

APERÇU DE LA QUESTION DES TEMPS D'ATTENTE

Sonya Norris
Division des sciences et de la technologie

Le 6 février 2006

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
CONTEXTE	1
QU'ENTEND-ON PAR POINTS DE REPÈRE?.....	3
POINTS DE REPÈRE POUR LES CINQ DOMAINES CLINIQUES PRIORITAIRES	3
PROCHAINES ÉTAPES.....	5
CONCLUSION.....	6
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE.....	6



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

APERÇU DE LA QUESTION DES TEMPS D'ATTENTE

CONTEXTE

En septembre 2004, les premiers ministres canadiens ont conclu un accord – le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* – aux termes duquel les territoires et les provinces (à l'exception du Québec, qui a sa propre stratégie) se sont engagés à réduire considérablement les temps d'attente dans cinq domaines cliniques prioritaires au cours des cinq années suivantes. À cette fin, l'accord de 41 milliards de dollars prévoit l'affectation de 5,5 milliards de dollars à la création d'un fonds pour la réduction des temps d'attente, destiné à accroître les investissements actuels des provinces et des territoires et à les aider à mener leurs propres initiatives en vue de réduire les temps d'attente. Le fonds doit être utilisé principalement dans les secteurs prioritaires de chaque administration, par exemple former et embaucher un plus grand nombre de professionnels de la santé, rattraper les retards, préparer le terrain pour exploiter des centres régionaux d'excellence, élargir les programmes appropriés de soins ambulatoires et communautaires et mettre au point des outils de gestion des temps d'attente.

Dans l'accord conclu, les premiers ministres se sont engagés à fournir à la population canadienne des renseignements utiles sur les progrès accomplis en vue de réduire les temps d'attente :

- Les provinces et les territoires ont convenu de définir des indicateurs comparables de l'accès aux professionnels de la santé et aux services de diagnostic et de traitement, et d'en rendre compte à leurs citoyens avant le 31 décembre 2005.
- Un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé devait servir à définir, avant le 31 décembre 2005, des points de repère fondés sur des faits probants pour les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, le remplacement d'articulations et la restauration de la vue.

- Les provinces et les territoires ont convenu d'établir, avant le 31 décembre 2007, des objectifs pluriannuels pour respecter ces points de repère.
- Les provinces et les territoires remettront chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente.
- L'Institut canadien d'information sur la santé rendra compte des progrès réalisés dans l'ensemble des provinces et des territoires pour réduire les temps d'attente.

Le Budget fédéral de 2005 a ajouté un financement direct de 15 millions de dollars sur quatre ans pour les initiatives relatives aux temps d'attente. Cet investissement permettra d'appuyer la recherche sur la sensibilisation des patients et des fournisseurs, la mise en commun des pratiques exemplaires et l'apport de divers intervenants, notamment les décideurs, les fournisseurs et les patients, aux questions entourant les temps d'attente.

L'Alliance sur les temps d'attente (l'Alliance) a été mise sur pied à l'automne 2004 par des médecins désireux de répondre aux préoccupations des Canadiens à l'égard de l'accessibilité des soins de santé. Elle est formée de représentants de l'Association médicale canadienne et d'organismes médicaux spécialisés intéressés à la question, entre autres l'Association canadienne de médecine nucléaire, l'Association canadienne des radio-oncologues, l'Association canadienne des radiologistes, la Société canadienne de cardiologie, la Société canadienne d'ophtalmologie et l'Association canadienne d'orthopédie. L'Alliance a rendu public un rapport d'étape en avril 2005 et, en août de la même année, son rapport final intitulé *Il est grand temps d'agir*.

Également en juillet 2005, le premier ministre a nommé un « conseiller fédéral sur les temps d'attente », qui relève du premier ministre et du ministre de la Santé. Il a pour mandat de collaborer avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour honorer les engagements assumés par les premiers ministres. Le 12 décembre 2005, les provinces et les territoires ont défini des points de repère concernant les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires choisis.

QU'ENTEND-ON PAR POINTS DE REPÈRE?

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il fallait définir, dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, des points de repère fondés sur des faits probants pour les temps d'attente médicalement acceptables dans les cinq domaines prioritaires établis. Les points de repère sont définis comme suit par l'Alliance : des objectifs de rendement du système de santé qui traduisent un large consensus sur les temps d'attente *raisonnables* sur le plan médical pour les services de santé fournis aux patients (c'est nous qui soulignons). Dans une note d'information publiée en novembre 2005, le Conseil canadien de la santé définit cependant un point de repère comme « un temps d'attente *maximum* recommandé » (c'est nous qui soulignons), bien qu'il soit généralement reconnu que « maximum » signifie que le temps d'attente n'est pas associé à des effets négatifs accrus.

Des points de repère ne signifient pas que tous les cas seront traités dans les délais fixés. Autrement dit, un point de repère n'est pas synonyme de garantie. Il s'agit plutôt d'une période au cours de laquelle la plupart des cas seront traités. La proportion de cas à traiter dans le délai prévu désigne le résultat visé. Plus le résultat visé est élevé, plus la portée du point de repère est grande. Les points de repère établis récemment ne comprennent pas d'objectifs, et par conséquent certains pourront croire que tous les cas seront traités dans le délai prescrit. Le *Plan décennal* prévoit toutefois l'établissement d'objectifs dans l'ensemble des provinces et territoires d'ici la fin 2007.

POINTS DE REPÈRE POUR LES CINQ DOMAINES CLINIQUES PRIORITAIRES

Dans le *Plan décennal*, les premiers ministres se sont engagés à définir des points de repère fondés sur des faits probants dans cinq domaines prioritaires. Ces points de repère ont été rendus publics le 12 décembre 2005. Le tableau 1 présente ceux proposés par l'Alliance en août 2005 et par les gouvernements des provinces et des territoires en décembre 2005 pour les cas non urgents. Comme le tableau l'indique, seule l'Alliance a proposé des points de repère relatifs à l'accès à des soins spécialisés (consultation), et ce, seulement dans certains cas.

Tableau 1 : Points de repère pour les temps d'attente

Intervention	Alliance sur les temps d'attente	Gouvernements des provinces/territoires
	Août 2005	Décembre 2005
Radiothérapie pour soigner le cancer	A) Consultation dans les 10 jours ouvrables B) Traitement dans les 10 jours ouvrables suivant la consultation	Dans les 4 semaines à partir du moment où le patient est prêt pour le traitement
Remplacement du genou ou de la hanche	A) Consultation dans les 3 mois B) Traitement dans les 6 mois suivant la consultation	Dans les 26 semaines (6 mois)
Chirurgie de la cataracte	Dans les 16 semaines (4 mois) suivant la consultation	Dans les 16 semaines (4 mois)
Pontage aortocoronarien	Dans un délai de 6 semaines	Dans les 6 semaines pour le niveau II et dans 26 semaines (6 mois) pour le niveau III
Imagerie diagnostique	A) Imagerie nucléaire du cœur dans les 14 jours B) Autres types d'imagerie dans les 30 jours	Aucun point de repère, mais des lignes directrices ont été proposées pour le dépistage du cancer du sein et du col utérin

Les points de repère proposés par l'Alliance s'apparentent quelque peu à ceux annoncés par les gouvernements provinciaux, mais on constate des différences marquées en ce qui concerne la radiothérapie pour soigner le cancer, aux pontages aortocoronariens et à l'imagerie diagnostique. Le 12 décembre 2005, un communiqué annonçait que les premiers ministres avaient rempli leur engagement à l'égard du *Plan décennal* pour ce qui est de définir des points de repère, bien que ceux-ci fassent toujours défaut pour l'imagerie diagnostique. Un document d'information qui accompagnait l'annonce du 12 décembre signale que « les provinces et les territoires se sont engagés à définir des points de repère pour l'imagerie diagnostique, par exemple les examens IRM (imagerie par résonance magnétique) et les tomodensitogrammes, bien qu'on ne dispose pas encore de données cliniques suffisantes ». D'ici à l'annonce des points de repère, les provinces et les territoires définiront leurs propres objectifs d'accessibilité.

L'Alliance a fait observer, dans une lettre au ministre de la Santé de l'Ontario, l'honorable George Smitherman, que l'établissement de temps d'attente pour l'imagerie diagnostique faisait partie du *Plan décennal* des premiers ministres, et qu'en conséquence, l'engagement qu'ils ont pris n'a pas été rempli. L'Alliance estime en outre que l'absence de points de repère pour l'imagerie diagnostique pourrait bien rendre inopérants les points de repère dans d'autres domaines où l'imagerie pourrait être nécessaire à des fins de diagnostic⁽¹⁾.

PROCHAINES ÉTAPES

Les premiers ministres se sont également engagés à définir des objectifs pluriannuels en vue de respecter les points de repère annoncés en décembre 2005. En septembre 2004, ils avaient convenu que cet objectif devait être atteint avant le 31 décembre 2007. Dans son programme électoral, le Parti conservateur a proposé de devancer le délai et de le fixer à la fin décembre 2006. Le *Plan décennal* ne précise toutefois pas la date limite à laquelle les provinces et les territoires doivent atteindre les objectifs fixés.

Afin que les provinces et les territoires puissent établir des objectifs pluriannuels, il faut mettre en place un mécanisme fiable pour mesurer les temps d'attente et gérer les listes d'attente. À l'heure actuelle, il n'existe pas de système national pour suivre les temps d'attente. Plusieurs provinces se sont dotées de bases de données pour consigner ces informations, mais un manque d'homogénéité pourrait exister d'une province à l'autre. Il convient, en outre, de tenir compte des éléments suivants pour réduire le plus possible les temps d'attente pour toutes les interventions médicales, et non pas seulement dans les cinq domaines prioritaires indiqués dans le *Plan décennal* :

- Capacité – Dispose-t-on de suffisamment de salles d'opération, de cliniques et de matériel compte tenu du nombre d'interventions?
- Frais de fonctionnement – Il faut prévoir dans le financement les coûts de fonctionnement de l'équipement, des salles d'opération et des cliniques.
- Ressources humaines – Il faut disposer de suffisamment de professionnels des soins de santé et d'employés de soutien pour que le système puisse tourner à pleine capacité.

(1) Alliance pour les temps d'attente, lettre à l'honorable George Smitherman, 20 décembre 2005 ([www.csnm.medical.org/Letter to Smitherman.pdf](http://www.csnm.medical.org/Letter_to_Smitherman.pdf)).

- Recommandations inappropriées – Elles peuvent allonger inutilement les délais d’attente.
- Manque d’efficacité des communications entre les fournisseurs de soins de santé – Cette lacune peut donner lieu à des répétitions d’examens et à des retards supplémentaires.

CONCLUSION

Le règlement du problème complexe des temps d’attente exige davantage qu’une simple injection de fonds supplémentaires. Les professionnels, les économistes et les administrateurs de la santé devront tenir compte des contraintes liées au partage des compétences fédérales-provinciales dans ce secteur et collaborer avec tous les ordres de gouvernement afin de réduire sensiblement les temps d’attente pour les services spécialisés fournis aux Canadiens.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Alliance pour les temps d’attente. *Il est grand temps d’agir*, rapport final, août 2005 (<http://www.caep.ca/002.policies/002-05.communications/2005/050826-report.wait-time-alliance.FR.pdf?assez-attendu>).

Conseil canadien de la santé. *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d’attente*, novembre 2005 (<http://healthcouncilcanada.ca/docs/papers/2005/WaitTimesFr.pdf>).

Santé Canada.

- *Mandat du conseiller fédéral sur les temps d’attente*, document d’information, 21 juillet 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_81bk3_f.html).
- *Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d’attente*, communiqué, 12 décembre 2005 (<http://news.gc.ca/cfmx/view/fr/index.jsp?articleid=188619>). Voir également la fiche d’information connexe (http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_05f/bg_121205f.pdf).