62
soins pour patients hospitalisés, admission et gravité de l'état, 30-33, f31
soins primaires *voir* médecin de famille
soins spécialisés
collecte des données, 69
destination à la sortie, f62, 68
état clinique, 68
réadaptation, temps d'attente, 59-62
santé mentale, 63-66
soins en hébergement et services à domicile, 66-67
stratégies de réduction des temps d'attente, 67-68
spécialiste
accès, 14-15
comparaison internationale, 2, 15
attente de plus de trois mois, 15
consultation dans une année, f12
déclaration des temps d'attente, 14-15

Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences, 35
stratégies de réduction des temps d'attente
    approche axée sur le patient et coordination des soins dans le continuum, 80-81
    données et délais de référence, 78-79
    mise en œuvre, 77-78
    programmes et stratégies mis en place, f77
    promotion de la prévention, 79
    services d'urgence, 35-37
    soins courants, 20-22
    soins de courte durée, 52-54
    soins spécialisés, 67-68
Système national d'information sur la réadaptation, 62
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
    mesure des temps d'attente aux services d'urgence, 29, f29
    rôle, 27

T

technologie
    réduction des temps d'attente
        programmes et stratégies mis en place, f77
        services d'urgence, 36-37
        soins courants, 21-22
        soins de courte durée, 53-54
        soins spécialisés, 68
    utilisation pour la cueillette de données, 78-79
télédermatologie, 21
télénéphrologie, 21
téléophtalmologie, 21
télésanté, pour la réduction des temps d'attente, 21
temps d'attente *voir aussi* réduction des temps d'attente; stratégies de réduction des temps d'attente
    acceptabilité, 11
    communication aux patients, 80-81
    comparaison internationale, 2
    conséquences, 1
    continuum de soins, 6, f6
    déclaration, 14-15
    domaines où les connaissances sont limitées, 78

effets sur les patients, 15
facteurs d'incidence, 3
files d'attente et rendez-vous accélérés, 21-22, 80
mesure et déclaration, 4, f4, 78-79
services d'urgence, 27-37
soins courants, 11-22
soins de courte durée, 43-54
soins spécialisés, 59-69
Terre-Neuve-et-Labrador
cancer du sein, temps d'attente, f17
causes d'admission et niveau de soins alternatif, f51
cheminement des patients, 53
cliniques d'admission et d'évaluation des patients, 53
échographie diagnostique, temps d'attente, 20
imagerie diagnostique, temps d'attente, f19
interventions prioritaires, taux, f48
jumelage des patients à un médecin de famille, 14
réparation d'une fracture de la hanche, délais de référence, 44
soins reçus dans le délai de référence, f5
stratégies de réduction des temps d'attente, f77
TDM et IRM, temps d'attente, f19
territoires *voir aussi* Yukon
examens de dépistage, 16
fonds et investissements, 3
interventions prioritaires, volumes et taux, 47
tomodensitométrie (TDM), temps d'attente, 18-19, f19
Toronto, services médicaux d'urgence, stratégies de réduction des temps d'attente, 36
Transfert canadien en matière de santé, 3
transplantation d'organe plein, temps d'attente, 49
troubles du spectre autistique (TSA), diagnostic, 18

U

Un système de santé unique — le modèle collaboratif de soins, 52
unités de soins intensifs (USI), incitatifs financiers, 52
urologie, rendez-vous accélérés, 54

V

vidéoconférence, pour la réduction des temps d’attente, 21
vieillissement de la population, 66

W

Winnipeg, ostéodensitométrie, temps d’attente, 16

Y

Yukon
    accès aux lits d’hospitalisation, 52
    stratégies de réduction des temps d’attente, f77

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-101-5 (PDF)

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*. Ottawa, ON : ICIS; 2012.

This publication is also available in English under the title *Health Care in Canada, 2012: A Focus on Wait Times*.
ISBN 978-1-77109-099-5 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information